



LE **FIL** DENTAIRE

Partageons Notre Savoir-Faire



**Prothèse implantaire
chez l'édenté complet**

Travaillez moins,

30% de réduction pendant
30 jours pour tout nouveau client*

CCM
45,50€
~~65€~~



Stellite
83,30€
~~119€~~



Full Zirconie
59,50€
~~85€~~



*Demandez notre
Kit complet !*

*Bons de commande, sachets de
conditionnement des empreintes,
boîte d'emballage etc...*

N°Azur 0 810 81 81 19

PRIX APPEL LOCAL

Partenaire Confiance

Voyagez plus !

Partenariat exclusif avec



40% de réduction pendant
30 jours pour tout nouveau client
payant par carte American Express**

CCM
39€
~~65€~~



Couronne
Zirconium

71,40€ ~~119€~~



**Offre non cumulable et valable jusqu'au 31 juillet 2011. Sont exclus les métaux précieux, attachements et pièces implantaires. Pour bénéficier de l'offre, préciser dès la première commande votre engagement de régler vos travaux par carte American Express.

www.protilab.com

SR PHONARES®

RÉSOLUMENT MODERNES

Une gamme de dents
antérieures esthétiques,
deux types de dents
postérieures pour
la prothèse
conventionnelle
et l'implantologie

SR PHONARES®
des dents,

- Belles et fonctionnelles
- Adaptées à l'âge et à la personnalité des patients
- D'une homogénéité et d'une résistance aujourd'hui inégalées

Une nouvelle
génération
de dents

Vous aimeriez en savoir davantage ?
Contactez votre conseiller Ivoclar Vivadent.

www.ivoclarvivadent.fr

Ivoclar Vivadent SAS

BP 118 | 74410 Saint-Jorioz | France | Tél. : 04 50 88 64 00 | Fax : 04 50 68 91 52

ivoclar
vivadent®
passion vision innovation

Édentés complets, implants et statistiques...



98,9 % de taux de survie implantaire cumulatif, 100 % des prothèses encore en fonction 20 ans après. Qui dit mieux ?

Ces statistiques relatives au traitement par prothèse fixe implantaire de l'édenté complet mandibulaire rapportées par Ekelund et coll. en 2003 avec des implants Bränemark, sont tout simplement prodigieuses. Elles font de ce traitement prothétique le plus fiable que nous sommes en mesure de proposer à nos

patients. Si l'on ajoute à cela le confort apporté par ce type de prothèses à des patients handicapés ou en passe de l'être, cela justifie pour une grande part l'engouement envers cette thérapeutique.

Le chirurgien-dentiste qui traite un patient édenté complet sans avoir recours à l'implantologie perçoit bien souvent la longévité de ces traitements prothétiques conventionnels comme une prolongation inconfortable de la peur de l'échec : cette prothèse qui ne tient pas, qui, mobile en plus d'être amovible, résorbe l'os sous-jacent dans un cercle vicieux qui augmente encore l'inconfort. 5 millions d'édentés complets recensés en France en 2005 : la tâche est gigantesque et revêt un caractère de santé publique. L'implantologie endosse ainsi l'habit du sauveur tant attendu, apportant fixité et rétention à des prothèses si difficiles et ingrates à mettre en œuvre, donnant encore plus de légitimité à cette nouvelle génération de dentiste, la génération implant.

Il convient néanmoins de rester prudent et mesuré. Tout d'abord le traitement implantaire de l'édenté complet doit être, comme toujours, guidé par le projet prothétique. Il requiert une grande rigueur et des moyens technologiques et cliniques spécifiques. Nous avons donc décidé de traiter dans le cadre de ce numéro spécial 4 entités importantes de cette thérapeutique : la stabilisation de prothèse complète, la passivité des armatures, le bridge provisoire et enfin la conception du bridge définitif. Ensuite, ce traitement doit être utilisé à bon escient et ne pas conduire à une édentation systématique de tous les patients en brandissant cette statistique, le sabre au clair, dans une croisade pour une réhabilitation prothétique *ad vitam aeternam*. La conservation et la réparation de l'organe dentaire doit rester un pilier de notre métier.

Enfin, cette fabuleuse solution doit nous imposer encore plus de rigueur dans sa mise en œuvre. Il ne faut pas céder aux chants des sirènes de l'implantologie commerciale et low qualité. Compte tenu de l'accroissement de la durée de vie de la population française, 20 années ne seront sans doute pas suffisantes pour accompagner confortablement et jusqu'au bout une personne qui est souvent convaincue, au moment de sa prise de décision, de garder cette nouvelle prothèse pour le reste de sa vie.

Antoine Diss

Président fondateur de Génération Implant

Sur Le Fil

> 6 à 10

Actualités France et International

Nouveaux produits – Revue de presse

Clinic Focus

> 11 à 29

- Choix thérapeutique pour un futur édenté complet bi-maxillaire : à propos d'un cas clinique

- Prothèse supra-implantaire stabilisée : critères de choix des systèmes d'attachement

- Le bridge transitoire dans le traitement implantaire de l'édenté complet et mise en charge immédiate

- Intérêt d'un système de passivation des armatures par soudure laser en implantologie orale

Clinic Step by Step

> 30 à 36

- Choix thérapeutique pour un futur édenté complet bi-maxillaire : à propos d'un cas clinique

Conseil Organisation

> 38 et 39

- Technologie : la haute technologie ne remplacera jamais la relation patient

Conseil RH

> 40 et 41

- Technologie : la haute technologie ne remplacera jamais la relation patient

Conseil Éco

> 42 et 43

- Le nouveau principe de la loi Malraux 2011

Au Fil du Temps

> 44 à 48

- Agenda des manifestations

Petites Annonces

> 49 et 50

Revue mensuelle

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

Directrice de la publication :

Patricia LEVI
patricialevi@lefildentaire.com

Une publication de la société COLEL

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

Rédacteur en chef :

Dr Norbert COHEN
norbertcohen@lefildentaire.com

Rédacteur en chef exceptionnel pour ce numéro :

Dr Antoine DISS

Directrice commerciale :

Patricia LEVI

Direction artistique :

Lordje@hotmail.fr

Rédaction :

Dr Adriana AGACHI, Dr Franck AMOYEL, Catherine BEL,
Dr Steve BENERO, Dr Marc BERDUGO, Dr Edmond BINHAS,
Georges BLANC, Dr Geoffrey BRINCAT, Dr Thierry BRINCAT,
Alain CARNEL, Dr Marc CHARRIER, Rodolphe COCHET,
Dr Angela GILET, Christophe HUE, Dr Philippe PIRNAY,
Dr Isy POLITI, Yves ROUGEAUX, Dr Roch de VALBRAY

Conseiller spécial :

Dr Bernard TOUATI

Comité scientifique :

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

Secrétaire de direction :

Marie-Christine GELVÉ
mcg@lefildentaire.com

Imprimerie :

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

Couverture :

© rolffimages - Fotolia.com

Photos :

DR, Fotolia

Publicité :

Patricia LEVI - 06 03 53 63 98

Annonces :

3M France - Groupe Edmond Binhas - Implant Discount - Ivoclar
Vivadent - Laboratoire Webert - MIS France - Prodont Holliger -
Protitab - SC Distribution - Sun Dental - Syfac - Tecalliage -
Voco GmbH

Encarts :

Laboratoire Viadentis - Solident

A LIRE

**Esthétique et implants
Pour l'édenté complet maxillaire**

Par Karim Dada, Marwan Daas, en collaboration avec Paulo Maló

L'implantologie change la vie des patients édentés complets maxillaires grâce à une chirurgie moins invasive, guidée, peu traumatisante.

L'objectif de cet ouvrage est de décrire les principes de conception et la méthodologie clinique de ce type de traitement et de permettre au praticien d'actualiser ses connaissances dans ce domaine en s'appuyant sur des preuves scientifiques et en s'éloignant des dogmes profondément ancrés dans notre profession. Les nouveaux protocoles cliniques, rigoureux et simplifiés, basés sur une analyse clinique, radiographique et informatique, représentent une véritable révolution du plan de traitement. Une analyse esthétique standardisée constitue également un formidable outil de communication entre les différents membres de l'équipe soignante : praticien-prothésiste, prothésiste de laboratoire, chirurgien, assistante, patient...

La mise en fonction immédiate, parfaitement codifiée, convainc les patients les plus réticents par l'efficacité et la rapidité du changement instauré. Enfin, des chapitres consacrés entièrement All-On-4™ complètent les objectifs de cet ouvrage : réduction des ancrages implantaires, simplification des protocoles chirurgicaux et prothétiques, suppression des techniques de greffe osseuse, développement de stratégies de traitement applicables par le plus grand nombre de praticiens au plus grand nombre de patients.



QUINTESSENCE
224 pages – 550 illustrations – Prix : 165 €
www.quintessence-international.fr

A LIRE

Mémo hygiène au cabinet dentaire

Par Olivier Meunier et Christian Maire

**Transmission – Dispositifs médicaux et déchets –
Environnement – Matériel et annexes**

Au cabinet dentaire, il s'agit essentiellement de mettre en œuvre les procédures évitant la transmission croisée de micro-organismes pathogènes pour protéger le praticien, son assistant et le patient.

L'hygiène au cabinet dentaire, c'est savoir adapter des barrières efficaces contre la transmission mais restant les moins contraignantes possible pour être applicables. Leur mise en place au cabinet dentaire concerne quatre grands domaines :

- la **prévention des accidents d'exposition au sang** avec l'observance des précautions standard visant à se protéger contre les micro-organismes véhiculés par le sang
- la **prévention de la transmission** des micro-organismes par l'intermédiaire des dispositifs médicaux qui pourraient servir de vecteur de transmission
- la **qualité microbiologique de l'environnement** qui, non maîtrisée, pourrait constituer un vecteur de transmission croisée
- enfin, le **bon usage des antiseptiques** qui visent à réduire ou à supprimer la flore bactérienne, virale ou fongique des muqueuses afin de diminuer le risque d'infection à partir de la propre flore du patient.

L'hygiène au cabinet dentaire se résume à l'application scrupuleuse de règles précises et simples qu'il convient de connaître.



ÉDITIONS Cdp
Coll. Mémo - 80 pages – Prix : 15 €
www.editionsmdp.fr



5^{ème} Symposium International



11-12
mai

SYFAC 2011

Palais de l'Europe, Menton • France

- Prévenir et éviter les échecs
- Prévenir et éviter les complications hémorragiques et neurologiques
- La stimulation osseuse dans tous ses états : Ondes de choc
- Sédation en chirurgie Orale : Comparaison des protocoles
- Expertises médico-légales : analyse des plaintes
- PRF et Biomatériaux

13
mai

The Soft Tissue Day

Formation post-congrès, Menton • France

Participez à ce cours international unique avec les plus célèbres spécialistes de la chirurgie des tissus mous et de l'esthétique !

Dr. Maurice SALAMA (USA) & Dr. Marius STEIGMANN (GERMANY)

Traduction simultanée



Renvoyer cette fiche (1 par personne) à : SYFAC 49 rue Gioffredo, 06000 NICE

Tél: +33.(0)4.93.80.14.87 - Fax : +33.(0)957.333.256. - E-mail : info@syfac.com

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville Pays

Tél. Fax

E-mail (obligatoire) :

Attention : toutes les infos et confirmations se feront par e-mail.

Inscription

	Avant le 30/04/11	Après le 30/04/11	Sur place
- Syfac : Congressistes	<input type="checkbox"/> 450 €	<input type="checkbox"/> 500 €	<input type="checkbox"/> 550 €
- Syfac : Assistante Dentaire	<input type="checkbox"/> 230 €	<input type="checkbox"/> 280 €	<input type="checkbox"/> 330 €
- Syfac : Etudiants , Nous contacter			
- Soft Tissue Day	<input type="checkbox"/> 600 €	<input type="checkbox"/> 650 €	NON
- Soft Tissue Day Gala Dinner : 12 mai - 19h30	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> 120 €
- Cocktail dinatoire mercredi 11 mai à 18h30 soir offert & Concert de Musique Classique à 20h			

Mode de paiement

Somme due : €

Chèque Bancaire français en Euros à l'ordre de SYFAC Chèque étranger en Euros à l'ordre de SYFAC : rajouter 15€ de frais bancaires

Pour les règlements par Carte Bancaires merci de nous contacter

Annulation : 30-60j. avant le syfac: remboursement de 50%. 0-30j. avant le syfac : pas de remboursement



ULTRADENT

Opalescence Boost 40 %

Produit de blanchiment

Ultradent annonce le lancement de sa nouvelle génération de en remplacement de l'Opalescence Boost 38 %.

Description du produit

Cette nouvelle évolution du produit activé chimiquement pour un blanchiment au fauteuil, ne nécessite toujours aucune lampe. Le panachage se fait à l'aide d'une seringue avec un système spécifique de mélange qui active le produit. Il contient 40 % de peroxyde d'hydrogène, il est donc plus puissant, plus rapide et donne des résultats plus facilement. Il inclut bien sûr une formulation PF qui permet de renforcer l'émail tout en

diminuant les sensibilités et prévient l'apparition de caries. Les kits incluent désormais OpalDam Green (à la place de OpalDam), de couleur verte (au lieu de blanche) ce qui autorise une meilleure visibilité de la barrière gingivale et une application encore plus facile.

Opalescence Boost 40 % offre des résultats en seulement 2 x 20 min d'applications (contrairement au 4 x 15 min du Boost en 38 %), donc un temps de traitement de seulement 40 minutes.

Le nombre d'applications maximales ne peut excéder 3 x 20 min par visite.

Indication clinique

Blanchiment du sourire ou d'une dent.

Prix

Cerise sur le gâteau, les prix ne changent pas et les nouvelles références sont :

4750	Opalescence Boost 40 %	Intro Kit à 210,50 € TTC
4751	Opalescence Boost 40 %	Patient Kit à 114,50 € TTC
4752	Opalescence Boost 40 %	Skini Kit à 109,00 € TTC

ULTRADENT
www.ultradent.fr

SIRONA

inFire HTC speed

Aucun autre four ne sintérise aussi rapidement



Sirona, leader dans la technologie de l'industrie dentaire, a introduit sur le marché un nouveau four à haute température. inFire HTC speed accélère le processus CAO/FAO en laboratoire. Il réduit jusqu'à 75 % le processus de sinterisation pour les armatures en oxyde de zirconium. Les éléments chauffants nouvellement développés, l'isolation intérieure et les creusets contribuent à ce gain de temps. Les restaurations en oxyde de zirconium peuvent être sinterisées en 90 minutes. Un bridge stratifié en technique CAO/FAO, peut être

terminé en une journée. La fonction de retardement permet au prothésiste d'effectuer la sinterisation au cours de la nuit. L'appareil parvient à atteindre une efficacité énergétique meilleure grâce à des temps de chauffage et de refroidissement plus courts.

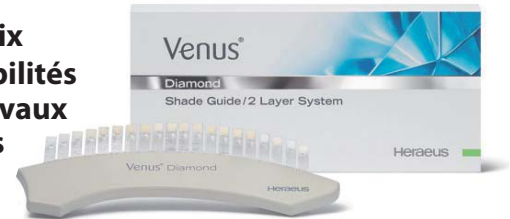
D'utilisation facile, le choix est proposé entre programmes réguliers ou rapides. Les programmes réguliers sont pré-régulés pour les céramiques frittées de Sirona, de VITA Zahnfabrik et d'Ivoclar Vivadent. Les programmes rapides prédéfinis inCoris ZI speed et VITA In-Ceram YZ speed sont mis à disposition pour les matériaux de Sirona et de VITA Zahnfabrik. Ils accélèrent le processus de travail par simple pression d'un bouton. 12 programmes de sinterisation rapide ou longue durée peuvent être programmés individuellement. ◆

SIRONA DENTAL SYSTEMS GMBH
Hall 10.2, allée N/O/P, stand 10
contact@sirona.de - www.sirona.fr

HERAEUS

Venus® Diamond gamme élargie

Plus de choix et de possibilités pour les travaux esthétiques



À partir de mars 2011, quatre nouvelles teintes Dentine Opaque chromatiques permettront de disposer de plus de choix pour créer des restaurations directes en composite extrêmement esthétiques, même en présence de tissus dentaires très foncés.

Grâce à la composition particulière de sa matrice résineuse et à ses charges nano-hybrides, ce composite utilisable en secteurs antérieur et postérieur associe une très faible contrainte de rétraction, une résistance à la flexion importante, ainsi qu'une grande adaptation de teinte aux tissus environnants, pour une garantie de restaurations solides et esthétiques.

Dotées de plus de saturation et d'une plus grande opacité, ces teintes offrent aux praticiens plus de choix dans leur travail au fauteuil. Associées aux autres teintes déclinées en plusieurs niveaux d'opacité, cette gamme très complète permet d'obtenir des résultats esthétiques de très haut niveau.

Le matériau présente une viscosité ferme et un temps de travail suffisamment long, même sous éclairage opératoire. Il ne colle pas aux instruments et se modèle facilement en bouche. Son polissage est aisé, le brillant obtenu est durable. Dentine Opaque Light Chromatic, Opaque Medium Chromatic, Opaque Dark Chromatic et Opaque Extra Dark Chromatic sont conditionnées en unidoses (PLT) et en seringues. ◆

HERAEUS
Tél. : 01 69 18 48 85 - Fax : 01 69 28 78 22
www.heraeus-venus.com

VOCO

Cimara Zircon

Système de réparation pour restaurations en céramique

Cimara Zircon est le nouveau coffret complet pour la réparation esthétique et de qualité élevée, des défauts de restaurations fixes céramo-céramiques ou des restaurations avec une facette en céramique et une structure en zircon, au moyen d'un composite. Cimara Zircon permet de procéder au fauteuil à une réparation en bouche rapide et à coûts modérés. Il supprime des étapes laborieuses comme le scellement de la restauration, la prise d'empreinte et la confection de provisoires.

Le coffret complet contient tous les composants nécessaires pour une réparation stable et esthétique de restaurations en céramique. Il contient entre autres un primer mis au point tout spécialement pour les propriétés mécaniques du dioxyde de zirconium, un adhésif adapté à cette indication précise, le composite hautement performant Grandio®SO et des fraises spéciales pour conditionner les surfaces en céramique autour du défaut.

Une réparation avec Cimara Zircon crée une adhésion permanente entre la céramique et le composite et révèle une résistance à la cisaille considérablement supérieure à celle d'autres systèmes de réparation. ◆



Quick Up

Une tenue sûre pour prothèses à base de résine

La tenue des prothèses complètes n'est pas souvent satisfaisante. Les raisons en sont l'atrophie osseuse, des processus de résorption et des modifications de la zone de sustentation de la prothèse. Aujourd'hui, les prothèses complètes sont fréquemment fixées à l'aide d'implants. Souvent, on peut utiliser la prothèse existante et créer une liaison amovible avec les implants ou les parties primaires en collant les attachements ou les parties secondaires. Ce composite auto-durcissant en teinte gingivale, permet de les re-fixer sur les prothèses à base de résine. Il garantit une application au fauteuil aussi simple que rapide.

Quick Up confère aux attachements utilisés, ou aux pièces secondaires, non seulement un maintien stable et un grand confort, mais propose aussi une alternative économique aux fixations de prothèses avec silicone, qui, restant souples, ont tendance à se décolorer et à se modifier avec le temps. Les rebasages nécessaires multiplient les consultations et donc augmentent les coûts. Quick Up est vendu soit seul, soit comme composant d'un coffret. À côté du composite de scellement auto-durcissant Quick Up, ce coffret contient un adhésif, un composite de scellement photo-polymérisable et un produit spécial de contrôle et de recouvrement à base de silicone. Le kit complet permet de coller aisément et rapidement des attachements et des pièces secondaires en quelques gestes seulement. ◆



VOCO GMBH
www.voco.fr

Rebilda Form

Moule de reconstitution pour moignons

Très appréciés dans le travail quotidien : ces petits outils présentent de gros avantages. Rebilda Form est un nouveau type de moules facilitant considérablement la reconstitution de moignon avec un composite. Ce moule est utilisé pour la reconstitution de dents fortement taillées, avec ou sans pivot. La forme en manchon, les trois tailles pratiques (small, medium, large) et la forme particulière du bord avec ses pointes de guidage permettent une adaptation simple et rapide à la dent à traiter. Il suffit par ailleurs de couper tout simplement Rebilda Form pour le mettre à la longueur voulue. Une fois le moule adapté en taille et en longueur à la dent à reconstituer, on procède à la préparation des tissus dentaires pour la technique adhésive.

Après la polymérisation de l'adhésif, on place le moule sur le moignon et on le remplit avec un produit de reconstitution en composite (par ex. Rebilda DC). Ensuite il faut procéder au durcissement chimique ou photo-polymérisation du produit de reconstitution. D'autres avantages : il n'établit pas de liaison avec les produits de reconstitution en composites habituels et il est translucide pour la photo-polymérisation. Une fois le produit de reconstitution durci, le moule peut être facilement enlevé : il suffit de le couper dans la longueur avec un diamant fin, sous refroidissement à l'eau. La reconstitution du moignon peut alors se poursuivre comme à l'habitude. ◆



BUSCH Speedies

Pour la préparation des fissures et des cavités, le but à atteindre est d'obtenir des surfaces de bonne qualité en tenant compte d'un traitement avec peu de vibrations et ménageant le patient. Pour satisfaire à ces exigences, la société BUSCH a développé le groupe d'instruments SPEEDIES. Ces instruments en carbure avec une denture croisée permettent une préparation plus rapide et plus confortable pour le patient. La géométrie spéciale de coupe surmonte la résistance à la pénétration des matériaux à préparer comme l'émail, la dentine et les obturations existantes et enlève le matériau avec moins de vibrations. ◆



BUSCH
mail@busch.eu - www.busch.eu

PLANMECA

ProMax 3D Mid

Un volume optimal en imagerie 3D



Fondé sur le concept du Planmeca ProMax 3D : le Planmeca ProMax 3D Mid offre un choix plus vaste de tailles de volumes 3D et l'associe à l'imagerie panoramique et céphalométrique 2D classique.

L'utilisateur obtient à son gré, pour les applications nécessitant une imagerie 3D, une taille de volume optimale (haute résolution pour l'endodontie, sectorielle pour l'implantologie, grande pour l'orthodontie). Du format 34 x 42 cm au format 16 x 16 cm, la zone d'imagerie est optimisée en fonction des spécificités diagnostiques et reste en conformité avec les meilleures pratiques

dentaires ainsi qu'avec le principe ALARA destiné à réduire « autant qu'il est raisonnablement possible » les irradiations.

Le panoramique standard est perfectionné afin de n'exposer que la denture et de réduire ainsi la dose d'irradiation reçue par le patient. ◆

iRomexis

Transfert d'images vers des mobiles

Une application native gratuite pour iPhone et iPad d'Apple. Toutes les images obtenues à l'aide des appareils à rayons X Planmeca, y compris les volumes issus du Promax 3D et les photos/radios de ProFace 3D, sont visualisées, optimisées et étudiées. De même, l'état de fonctionnement des unités dentaires Sovereign et Compact i destinés aux cabinets est surveillé en temps réel. Les

images issues du logiciel Romexis sont transférées, via un compte Online, à des praticiens équipés de iRomexis partout dans le monde.

Planmeca présente Planmeca Online, un service sûr et gratuit qui autorise le partage d'images avec différents cabinets équipés de Romexis. Un centre de radiologie peut livrer des images directement au cabinet de son client. Si l'application iRomexis est utilisée via une connexion Internet publique, le compte Planmeca Online gratuit garantit que les images seront transférées vers l'appareil de l'utilisateur en toute sécurité (<http://online.planmeca.com>).

Le produit est basé sur la suite logicielle Romexis, utilisable aussi bien sous environnement informatique MS/Windows qu'Apple/MacOS et capable

de traiter l'ensemble des modalités d'imagerie dentaire : imagerie intra-orale, panoramique, céphalométrique, 3D ; photos 3D, balayages intra-oraux 3D ; imagerie photographique et vidéo intra-orale. iRomexis et le service Online sont compatibles avec les versions 2.6.R et ultérieures de Romexis. ◆

PLANMECA OY
www.planmeca.com

ProMax 3D ProFace

Des interventions plus sûres rapides au niveau du visage.

Le Planmeca ProMax 3D ProFace, appareil d'imagerie par CBVT (tomographie volumétrique à faisceau conique) doté d'un système de balayage facial 3D intégré, est une véritable application 3D conçue pour répondre aux diverses

exigences diagnostiques des praticiens modernes, en matière de chirurgie maxillo-faciale et dentaire. Grâce à un procédé non-irradiant, l'unité produit une photo 3D du visage du patient, ce qui offre au praticien (chirurgien ou dentiste) la possibilité de prévoir des interventions et de garder une trace des images produites lors du suivi.

La photographie 3D permet d'observer le tissu mou par rapport à la dentine et aux os du visage. Étant donné que le Planmeca ProMax 3D ProFace produit une image par CBVT et une photographie en 3D en un seul balayage, la position du patient, l'expression du visage et la position des muscles sont identiques et donc parfaitement compatibles d'une image à une autre. ◆



THOMMEN - NOBELPROCERA™

Piliers individualisés

Le lancement des piliers individualisés en titane vient compléter le portefeuille de produits NobelProcera™ pour le système d'implants Thommen.

Dès à présent les piliers individualisés en titane que l'on peut fixer directement sur l'implant Thommen sont disponibles grâce à la technologie NobelProcera™ Technologie. Un très large assortiment de solutions CFAO pour toutes les indications est maintenant disponible : bridges sur SPI®VARIOMulti, barres et constructions au niveau de l'implant.

Ces supra-constructions de NobelProcera™ sont disponibles dans tous les pays où Thommen Medical est actif et peuvent être commandées auprès des laboratoires dentaires avec le système NobelProcera™. Renseignements sur la disponibilité des produits auprès des représentations locales de Thommen Medical et Nobel Biocare.

En ce moment les versions bêta pour la réalisation de piliers individualisés en zircone avec NobelProcera™ sur le système d'implants Thommen sont en test. Le lancement est prévu au courant de l'année. ◆



THOMMEN - NOBELPROCERA™
www.thommenmedical.com - www.nobelbiocare.com/fr/home/

Prothèse supra-implantaire stabilisée : critères de choix des systèmes d'attachement



Dr Marc CHARRIER

- Ancien assistant hospitalo-universitaire
- C.E.S des biomatériaux appliqués à l'art dentaire
- C.E.S d'odontologie restauratrice et d'endodontie
- C.E.S de chirurgie buccale
- D.U d'odontologie restauratrice et d'esthétique
- D.U d'odontologie légale



Dr Roch de VALBRAY

- Formateur Génération Implant

Malgré l'efficacité croissante des soins de prévention et des nombreuses actions de santé publique, l'augmentation de l'espérance de vie aboutit à un nombre important d'édentés totaux dans la population mondiale. Aujourd'hui, en France, le nombre d'édentés est estimé à 11 millions de personnes, dont 5 millions d'édentés totaux (1).

La réhabilitation prothétique de ces patients d'un âge de plus en plus avancé représente un véritable challenge pour le chirurgien-dentiste qui devra satisfaire le patient tant sur un plan fonctionnel qu'esthétique.

Plusieurs solutions thérapeutiques s'offrent à nous pour cela :

- la prothèse amovible complète conventionnelle
- la prothèse fixée sur implants qui peut être de différents types :
 - la prothèse fixée conventionnelle supportée par des implants : bridge complet sur implants
 - la prothèse de recouvrement sur barre longue transvissée sur des implants : c'est le bridge de Brånemark
- la prothèse amovible complète supra-implantaire ou PACSI, alternative aux deux premières solutions, et que l'on définit comme une « prothèse complète » qui recouvre et s'appuie partiellement sur des implants dentaires

Le consensus international prothétique de Mac Gill, 2002 (2), prône le recours à l'implantologie comme le traitement de l'édentation totale mandibulaire qui réponde aux données acquises de la science actuelle. De fait, la Prothèse Amovible Complète Supra-Implantaire (PACSI) mandibulaire procure un confort fonctionnel et moral incontestable pour le patient (14).

Toutefois, malgré le complément de rétention apporté par les attachements sur implants, la PACSI doit satisfaire aux critères de réalisation biomécaniques d'une prothèse amovible complète conventionnelle pour garantir l'efficacité maximale des implants ainsi que leur pérennité.

Avantages des PACSI

Les PACSI représentent une véritable alternative à la prothèse amovible conventionnelle et à la prothèse fixée sur implants. De nombreuses études montrent que les PACSI portées par 2 implants apportent aux patients plus de satisfaction que la prothèse conventionnelle. Bien moins coûteuse que le bridge implan-

to-porté, sa réalisation prothétique est beaucoup plus simple et elle permet une certaine évolutivité.

Les procédures de maintenance en sont d'ailleurs grandement facilitées (Fig. 5).

Certains auteurs montrent dans leurs études qu'un grand nombre de patients préfèrent leur PACSI à un bridge implanto-porté pour des raisons d'entretien et des raisons esthétiques (3).

Les taux de succès de ce type de réhabilitation avoisinent les 96 % (4).

Il est à noter que le succès thérapeutique ne dépend pas de l'âge du patient, il est donc possible de traiter, avec cette technique, des patients relativement âgés.

Choix de la stratégie thérapeutique

La planification du projet thérapeutique doit prendre en compte les éléments anatomiques, chirurgicaux et prothétiques. Il est bien évident que le choix du projet prothétique sera le fil conducteur de l'ensemble des étapes cliniques.

Deux éléments principaux guideront notre choix : le type d'overdenture et la situation clinique (5).

Choix du système d'attachement

Le système d'attachement devra répondre à trois critères.

La simplicité pour la mise en œuvre par le praticien et le prothésiste, mais aussi pour le patient, tant lors de l'insertion que de la maintenance.

Selon Walton et coll., il n'y a pas de différence significative dans la difficulté de conception d'une PACSI sur barre de conjonction ou attachements axiaux (6).

Par contre, d'après Wismeijer et coll., l'entretien des barres de conjonction ainsi que des attachements magnétiques est plus complexe que celui des attachements axiaux (7). L'utilisation d'ancrage axial de type coiffe télescopique semble être une technique facilitant les procédures d'hygiène (13).

L'efficacité, en apportant un complément de rétention suffisant. Il est donc intéressant de connaître les valeurs rétentives des systèmes utilisés. Selon Naert et coll. (8), les attachements magnétiques sont les moins rétentifs (1 à 5 Newtons). Ils sont suivis par les attachements axiaux (6 à 10 N), eux-mêmes dépassés par deux cavaliers sur une barre de conjonction (16 à 20 N).

Il faut toutefois noter qu'une rétention trop importante du système d'attachement peut gêner certains patients âgés dont la force serait diminuée.

La fiabilité dans le temps. Il faut en effet prendre en compte la fréquence nécessaire et la facilité de remplacement des pièces d'usure des systèmes d'attachement. Les attachements dont la partie activable est constituée d'alliage précieux seront privilégiés. Les pièces d'attachement en matière plastique seront, elles, plus fragiles.

Critères cliniques influençant le choix de l'overdenture

Localisation de la PACSI

Les données de la littérature s'accordent sur le plus fort taux d'échec en prothèse supra-implantaire au maxillaire par rapport à la mandibule (9).

Ces constatations orientent notre choix vers la solidarisation des implants au maxillaire, et donc vers l'utilisation de barre de conjonction (10).

Le nombre d'implants recommandés sera de 4 à 6 au maxillaire contre 2 à 4 à la mandibule.

Forme de la crête alvéolaire (Fig.1 et 1a)

Compte tenu du choix fréquent du site canin comme position des implants, le choix d'une barre de conjonction entre 2 implants canins sera contre-indiqué si la forme d'arcade est trop courbe voire triangulaire.

En effet, cela imposera une prothèse supra-implantaire débordant sur le territoire lingual et entraînant une gêne fonctionnelle importante (11).

Des attachements axiaux ou des barres de conjonction segmentées seront préférés.

Degré de résorption et qualité osseuse (Fig. 7)

La faiblesse des structures osseuses nous incitera là aussi à augmenter le nombre d'implants supports voire à les réunir par une barre de conjonction. Certains auteurs recommandent l'utilisation de 4 implants solidarisés en cas de hauteur osseuse inférieure à 12 mm (12).

Espace inter-crête

Le choix de certaines supra-structures implantaire telles que les barres de conjonction nécessite un espace inter-crête important. Au contraire, un espace inter-crête réduit orientera notre choix vers des attachements axiaux.

Certains attachements axiaux tels que le système Locator® est un des moins volumineux.

Manque de parallélisme implantaire (Fig. 3)

Les implants supportant les systèmes d'attachements doivent être les plus parallèles possible. Le manque de parallélisme entre 2 implants porteurs de PACSI pourra induire une usure prématurée des systèmes d'attachements voire une perte d'ostéointégration en cas de forces parasites.

Ce manque de parallélisme peut être compensé là aussi par une barre de conjonction.

La distance inter-implantaire (Fig. 2)

Elle doit être suffisante pour la conception d'une barre de conjonction du fait de la dimension des cavaliers. Cette distance doit être supérieure à 8 mm. La réalisation de barre en cantilever dans le but de chercher un ancrage inexistant ailleurs est formellement contre-indiquée. Il faudra dans ce cas préférer des attachements axiaux.

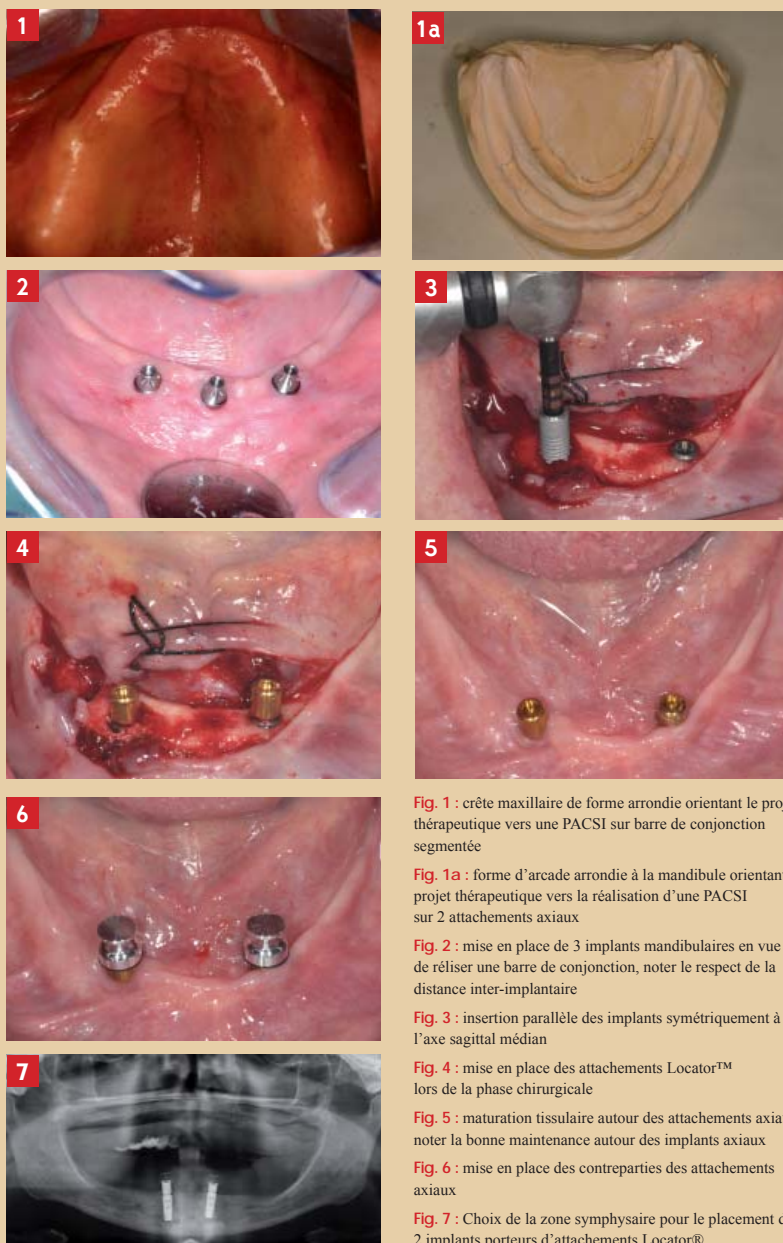


Fig. 1 : crête maxillaire de forme arrondie orientant le projet thérapeutique vers une PACSI sur barre de conjonction segmentée
 Fig. 1a : forme d'arcade arrondie à la mandibule orientant le projet thérapeutique vers la réalisation d'une PACSI sur 2 attachements axiaux
 Fig. 2 : mise en place de 3 implants mandibulaires en vue de réviser une barre de conjonction, noter le respect de la distance inter-implantaire
 Fig. 3 : insertion parallèle des implants symétriquement à l'axe sagittal médian
 Fig. 4 : mise en place des attachements Locator™ lors de la phase chirurgicale
 Fig. 5 : maturation tissulaire autour des attachements axiaux, noter la bonne maintenance autour des implants axiaux
 Fig. 6 : mise en place des contreparties des attachements axiaux
 Fig. 7 : Choix de la zone symphysaire pour le placement de 2 implants porteurs d'attachements Locator®

Chronologie de réalisation

Mise en condition tissulaire

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter à nous en fonction de la présence ou non d'une ancienne prothèse amovible complète conventionnelle.

Avant toute étape prothétique, **une mise en condition tissulaire** est indispensable, c'est pourquoi si le patient ne possède pas de prothèse amovible, il sera nécessaire dans un premier temps d'en réaliser une.

Planification

De cette prothèse amovible pourra être tiré un duplicata qui remplira dans un premier temps le rôle de **guide radiologique**.

Deux types de repères seront matérialisés sur ce guide :

- la position et les axes implantaires simulés par des forages dans le guide à l'aide de forets de 2 mm, remplis d'un matériau radio-opaque, ainsi que deux rainures vestibulaires et linguales réalisées à la fraise boule sur environ 1 à 2 mm d'épaisseur, elles aussi remplies de matériau radio-opaque afin de visualiser le volume de la future prothèse
- la position et l'orientation des implants doivent être définies de manière raisonnée afin qu'elles restent comprises dans le couloir prothétique

Les zones de meilleure qualité osseuse devront être privilégiées afin d'augmenter le taux de survie des implants.

Phase chirurgicale

Ce guide radiologique sera transformé en guide chirurgical afin de positionner correctement les implants.

Les implants devront être les plus parallèles possible, disposés de préférence de manière symétrique par rapport au plan sagittal médian, perpendiculaires au plan d'occlusion, et garder une orientation respectant le couloir prothétique.

Les longueurs implantaire devront de préférence être égales ou supérieures à 10 mm.

Si la stabilité primaire le permet, les systèmes d'attachement axiaux seront mis en place dans la séance (Fig. 4).

Les temps d'ostéointégration seront respectés et l'intrados de la prothèse amovible de transition sera évidé au niveau des implants mis en place afin d'éviter toute contrainte parasite.

Les données scientifiques actuelles ne nous permettent évidemment pas de mettre en charge immédiatement les implants supports de PACSI, mais l'idée d'une mise en charge précoce ou progressive a été évoquée.

La phase de découverte sera réalisée 3 mois après et la maturation tissulaire péri-implantaire devra être réalisée avant de passer à la conception prothétique.

Phase prothétique

En fonction du choix des systèmes d'attachements en PACSI, l'étape prothétique, à proprement parler, sera plus ou moins longue.

Il faut tout d'abord prendre conscience que les règles de réalisation des prothèses supra-implantaires répondent aux critères de la prothèse complète conventionnelle.

Les séquences de conception seront donc identiques aux étapes de la prothèse complète conventionnelle et passeront par la réalisation d'empreintes secondaires anatomo-fonctionnelles et l'enregistrement des rapports inter-maxillaires (Fig. 8 et 9).

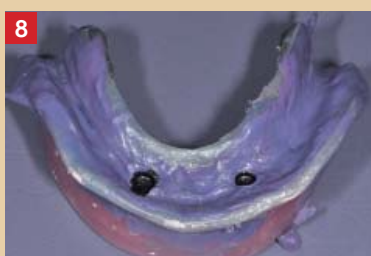


Fig. 8 : empreinte anatomo fonctionnelle mandibulaire



Fig. 9 : enregistrement des rapports intermaxillaires

Pour ce faire, l'utilisation du guide chirurgical comme porte-empreinte individuel occluso-centré permet de réaliser ces étapes en un seul temps.

Une fois la prothèse réalisée, la solidarisation des contreparties des attachements pourra se faire directement en bouche (Fig. 6 et 10), en prenant les précautions nécessaires afin que la résine chémo-polymerisable de solidarisation ne s'insinue pas dans les contre-dépouilles des supra-structures et n'empêche pas le retrait de la prothèse (Fig. 11 et 12).



Fig. 10 : solidarisation des contre parties

Fig. 11 et 12 : mise en place de la prothèse stabilisée sur implants



Les étapes de maintenance

Elles sont beaucoup plus importantes dans la première année que dans les suivantes.

Le coût de cette maintenance est donc à anticiper.

Conclusion

Véritable atout thérapeutique de la prothèse implantaire, les PACSI nécessitent une démarche et une planification raisonnées. Le choix du système d'attachement prend en compte des éléments biomécaniques et cliniques fondamentaux. L'analyse pré-implantaire doit donc être réalisée de manière très minutieuse. Chaque système d'attachement supra-implantaire aura donc ses propres indications que le praticien doit pouvoir définir. ♦

Bibliographie

- 1 POUYSSEGUR V., LAUPIE I., MAHLER P. « Impact de la détérioration buccale sur le processus de vieillissement » *Le Chirurgien-dentiste de France*, 17111/2005, n° 1233, pp 150-158
- 2 FEINE J.S. et coll. – The Mc GILL consensus statement on overdentures. Mandibular 2- implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients. *Eur J Prothodont Rest Dent*. 2002 ; 10 : 95-96
- 3 DE ALBUQUERQUE JUNIOR RF, LUND JP, TANG L, LARIVEE J, DE GRANDMONT P, GAUTHIER G, FEINE JS. Within-subject comparison of maxillary long-bar implant-retained prostheses with and without palatal coverage: patient-based outcomes. *Clin Oral Implants Res*. 2000 Dec ; 11(6) : 555-65
- 4 RIGNON-BRET C., DESCHAMP F., BERNAUDIN E., BLOCH M., HADIDA A. « Stratégie de traitement en prothèse amovible complète supra-implantaire mandibulaire. » *Réalités Cliniques*, 2003, vol14, n02, pp 141-159
- 5 FROMENTIN O. « Critères de choix des systèmes d'attachements en prothèse amovible complète supra-implantaire (PACSI) » *Réalités Cliniques* 2003, Volume : 14 Numéro : 2 Page : 161-171
- 6 WALTON JN, MACENTEE MI, GLICK N. One-year prosthetic outcomes with implant overdentures: a randomized clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2002 May-Jun;17(3):391-8
- 7 WISMEIJER D, VAN WAAS MA, MULDER J, VERMEEREN JI, KALK W. Clinical and radiological results of patients treated with three treatment modalities for overdentures on implants of the ITI Dental Implant System. A randomized controlled clinical trial. *Clin Oral Implants Res*. 1999 Aug ; 10(4) : 297-306
- 8 NAERT I, QUIRYNEN M, HOOGE M, VAN STEENBERGHE D. A comparative prospective study of splinted and unsplinted Brånemark implants in mandibular overdenture therapy: a preliminary report. *J Prosthet Dent*. 1994 May ;71(5):486-92.
- 9 SLONIM C., FROMENTIN O., TAROUNINE M. – Les prothèses adjuvées supra-implantaires. *J Parodontol*. 1995 ; 14 : 295-306
- 10 MERICSKE-STERN R ET AL. Clinical evaluation of overdenture restorations supported by osseointegrated titanium implants: a retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. (1990)
- 11 RIGNON-BRET c, RIGNON-BRET JM Prothèse amovible complète supra-implantaire *Ed Cdp* 2002, pp187-219
- 12 BATENBURG RH, MEIJER HJ, RAGHOEBAR GM, VISSINK A. Treatment concept for mandibular overdentures supported by endosseous implants: a literature review. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1998 Jul-Aug;13(4):539-45. Review.
- 13 Eitner S, Schlegel A, Emeka N, Holst S, Will J, Hamel Comparing bar and double-crown attachments in implant-retained prosthetic reconstruction: a follow-up investigation. *J. Clin Oral Implants Res*. 2008 May;19(5):530-7. Epub 2008 Mar 26.
- 14 EMAMI E, HEYDECKE G, ROMPRE PH, DE GRANDMONT P, FEINE JS. Impact of implant support for mandibular dentures on satisfaction, oral and general health-related quality of life: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *Clin Oral Implants Res*. 2009 Jun ; 20(6) : 533-44. Review.

Qualité, Consistance, & Précision.

Suntech®

PILIER PERSONNALISÉS PAR CFAO

Titane, Zircône & Hybride



E.MAX CAD



ZIRCONE STRATIFIÉE




ZIRCONE PLEINE



Appelez-nous dès aujourd'hui pour un ramassage!

 **Sun**
DENTAL LABS

 01 47 34 42 36
sdlfr@sudentallabs.com

**Vissez, dévissez, déposez
en toute simplicité
avec les instruments universels
de la gamme implantologie:**

- Contre angle manuel
- Tournevis articulé
- Clé dynamométrique
- Adaptateur multimarques
- Extracteur



www.prodont-holliger.com

PRODONT-HOLLIGER 1156, rte de la Sine 06140 Vence Tel: 04 93 24 20 82 - Fax: 04 93 24 68 26 - email: info@prodont-holliger.fr - S.A.S. au capital de 285.000 € N°572 168 979 RCS GRASSE



Pourquoi vous priver d'outils performants qui :

- Renforce votre image de marque
- Informe vos Patients
- Détend vos Patients
- Présente votre équipe, vos structures, vos spécialités
- Contribue au «Consentement éclairé» de vos Patients

CONCEPT ATTENTE

système de communication en salle d'attente

**Un système qui a fait ses preuves
depuis 4 ans dans de nombreux cabinets**



FOXY études & développement
42, rue des Cormiers 78400 CHATOU

Tél : 01 34 80 60 66
www.foxy-ed.fr



Le bridge transitoire dans le traitement implantaire de l'édenté complet en mise en charge immédiate



Dr Antoine DISS

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur ès Sciences
- Ancien Interne des Hôpitaux de Nice
- Ancien Assistant, Département de Paro-Implantologie, Université de Nice-Sophia-Antipolis
- Président Fondateur de Génération Implant

Le bridge transitoire est un élément central dans la mise en œuvre du traitement implantaire de l'édenté complet par mise en charge immédiate (MCI). C'est d'abord un élément de cicatrisation et à ce titre, il participe à la bonne ostéointégration des implants. C'est ensuite un élément prothétique qui permet une première approche esthétique et valide le concept occlusal choisi avant la réalisation du bridge final. Cela nous oblige à le concevoir avec une grande rigueur. Mais l'urgence dans laquelle il est réalisé, entre 24 et 72 heures, implique un protocole rigoureux. Nous avons traité en MCI, 87 patients depuis 2007, posé 575 implants Astra Tech pour équiper 47 maxillaires, 26 mandibules et 14 bimaxillaires. Cet article résume les aspects cliniques de la mise en œuvre du bridge transitoire : la préparation des cas, sa réalisation et enfin sa transformation en bridge définitif.

Choix technologiques

Dans le cadre de la mise en charge immédiate, la réalisation du bridge transitoire fait partie intégrante de la chirurgie et doit être calée dans les 72 heures suivant celle-ci. Il existe 2 méthodes de réalisation : la méthode directe, qui consiste en un rebasage au fauteuil d'une prothèse adjointe complète (PAC) existante ou d'un bridge transitoire réalisé à l'avance. L'avantage est que le patient ressort de la chirurgie avec des dents. Les inconvénients sont les suivants : difficulté de mise en œuvre, augmentation du temps opératoire, difficulté de finition, absence d'armature coulée. Nous préférons la méthode indirecte, c'est-à-dire la réalisation en laboratoire et la pose généralement à 48 heures post-opératoires. Mis à part l'inconvénient du délai, ces bridges ont un haut degré de finition et une très grande rigidité.

Il a été démontré de longue date que la stabilité primaire peut être améliorée lorsque les implants sont reliés entre eux par une liaison rigide (Ledermann 1979, 1999 ; Salama et al. 1995 ; Spiekermann et al. 1995 ; Tarnow et al. 1997 ; Randow et al. 1999). Pour Glantz et al. (1984a, 1984b) les conditions les plus favorables à la MCI sont obtenues *via* un bridge fixe rigide. Tarnow et al. en 1997 utilisent un bridge provisoire avec une armature coulée pour optimiser la stabilité et obtiennent de très bons taux de succès. Les auteurs suggèrent d'ailleurs qu'une fois ce bridge vissé ou scellé il ne doit pas être démonté pendant la période de cicatrisation implantaire pour éviter tout mouvement inutile et iatrogène.

Dans les premières publications sur la mise en charge immédiate, certains auteurs préconisent des connections rigides par barre (Ledermann 1979 ; Salama et al. 1995 ; Spiekermann et al. 1995), d'autres l'utilisation de bridge fixe en évitant les cantilevers (Skalak 1985 ; Brunski 1993 ; Tarnow et al. 1997), ou au contraire adoptent ces extensions (Randow et al. 1999 ; Ericsson et al. 2000 ; Colomina 2001). Finalement en 2001, Ganeles et al. (2001) placent 161 implants, mis en charge par des bridges avec différents designs (technique directe ou indirecte, scellés ou vissés) et ne montrent pas de différence dans les résultats obtenus entre les différents protocoles. Ainsi, les choix technologiques dans la conception du bridge transitoire peuvent être laissés à l'appréciation de chaque clinicien à condition de garder le principe initial de rigidité. Ces choix se feront donc sur des notions de praticité et d'affinité. Nous allons détailler la technique de MCI par des bridges transvissés sur des piliers prothétiques définitifs conçus en technique indirecte avec des cantilevers en inocclusion.

Mise en œuvre

Préparation de la chirurgie

La mise en œuvre de ces bridges transitoires nécessite une préparation avant intervention. Des empreintes d'étude sont montées en articulateur, dans une situation d'occlusion d'intercuspidie maximale (OIM) si les rapports interarcades sont corrects ou dans une relation d'occlusion de relation centrée

(ORC) si ceux-ci sont incorrects. Il est évident que dans des situations pathologiques (perte complète de calage, migration antérieure du bloc incisivo-canin, cas de parodontite terminale...) on ne peut que s'approcher d'une ORC « physiologique », qui sera validée et affinée au fur et à mesure de l'utilisation du bridge et avant réalisation du définitif.

Les modèles d'étude initiaux sont conservés par le technicien de laboratoire comme référence et il lui est demandé de travailler sur des duplicatas. Une fois ces modèles montés en articulateur, les dents sont rasées et un PEI d'occlusion est confectionné en base dure (Fig. 1). Ce PEI servira à l'enregistrement des RIM en fin d'intervention après la prise de l'empreinte. Nous partons du postulat qu'il est quasi-impossible, après une intervention chirurgicale, d'enregistrer les RIM de manière classique (tests phonétiques et esthétiques). Dans certains cas, une dent peut être conservée pour aider à l'enregistrement puis extraite en toute fin d'intervention. Le PEI d'occlusion a donc comme objectif d'enregistrer des RIM en guidant le patient. Il est pré-indenté sur les dents antagonistes (Fig. 2) et il conserve des zones de calage issues des modules d'études : le raphé médian dans les cas maxillaires (Fig. 3) et les trigones dans les cas mandibulaires. Il est évidé au niveau des futures crêtes et sera rebasé en fin d'intervention sur les bagues de cicatrisation en titane vissées après l'empreinte.

Le jour de la chirurgie

En début d'intervention, il est essentiel de mesurer la dimension verticale d'occlusion du patient à l'aide de repères marqués sur le visage. En cours d'intervention, le juste positionnement implantaire est le premier élément important pour la bonne réalisation prothétique du cas. Dans le cas de bridge transvissé sur des piliers droits, les axes implantaires doivent être en dedans de l'arcade pour une esthétique optimale. Les piliers placés au moment de la chirurgie sont considérés comme définitifs même s'ils pourront par la suite être changés. La hauteur prothétique de ces piliers est classiquement de 2 mm. Les implants sont légèrement surenfouis pour prévenir la future rétraction post-cicatricielle qui est systématique et d'autant plus importante en cas de parodontite terminale.

Avant la réalisation des sutures, les transferts de piliers sont positionnés (Fig. 4). Les comblements osseux sont effectués et les berges sont suturées à l'aide d'un fil résorbable. Une empreinte à ciel ouvert est réalisée à l'aide d'un porte-empreinte plastique du commerce et d'un matériau empreinte faiblement hydrophile (Honigum®, Pred) pour éviter une fusée du matériau sous les sutures et les lambeaux.

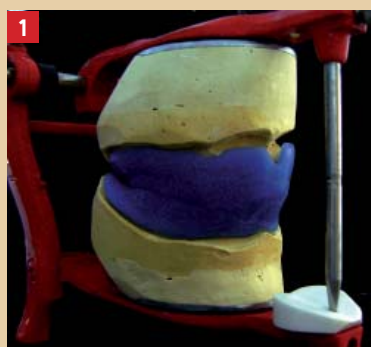


Fig. 1 : les modèles d'étude sont montés en articulateur pour permettre la réalisation d'un PEI d'occlusion, ici un cas bimaxillaire



Fig. 2 : le PEI d'occlusion est pré-indenté pour permettre sa stabilisation sur l'arcade antagoniste

Fig. 3 : au maxillaire, le raphé médian constitue une zone de calage, la zone crestale est évidée pour être ensuite rebasée sur des bagues de cicatrisation en titane à la fin de la chirurgie



Fig. 4 : avant la réalisation des sutures, les transferts de piliers sont positionnés



Fig. 5 : enregistrement des RIM grâce au PEI d'occlusion, cas bimaxillaire

Une fois l'empreinte réalisée, des bagues de cicatrisation en titane sont vissées sur les piliers pour éviter leur recouvrement par la muqueuse. Le PEI d'occlusion est essayé. On mesure la DVO et on observe si celle-ci est identique ou non à celle enregistrée en début d'intervention. Si nécessaire, des retouches sont entreprises notamment dans l'intrados du PEI qui peut interférer avec les bagues en titane. Une fois ces réglages entrepris, les RIM sont enregistrés par un silicone mou de rebasage de (Silagum®, Pred) injecté dans l'intrados. Le PEI est calé sur les dents antagonistes et le patient est guidé pour fermer la bouche jusqu'à la mise en butée du PEI sur les repères conservés (raphé médian ou trigones rétro-molaires) (Fig. 5). La DVO est vérifiée, le milieu marqué. Des corrections éventuelles peuvent être indiquées au prothésiste ainsi que des informations complémentaires : teinte, numéro des dents extraites, nécessité de fausse gencive, type d'armature...

La conception

Armature et rigidité

La conception du bridge et notamment la nature de l'élément de renfort est donnée par des considérations cliniques. Le bridge est vissé sur les piliers par l'intermédiaire d'embases en titane et celles-ci sont noyées dans la résine. La résine possède une rigidité suffisante mais sa résistante est faible ce qui se traduit par des fractures au niveau des embrasures ou des puits de vissage. Pour l'améliorer, on peut avoir recours à de la fibre, à des fils de renfort (Fig. 6), à des attelles coulées ou à des armatures coulées. Dans ce dernier cas, les embases en titane sont remplacées par des calcinables. Le choix est fonction du nombre de dents et d'implants, en gardant à l'esprit que plus le bridge est étendu, plus les forces exercées seront postérieures et puissantes, et plus l'armature devra être résistante. D'une manière synthétique, le fil de renfort ou les fibres sont indiquées dans les

cas de mise en charge de 4 implants antérieurs par des bridges de 8 ou 10 dents sans extension. Dans les autres cas, nous privilégions la réalisation d'une attelle coulée (Fig. 7) qui encercle des bagues en titane (technique collée/vissée). Cette solution constitue une bonne alternative entre coût et résistance à la fracture. Enfin, la résine n'étant pas chimiquement liée au métal il convient de réaliser des micro et des macro-rétentions pour améliorer la cohésion de celle-ci.

Compression et fausse gencive

Le bridge transitoire est un bridge de cicatrisation et doit aussi constituer un modèle pour le bridge définitif. En fonction du degré de rétraction pré-extractionnelle, de la longueur des dents à extraire (cas de maladie parodontale terminale par exemple) et de critères esthétiques morphologiques propres au patient (par exemple la position de la ligne du sourire), on a recours ou non à une fausse gencive.

Le bridge transitoire avec fausse gencive (Fig. 8) est plus facile à mettre en œuvre, plus résistant (car les embrasures fragilisent le bridge), non compressif et moins douloureux lors de son vissage initial. Il est indiqué chez des patients âgés avec de fortes résorptions osseuses dans le but d'obtenir un bon soutien de lèvre.

À l'inverse, le bridge transitoire sans fausse gencive (Fig. 9) est plus compliqué à mettre en œuvre car il doit être compressif pour permettre de sculpter de futures papilles (Fig. 10 et 11). Il est utilisé dans le cas de patients jeunes avec une faible résorption post-extractionnelle pour réaliser des bridges céramiques. La complexité réside dans le degré de compression des pontiques ovoïdes. Il faut tout d'abord informer son prothésiste que la fausse gencive du modèle peut être fortement taillée car celle-ci n'a rien de comparable au cas de bridge sur des crêtes cicatrisées. Ensuite, il est utile d'indiquer sur la fiche de transmission au laboratoire les alvéoles d'extraction car les pontiques y seront plus compressifs. La règle pour le prothésiste est de ne presque pas tenir compte de la fausse gencive et de faire pénétrer les pontiques au même niveau que celui des piliers prothétiques adjacents. Lors de la mise en place de ces bridges, une anesthésie locale est nécessaire. Il faut aussi parfois régler la compression au fauteuil en fonction des doléances du patient. Un resserrage systématique des vis de bridge est entrepris à 1 semaine, 15 jours et 1 mois postopératoires pour permettre une mise en place complète et stable du bridge.



Fig. 6 : vue des piliers en titane et du fil de renfort avant injection de la résine

Fig. 7 : attelle coulée : les piliers en titane sont entourés et collés dans l'attelle

Fig. 8 : bridge provisoire avec fausse gencive peu compressive

Fig. 9 : bridges provisoires bi-maxillaires sans fausse gencive

Fig. 10 : bridges provisoires sans fausse gencive le jour de sa mise en place à 48 heures postopératoires, notez la compression de la muqueuse

Fig. 11 : retrait du bridge provisoire à 4 mois, notez la sculpture des papilles

Le passage au bridge définitif

Compte tenu du confort apporté par le bridge transitoire, on peut attendre au minimum 4 à 6 mois, le temps nécessaire pour une rétraction tissulaire et à une stabilisation des tissus péri-implantaires. Cette période doit être mise à profit pour valider le concept

occlusal (DVO, calage, centrage et guidage). La résine est un élément cosmétique qui permet de réaliser des rajouts ou des modifications mineures au fauteuil. Dans le cas d'erreurs esthétiques importantes, il peut être nécessaire une fois la période précoce de cicatrisation passée de faire un remontage de dents.

Le passage au bridge définitif débute par un enregistrement des RIM validés par plusieurs mois de fonction (Fig. 12) et la prise en compte des modifications esthétiques finales demandées par le patient. Cet enregistrement se fait simplement sur le bridge provisoire qui sert de base d'occlusion et qui est ensuite dévissé. La prise d'empreinte est classique et le bridge provisoire, l'empreinte, l'accastillage prothétique et le modèle antagoniste sont envoyés au prothésiste. Le patient repart sans dents et les récupérera en fin de journée.

Une fois les modèles coulés, le bridge provisoire est vissé sur les répliques de piliers et le montage en articulateur réalisé. Le prothésiste confectionne ses clefs de positionnement et de montage et le bridge est rendu au patient. Ainsi, dès la première séance de prise d'empreinte, nous obtenons un modèle monté selon les bons RIM. Les étapes suivantes ne sont que des validations d'un projet prothétique mûri de longue date : validation de l'empreinte par la clef en plâtre si nécessaire, puis essai de l'armature, essai esthétique et livraison du bridge définitif (Fig. 13, 14 a et b).

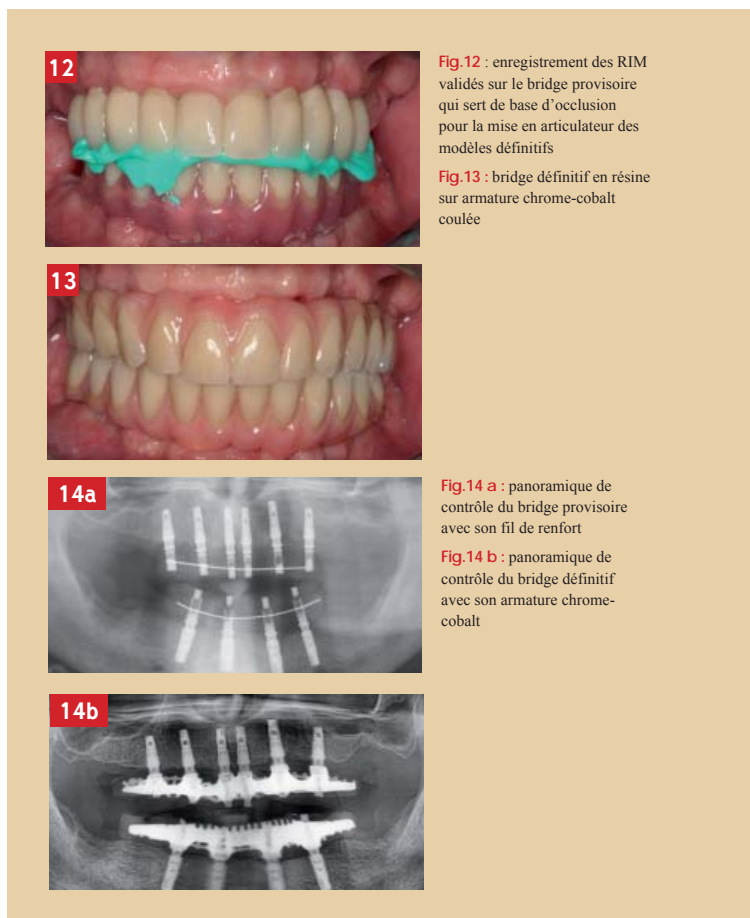
Conclusion

L'objectif principal du bridge provisoire en MCI est la réalisation d'une connexion rigide entre les implants. La principale difficulté de sa mise en œuvre réside dans l'enregistrement des RIM à la fin de l'intervention car le patient est éprouvé et que cet enregistrement se fait sur des références modifiées par la chirurgie : la crête édentée suturée et équipée des implants. Une fois cette étape validée, le bridge permet l'intégration des implants et assure un confort pour le patient. Il facilite aussi grandement la réalisation du définitif. ♦

Remerciements aux laboratoires GL dent (Grasse) Mazuel (Nice)

Bibliographie

- 1 Ledermann, P.D. (1979) Stegprothetische Versorgung des zahnlosen Unterkiefers mit Hilfe von plasmabeschichteten Titanschraubenimplantaten. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 34: 3-7.
- 2 Ledermann, P.D., Schenk, R. & Buser, D. (1999) Long-lasting osseointegration of immediately loaded bar-connected TPS screws after 12 years of function: a histologic case report of a 95-year-old patient. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* 18: 553-556.



3 Salama, H., Rose, L.F., Salama, M. & Betts, N.J. (1995) Immediate loading of bilaterally splinted titanium root-form implants in fixed prosthodontics – a technique reexamined: two case reports. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* 15: 344-361.

4 Spiekermann, H., Jansen, V.K. & Richter, E.J. (1995) A 10-year follow-up study of IMZ and TPS implants in the edentulous mandible using bar-retained overdentures. *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants* 10: 231-243.

5 Tarnow, D.P., Emtiaz, S. & Classi, A. (1997) Immediate loading of threaded implants at stage 1 surgery in edentulous arches: ten consecutive case reports with 1- to 5-year data. *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants* 12: 319-324.

6 Randow, K., Ericsson, I., Nilner, K., Petersson, A. & Glantz, P.O. (1999) Immediate functional loading of Bra°nemark dental implants. An 18-month clinical follow-up study. *Clinical Oral Implants Research* 10: 8-15.

7 Glantz, P.O., Nyman, S., Strandman, E. & Randow, K. (1984a) On functional strain in fixed mandibular reconstructions. II. An in vivo study. *Acta Odontologica Scandinavica* 5: 269-76.

8 Glantz, P.O., Strandman, E., Svensson, S.A. & Randow, K. (1984b) On functional strain in fixed mandibular reconstructions. I. An in vitro study. *Acta Odontologica Scandinavica* 4: 241-9.

9 Skalak, R. (1985) Aspects of biomechanical considerations. In: P.I. Bra°nemark, Zarb, G. & Albrektsson, T., eds. *Tissue-integrated prosthesis: osseointegration in clinical dentistry*, 117-128. Chicago: Quintessence.

10 Brunski, J.B. (1993) Avoid pitfalls of overloading and micromotion of intraosseous implants. *Dental Implantology Update* 4: 77-81.

11 Ericsson, I., Randow, K., Nilner, K. & Peterson, A. (2000) Early functional loading of Bra°nemark dental implants: 5-year clinical follow-up study. *Clinical Implant Dentistry and Related Research* 2: 70-77.

12 Colomina, L.E. (2001) Immediate loading of implant-fixed mandibular prostheses: a prospective 18-month follow-up clinical study – preliminary report. *Implant Dentistry* 10: 23-29.

13 Ganeles, J., Rosenberg, M.M., Holt, R.L. & Reichman, L.H. (2001) Immediate loading of implants with fixed restorations in the completely edentulous mandible: report of 27 patients from private practice. *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants* 16: 418-426.

Choix thérapeutique pour un futur édenté complet bimaxillaire : à propos d'un cas clinique



Dr Roch de VALBRAY

- Formateur Génération Implant
- Exercice privé, Lyon (69)



Dr Marc BERDOUGO

- Formateur Génération Implant
- Exercice privé, Lyon (69)

Dr Isy POLITI

- Exercice privé Villefontaine (69)

Alors que la population générale vieillit, les besoins en traitement du futur édenté complet par une prothèse confortable augmentent fortement. Les bridges implanto-portés répondent à ces exigences pour les fonctions et l'esthétique qu'ils restaurent durablement. Si les principes fondamentaux de ces traitements n'ont pas changé depuis Brånemark, leurs modalités ont en revanche considérablement évolué vers une simplification des procédures, une réduction des temps de traitement comme une moindre invasivité des interventions chirurgicales. Dans ce sens, l'évolution des états de surface implantaire conduit à la réduction des délais d'ostéointégration, la mise en charge immédiate permet une temporisation idéale et les protocoles chirurgicaux minimalement invasifs offrent une alternative aux lambeaux de grande étendue. L'objet de cet article est de présenter une stratégie thérapeutique raisonnée pour le traitement d'une future édentée complète bimaxillaire.

Cas clinique

Madame A, 64 ans, est adressée par son chirurgien-dentiste traitant pour une réhabilitation implanto-portée des secteurs édentés.

Lors de la première consultation la patiente formule les objectifs suivants :

- « remplacer le bridge en haut à droite qui me permettait de mâcher à peu près avant que je ne perde la canine qui le tenait »
- « améliorer l'esthétique de mes dents de devant qui sont noircies à leur base »
- « envisager une solution fiable et logistiquement acceptable » (patiente adressée, habitant loin de la clinique)

La patiente est en bon état de santé général, ne prend aucun traitement et ne fume pas.

Diagnostics

Diagnostic dentaire

- absence des dents n° 18-16-15-14-13-24-25-26-27-28 / 34-35-36-37-38-45-46-47 pour raisons carieuses et endodontiques (Fig. 2)
- reprises de caries multiples sous les reconstitutions coronaires des dents n° 17-23 -31-32-33-41-42-43-44-48 (Fig. 1)
- lésions chroniques d'origine endodontique sur les dents : 31 / 42-43-44

Diagnostic parodontal

Parodonte sain de morphotype moyen, très festonné. Le volume osseux disponible au maxillaire est suffisant pour envisager la pose d'implants dans de bonnes conditions entre les dents 16 et 26. À la mandibule, l'os alvéolaire semble très fin et sera confirmé par les examens radiologiques complémentaires.

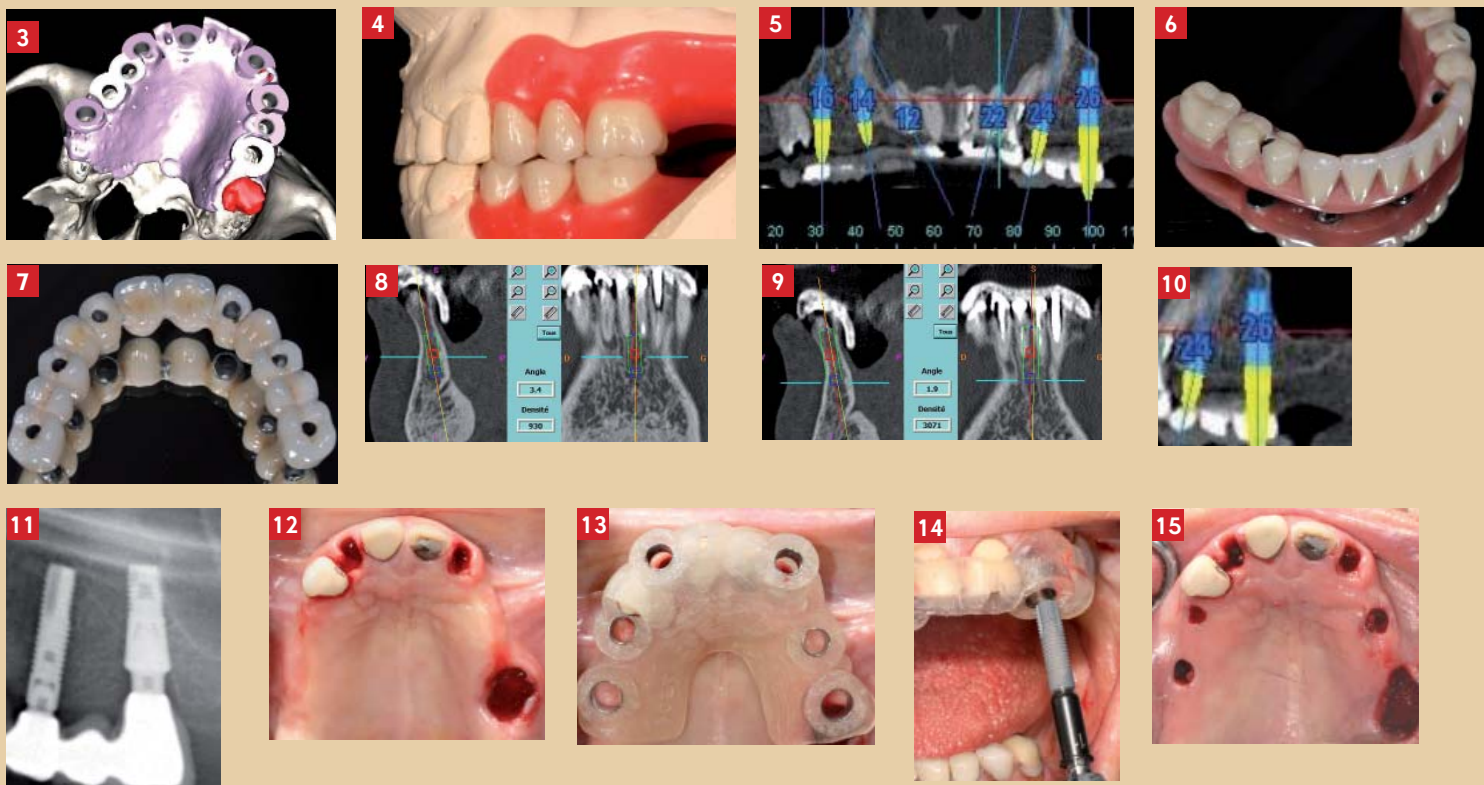
Diagnostic occlusal

- une dimension verticale préservée par l'égression du secteur incisivo-canin mandibulaire compensatrice de l'abrasion des incisives
- un plan d'occlusion perturbé par
 - la version mésiale de 48
 - l'égression du bridge 17-13 causé par la perte du calage postérieur depuis 10 ans
- des antécédents de bruxisme

Diagnostic esthétique (Fig. 1)

- existence de papilles très festonnées
- collets en secteur esthétique alignés
- morphologies dentaires irrégulières au maxillaire
- incisives très courtes à la mandibule
- teintes dentaires hétérogènes
- sourire qui découvre les dents maxillaires jusqu'au collet dentaire permettant aux papilles interdentaires de participer à l'harmonie du sourire





À l'exception des dents 12, 11 et 22, le pronostic des dents restantes apparaît très aléatoire.

En effet, les reprises de caries radiculaires multiples obligeront à procéder à l'élongation coronaire des dents pour les reconstituer dans de bonnes conditions. Leurs racines grêles ne se prêtent pas à des reconstitutions corono-radiculaires pérennes. Selon l'endodontiste consulté, les reprises de traitements seraient techniquement réalisables pour traiter les lésions de 31-42-43-44, mais de mauvais pronostic à cause du rapport couronne/racine défavorable suite aux élongations coronaires.

Constatant que le capital dentaire de Madame A paraissait très fragile pour participer à la réhabilitation de sa bouche, nous avons donc décidé d'utiliser son capital osseux pour fixer deux bridges complets sur implants.

Choix thérapeutique

Au maxillaire : bridge complet céramique de 12 dents transvissé sur 6 implants (sans fausse gencive) (Fig. 7)

Ce choix thérapeutique est justifié par la revue littérature de Lambert en 2009 suggérant un taux d'échec prothétique accru lorsque la réhabilitation complète au maxillaire est fixée sur un nombre d'implants inférieur à 6.

L'espace prothétique faible et sa biocompatibilité impose la céramique comme le matériau de choix pour la réalisation du bridge complet maxillaire.

Le parodonte sain et intact nous autorisera à nous affranchir d'une fausse gencive que nous éviterons à chaque fois que nous le pourrons.

Une procédure chirurgicale permettant de conserver le parodonte maxillaire autour des implants sera adoptée pour préserver le parodonte marginal exposé lors du sourire.

Pour cela, nous avons choisi, dans le même temps opératoire, d'extraire, d'implanter et de fixer à 24 heures un bridge complet provisoire transvissé.

À la mandibule : bridge complet type Brånemark de 12 dents en résine transvissées sur 5 implants, avec fausse gencive (Fig. 6)

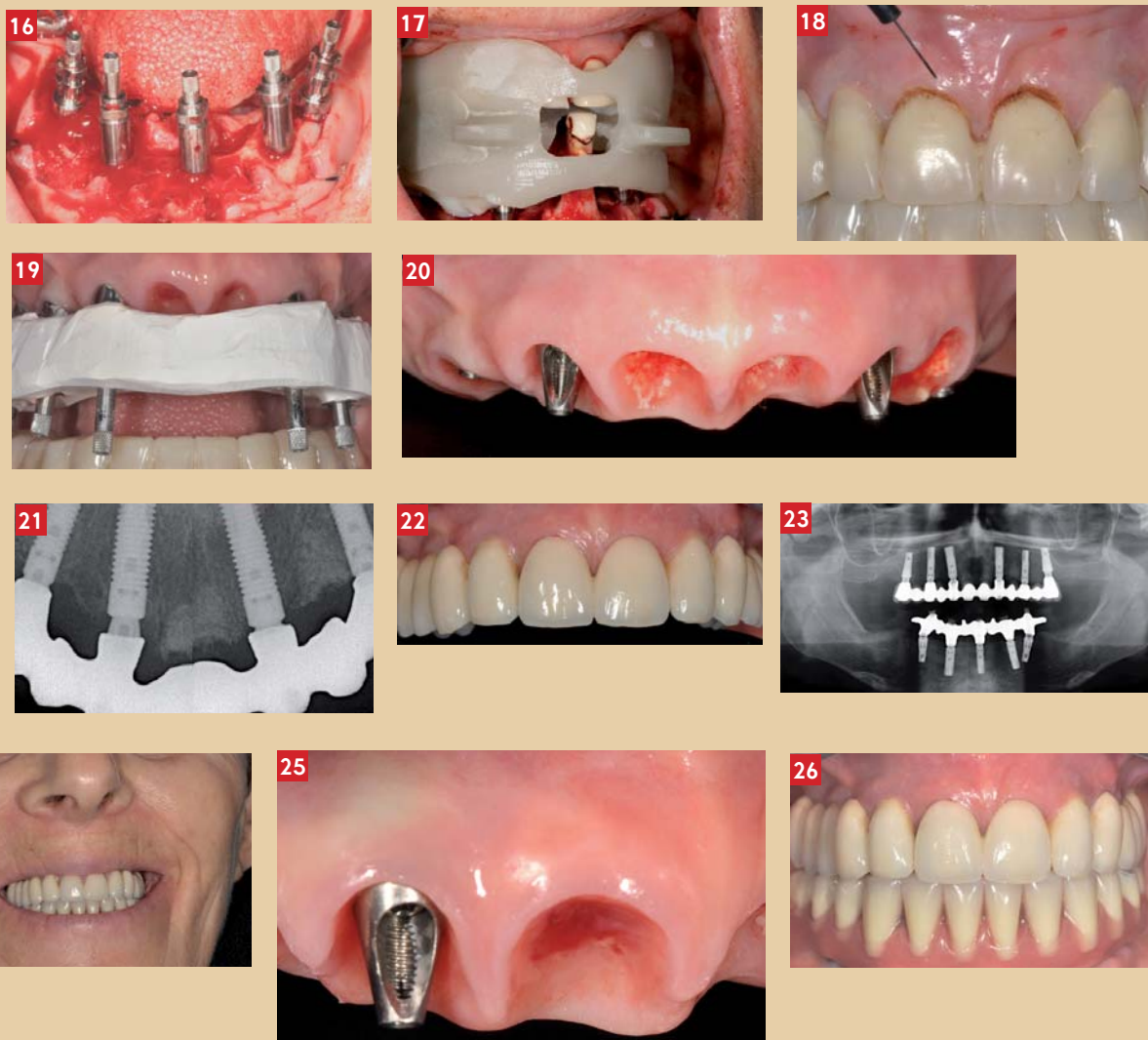
Ce choix thérapeutique a été évalué sur 20 ans avec 100 % de succès prothétique et 98,9 % de succès implantaire par Ekelund en 2003. Le matériau prothétique (résine) a été préféré à la céramique pour des raisons de confort et de prévention de la fracture de la céramique antagoniste. En effet, les prothèses complètes en céramique sont très bruyantes quand elles s'affrontent, alors que la résine permet un certain amortissement au moment des contacts occlusaux. Enfin, la fausse gencive permettra de compenser l'alvéolectomie nécessaire à la pose des implants entre les *foramina* mentonniers (Fig. 8 et 9). La mise en charge immédiate des implants mandibulaires est réalisée à 24 heures postopératoires, en même temps que les implants maxillaires.

Protocole de traitement

L'étude préimplantaire comporte des modèles d'étude montés sur articulateur avec arc facial pour réaliser le montage directeur qui validera le projet prothétique (Fig. 4).

Ce montage directeur permet de concevoir un guide radiologique permettant de planifier la position et les axes des implants en fonction du projet prothétique sur le logiciel de planification Facilitate® (Astra-tech®) (Fig. 3 et 5).

Après extraction des dents 17, 12 et 22, le guide chirurgical élaboré par stéréolithographie sera clippé sur les dents 11, 21 et 23 pour forer et positionner les implants maxillaires (fig. 12, 13, 14 et 15) conformément à la planification (Fig. 10 et 11).



Le positionnement transgingival des implants en place de 16, 14, 12, 22, 24 et 26 à travers le guide permet ainsi la réalisation d'une chirurgie minimalement invasive, rapide et précise sans élever de lambeau.

Les piliers prothétiques sont vissés, l'empreinte maxillaire de type pick-up est prise à l'aide d'un polyether (Impregum™, 3M Espe), la chirurgie maxillaire a duré un minimum de temps.

À la mandibule, les dents sont extraites et une alvéolectomie de 7 mm permettra le rétablissement de l'espace prothétique. Seule la dent 31 sera maintenue sur l'arcade le temps d'enregistrer la dimension verticale d'occlusion (DVO) et la relation intermaxillaire (RIM) (Fig. 17) après la pose à main levée des implants 35, 33, 43, 45.

La dent 31 est ensuite extraite pour permettre la pose du cinquième implant mandibulaire (Fig. 16).

Les sutures des lambeaux précèdent l'empreinte pick-up.

La chirurgie se termine sur l'enregistrement du plan d'occlusion à l'aide de l'arc facial.

Le lendemain, les bridges provisoires sont prêts, la mise en charge immédiate peut être commencée.

La patiente est anesthésiée localement pour les extractions des dents 11, 21, et 23 et 47.

Les alvéoles des dents 11, 21 et 23 sont comblées à l'aide d'une hydroxyapatite à résorption lente (Bio-oss®, Geitslich) pour maintenir le volume vestibulaire sur les sites d'extraction.

Les bridges provisoires sont transvissés et des greffons de tissu conjonctif enfouis viennent fermer les alvéoles d'extraction et épaissir le parodonte en regard de 11, 21 et 23.

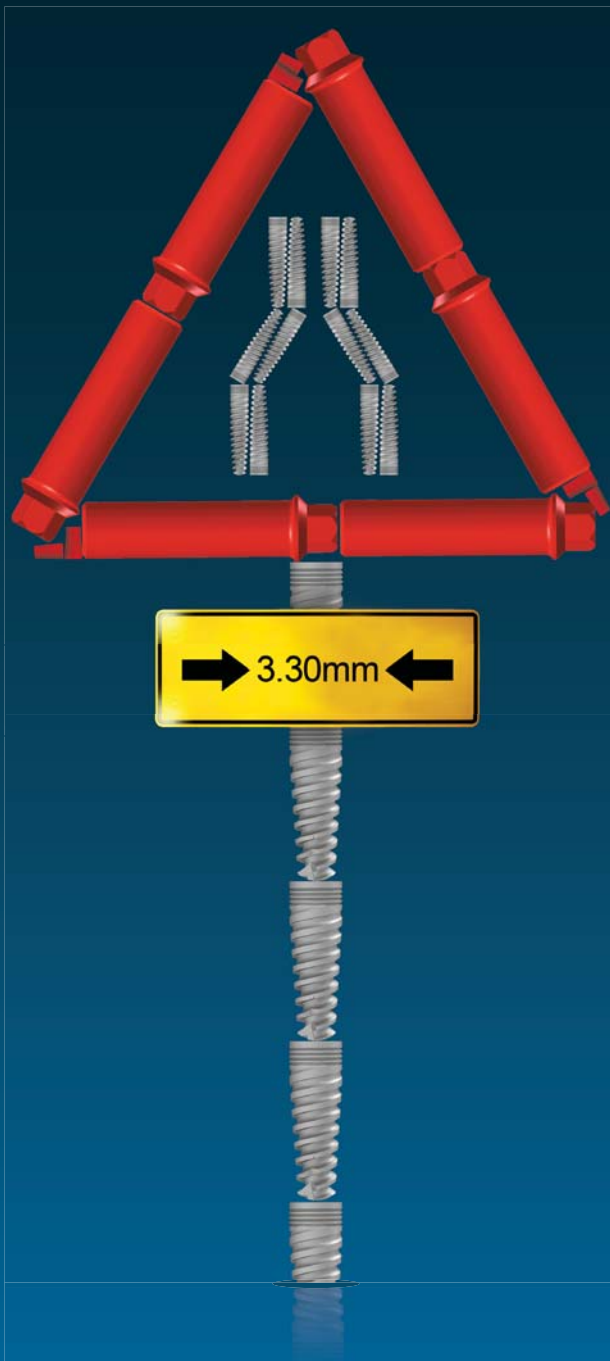
À 4 mois, une gingivectomie au bistouri électrique est réalisée pour allonger les couronnes cliniques de 11 et 21 et aligner les collets (Fig. 18).

À 6 mois, réalisation des bridges définitifs (Fig. 19, 20, 22, 25, 24, 26).

Notons la stabilité osseuse autour des implants à 24 mois post-opératoires (Fig. 21 et 23).

**SEVEN
NARROW**
Ø3.30mm

MIS est fier de vous présenter sa nouveauté dans la gamme des implants SEVEN : le SEVEN Narrow 3.30mm. Ce nouvel implant SEVEN 3.30mm sera disponible en longueurs 10mm, 11.5mm, 13mm and 16mm. MIS SEVEN Narrow a été spécialement conçu pour les crêtes étroites et les espaces réduits et s'accompagne d'une variété d'options prothétiques spécialement dédiées à cette plateforme



© MIS Corporation. All rights Reserved.



MIS vous propose une large gamme de kits innovants et d'accessoires qui vous apportent des solutions simples et créatives en réponse aux divers challenges de l'implantologie. Pour en savoir plus sur MIS, rendez vous sur notre site web : mis-implants.com Numéro Azur : 0.810.89.50.30

Discussion

Le protocole d'extraction-implantation et mise en charge immédiate bimaxillaire tel que décrit dans cet article semble permettre :

- **un enregistrement de la RIM facilitée** le jour de la chirurgie grâce à la conservation d'un couple dentaire opposable (21, 31), cette approche permet de contourner la difficulté majeure de la mise en charge immédiate qu'est l'enregistrement de la RIM sous anesthésie locale sans repère dentaire
- **de conserver la DVO, la RIM et la situation du plan d'occlusion (PO) avec beaucoup de fiabilité**, ce qui facilite les étapes prothétiques ultérieures. En effet, les modèles montés sur articulateur à l'aide des enregistrements réalisés le jour de la chirurgie affranchiront le praticien réalisant la prothèse de ces étapes empiriques et délicates en l'absence de toute référence occlusale ; le traitement prothétique simplifié consistera alors en une prise d'empreintes, la validation de celles-ci, les essayages d'armatures et la pose des bridges terminés

Pour ce faire, la situation du PO, l'enregistrement de la RIM et de la DVO, déterminantes du succès prothétique, sont transmises au praticien réalisant la prothèse.

- la **préservation des structures parodontales garantes de l'intégration esthétique** du bridge maxillaire
- la **temporisation la plus confortable** pour le patient (bridges fixes) en **une seule intervention chirurgicale**
- de **rationnaliser le temps de traitement** et le nombre de rendez-vous
- la **réduction du coût du traitement**
- la **préservation papillaire garantissant une esthétique et un confort optimaux** (pas de tassement alimentaire, sensation d'avoir retrouvé ses dents). La préservation des papilles (*Fig. 25*) semble résulter d'un protocole chirurgical ayant combiné :
 - le **respect de la vascularisation parodontale** par le placement des implants sans élever de lambeau grâce à la chirurgie guidée
 - le **positionnement d'un bridge provisoire** soutenant le parodonte pendant la cicatrisation
 - la **préservation du volume des alvéoles** par leur comblement avec un matériau à résorption lente et à l'épaississement gingival associé

Conclusion

Ce cas vient illustrer les nouvelles possibilités qu'autorisent les dernières avancées en implantologie au travers de deux procédures concomitantes d'extraction-implantation et mise en charge immédiate, pour la réhabilitation complète d'un même patient. Entre l'implantologie d'hier et celle de demain, les procédures maxillaire et mandibulaire se montrent

rassemblées dans le traitement de cette patiente mais opposées dans leurs caractéristiques :

- une chirurgie transmuqueuse et non invasive au maxillaire et une chirurgie invasive et ressectrice à la mandibule
- une chirurgie guidée au maxillaire et une chirurgie à main levée à la mandibule
- un parodonte préservé et festonné au maxillaire et une fausse gencive à la mandibule
- un bridge complet céramique au maxillaire et un bridge complet résine avec fausse gencive à mandibule

Ce cas permet de mieux comprendre les indications de ces deux concepts prothétiques (céramique et résine) dans la réhabilitation prothétique du futur édenté complet.

Il permet de montrer, en outre, que la préservation du parodonte maxillaire est le garant de l'intégration d'un bridge complet céramique. ♦

Remerciements

Aux Drs Stéphanie VALENTIN, Marc BERDOUGO, Antoine BLOMART et Isy POLITI pour leur contribution à la réalisation de ce cas.

Prothèses provisoires et d'usage : laboratoire MURAT CANQUE (69).

Bibliographie

- 1 Ekelund JA, Lindquist LW, Carlsson GE, Jemt T. Implant treatment in the edentulous mandible: a prospective study on Brånemark system implants over more than 20 years. *Int J Prosthodont.* 2003 Nov-Dec;16(6):602-8.
- 2 Lambert FE, Weber HP, Susarla SM, Belser UC, Gallucci GO. Descriptive analysis of implant and prosthodontic survival rates with fixed implant-supported rehabilitations in the edentulous maxilla. *J Periodontol.* 2009 Aug;80(8):1220-30.

Laser Dentaire Fibré Tous Tissus
Erbium.Y.A.G.



“Le meilleur,
tout simplement...”

HOYA ConBio™

The World's Most Reliable Lasers



Essayez pour valider

SCDistribution / Distributeur France

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

Serge Mahé - Région Paris / Ile de France - 06 62 21 75 78

Luc Poulicet - Région Sud / Ouest - 06 03 03 30 60

Stéphane Seure - Région Nord / Est - 06 11 04 63 13

www.scdistribution.fr



Intérêt d'un système de passivation des armatures par soudure laser en implantologie orale



Dr Thierry BRINCAT

- Docteur en chirurgie dentaire
- Diplôme en chirurgie et prothèse implantaire Université Claude Bernard Lyon
- Attestation d'études d'anatomie et techniques chirurgicales bucco-maxillaires
- Exercice exclusif en chirurgie et prothèse implantaire
- Formateur Génération Implant



Dr Geoffrey BRINCAT

- Docteur en chirurgie Dentaire

Une passivité la plus parfaite possible est toujours requise pour les prothèses plurales fixées sur implants. Ce problème de passivité est d'autant plus important lorsqu'il s'agit de prothèse transvissée car d'importantes contraintes sont appliquées lors du vissage dans le but de faire coïncider les surfaces prothétiques et implantaire entre elles. La littérature ne fournit pas d'opinions homogènes à propos de l'importance de l'ajustage des prothèses supra-implantaires. Il y a encore quelques années, il était communément admis par de nombreux auteurs que l'absence de ce pré-requis pouvait mener à une perte d'os marginal autour des implants voire à un échec de l'ostéointégration. D'autres auteurs, tels que Jemt et Book, ont cependant démontré que, même dans le cas de reconstructions supra-implantaires fixées n'étant pas complètement passives, sur une période de 5 ans, aucune perte significative d'os marginal ne pouvait être observée. Il est donc probable qu'un certain degré d'inadaptation puisse être toléré par les implants et permette une pérennité des résultats. Toutefois, la littérature s'accorde sur le fait qu'en l'absence de passivité de la superstructure prothétique, un nombre important de problèmes mécaniques peuvent survenir, tels que des fractures des armatures, des pertes ou fractures des vis de prothèse, des fractures de cosmétique résineuse ou céramique.

Aucune évidence scientifique n'a été produite établissant quel niveau d'adaptation implant-prothèse peut être considéré comme acceptable. Cela part de critères très restrictifs, tels ceux de Brånemark ne tolérant pas un mauvais ajustage supérieur à 10 µm, pour arriver à Jemt admettant généreusement un hiatus de 150 µm !

Si les techniques de soudure conventionnelles conviennent pour les armatures en or ou chrome-cobalt, pour celles en titane (recherché pour sa biocompatibilité) il est recommandé de réaliser des soudures au laser. Un prérequis pour ces soudures laser est que l'espace entre les surfaces à assembler soit le plus étroit et le plus parallèle possible. Une approche non conventionnelle (Procera® Bridge) pour éviter les déformations dues à la coulée du titane a été présentée par Nobel Biocare (Göteborg, Suède). La

technique est fondée sur un concept dérivé de l'industrie : la conception et la fabrication assistée par ordinateur (CFAO). Une maquette de l'armature en résine est produite et scannée à l'aide d'un palpeur. L'armature est fraisée dans une masse unique de titane placée dans une machine de fraisage numérique contrôlée par ordinateur. Cette méthode par usinage est capable de délivrer des armatures sans déformation, résistantes et passives.

La méthode moins complexe (CrescoTi Precision™) pour la réalisation d'armatures passives en titane (mais aussi utilisable avec d'autres alliages) a été développée par CrescoTi Systems AB (Kristianstad, Suède). Elle utilise une approche conventionnelle pour la fabrication de l'armature : la technique de la cire perdue. La correction de la distorsion est réalisée par section horizontale de la partie apicale de l'armature coulée suivie d'une soudure laser où la partie coronaire de l'armature est assemblée à un nouveau cylindre de titane pré-usiné (support de bridge) monté sur les répliques de pilier du maître modèle. Pour que la procédure de soudure puisse avoir lieu, il faut que ces supports de bridges soient sectionnés dans le même plan horizontal que les parties apicales de l'armature.

Revue de littérature

La littérature scientifique n'a produit que peu d'articles au sujet de ce procédé récent. La sélection d'un article nous a semblé être intéressante.

Torsello F, di Torresanto VM, Ercoli C, Cordaro L. Evaluation of the marginal precision of one-piece complete arch titanium frameworks fabricated using five different methods for implant-supported restorations.

Clin Oral Implants Res. 2008;19(8):772-779.

L'objectif de cette récente étude était d'évaluer et de comparer la précision d'adaptation marginale d'armatures en titane, pour bridges complets implantoportés, fabriqués à l'aide de cinq méthodes différentes : technique conventionnelle à la cire perdue, supra-structures coulées en titane soudées au laser à des chapes préfabriquées en titane (l'idée est ici d'avoir une interface préfabriquée précise avec l'im-

plant soudé à une supra-structure coulée personnalisée), Procera® Implant Bridge, Cresco™ et CAM StructSURE® Precision Milled Bar.

Sans entrer dans les détails de l'étude, il est intéressant de noter que le système Cresco™ arrive en tête des résultats avec un défaut d'ajustage moyen de $18 \mu\text{m} \pm 8$. Cependant, l'écart avec les résultats des autres techniques assistées par ordinateur ($21 \mu\text{m} \pm 10$ pour Procera®, $27 \mu\text{m} \pm 15$ pour CAM StructSURE®) n'est pas significatif et ne permet donc pas d'affirmer quelle technique est la plus performante à ce niveau. Ces méthodes ont en revanche de meilleurs résultats que ceux obtenus avec les méthodes traditionnelles de coulée ($78 \mu\text{m} \pm 48$) ou encore ceux des supra-structures coulées et soudées au laser à des chapes préfabriquées ($33 \mu\text{m} \pm 19$, écart non significatif par rapport au groupe CAM StructSURE®).

Caractéristiques du système Cresco™

Ce système compatible avec 17 marques d'implants permet la réalisation de bridges implantaire transvissés de plus ou moins grande étendue dans une large gamme d'alliages.

Le système Cresco™ fait appel aux compétences du laboratoire de prothèse implantaire usuel et, pour la phase de passivation de l'armature, à un laboratoire agréé équipé par la machine de précision Cresco™.

Avantages

Le système Cresco™ rassemble plusieurs avantages décisifs dans le succès de nos traitements implantaires :

- la prothèse, vissée sur les implants, autorise un démontage aisé
- une passivité absolue, d'après le fabricant, par section de l'armature après mise en forme et coulée, puis soudure au laser dans la machine de Précision Cresco™
- l'équipe prothétique garde la maîtrise du choix de l'alliage utilisé en fonction de critères cliniques (allergie éventuelle, alliages déjà présents en bouche) et techniques (portée du pont, possibilité de brasures, choix du cosmétique, etc.)
- la combinaison de différents types et marques d'implants au sein d'une même armature : il devient possible de réaliser une restauration prothétique transvissée de grande étendue dans un cas clinique combinant plusieurs types ou marques d'implants
- un rattrapage modéré des axes implantaires permettant de situer l'émergence des vis au mieux sur la surface occlusale : il devient donc possible de gérer aisément certains cas complexes mettant en jeu des implants divergents : le résultat esthétique peut être ainsi amélioré
- une ergonomie de travail améliorée grâce à l'utilisation d'un kit complet pour chaque implant
- la technologie Cresco™ de fabrication d'armature passive est, comparée aux autres technologies

CFAO (ex : Procera® Bridge), plus adaptée aux procédures conventionnelles de laboratoire d'où une mise en œuvre moins onéreuse ; l'exceptionnelle passivité de l'armature permet d'espérer une grande pérennité de la prothèse et des implants sous-jacents ; cette passivité représente un atout non négligeable lors de thérapeutique avec mise en fonction précoce

Inconvénients

- la méthode a peu de recul clinique, et la bibliographie est pauvre
- possible fracture au niveau des soudures laser en cas de défaut de réalisation ; en effet, les soudures étant réalisées par le technicien de laboratoire, leur qualité est donc opérateur-dépendant, cette méthode semble donc être plus soumise aux erreurs humaines que les autres méthodes CFAO (Procera® Bridge)
- les profils d'émergence sont toujours identiques (cylindriques)
- la technique peut se révéler délicate à manier cliniquement ; en effet, l'angulation des puits de vis peut rendre difficile les vissage et dévissage des vis de prothèse.

Principe du système Cresco™

Les implants ne possédant qu'une liberté de mouvement très réduite dans l'os, une passivité la plus parfaite possible est toujours requise pour les prothèses plurales fixées sur implants. La déformation de l'armature pendant la procédure de coulée est citée comme étant la cause principale responsable du mauvais ajustage en prothèse implantaire. Le système Cresco™ est une méthode simple basée sur la technologie des soudures laser permettant de corriger, de manière systématique, les déformations inhérentes à la procédure de coulée.

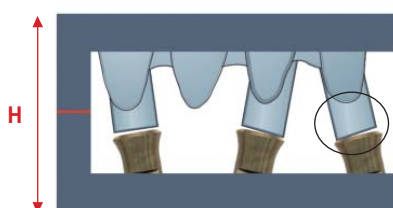


Schéma 1 : armature mal ajustée à cause des déformations de coulée placée sur les analogues de pilier avant la mise en précision



Schéma 2 : les embases prothétiques de l'armature sont ajustées selon un plan horizontal bien défini

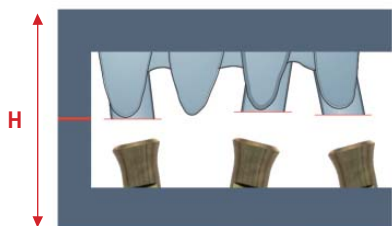


Schéma 3 : les supports de bridge préfabriqués adaptés à la marque de l'implant utilisé sont vissés sur les analogues d'implant ou de pilier

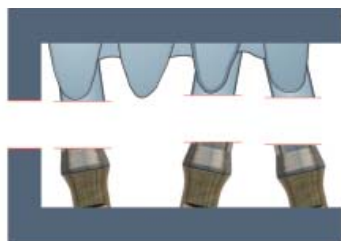


Schéma 4 : les supports de bridge sont ensuite coupés dans le même plan horizontal que les extensions de l'armature

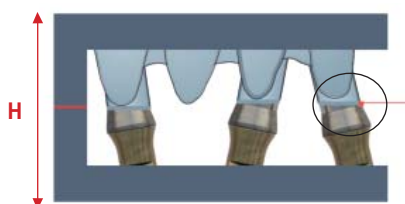


Schéma 5 : une soudure au laser réunit les surfaces : supports de bridge et armature parfaitement ajustés après la mise en précision

Cas clinique

Patient de 63 ans, porteur d'un bridge complet maxillaire au stade terminal.

Une reconstruction prothétique fixe implanto-portée au maxillaire est alors proposée afin de répondre aux attentes fonctionnelles et esthétiques du patient.

Fig. 1 : radiographie panoramique pré-opératoire

Fig. 2 : radio panoramique post-opératoire : après extraction des dents résiduelles, mise en place de 8 implants Astra OsseoSpeed™ au maxillaire en technique enfouie ; afin de rétablir l'esthétique et la fonction, une prothèse amovible de transition est immédiatement adaptée

Fig. 3 : mise en place des piliers trans-épithéliaux (pilier uni 45°) 3 mois après mise en place chirurgicale des implants, l'empreinte est réalisée selon une technique traditionnellement décrite en prothèse implantaire comme étant pour la majorité des auteurs la méthode la plus précise ; la méthode pick-up ne nécessite en effet pas le repositionnement des transferts dans l'empreinte après désinsertion

Fig. 4 : les empreintes ainsi que les différents éléments du kit Cresco API™ sont envoyées au laboratoire afin de réaliser les procédures Cresco™ nécessaires à la passivation de l'armature

Fig. 5 : kit Cresco API™ permettant une ergonomie de travail améliorée grâce à l'utilisation d'un kit complet pour chaque implant, tous les éléments nécessaires à la réalisation de l'armature puis à la pose de la prothèse sont livrés sous forme de kit complet : une partie clinique comprenant un transfert d'empreinte avec sa vis longue et la vis de bouche, une partie laboratoire comprenant l'analogue du pilier implantaire dorée, la vis de laboratoire, le wax tube calcinable, le support de bridge qui constitue toute la spécificité du système ; cette pièce intermédiaire se fixe sur le pilier prothétique et assure la jonction avec la future supra-structure prothétique, elle sera fournie en titane, en chrome-cobalt ou en plastique calcinable afin d'être coulée par le laboratoire dans le même alliage que l'armature, qu'il soit précieux ou non

Fig. 6 : le processus de passivation Cresco™ ne pouvant corriger les défauts liés à l'empreinte, il est vivement recommandé de réaliser un arc de validation du maître modèle avant de poursuivre, celui-ci est fabriqué en utilisant les transferts d'empreinte secondairement reliés par du plâtre ; si l'arc se fracture lors du serrage des vis de transfert, il sera nécessaire de reprendre une empreinte et de réaliser un nouveau maître modèle

Fig. 7 : prévisualisation des puits de vis au niveau du montage esthétique : noter l'emplacement vestibulaire des puits de vis qui sans correction compromettrait le résultat esthétique ; les considérations cliniques initiales ont imposé ce décalage entre l'axe implantaire et le projet prothétique ; rattrapage des axes implantaires permettant de situer l'émergence des vis au mieux sur la surface occlusale

Fig. 8 : soudures au laser dans la machine de Précision Cresco™ réunissant les surfaces par section de l'armature après mise en forme et coulée ; l'armature est essayée en bouche pour vérifier l'ajustage passif, un cliché radiographique peut confirmer la bonne correspondance entre l'armature et la plate-forme de l'implant

Fig. 9 : l'armature est renvoyée au laboratoire usuel pour la réalisation du cosmétique

Fig. 10 : positionnement des puits de vis en occlusal permettant de gérer aisément des implants divergents, le résultat esthétique peut être ainsi amélioré

Fig. 11 : résultat esthétique terminal

Fig. 12 : radiographie panoramique finale post-prothétique janvier 2006

Fig. 13 : radiographies rétro-alvéolaires post-prothétiques février 2011 à 5 ans : dans ce cas clinique sur une période de 5 ans, aucune perte significative d'os marginal n'est observée

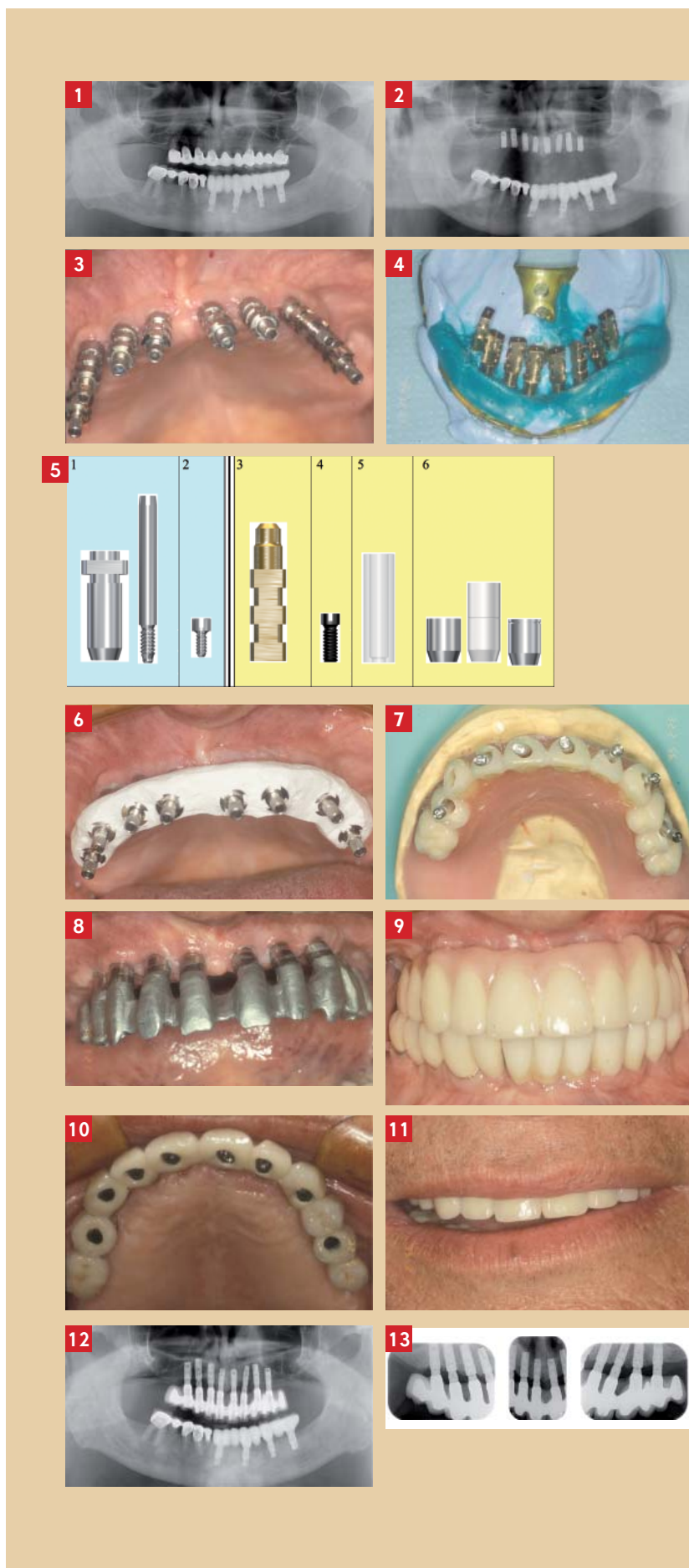
Conclusion

Les implants ne possédant qu'une liberté de mouvement très réduite dans l'os, une passivité la plus parfaite possible est toujours requise pour les prothèses plurales fixées sur implants. La déformation de l'armature pendant la procédure de coulée est citée comme étant la cause principale responsable du mauvais ajustage aussi bien en prothèse implantaire qu'en prothèse conventionnelle. Le système Cresco™ est une méthode simple basée sur la technologie des soudures laser permettant de corriger de manière systématique les déformations inhérentes à la procédure de coulée.

Remerciements au laboratoire de Prothèse Bioconcept (Toulon)

Bibliographie

1. Calderini A, Maiorana C, Garlini G, Abbondanza T. A simplified method to assess precision of fit between framework and supporting implants: a preliminary study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007;22(5):831- 838
2. Hedkvist L, Mattsson T, Helldén LB. Clinical Performance of a Method for the Fabrication of Implant-Supported Precisely Fitting Titanium Frameworks: A Retrospective 5- to 8-Year Follow-Up Study. *Clin Impl Dent Rel Res* 2004;6(3):174-180
3. Helfer M, Helfer JL, Etienne JM. Gagner le pari de la passivité en prothèse implantaire. *Strategie Proth.* 2006;6(5):371-384
4. Helldén LB, Dérand T. Description and Evaluation of a Simplified Method to Achieve Passive Fit Between Cast Titanium Frameworks and Implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1998;13(2):190-196
5. Helldén LB, Dérand T, Johansson S, Lindberg A. The Cresco Ti Precision method: Description of a simplified method to fabricate titanium superstructures with passive fit to osseointegrated implants. *J Prosthet Dent* 1999;82:487-491
6. Helldén LB, Ericson G, Elliot A, Fornell J, Holmgren K, Nilner K, et al. A Prospective 5- Year Multicenter Study of the Cresco Implantology Concept. *Int J Prosthodont* 2003;16(5):554-562
7. Helldén LB, Ericson G, Olsson C-O. The Cresco Bridge and Implant Concept: Presentation of a Technology for Fabrication of Abutment-Free, Passively Fitting Superstructures. *Int J of Periodont Rest Dent* 2005;25(1):89-94
8. Hjalmarsson L, Smedberg J-I. A 3-Year Retrospective Study of Cresco Frameworks: reload and Complications. *Clin Impl Dent Rel Res* 2005;7(4):189-199
9. Jemt T, Book K. Prosthesis misfit and marginal bone loss in edentulous implant patients. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1996 Sep-Oct;11(5):620-625
10. Torsello F, di Torresanto VM, Ercoli C, Cordaro L. Evaluation of the marginal precision of one-piece complete arch titanium frameworks fabricated using five different methods for implant-supported restorations. *Clin Oral Implants Res.* 2008; 19(8):772-779



Restaurations esthétiques par vitrocéramiques pressées au disilicate de lithium



Dr Franck AMOYEL

- CES de biologie buccale
- CES de parodontie
- DU de parodontie et d'implantologie (Paris VII)
- Diplômé du Global Advanced Dentistry



Christophe HUE

- Laboratoire Technologies et Cosmétiques Dentaires
- Co-Fondateur du Global Advanced Dentistry
- Post-Graduate du Las Vegas Institute en dentisterie esthétique et neuromusculaire

Le désir de dents blanches et bien alignées s'est considérablement accru ces dernières années. De nombreux patients nous sollicitent pour embellir leur visage en souhaitant un sourire plus esthétique. Restaurer les dents antérieures est d'ailleurs devenu un challenge délicat pour tous les praticiens.

Le formidable développement des systèmes céramo-céramiques a permis d'optimiser la luminosité et la translucidité des restaurations antérieures. La lumière y circule facilement sans rencontrer la barrière opaque d'une chape métallique (Touati, Miara, Nathanson, 1999) ce qui garantit un résultat esthétique supérieur et convaincant.

Lorsque les dents antérieures présentent des altérations coronaires ou des malpositions inesthétiques, les facettes en céramique sont considérées comme étant la solution par excellence tant sur le plan esthétique que fonctionnel (Magne et Belser U, 2002, 2003). Leur réalisation repose sur 4 notions (Meyenberg et Imoberdorf, 1997) :

- un traitement peu invasif
- une parfaite intégration biologique de la restauration
- une possibilité de ré-intervention sur la dent restaurée
- un résultat esthétique optimal

Les matériaux céramo-céramiques peuvent être utilisés dans de nombreuses situations, et il est possible de combiner les réalisations de facettes céramiques avec des couronnes ou bridges céramo-céramiques comme nous allons l'illustrer à travers deux cas cliniques.

Présentation des situations cliniques 1^{er} cas

Antoine a 43 ans et se plaint de l'apparence inesthétique de son sourire. Ses dents présentent en effet des colorations disgracieuses irréversibles dues à la prise de tétracyclines pendant son enfance.

Ce patient n'a pas obtenu le résultat qu'il espérait par un blanchiment, quelques années auparavant. Il souhaite désormais obtenir un sourire plus jeune et plus radieux (Fig. 1 à 4).

Les dents sont pulpées à l'exception de 22 restaurée par une coiffe céramo-métallique (Fig. 5). Leur couleur est très marquée, avec une luminosité très faible et une forte saturation.

La canine temporaire maxillaire droite (53) persiste sur l'arcade et la canine définitive est incluse (Fig. 6 et 7).

Le biotype parodontal est épais et le contrôle de plaque est satisfaisant même s'il peut être amélioré. La profondeur de sondage n'excède pas 3 mm. Le patient est en bonne santé et n'est pas fumeur. L'examen occlusal réalisé par le JT3D, le JVA et le T-Scan (Mescan) montre un calage, un guidage et un centrage répétitifs et reproductibles sans dysfonctionnement des Articulations Temporo-Mandibulaires ATM, ce qui permet de conserver l'Occlusion d'Intercuspidie maximale (OIM) du patient.

Décision thérapeutique

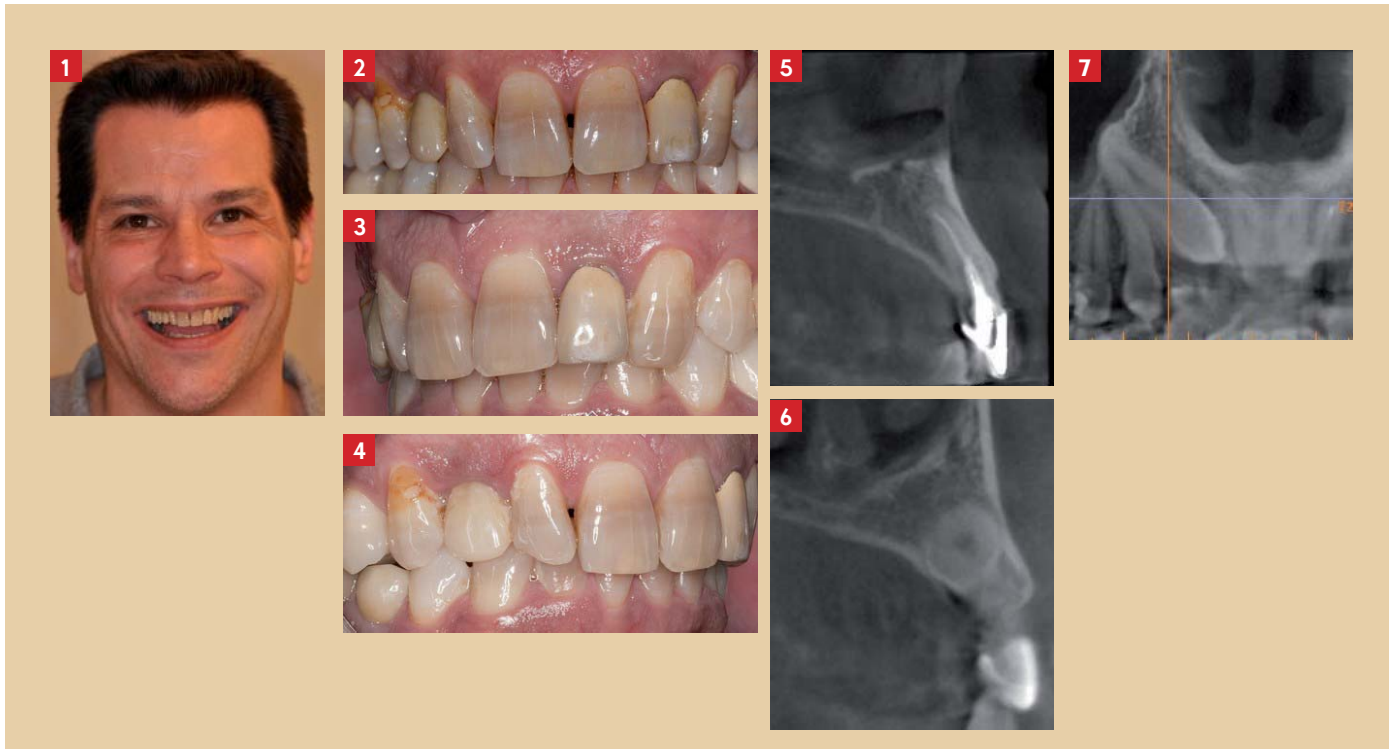
Le patient attendait beaucoup de ce traitement. Il souhaitait une restauration durable qui puisse paraître naturelle et esthétique. Pour lui offrir pleinement satisfaction, des restaurations céramo-céramiques sont prévues de 15 à 25.

Une thérapeutique initiale est bien évidemment indispensable, et consiste en une séance de motivation à l'hygiène et de prophylaxie parodontale pour maintenir un parodonte sain et stable.

Le patient présente une canine incluse (13) avec la persistance sur l'arcade de la canine temporaire maxillaire droite (53).

Il est bien évidemment décidé d'extraire la 53, mais le patient renonce à l'extraction de la canine incluse, car l'idée de recevoir des traitements dentaires l'angoisse particulièrement. De ce fait, le protocole d'extraction de la canine incluse et son remplacement par un implant est écarté. Une technique prothétique conventionnelle fixée est donc choisie par la réalisation d'un bridge de 3 éléments. Quelle que soit la voie sélectionnée, la clé du succès réside dans la préservation de l'os alvéolaire vestibulaire et interproximal, ainsi que dans la symétrie de l'enveloppe des tissus mous qui entoure les dents.

Des facettes céramiques sont prévues sur les dents 15-11-21-23-24-25. Un bridge céramo-céramique est prévu de 14 à 12 pour remplacer la 13. La couronne céramo-métallique sur 22 sera déposée



et le traitement radiculaire repris, avant une restauration par inlay core fibré recouvert par une couronne céramo-céramique.

2^e cas

Tahar a 23 ans et souhaite un meilleur alignement dentaire, avec des dents plus dominantes et une disparition des diastèmes (Fig. 8 à 10).

Décision thérapeutique

Six facettes en céramiques lui sont proposées de 13 à 23 pour lui offrir le meilleur résultat esthétique possible avec une invasion tissulaire minimale.

Ses dents sont saines, jeunes et claires, contrairement aux deux cas précédents.

L'état parodontal du patient est excellent, et aucune parafonction n'a été diagnostiquée.

Choix du procédé céramique

Les progrès technologiques en matière de matériaux permettent d'améliorer les résultats sur le plan esthétique. Le choix se porte vers l'IPS e.max (vitro-céramique dont la matrice contient des cristaux de disilicate de lithium) qui possède une excellente translucidité avec des propriétés optiques comparables à celles de la dentine et de l'émail (Heffemann et coll, 2002).

À l'inverse les céramiques en zircone sont peu translucides, mais possèdent des propriétés mécaniques plus élevées (Daniel et Sadoun, 2006).

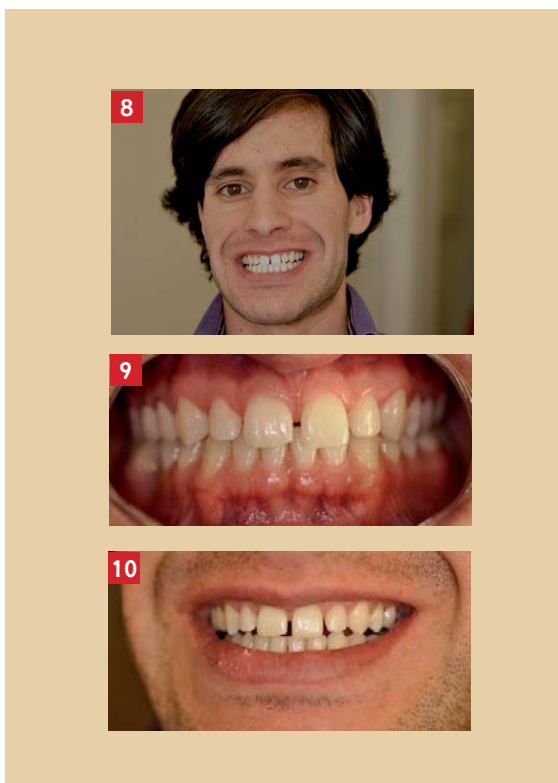
L'IPS e.max permet de simuler à la fois l'adaptation marginale, la forme et la couleur de plusieurs restaurations pour garantir un résultat esthétique à long terme.

Ce matériau permet de réaliser indifféremment des couronnes périphériques et des restaurations céramiques partielles. Un des ses points forts est son esthétique naturelle quelle que soit la teinte des moignons préparés et des dyschromies initiales.

Le procédé IPS e-max se décline en 2 techniques d'élaboration pour l'infrastructure : pressée ou par CFAO. Une seule céramique cosmétique de stratification polyvalente est utilisée pour l'ensemble des différents matériaux d'armature, ce qui permet d'obtenir une régularité chromatique entre les différents éléments (Richelme et Casu, 2006).

Dans les 2 cas présentés, l'IPS est utilisé en méthode pressée.

La modélisation des infrastructures en cire assure une parfaite adaptation cervicale avec un parfait contrôle des épaisseurs nécessaires pour les restaurations. Le matériau d'armature, le disilicate de lithium permet d'obtenir des armatures très homogènes avec des valeurs mécaniques de 350 MPa en flexion (Samama, Dejoux, Coudray, 2010).



Le choix de la céramique d'armature est par conséquent essentiel. La caractérisation du support dentaire (teinte des piliers) pour le choix du matériau d'infrastructure est en effet une information essentielle pour la qualité du résultat esthétique (Daniel et Sadoun, 2006).

En tant que praticien et prothésiste, nous recherchons les teintes les plus lumineuses et translucides notamment dans le secteur antérieur. D'ailleurs, dans ces situations d'esthétique dentaire, le prothésiste joue le rôle de « designer dentaire ».

Dans le 1^{er} cas, les dyschromies marquées nous orientent vers des lingotins MO (moyenne opacité). Cette moyenne opacité permet de gérer le passage de la lumière, contrairement à la zircone qui l'arrête presque totalement.

Dans le 2^e cas, les lingotins HT (High Translucency) sont utilisés pour des facettes réalisées sur des dents claires.

Il existe également des lingotins LT (Low Translucency), légèrement translucides, pour gérer des situations de dyschromies moins marquées, et des lingotins HO (High Opacity) utilisables sur des molaires, voire des prémolaires pour masquer des faux moignons métalliques. Mais dans ce dernier cas, la céramique est alors stratifiée.

Phases opératoires

Analyse et simulation esthétique

Toutes les données esthétiques et cliniques doivent être analysées. Des photographies pré-opératoires intra et extra-orales concernant le visage, le sourire, ainsi que les dents maxillaires et mandibulaires en vues frontales et latérales sont prises (Magne et Magne, 2006 ; Paris et Faucher, 2004).

Les dents, la gencive (biotype parodontal, exposition de la gencive) et les lèvres représentent les 3 déterminants du sourire, et doivent être analysés dans leurs dimensions, leurs positions et leurs formes (Garber et Salama, 1996 ; Fradeani 2004).

La ligne bi-pupillaire sert de référence horizontale pour orienter le plan incisif.

La verticalité de la ligne inter-incisive est fixée selon la ligne sagittale médiane, et la ligne incisive ou ligne du sourire doit suivre la convexité de la lèvre inférieure (Chiche et Pinault, 1995 ; Rufenacht, 1990, 2000) (Fig. 11).

Dans les deux cas cliniques, une empreinte maxillaire est réalisée par polyvinylsiloxanes en double mélange, enregistrant la papille rétro-incisive et les encoches hamulaires situées à l'arrière des tubérosités maxillaires pour définir le plan HIP (papille rétro-incisive-encoches hamulaires). Ce plan osseux permet un diagnostic esthétique et occlusal par rapport à la base du crâne (Fig. 12).

Le « symmetry bite » permet d'enregistrer le plan osseux par rapport au plan sagittal médian et à la ligne bi-pupillaire. Il ne s'agit absolument pas d'une prise

d'occlusion, mais d'un enregistrement par rapport au plan osseux. (Widmalm et coll, 2007 ; Shino et coll, 2007) (Fig. 13-14).

Après coulée du modèle, ce dernier est disposé sur une table de montage qui met en évidence les 3 repères du plan HIP (les 2 encoches hamulaires et la papille rétro-incisive).

Un wax-up est alors fabriqué de 15 à 25. Cette cire diagnostique est délicate à réaliser et fait appel à des règles d'esthétique et au talent du prothésiste (Paris et Faucher 2004). Il s'agit d'une étape incontournable et les dents maxillaires à restaurer doivent venir effleurer la table de montage (Fig. 15).

Pour Magne et Belser (2003), les incisives centrales sont les éléments esthétiques les plus importants du sourire, par leur symétrie et leur dominance. Un sourire jeune laisse toujours apparaître des dents « longues » avec des incisives centrales dominantes.

Elles doivent avoir un effet miroir entre elles par rapport au milieu du visage, et un rapport largeur-hauteur entre 75 et 80 %.

Les incisives latérales doivent paraître plus petites que les centrales de 1 à 2 mm. Les canines et les incisives centrales doivent être de la même longueur, mais les canines doivent être plus proéminentes et légèrement décalées pour marquer la séparation entre les dents antérieures et postérieures.

En général, il est plus agréable de situer les collets des incisives centrales maxillaires plus apicalement que ceux des incisives latérales. De même, la limite gingivale des canines doit être légèrement plus haute que celles des incisives. Le zénith gingival doit être porté distalement.

Les papilles inter-proximales doivent avoir une hauteur de 4,5 à 5 mm de leurs pointes aux festons gingivaux (Townsend 1993).

Il n'y a pas d'harmonie esthétique sans équilibre fonctionnel, et la fonction de guidage définie par Slavicek détermine également les proportions idéales du surplomb par rapport au recouvrement incisal et à la pente de guidage (Slavicek, 2000).

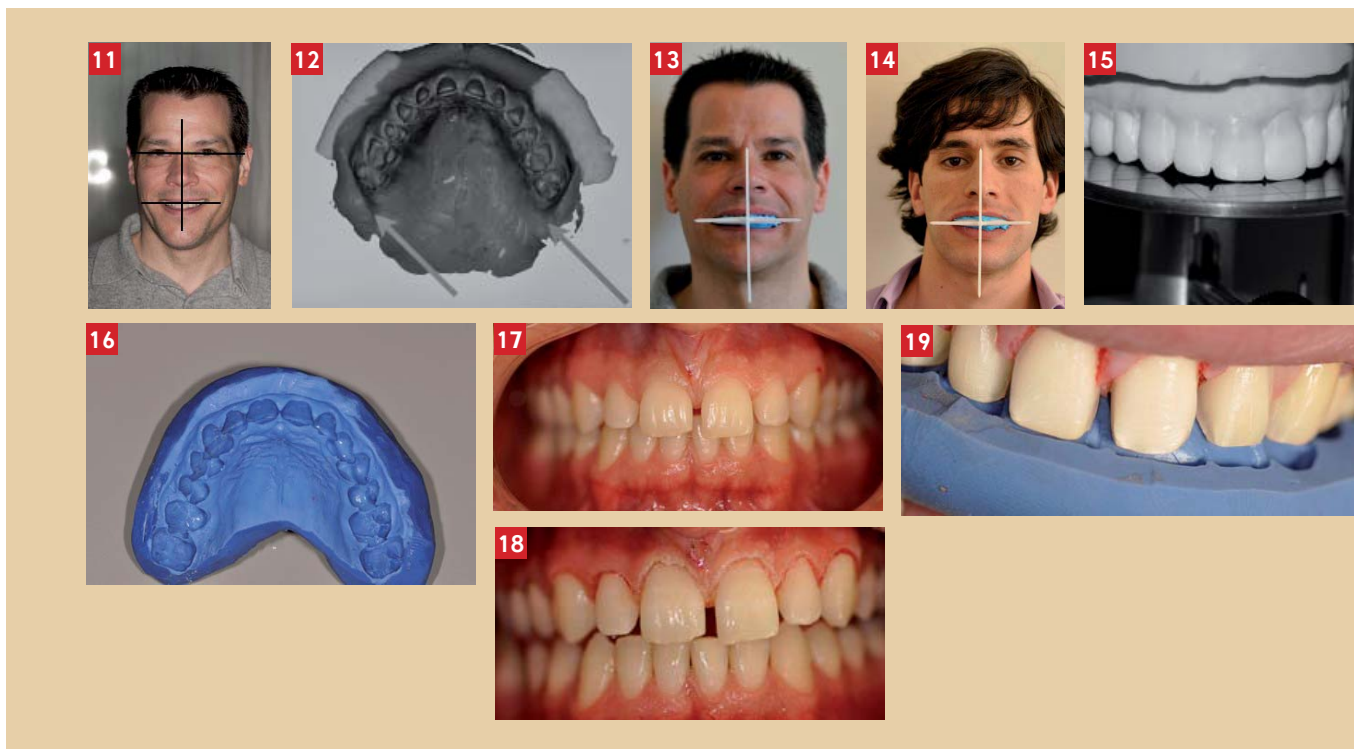
Une fois terminé, le wax-up est glacé, avec des collets et des embrasures bien dessinés et marqués. Une première clé en silicone est alors fabriquée pour contrôler les réductions d'épaisseur lors des préparations dentaires (Magne et Magne M, 2006).

Une deuxième clé en silicone permettra de réaliser des facettes provisoires grâce à la résine Protemp 4 (3M ESPE) (Fig. 16). Cette résine non seulement ne chauffe pas, mais est facilement réparable avec un composite flow.

Dans le 1^{er} cas clinique, l'exposition des incisives maxillaires est jugée suffisante.

Le plan incisif n'est pas harmonieux, le décalage est très prononcé entre la canine permanente maxillaire gauche et la canine temporaire maxillaire droite. Ces décalages sont visibles du fait des différences de longueurs des dents.

Le zénith gingival des incisives centrales, de la 12 et



de la 23 sont en position distale par rapport à l'axe longitudinal de ces dents. Le zénith gingival de la 22 est en revanche dans l'axe longitudinal de cette dent. Seul celui-ci devra être modifié par laser Er-YAG (Hoya ConBio). L'avantage du laser est une plasticité gingivale parfaitement contrôlée sans douleur post-opératoire, avec une cicatrisation plus rapide (Rocca, 2008).

Dans le 2^e cas clinique, une harmonisation gingivale a été réalisée par laser Er-YAG permettant de redonner plus de longueur et de dominance aux dents du patient (Fig. 17 et 18).

Préparations dentaires

Les préparations dentaires, les provisoires et l'empreinte pourront être réalisées dans la même séance. Les principes de préparation pour facettes et couronnes céramo-céramiques ont largement été décrits (Armand et coll, 1990 ; Magne et Belser, 2002 ; Touati, 2004).

Les préparations sont réalisées à l'aide d'une fraise diamantée fine à gros grains, et dictées par la forme des restaurations définitives grâce à la clé en silicone. Celle-ci permet de contrôler la profondeur de préparation et de respecter les concepts biologiques (Fig. 19).

Au niveau des facettes, il est nécessaire de conserver suffisamment d'émail dans la préparation pour avoir la meilleure force de liaison possible (20 à 30 MPa) (Friedman, 2001). En effet, les risques de décollement ou de micro-infiltrations sont plus élevés lorsque la céramique est collée sur la dentine. Les éventuelles zones de dentine exposées doivent être scellées avec un adhésif pour dentine (Magne et coll, 2005).

Les préparations présentent une réduction de 1,5 mm en occlusal réalisant un méplat sans chanfrein

palatin, et de 0,5 à 0,7 mm en vestibulaire. En palatin, les préparations ne doivent pas créer d'interférence avec l'enveloppe de fonction. Il n'y a donc aucun point d'occlusion sur les limites des préparations.

La contrainte maximale dans la céramique se situant au collet, il faut prévoir un congé rond de 0,8 mm à 1,2 mm pour laisser la céramique travailler en compression. Le retour palatin permet de diminuer les contraintes cervicales et correspond à une nécessité fonctionnelle et esthétique, en veillant à ne pas modifier le schéma occlusal du patient (Magne et Belser, 2002).

La présence d'émail au niveau cervical et les limites supra-gingivales évitent tout renforcement parodontal, et une extension proximale esthétique permet de masquer la ligne de finition dans l'embrasure proximale, tout en servant de guide d'insertion.

Les limites des préparations sont donc supra ou juxta-gingivales, pour respecter le parodonte et permettre le polissage du composite de collage. Dans les cas de dents à supports foncés, la limite cervicale pourrait être sous-gingivale pour éviter la visibilité des tissus naturels. Dans le 2^e cas, afin de redimensionner les dents du patient en fermant les diastèmes, la ligne de finition est juxta-gingivale.

Pour les couronnes périphériques, la ligne de finition a la forme d'un large congé à angle interne arrondi. Cette forme de préparation est un standard quel que soit le type de matériau tout-céramique utilisé. Les préparations aménagent une épaisseur de 1,5 mm pour les éléments prothétiques (armature pressée et matériau cosmétique). Soulignons que le paramètre occlusal est important à prendre en considération, notamment en cas de supraclusion ou de para-fonction.

Une fois les dents préparées, l'empreinte des préparations est faite de la même manière que



les empreintes pour wax-up en enregistrant les encoches hamulaires, et en reprenant un symmetry bite sur les préparations.

Le laser Er-YAG permet de réaliser l'ouverture du sulcus avant la prise d'empreinte. (80 mJ et 20 Hz). La fibre est placée parallèlement au grand axe de la dent pour éviter toute ablation des structures dentaires (Roca, 2008) (Fig. 20).

L'empreinte est ensuite adressée au laboratoire accompagnée de photographies, et après avoir effectué un relevé de teinte sur chaque préparation grâce à l'« Easyshade compact » (VITA).

Avant de réaliser les provisoires, il faut s'assurer de bien nettoyer les surfaces des préparations avec du digluconate de chlorhexidine à 2 % (« Cavity Cleanser »-Bisico), puis de bien les sécher pour éviter tout développement bactérien. Les restaurations provisoires sont réalisées avec une clé en silicone, et sont donc la reproduction fidèle de la maquette initiale. Elles ne sont pas collées mais solidarisées entre elles par effet de clavetage, et sont réglées en occlusion en vérifiant l'absence d'interférence au cours des mouvements de protrusion et de latéralité. Leur rétention est maximale, et le brillantage est obtenu avec une résine photo-polymérisable (Biscover, Bisico).

Un temps d'environ 4 semaines est nécessaire entre l'empreinte et la pose des éléments définitifs pour permettre une maturation tissulaire. Les patients peuvent alors tester leur sourire d'essai, et formuler leurs souhaits sur d'éventuelles modifications.

Ils ont donc été revus pour évaluer le confort, l'esthétique et l'occlusion. Ils n'ont signalé aucun signe subjectif défavorable, et les restaurations définitives ont donc été réalisées avec leur accord (Magne et Magne, 2006) (Fig. 21 à 23).

Dans le 1^{er} cas clinique, la préparation coronaire périphérique sur les dents 14 et 12 pour la réalisation du bridge a été très conservatrice. Un pont en céramique pressée est en effet réalisable dès lors que

l'on peut disposer d'entre 1 et 1,2 mm de réduction circumférentielle. Les préparations sont étendues inter-proximale et à la face palatine pour devenir des piliers de bridge. Une restauration provisoire avec pontique ovale a été mise en place pour constituer une fermeture principale du site chirurgical, soutenant les tissus parodontaux. Le pontique ovale est réalisé de manière à ce qu'il puisse pénétrer de 2-3 mm dans le site d'extraction de la 53. Cette forme aide à soutenir les papilles et la gencive marginale dans une position identique à celle d'avant l'extraction. Lorsque les tissus cicatrisent, le pontique ovale donne l'impression d'émerger comme la partie coronaire de la dent naturelle. Cette conception permet de redonner un aspect réaliste et naturel.

Collage des restaurations

Le collage est une procédure délicate et difficile, ou la moindre imprécision peut être fatale au résultat.

Les restaurations sont fabriquées au laboratoire en vitrocéramique au disilicate de lithium IPS e.max Press. La couleur est souvent considérée comme le paramètre le plus important. En réalité, la forme et les proportions sont prioritaires, et seule la luminosité demeure la composante essentielle de la couleur (Magne et Belser, 2003).

Les éléments céramiques sont essayés en bouche avec les pâtes Variolink Try-in, d'abord une par une, puis en même temps pour vérifier leur adaptation et l'impression d'ensemble, l'esthétique et l'occlusion. Ces gels de glycérine sont disponibles dans les mêmes teintes et translucidités que le composite de collage Variolink Veneer.

Le concept chromatique de ce matériau permet d'assombrir ou d'éclaircir les restaurations céramiques. Les restaurations du cas 2 ont été collées avec le « High value +3 », tandis que dans le 2^e cas, c'est la teinte transparente qui a été utilisée.

«La **similitude**
de GrandioSO avec
la dent m'a
convaincu !»

Dr. H. Gräber

PLUS PROCHE DE LA DENT

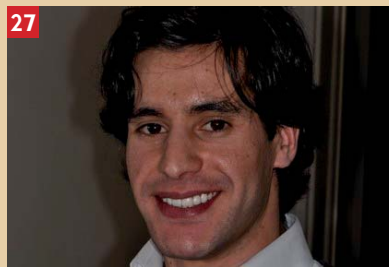
L'addition des caractéristiques physiques fait de Grandio®SO le matériau de restauration le plus proche de la dent au monde.* Cela signifie pour l'utilisateur des restaurations durables et fiables et, avant tout, des patients contents.

- Utilisation en antéro-postérieur pour les exigences les plus élevées
- Opacité naturelle pour un résultat similaire à la dent avec une seule teinte
- Teintier intelligent avec de nouvelles teintes ^{VC}A3.25 et ^{VC}A5
- Consistance souple, forte résistance à la lumière ambiante, polissage à reflets facile

* Commandez notre information scientifique.

GrandioSO





Lors de la procédure de collage, les intrados sont nettoyés à l'eau, séchés, mordancés 20 s avec de l'acide fluorhydrique à 5 %, puis rincés et séchés, pour créer un état de surface de qualité pour la pénétration du silane. Celui-ci (Monobond Plus) est appliqué pour agir 60 s, puis séché longuement. Il agit comme agent de liaison et favorise une meilleure application de la colle. Après séchage, on obtient une surface brillante de l'intrados.

Point important, l'IPS e.max possède une excellente aptitude au mordantage de par sa composition.

Dans le même temps, l'émail est mordancé avec de l'acide orthophosphorique à 37 % pendant 30 s puis rincé à l'eau et légèrement séché (Soares et coll, 2005).

La digue est installée et la pose du champ opératoire est facilitée par des limites supra ou juxta-gingivales. Les restaurations sont collées avec une quantité appropriée de Variolink Veneer photo-polymérisable, composite de collage qui permet d'obtenir une forte liaison et une grande résistance à l'usure. La forte adhérence à l'émail de la vitrocéramique au disilicate de lithium rend ces restaurations extrêmement stables à long terme.

Les restaurations sont collées alors individuellement en commençant par les incisives centrales, suivies des latérales, des canines et enfin des prémolaires (Fig. 24 à 29).

Leur mise en place se fait par légères pressions successives sur le bord libre. Il faut s'assurer que les restaurations soient parfaitement en place et que l'épaisseur de colle soit la plus fine possible. La photo-polymérisation s'effectue d'abord avec la lampe Bluephase pour obtenir un spot de 5 secondes au niveau des collets et des bords libres. On prend garde à ne pas photo-polymériser les points de contact, de façon à pouvoir passer un fil dentaire pour retirer les excès de colle au niveau des espaces interdentaires. Les excès de colle au niveau des collets sont éliminés avec une microbrush, et une photo-polymérisation

pendant 20 secondes a lieu sur les faces vestibulaires puis palatines.

Le réglage de l'occlusion ne peut être effectué en toute sécurité que lorsque les restaurations sont parfaitement collées. La surface de la céramique qui a été ajustée avec une fraise diamantée doit être repolie. On peut utiliser une combinaison de meulettes en silicone avec une pâte diamantée conçue pour le polissage de la céramique (Komet, référence 9300). Dans le 1^{er} cas, la protection canine au niveau de la 13 a été restaurée.

Conclusion

Il est important de planifier les traitements et de considérer la demande des patients pour répondre à leurs désirs esthétiques.

Les techniques adhésives et la haute résistance des matériaux céramique apportent des avantages esthétiques importants (Blatz et coll, 2003), favorisant un excellent soutien biologique des structures dentaires et parodontales (Cortellini et coll, 2006). Le système céramo-céramique IPS e-max Press participe à la biomimétique et permet de redonner un sourire harmonieux à nos patients en créant un résultat naturel. La lumière est transmise de façon optimale grâce à la translucidité de cette vitrocéramique.

La couleur, la longueur, la position et les angulations sont les caractéristiques prédominantes pour qu'un sourire soit cohérent avec un visage. En tout état de cause, le traitement d'un groupe de dents apporte la beauté et favorise l'harmonie du résultat.

Seule une collaboration étroite et harmonieuse entre le chirurgien-dentiste et le prothésiste permet des résultats convaincants. ◆



LUMINEERS®

PORCELAÏN VENEERS

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

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

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



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

AVANT TRAITEMENT

APRÈS TRAITEMENT



SÉMINAIRES AVEC TRAVAUX PRATIQUES

STRASBOURG	12 mai 2011
CLERMONT-FERRAND	26 mai 2011
LILLE	23 juin 2011
NICE	22 septembre 2011
GRENOBLE	13 octobre 2011
PARIS	08 décembre 2011

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

TECALLIAGE - Tél. : 02 32 50 69 96
Fax : 02 32 50 76 13
info@tecalliage.fr

LUMINEERS®

Tecalliage
L'ART DENTAIRE



Chirurgien-dentiste, gérer sa carrière

Quand on a atteint un certain seuil de compétences techniques assorti d'un niveau de compétences intellectuelles confortable, on pourrait avoir l'impression d'une réalisation personnelle telle qu'elle ne nécessiterait plus que quelques ajustements relatifs aux données acquises des sciences odonto-stomatologiques. Pourtant, « gérer sa carrière » de dentiste ne saurait se réduire à une simple logique de travail reproductible d'un cabinet à l'autre ou à un ensemble d'astuces et de combines accessibles via un semblant d'initiation aux secrets révélés de la bonne gestion du cabinet dentaire.

Chirurgien-dentiste, qui suis-je ?

Prétendre gérer sa carrière de chirurgien-dentiste, c'est avant tout être capable de faire le diagnostic de ses points forts et de ses points faibles en tant que gestionnaire RH. Il ne s'agit là certainement pas de savoir ce que l'on vaut « techniquement parlant », mais de connaître et de comprendre sa propre personnalité et ses insuffisances en situation de travail (communication interne et externe) et en interrelation avec ses proches collaborateurs, associés, assistantes et prestataires de services externes. À ce niveau d'analyse, les compétences dites comportementales et relationnelles valent donc tout autant que les compétences techniques en chirurgie dentaire. Il n'est en effet absolument pas envisageable de prétendre gérer un cabinet dentaire, et donc une équipe (assistante, secrétaire ou collaborateur), sans avoir fait le point en amont sur ces insuffisances, de manière objective et formelle, à partir de l'évaluation méthodologique de ses propres pratiques professionnelles en management odontologique¹. Dans une telle configuration, toute démarche empirique consistant à faire son autocritique ou son auto-évaluation *via* les avis rapportés et partiels de ses proches ou de ses collaborateurs, ou pire, *via* un prétendu coach qui se prend pour Socrate, doit être proscrite car elle est nulle et non avenue relativement aux données acquises des sciences humaines en psychologie du travail et en psychométrie.

¹ Module d'évaluation psychométrique dentiste-manager^{ERC}, validé par les standards scientifiques APA & ETS. Test d'évaluation d'une durée de 30 à 45 mn faisant l'objet d'un rapport individuel et circonstancié analysant les points forts et les points faibles (non critiques et critiques) du chirurgien-dentiste nécessitant de recourir à une formation externe en management RH ou communication.

Chirurgien-dentiste, où vais-je ?

On ne peut identifier ses points forts ou ses points faibles sans s'être donné les moyens de définir clairement des objectifs de développement ainsi que les conditions ou modalités de leur réalisation. Ces objectifs de développement peuvent consister par exemple, dans l'exercice d'une nouvelle discipline à titre exclusif ou semi-exclusif, dans la créa-

tion et la fidélisation d'un réseau de correspondants de santé, dans la création d'un poste administratif exclusif (par opposition à la création d'un poste redondant et contre-productif d'assistante dentaire polyvalente), dans la mise en place d'une nouvelle politique de communication interne ou externe, dans de nouveaux investissements matériels ou pédagogiques, dans le recrutement d'un prochain collaborateur (associé)...

« Gérer sa carrière » à moyen et long termes est assurément l'une des compétences essentielles de tout chirurgien-dentiste manager qui l'engage à conduire le changement de son cabinet dentaire avec tact et mesure.

L'échec ou la réussite ?

Comment peut-on évaluer la carrière d'un praticien autrement que par rapport à la réalisation de ses propres objectifs de développement ? La notion d'échec ou de réussite n'est en tout cas certainement pas alignée sur celle de rentabilité ni de bénéfice matériel. Un praticien en exercice individuel (orientation omnipratique - prothèses) de 50 ans exerçant à Paris avec une assistante dentaire qualifiée et polyvalente qui bénéficie d'un salaire de 1 800 euros bruts mensuels et réalisant un chiffre d'affaires de l'ordre de 180 000 euros (sachant que le C.A. moyen dans une telle configuration est de 220 000 à 230 000 euros) a-t-il échoué ? Est-ce que le chiffre d'affaires d'un chirurgien-dentiste est un indicateur fiable de la qualité de ses services généraux et de sa réussite professionnelle ? Après tout, comment peut-on édicter des barèmes et des seuils de rentabilité d'un cabinet dentaire alors même que c'est la compatibilité des conditions d'exercice professionnel du praticien avec ses choix de vie personnelle qui représentent la véritable valeur ajoutée de son travail. Doit-on s'enorgueillir d'avoir monté une méga-structure de soins dentaires dotée d'une plate-forme technique sûrement exceptionnelle et d'avoir augmenté son chiffre d'affaires de manière fulgurante (et éphémère) tout en se prévalant d'être un professionnel de la gestion : quelle est la valeur



Rodolphe COCHET

- Consultant en développement managérial des cabinets dentaires
- Chargé de cours magistral à l'UFR d'Odontologie de Paris VII
- Chargé de cours magistral aux Facultés de Médecine dentaire de Casablanca et Rabat
- Chargé de Conférences à l'Université Libre de Bruxelles (Hôpital Erasme)

qualitative d'un tel message ? Assurément aucune. Sa valeur est purement informative et prévisionnelle : il va falloir déployer une énergie considérable pour maintenir à flots une telle « embarcation »... !

Gestion de carrière en chirurgie dentaire : doit-on prendre des risques ?

En termes de gestion de ses propres ressources humaines (compétences intellectuelles, comportementales, relationnelles et techniques), il est évident que l'on peut difficilement prétendre s'être réalisé professionnellement (reconnaissance des patients, de son équipe, de ses confrères...) sans avoir pris un *minimum* de risques durant sa carrière. À la grande différence d'un gérant d'entreprise², le gérant d'un cabinet dentaire ne peut prendre que des risques mesurés ayant trait, par exemple, à un changement d'orientation clinique (spécialisation), à l'augmentation stratégique de la masse salariale, ou bien à un investissement technologique ou pédagogique guidé par la démarche Qualité. Dans la plupart des cas de figure obligeant les praticiens à revoir leur organisation et à conduire le changement de leur politique de management, les ressources humaines du cabinet sont toujours au cœur de leurs préoccupations. Il n'y a d'ailleurs pas de moyen plus sûr de développer son activité de manière efficace, pérenne et sécurisée que de privilégier le développement prévisionnel et stratégique des ressources humaines de sa structure de soins bucco-dentaires. Il est par conséquent capital d'apprendre à déléguer les tâches qui ne sont pas du ressort de ses compétences exclusives et spécifiques, celles de soins. C'est l'une des premières étapes les plus difficiles à franchir pour un praticien français, la France étant encore l'un des rares pays francophones avec la Belgique où l'on se pose toujours la question de l'utilité et du coût d'une assistante dentaire.

2. Entreprise (sens courant et général) - n. f. : **Organisation de production de biens ou de services à caractère commercial** (Le Grand Robert, dictionnaire de référence en linguistique). Un médecin-dentiste n'est pas un chef d'entreprise, un cabinet dentaire est avant tout un cabinet médical, et un patient est encore moins assimilable à un client. Cf. « Le cabinet dentaire : cabinet médical ou entreprise », l'Information dentaire n°16, 21 avril 2010.

Les insuffisances de la formation initiale du chirurgien-dentiste

Ce challenge est aussi d'autant plus difficile à réussir que la formation initiale du praticien en France n'est assortie d'aucun cours de management strictement appliqué à l'odontologie (sauf Paris VII, Garancière - T1) ; en effet, des cours de management standard issus des enseignements universitaires généraux seraient totalement inutiles et contre-productifs : non seulement, un cabinet dentaire n'est pas assimilable à une Entreprise, mais encore sa configuration organisationnelle et structurelle est souvent



© Ivan Biznetsov - Fotolia.com

très différente d'un praticien à l'autre. Le modèle « entrepreneurial » enseigné dans les grandes écoles de management est aux antipodes des impératifs de l'exercice professionnel et régulier du chirurgien-dentiste. Environ 30 % de praticiens français³ exercent encore sans aucune assistante dentaire : ne s'agit-il pas là d'un problème de santé publique ? On ne compte pas non plus le nombre d'assistantes dentaires qui quittent le métier, lassés d'une polyvalence administrative à outrance, incompatible avec leur souci inébranlable d'hygiène, d'asepsie et de proximité médico-sociale au patient.

3 Chiffres officiels du dernier rapport de l'OMPL.

La valeur ajoutée du cabinet dentaire

La seconde étape de développement RH consiste dans la création d'un poste administratif à valeur ajoutée, c'est-à-dire qui permette au binôme chirurgien-dentiste/assistante dentaire de se concentrer exclusivement sur la qualité de la réalisation des soins et de faire monter en puissance simultanément la qualité des services administratifs et relationnels qui contribuent à un même niveau à la satisfaction de la patientèle. La meilleure manière de développer son activité de soins dentaires avec assurance et sérénité est de miser sur la qualité des services relationnels périphériques (hors soins) rendus aux patients. La ressource la plus précieuse est la valeur ajoutée fondamentale que représente le binôme assistante dentaire & secrétaire de direction, qui forme avec le praticien en exercice individuel l'entité RH tripartite définitoire d'un cabinet dentaire moderne et performant. ◆

AUTEUR

Rodolphe Cochet

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

Le nouveau principe de la loi Malraux 2011

RAPPEL du plafonnement global des niches fiscales (art. 91 / CGI : art. 200-0 A) de 2009 dès le 1er janvier 2011 **cela change !!**
Il est aujourd'hui fixé à 18 000 € + 6 % du revenu net global d'un contribuable.

Le système étant basé sur la réduction d'impôt les variations de revenus éventuelles n'ont pas d'impact sur votre tranche d'imposition, cependant l'existence ou non d'un déficit foncier aura un impact sur vos revenus globaux.

L'état participe à l'abondement de votre mensualité en vous octroyant **une économie d'impôt.**

Le locataire participe au financement en s'acquittant du loyer.

La différence entre l'ancienne et la nouvelle loi est l'assiette d'imposition sur le revenu et par conséquent celle des prélèvements sociaux ; en effet la réduction d'impôt a pour conséquence d'augmenter l'assiette de votre imposition.

Un placement sécurisant ?

La stabilité de l'immobilier vous permettra d'obtenir et d'atteindre votre objectif de placement, car seul reste en définitive le solde net après la vente du bien. Un investissement en loi Malraux est toujours situé en centre ville.

LE CHANGEMENT

Les propriétaires procédant à des opérations de restauration immobilière « Malraux » pour lesquelles une demande de permis de construire ou une déclaration de travaux est déposée à compter du 1er janvier 2011 bénéficient, non plus d'un régime d'imputation des déficits, mais d'une réduction d'impôt.

Le taux de cette réduction est égal à 27 % pour les immeubles situés en zone de protection du patrimoine architectural, urbain et paysager et à 36 % pour les immeubles situés dans un secteur sauvegardé.

Elle est assise sur le montant des dépenses exposées sur une période de trois ans, retenues dans une limite annuelle de 100 000 €, soit maximum 36 000 € de réduction pour le secteur sauvegardé.

La loi de finances pour 2011 procède à une réforme profonde du dispositif « Malraux »

En résumé :

- en transformant la déduction accordée dans le cadre de ce régime en réduction d'impôt sur le revenu

- en aménageant substantiellement ses conditions d'application

- en mettant en place un mécanisme de plafonnement
- La réduction d'impôt bénéficie aux personnes physiques dont les revenus provenant de la location de l'immeuble sont imposés dans la catégorie des revenus fonciers.

Sont exclus du bénéfice de cet avantage les biens figurant à l'actif d'une entreprise individuelle soumise à l'impôt sur le revenu, même s'ils sont loués nus.

Base de la réduction d'impôt

La base de la réduction d'impôt est constituée par le montant des dépenses définies ci-dessus, à l'exclusion du prix d'acquisition du logement.

Seules ouvrent droit à la réduction d'impôt les dépenses effectivement supportées par le contribuable. Elles s'entendent donc, s'il y a lieu, sous déduction des aides ou subventions accordées pour la réalisation des travaux.

Lorsque la réduction d'impôt au titre de l'année excède l'impôt au titre de cette même année, le solde de la défiscalisation Malraux ne peut être imputé sur l'IR de l'année suivante.

L'excédent de réduction Malraux est donc perdu.

Montant de la réduction d'impôt

Le taux de la réduction d'impôt diffère selon la zone de protection concernée. Il est égal :

- pour les immeubles situés dans une zone de protection du patrimoine architectural, urbain et paysagé (ZPPAUP), à 27 % du montant des dépenses
- pour les immeubles situés dans un secteur sauvegardé, à 36 % des ces mêmes dépenses
- les dépenses ouvrant droit à la réduction (base de calcul de celle-ci) sont retenues dans la limite de 100 000 € par an

Les règles de la loi Malraux ont évolué

Elles permettent désormais au vendeur de se charger des travaux. Avant, la rénovation devait être décidée et engagée par les copropriétaires de l'immeuble, aujourd'hui non.

Le montant des dépenses ouvrant droit à la réduction d'impôt est alors celui correspondant au prix des travaux devant être réalisés par le vendeur et payés par l'investisseur directement à l'entreprise des travaux. Les travaux doivent obligatoirement faire l'objet d'une autorisation spéciale délivrée par le préfet (ASP) « avant » le démarrage des travaux, et sont nécessairement suivis par les architectes des bâtiments de France.



Alain CARNEL

■ Conseil en gestion de patrimoine

Exemple d'investissement fait à ARRAS

Remarque : cette disposition oblige à se positionner sur un investissement Malraux bien en amont de la fin de l'année.

La défiscalisation Malraux entre dans le plafond des niches fiscales. Ce plafond vient donc s'ajouter au plafond Malraux déjà existant de 36 000 € de réduction.

C'est le plafond des niches fiscales qui prime sur l'avantage Malraux.

Exemple : 30 000 € de plafond de niches fiscales (18 000 € + 12 000 €) < 36 000 € = 30 000 € **MAXIMUM.**

Engagement de location

Que le local soit à usage d'habitation ou affecté à un autre usage, le propriétaire doit prendre l'engagement de le louer pendant 9 ans.

Lorsque le logement est la propriété d'une SCI non soumise à l'IS, les associés de la société doivent en outre s'engager à conserver leurs parts jusqu'au terme de l'engagement de location pris par la société. La location doit prendre effet dans les 12 mois suivant l'achèvement des travaux.

Peut-on louer le bien à ses enfants ?

Non, ni à des membres du foyer fiscal, ascendants ou descendants, le cas est le même pour les associés d'une SCI à l'IR.

Peut-on démembrer le bien Malraux ?

Non.

Peut-on acheter en indivision ?

Oui, chaque indivisaire déduit sa réduction Malraux dans la limite de sa quote-part.

Peut-on acheter en SCI ?

Oui mais en SCI non soumise à l'IS, les associés bénéficient de la réduction Malraux à hauteur de leur part dans la SCI qu'ils doivent conserver pendant 9 ans.

1^{er} exemple chiffré loi Malraux

M. Couronne achète un bien, il n'a pas de bénéfice foncier existant.

Appartement CHALONS T3, 78 m².

Prix du foncier : 62 576 € (frais inclus).

Montant des travaux : 178 060 €.

Emprunt : 100 %, durée 15 ans, **taux fixe amortissable 3,9 %.**

Économie d'impôts : 58 879 €.

Plus value à 15 ans : 114 047 €.

Taux d'imposition : 41,00 %.

Loyer mensuel : 700 €.

Investissement mensuel moyen : 903 €.

Répartition du coût de l'investissement	
Payé par l'état :	16,51 %
Payé par les locataires :	37,91 %
Payé par M. Couronne :	45,58 %
Total :	100,00 %



2^e exemple chiffré loi Malraux

M. Bridge achète un bien, il a des bénéfices fonciers existants, qu'il veut réduire.

Appartement CHALONS T3, 78 m².

Prix du foncier : 62 576 € (frais inclus).

Montant des travaux : 178 060 €.

Emprunt : 100 %, durée 15 ans, **taux fixe IN FINE 3,9 %.**

Économie d'impôts : 79 926 €.

Plus value à 15 ans : 178 759 €.

Taux imposition : 41,00 %.

Loyer mensuel : 700 €.

Investissement mensuel moyen : 199 €.

Nantissement d'un contrat d'assurance vie à hauteur de 154 455 € à 3 % (plusieurs solutions existent).

Répartition du coût de l'investissement	
Payé par l'état :	23,94 %
Payé par les locataires :	40,50 %
Payé par M. Bridge :	35,55 %
Total :	100,00 %

Conclusion

Pensez à votre option patrimoniale :

« Je veux des revenus complémentaires ou je vends après avoir capitalisé sur le bien ? »

En application de la loi Malraux, je préconise d'aller au terme du prêt 15 ans à cause des plus values impossibles, de décider ensuite pour la revente ou les revenus locatifs. Vérifier l'emplacement, l'emplacement et l'emplacement... la qualité des intervenants : votre conseil vous accompagnera pendant toute la durée de votre opération. Le choix est à faire par rapport à un potentiel économique, aux commerces, écoles, à la demande locative etc.

Avec les nouvelles dispositions fiscales : **attention au cumul de vos réductions d'impôts, garder une marge de sécurité.** ◆

AUTEUR

Alain Carnel - CPI Investissements

Conseil en gestion de patrimoine

CIF n°A008700 auprès CIP. asso. agréée AMF

Tél. : 01 43 05 97 80 - Email : cpi_inv@club-internet.fr

www.cpi-investissements.com

Technologie : la haute technologie ne remplacera jamais la relation patient

Chaque année les différents congrès dentaires en France ou à l'étranger permettent aux praticiens de découvrir en un seul et même lieu, les dernières innovations du monde dentaire et parfois de se laisser tenter par un investissement. Investir dans de nouvelles technologies peut créer de réelles opportunités pour développer votre exercice, à condition évidemment de faire les bons choix.



Dr Edmond BINHAS

■ Fondateur
du groupe
Edmond Binhas

Ceux qui parmi vous lisent régulièrement mes articles savent que je crois fortement à l'utilisation de la technologie au quotidien dans nos cabinets. En fait l'un de nos objectifs au sein du Groupe Edmond BINHAS est de rechercher les technologies nouvelles et utiles pour mettre en œuvre les services qui vous permettront d'être plus efficace, de gagner du temps et d'avoir une réputation de soins de qualité perceptibles par vos patients à travers l'utilisation de nouvelles technologies.

D'ailleurs, en terme d'image de marque, dans les 22 points clés les plus importants aux yeux des patients, je citais¹ : « Être à la pointe du progrès et de la technologie ». Il s'agit pour l'équipe de se former régulièrement, de valider des diplômes pour toujours proposer des traitements et des équipements efficaces et performants qui suivent les données acquises et actuelles de la science. Il est ensuite pertinent d'en informer les patients en leur montrant ce qui fait votre valeur ajoutée et les avantages et bénéfices qu'ils peuvent retirer de ces nouveaux équipements et nouvelles technologies. D'ailleurs, les innovations techniques ne se limitent pas à de gros équipements, cela peut s'avérer être tout simplement de nouveaux produits, de nouveaux matériaux ou fournitures, ou encore de nouveaux services.

Toutefois, la technologie avancée ne remplace pas les soins. Je suis personnellement concerné par le débat touchant la technologie intégrée. La haute technologie est en train de devenir, avec succès, de plus en plus répandue dans la pratique dentaire et pour de bonnes raisons. Les prémisses d'une technologie intégrée ergonomiquement pourraient, par exemple, induire les points suivants :

- l'ordinateur du cabinet qui se branche directement sur l'unit
- l'appareil photo numérique qui est connecté lui aussi à l'unit
- la caméra endobuccale miniaturisée, branchée directement sur le miroir
- l'unité de radiologie digitale sans fil
- la sonde gérée par ordinateur qui se branche sur

n'importe quelle autre prise et enregistre les messages vocaux
• etc.

Cependant **chaque nouveauté crée une relation de dépendance vis-à-vis d'une technologie** qui a de nombreuses applications mais qui souvent néglige le fait qu'il y a un être humain allongé sur le fauteuil.

La technologie est merveilleuse et illustre bien dans l'esprit du patient, des soins de haute qualité. Il n'en reste pas moins que les patients voudront être traités comme des individus à part entière et cela ne peut être engendré que par de bons contacts humains. Le patient appréciera une approche personnalisée, il a besoin de se sentir unique. Prenez bien soin par exemple, d'aller chercher le nouveau patient en salle d'attente, de lui serrer la main, de prendre le temps de discuter avec lui avant les soins, de connaître son histoire dentaire. Dans cette optique, je ne peux que vivement vous encourager à recevoir vos nouveaux patients dans un espace bureau, toujours plus propice à la communication plutôt que de les faire asseoir directement sur le fauteuil. Les patients apprécieront également de voir que ce qu'ils peuvent percevoir dans ce premier contact avec le cabinet est reproductible car ils le retrouveront idéalement à chacune de leur visite.

Cela peut vous paraître évident, bien sûr ! Mais reconnaissons que parfois, dans le rythme d'une journée bien remplie, il peut nous arriver de ne pas prendre le temps d'établir des relations telles que nous aimerions le faire.

Alors comment faire ? Je vous invite à remettre au goût du jour une vieille habitude que nos confrères utilisaient dans les années 50 – 70. Il s'agit de noter sur le dossier du patient, non seulement les informations cliniques mais également des informations relationnelles le concernant. Dans le cadre d'un cabinet orienté « service patient », nous en recommandons l'usage de façon plus rationnelle et plus systématique. Il n'est pas question, bien entendu,

¹ N° 50 du Fil Dentaire, février 2010.



de connaître en détail la vie privée de nos patients. Il s'agit simplement de consigner un certain nombre d'informations très générales afin de s'en souvenir au cours des prochaines visites. Des sujets tels que la famille, les enfants, les loisirs, le travail, etc. mènent tous à d'excellentes conversations et créent une relation forte. Il s'agit d'un outil précieux pour que nos relations avec nos patients soient optimales.

Fiche d'information relationnelle (exemple) :

NOM
 Informations conjoint :
 Enfants :
 Âges :
 Loisirs :
 Profession :
 Voyages :
 Événements récents ou à venir :
 Restaurants favoris :
 Autres :

Attention : ce document est à usage interne, ne demandez pas au patient de remplir ce formulaire !

Les patients jugent, avant tout, les soins par le niveau de service, la communication et l'efficacité relationnelle. Les cabinets avec un volume important de patients doivent maîtriser la capacité à développer rapidement des relations avec leurs patients, nouveaux ou existants. L'objectif est ici d'éviter les images en général engendrées par la notion de volume telle que « cabinet usine » ou « cabinet hall de gare ». Cette fiche d'information amènera votre cabinet vers de nouveaux horizons. Il est facile de l'utiliser si vous posez les questions adéquates et ainsi vous en apprendrez plus sur la personne à qui vous parlez. Cela vous amènera aussi à de meilleures relations avec vos patients qui apprécient toujours qu'on les com-

prendre et cela sera de nature à augmenter le capital confiance qu'ils auront vis-à-vis de votre équipe.

Même si nous vivons dans une ère de haute technologie, nous sommes à l'ère de la communication et nous devons aussi chercher à améliorer nos relations personnelles. Nous devons nous pencher sur nos patients en les considérant comme des individus et non pas comme un ensemble de dents ou simplement comme des sources de revenus. Plus nous en savons sur chaque personne, plus le cabinet sera agréable à vivre pour nous et nos patients. Il n'y a qu'à examiner les cabinets qui fonctionnent et se développent de manière régulière. Regardez le degré d'intensité des relations entre les praticiens, les assistantes et chaque patient.

Par conséquent, il est crucial, à mes yeux, que le praticien ne soit pas le seul à être impliqué dans le développement des relations avec le patient, mais l'assistante, la secrétaire, le prothésiste, etc. En un mot toute l'équipe dentaire. Investir dans de nouvelles technologies peut sans conteste améliorer la qualité des soins, augmenter votre efficacité, réduire vos dépenses ou permettre encore à votre cabinet de se développer. Gardez cependant à l'esprit que quel que soit le niveau de technologie de votre cabinet, la technologie ne remplacera jamais l'insuffisance relationnelle. ◆

CONTACT
Groupe Edmond Binhas
Institut BINHAS
 Claudette
 5 rue de Copenhague BP 20057
 13742 VITROLLES Cedex

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE
 Tél. : 04 42 108 108 - E-mail : contact@binhas.com

Tous vos rendez-vous

<p>PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE</p> <p>2 et 3 mai 2011 à Paris FORMATION IMPLANTOLOGIE SUR SIMULATEUR - CYCLE 4x2 JOURS <i>Dr Georges KHOURY</i> GÉNÉRATION IMPLANT 134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice Tél. : 0820 620 017 Site Internet : www.generation-implant.com</p>	<p>12 mai 2011 à Rennes ASSISTANTES DENTAIRES EN IMPLANTOLOGIE <i>Odile CHEVALIER STRAUMANN</i> <i>Séverine DELMAS</i> Tél. : 01 64 17 30 16 Site : www.straumann.fr</p>	<p>14 mai 2011 à Balma Banque Populaire Occitane OCCLUSION DES PROTHÈSES DENTAIRES ET IMPLANTAIRES : SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES <i>Marcel LE GALL</i> I.S.O. Clinique St Nicolas-55 allées C.de Fitte - 31300 Toulouse Tél. : 05 61 77 36 36 Email : implantologiedusudouest@orange.fr Site : www.implantologiedusudouest.com</p>	<p>Aurélien BUISSON ZI de Sacuny-118 av M.Mérieux 69530 Brignais Tél. : 04 78 87 56 78 Fax : 04 78 56 72 08 Email : contact@smilecenter.fr Site : www.smilecenter.fr</p>
<p>2 et 3 mai 2011 à Paris FORMATION ASSISTANTE - 2 JOURS <i>Me JACQUART</i> GÉNÉRATION IMPLANT 134 av. des arènes de Cimiez 06000 Nice Tél. : 0820 620 017 Site : www.generation-implant.com</p>	<p>12 mai 2011 à Paris Maison de la Chimie PROTHÈSE - PARODONTE <i>C. LALLAM, B. CHAPOTAT, P. MARGOSSIAN, C. MICHEAU</i> Frais d'inscription : Membres 230 ou 280 €, Non membres 310 ou 360 € SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE PARIS 6 Rue Jean Hugues - 75116 Paris Tél. : 01 42 09 29 13 Fax : 01 42 09 29 08 Email : secretariat@sop.asso.fr Site : www.sop.asso.fr</p>	<p>16 mai 2011 à Paris LA SANTÉ PARODONTALE, UNE APPROCHE MICROBIOLOGIQUE MODERNE <i>Dr Mark BONNER</i> Frais d'inscription : 3 750 € INSTITUT INTERNATIONAL DE PARODONTIE 455 promenade des anglais, Arènes immeuble Nice 1er - 06200 Nice Tél. : 04 93 71 40 65 Fax : 04 93 71 40 32 Site : www.parodontite.com</p>	<p>20 et 21 mai 2011 à Clermont-Ferrand 24 et 25 juin 2011 à Clermont-Ferrand IMPLANTOLOGIE CLINIQUE, DU FONDAMENTAL A LA PRATIQUE <i>Drs J.F. BOREL, T. DOUILLARD, H. EL MJABBER</i> ACTIFS DENTAIRE FORMATION Isabelle Tél. : 04 73 17 60 68 Email : info@actisdentaire.fr Site : www.actis-dentaire-formation.com</p>
<p>3 et 4 mai 2011 à Nice <i>Drs CHARBIT, SALSOU, VINCENT</i> 13 et 14 mai 2011 à Chessy-Marne la Vallée 17 et 18 juin 2011 à Chessy-Marne la Vallée <i>Nicolas COHEN</i> 17 et 18 juin 2011 à Rennes <i>Drs BOURDIN, HOURDIN, GLEZ, LEBORGNE, SAFFARZADEH</i> 17 et 18 juin 2011 à Biarritz, Pau <i>Dr Julien JEANDET</i> Centre de formation ITI DÉMARRER CONCRÈTEMENT EN IMPLANTOLOGIE ET RÉALISER VOS PREMIERS CAS DE CHIRURGIE SOUS 6 MOIS CAMPUS ITI - Séverine DELMAS Chessy-Marne la Vallée Tél. : 01 64 17 30 16 Email : france@itisection.org Site : www.campusitifrance.org</p>	<p>12 mai 2011 à Lyon 9 juin 2011 à Lyon 7 juillet 2011 à Lyon Clinique du Parc LA PROTHÈSE SUR IMPLANT DANS VOTRE CABINET <i>Drs Jean-Jacques CHALARD, Marc CHALARD, Gil MURAT</i> Frais d'inscription : 450 € les 3 après-midi + 45 € cotisation annuelle COLLÈGE LYONNAIS D'IMPLANTOLOGIE ORALE Noémie VERRIER 155 ter bd Stalingrad - 69006 Lyon Tél. : 04 72 44 87 01 - 06 18 92 84 Fax : 04 72 44 87 02 Email : clio@cliniqueduparclyon.com Site : www.ceid-lyon.com</p>	<p>19 mai 2011 à Le Chesnay EFS PATHOLOGIE DE LA MUQUEUSE BUCCALE EN PRATIQUE QUOTIDIENNE <i>Dr Lotfi BENSLAMA</i> ACOSY FC 12 rue de Paris - 78560 Port-Marly Tél. : 06 88 56 54 01 Email : tresorier@acosyfc.fr</p>	<p>20 et 21 mai 2011 à Nantes FORMATION GREFFE OSSEUSE ET CHIRURGIE AVANCÉE GÉNÉRATION IMPLANT 134 av. des arènes de Cimiez 06000 Nice Tél. : 0820 620 017 Site : www.generation-implant.com</p>
<p>5 mai 2011 à Montpellier CHIRURGIE IMPLANTAIRE GUIDÉE : LA TECHNIQUE ACCURATOR <i>Dr Frédéric BOUSQUET</i> NUVATORE Tél. : 09 61 42 84 71 Site : www.implant-accurator.com</p>	<p>12 et 13 mai 2011 à Chessy-Marne la Vallée Centre de formation ITI LES GREFFES OSSEUSES AUTOGÈNES. LA PRÉSERVATION DES VOLUMES OSSEUX EN EXTRACTION-IMPLANTATION IMMÉDIATE : APPORT DE LA PIEZOSURGERIE <i>Drs GLEZ, HOURDIN, ROUSSEAU, BOURDIN, HERAUD</i> CAMPUS ITI Chessy-Marne la Vallée Tél. : 01 64 17 30 16 Email : france@itisection.org Site : www.campusitifrance.org</p>	<p>19 et 20 mai 2011 à Sallanches FORMEZ VOTRE ASSISTANTE DENTAIRE A L'IMPLANTOLOGIE Martine JACQUART Frais d'inscription : 500 € ANTHOGYR 2237 avenue André-Lasquin 74700 Sallanches Tél. : 04 50 58 02 37 Email : sales@anthogy.com Site : www.anthogy.com</p>	<p>23 et 24 mai 2011 à Metz-Nancy <i>Dr Laurent CLAUDE</i> 24 et 25 mai 2011 à Montpellier 28 et 29 juin 2011 à Montpellier <i>Dr Luc MANHES</i> FORMATION PARODONTOLOGIE - CYCLE 2x2 JOURS GÉNÉRATION IMPLANT 134 av. des arènes de Cimiez 06000 Nice Tél. : 0820 620 017 Site : www.generation-implant.com</p>
<p>5 mai 2011 à Besançon <i>Drs DISS, HIRSCH</i> 12 mai 2011 à Rouen <i>Drs DISS, PALMER, PICARD</i> 19 mai 2011 à Rodez <i>Drs DISS, NEGRE</i> SOIRÉE CONFÉRENCE GRATUITE : DÉMARRER EN IMPLANTOLOGIE GÉNÉRATION IMPLANT 134 av. des arènes de Cimiez 06000 Nice Tél. : 0820 620 017 Site : www.generation-implant.com</p>	<p>13 et 14 mai 2011 à Cannes Azur Eden DÉMARRER EN IMPLANTOLOGIE : COMMENT RÉAGIR EN PRÉSENCE D'UN PATIENT ÉDENTÉ ? <i>Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET</i> F.I.D.E. - Aline Tél. : 04 93 99 72 81 Fax : 04 92 98 82 33 Email : contact@fide.fr Site : www.fide.fr</p>	<p>19 au 21 mai 2011 à Lyon Hôtel de la cité internationale IMPLANTOLOGIE CYCLE 2 : LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE <i>Drs S. MONCHANIN, C. COUDURIER, A. POLLINI, J.M. GABET</i> Frais d'inscription : 1 190 € CLINIC-ALL 34 quai Charles de Gaulle 69006 Lyon Tél. : 06 01 42 64 09 Email : contact@clinic-all.fr Site : www.clinic-all.fr</p>	<p>26 mai 2011 à La Rochelle LE DIAGNOSTIC EN PARODONTOLOGIE <i>J.F. MICHEL</i> LABOPHARE FORMATION 17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216 33708 Mérignac cedex Tél. : 05 56 34 93 22 Fax : 05 56 34 92 92 Site : www.labophare-formation.fr</p>
<p>5 mai 2011 à Besançon <i>Drs DISS, HIRSCH</i> 12 mai 2011 à Rouen <i>Drs DISS, PALMER, PICARD</i> 19 mai 2011 à Rodez <i>Drs DISS, NEGRE</i> SOIRÉE CONFÉRENCE GRATUITE : DÉMARRER EN IMPLANTOLOGIE GÉNÉRATION IMPLANT 134 av. des arènes de Cimiez 06000 Nice Tél. : 0820 620 017 Site : www.generation-implant.com</p>		<p>20 mai 2011 à Brignais 24 juin 2011 à Brignais PROTHÈSE IMPLANTAIRE : LES CLÉS DE LA RÉUSSITE <i>Drs PONTONNIER, MAZOYER, GIRAUT</i> SMILE CENTER</p>	<p>26 mai 2011 à Viennes (38) Cabinet du Dr Adrien POLLINI L'ÉDENTEMENT UNITAIRE DANS LE SECTEUR ESTHÉTIQUE : LIMITES ET ALTERNATIVES DE L'EXTRACTION-IMPLANTATION, MISE EN ESTHÉTIQUE IMMÉDIATE <i>Dr Adrien POLLINI</i> Frais d'inscription : 390 € ANTHOGYR 2237 avenue André-Lasquin 74700 Sallanches Tél. : 04 50 58 02 37 Email : sales@anthogy.com Site : www.anthogy.com</p>



Thématiques

Interviews

News

Débats

Vivez l'implantologie en direct
www.generation-implant.com

PROGRAMME À VENIR :

28 AVRIL : Un nouvel outil pour le cabinet dentaire : Internet

2 MAI : Chirurgie en live assistée par ordinateur (Materialise Dental)

9 MAI : La physiopathologie du sinus maxillaire (partie 2)

23 MAI : Bridge complet sur implants : la fausse gencive

30 MAI : Techniques d'extraction avant mise d'implants (Satelec)

www.generation-implant.com



26 mai 2011 à Clermont-Ferrand
7 juillet 2011 à Clermont-Ferrand
ACCÉDER A L'IMPLANTOLOGIE
Dr D. AUBAZAC, M. FILLON
DOM'IMPLANT FORMATION
 Carine
 Tél. : 04 73 93 28 14
 Email : domimplant@orange.fr

26 et 27 mai 2011 à Bordeaux
FORMATION IMPLANTOLOGIE SUR PIÈCES ANATOMIQUES
Drs A. DISS, G. FOUGERAIS
GÉNÉRATION IMPLANT
 134 av. des arènes de Cimiez
 06200 Nice
 Tél. : 0820 620 017
 Site : www.generation-implant.com

26 et 27 mai 2011 à Paris
 Laboratoire d'anatomie de Paris
LA GESTION DE L'ESTHÉTIQUE PÉRI-IMPLANTAIRE : COMMENT ÉVITER LA RÉCESSION DES TISSUS MOUS ? TP EN LABORATOIRE D'ANATOMIE
Dr Bernard LAZAROO
 Frais d'inscription : 680 €
ANTHOGYR
 2237 avenue André-Lasquin
 74700 Sallanches
 Tél. : 04 50 58 02 37
 Email : sales@anthogy.com
 Site : www.anthogy.com

27 mai 2011 à Aubagne
 Clinique la Casamance
PROTHÈSE IMPLANTAIRE
Drs JEANNENOT, J. SEBBAH
 Frais d'inscription : 370 €
INSTITUT OROFACE - Virginie
 Clinique La Casamance - 33 bd des farigoules - 13400 Aubagne
 Tél. : 06 16 35 13 02
 Email : institut.oroiface@orange.fr
 Site : www.institutoroiface.com

8 juin 2011 à Paris
 Hôtel Ibis-Pte de Montreuil
IMPORTANCE DU RÔLE DE L'OMNIPRATICIEN DANS LES TRAITEMENTS IMPLANTAIRES
Dr A. CHALOM
COSS
 22 rue Robert Legros
 93100 Montreuil
 Site : www.coss.asso.fr

9 juin 2011 à Nantes
 Chambre de commerce
PROTHÈSE COMPLÈTE ET PRÉ-IMPLANTAIRE
Drs RIGNON-BRET, D. RAUX
 Frais d'inscription : 350 €
AOBO
 16 rue Beethoven - 44300 Nantes
 Tél. : 02 51 89 02 28
 Email : aobo@wanadoo.fr
 Site : www.aobo.fr

9 juin 2011 à Chessy-Marne la Vallée
 Centre de formation ITI
LA ZONE ESTHÉTIQUE : GARANTIR LE RÉSULTAT ESTHÉTIQUE GRÂCE A LA ROG
Dr Hervé BUATOIS
CAMPUS ITI

Chessy-Marne la Vallée
 Tél. : 01 64 17 30 16
 Email : france@itisection.org
 Site : www.campusitifrance.org

9 juin 2011 à Cannes
 Azur Eden
PETITE CHIRURGIE A L'USAGE DE L'OMNIPRATICIEN
Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET
F.I.D.E. - Aline
 Tél. : 04 93 99 72 81
 Fax : 04 92 98 82 33
 Email : contact@fide.fr
 Site : www.fide.fr

9 et 10 juin 2011 à Vienne
RÉHABILITATION GLOBALE FONCTIONNELLE : GREFFE OSSEUSE
Drs LE PRADO, MAXIMINI
SMILE CENTER - Aurélie BUISSON
 ZI de Sacuny-118 av M.Mérieux
 69530 Brignais
 Tél. : 04 78 87 56 78
 Fax : 04 78 56 72 08
 Email : contact@smilecenter.fr
 Site : www.smilecenter.fr

9 au 11 juin 2011 à Aix-en-Provence
PERTINENCE DES THÉRAPEUTIQUES PARODONTALES
SFPIOSE
Dr RAVERA
 68 avenue de St Julien
 13012 Marseille
 Tél. : 04 91 49 38 20
 Email : fravera@hotmail.fr
 Site : www.sfpiose.blogspot.com

10 juin 2011 à Cannes
 Azur Eden
LES SINUS ET LEUR UTILISATION
Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET
F.I.D.E. - Aline
 Tél. : 04 93 99 72 81
 Fax : 04 92 98 82 33
 Email : contact@fide.fr
 Site : www.fide.fr

13 et 14 juin 2011 à Marseille
LA MISE EN CHARGE IMMÉDIATE : GÉRER LES CAS COMPLEXES
Dr SIMONPIERI
SMILE CENTER - Aurélie BUISSON
 ZI de Sacuny-118 av M.Mérieux
 69530 Brignais
 Tél. : 04 78 87 56 78
 Fax : 04 78 56 72 08
 Email : contact@smilecenter.fr
 Site : www.smilecenter.fr

13 au 17 juin 2011 à Arcachon
 Novotel thalassothérapie
PARODONTIE MÉDICALE : L'EXPÉRIENCE DU DR CHARON A VOTRE SERVICE
Drs Jacques CHARON, Sébastien DUJARDIN, Kathy DENYS
 Frais d'inscription : 3 150 €
PARO CONCEPT
 89 rue Roland - 59000 Lille
 Tél. : 03 20 34 04 47
 Fax : 03 20 56 90 42
 Email : paroconcept@nordnet.fr
 Site : www.paroconcept.com

16 juin 2011 à Paris
 Hôtel Napoléon - avenue Friedland
LA RECONSTRUCTION PRÉ-IMPLANTAIRE DU MAXILLAIRE POSTÉRIEUR : COMMENT PRIVILÉGIER L'APPROCHE BIOLOGIQUE
Pr Ronald J. YOUNES
CFLIP - Dr MOREAU
 12 avenue d'Eylau - 75116 Paris
 Tél. : 01 47 23 59 12
 Email : cflip@europe.com

23 juin 2011 à Strasbourg
ASSISTANTES DENTAIRES EN IMPLANTOLOGIE
Odile CHEVALIER
STRAUMANN - Séverine DELMAS
 Tél. : 01 64 17 30 16
 Site : www.straumann.fr

27 et 28 juin 2011 à Sallanches
LES CLEFS DE L'EXPANSION OSSEUSE : COMPRENDRE ET MAÎTRISER L'OS.
Drs X. BECK, T. GUILLAUMIN
 Frais d'inscription : 1er jour : 360 €, les 2 jours : 600 €
ANTHOGYR
 2237 avenue André-Lasquin
 74700 Sallanches
 Tél. : 04 50 58 02 37
 Email : sales@anthogy.com
 Site : www.anthogy.com

28 juin 2011 à Lyon
 Cabinet Dr P. EXBRAYAT
LE RÔLE DE L'ASSISTANTE DENTAIRE EN IMPLANTOLOGIE
STUDY CLUB DENTAIRE et IMPLANTAIRE & ZIMMER DENTAL
 Frais d'inscription : 240 €
 68 avenue des Frères Lumière
 69008 Lyon
 Tél. : 04 72 78 58 64
 Fax : 04 72 78 58 66
 Email : infos@scdi.asso.fr
 Site : www.scdi.asso.fr

30 juin 2011 à Lyon
 Faculté de Médecine, Département Universitaire d'Anatomie
TECHNIQUES CHIRURGICALES IMPLANTAIRES ET DISSECTION EN LABORATOIRE D'ANATOMIE
Pr P. BRETON, Dr T. SAUVIGNE
 Frais d'inscription : 600 €
ANTHOGYR
 2237 avenue André-Lasquin
 74700 Sallanches
 Tél. : 04 50 58 02 37
 Email : sales@anthogy.com
 Site : www.anthogy.com

30 juin 2011 à Aubagne
ASSISTANTE - ASEPISIE ET CHIRURGIE
 Frais d'inscription : 320 €
INSTITUT OROFACE
 Clinique la Casamance, 33 bd des Farigoules - 13400 Aubagne
 Tél. : 06 16 35 13 02
 Email : institut.oroiface@orange.fr
 Site : www.institutoroiface.com

30 juin au 2 juillet 2011 à Vienne
COMMENT RÉUSSIR UNE GREFFE OSSEUSE ?
Drs MONIN, MAXIMINI
SMILE CENTER - Aurélie BUISSON

ZI de Sacuny-118 av M.Mérieux
 69530 Brignais
 Tél. : 04 78 87 56 78
 Fax : 04 78 56 72 08
 Email : contact@smilecenter.fr
 Site : www.smilecenter.fr

7 et 8 juillet 2011 à Lyon
 Hôtel de la cité internationale
IMPLANTOLOGIE CYCLE 3 : ANATOMIE ET IMPLANTS
Drs S. MONCHANIN, S. VEYRE
 Frais d'inscription : 1 190 €
CLINIC-ALL
 34 quai Charles de Gaulle
 69006 Lyon
 Tél. : 06 01 42 64 09
 Email : contact@clinic-all.fr
 Site : www.clinic-all.fr

ESTHÉTIQUE
12 mai 2011 à Marseille
23 juin 2011 à Arcachon
TRAITEMENTS ESTHÉTIQUES DU SOURIRE
G. PIGNOLY
LABOPHARE FORMATION
 17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
 33708 Mérignac cedex
 Tél. : 05 56 34 93 22
 Fax : 05 56 34 92 92
 Site : www.labophare-formation.fr

19 mai 2011 à Bordeaux
BLANCHIMENT
P. MIARA
LABOPHARE FORMATION
 17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
 33708 Mérignac cedex
 Tél. : 05 56 34 93 22
 Fax : 05 56 34 92 92
 Site : www.labophare-formation.fr

19 et 20 mai 2011 à Bordeaux
16 et 17 juin 2011 à Bordeaux
RÉHABILITATION ESTHÉTIQUE
Dr Cyril GAILLARD, Christophe HUE
G.A.D.
 231 rue Saint Honoré - 75001 Paris
 Tél. : 06 09 13 52 41
 Email : cyrilgaillard@gad-center.com

OMNIPRATIQUE
5 mai 2011 à Mont-de-Marsan
URGENCES MÉDICALES ET RÉANIMATION
LABOPHARE FORMATION
 17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
 33708 Mérignac cedex
 Tél. : 05 56 34 93 22
 Fax : 05 56 34 92 92
 Site : www.labophare-formation.fr

5 mai 2011 à Lançon de Provence
 Centre de Formation Odontologique de Provence
RESTAURATIONS POSTÉRIEURES EN MÉTHODE DIRECTE
Pr Jean-Louis BROUILLET
 Frais d'inscription : 490 €
CFOP - Nadia BREYTON
 120 allée de la Coudoulette
 13680 Lançon de Provence
 Tél. : 04 90 44 73 77
 Fax : 04 90 42 92 61
 Email : cfop@fip-group.fr
 Site : www.bisico.fr

LA FLEXI-GESTION®

UNE APPROCHE ÉTHIQUE ET EFFICACE
POUR LES PROFESSIONNELS DE DEMAIN

Réduisez votre stress

- Découvrez la puissance de l'agenda
- Soyez plus serein dans votre pratique au quotidien
- Travaillez avec encore plus de plaisir

Gagnez en efficacité

- Aidez le patient à mieux comprendre son traitement
- Développez votre communication interne et externe

Assurez votre indépendance financière

- Élargissez vos options de traitement
- Mettez en place des solutions financières efficaces



Pour plus de renseignements :
contact@binhas.com

N° Vert 0 800 521 764

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



OMNIPRATICIENS

ORLÉANS

12 - 13 MAI 2011

MONTPELLIER

19 - 20 MAI 2011

STRASBOURG

26 - 27 MAI 2011

DIJON

9 - 10 JUIN 2011

NICE

16 - 17 JUIN 2011

Bulletin d'inscription : FLEXI-GESTION®

04201 | Ifd

1. Praticien : Nom/Prénom : _____

2. Assistante : Nom/Prénom : _____

3. Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Orléans Montpellier Strasbourg Dijon Nice

4. Nb de Praticien(s) : _____ x ~~350~~ € 315 € Offre Spéciale Lecteurs du Fil Dentaire

5. Nb d'Assistante(s) : _____ x ~~199~~ € 180 € Offre Spéciale Lecteurs du Fil Dentaire
(présence du praticien obligatoire)

6. Total : _____

Les frais de participation comprennent les honoraires pédagogiques, les cafés d'accueil, les déjeuners et les pauses. Merci de remplir ce bulletin d'inscription et de le retourner, accompagné d'un chèque libellé à l'ordre du :

Groupe Edmond Binhas
5 rue de Copenhague
BP 20057
13742 VITROLLES Cedex

5 mai 2011
12 mai 2011
26 mai 2011
9 juin 2011
16 juin 2011
23 juin 2011
7 juillet 2011

FORMATION EN ANESTHÉSIE OSTEOCENTRALE

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

9 et 10 mai 2011 à Paris
FORMATION A L'USAGE DU MEOPA EN CABINET DENTAIRE

Frais d'inscription : 740 €
AFOS - Armand OIKNINE
12bis, rue du Cadran
94220 Charenton
Tél. : 06 10 25 54 02
Email : afos.idf@free.fr
Site : www.lafos.fr

12 mai 2011 à Vigneux de Bretagne

URGENCES AU CABINET DENTAIRE

Pr Ph. LE CONTE, Dr J.Ph. PERRIN
Frais d'inscription : 250 €
AOBO
16 rue Beethoven - 44300 Nantes
Tél. : 02 51 89 02 28
Email : aobo@wanadoo.fr
Site : www.aobo.fr

19 mai 2011 à Camblanes-Meynard

TP SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES

Dr Gauthier WEISROCK
IVOCLAR-VIVADENT
Danielle MERMET
219 route de la Chapelle du Puy
74410 Saint-Jorioz
Tél. : 04 50 88 64 12
Fax : 04 50 88 64 40
Email : icde@ivoclarvivadent.com
Site : www.ivoclarvivadent.fr

26 mai 2011 à Montrouge

LA SÉDATION CONSCIENTE AU MEOPA

Aurélié BESLOT, Tiphaine DAVIT BEAL, Maryse WOLIKOW
Frais d'inscription : 40 €
AMICALE ODONTOLOGIQUE DE MONTRouGE
Tél. : 01 58 07 67 25
Fax : 01 58 07 68 99
Email : aom.montrouge@parisdescartes.fr

26 mai 2011 à Serris

TP RESTAURATIONS CÉRAMO-CÉRAMIQUES : DE LA PRÉPARATION AU COLLAGE

Dr Olivier ETIENNE
IVOCLAR-VIVADENT
Danielle MERMET
219 route de la Chapelle du Puy
74410 Saint-Jorioz
Tél. : 04 50 88 64 12
Fax : 04 50 88 64 40
Email : icde@ivoclarvivadent.fr
Site : www.ivoclarvivadent.fr

à Bruxelles à Biarritz

PROTHÈSES ADJOINTES COMPLÈTES

MV. BERTERETCHE, O. HÜE
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel -BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél. : 05 56 34 93 22
Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

16 juin 2011 à Paris

12 TRAVAUX PRATIQUES A LA CARTE

C. TOUBOUL, J. DEJOU, T. ABOUDHARAM, G. REY, T. ARVIS, E. SERFATY, E. HAZAN, M. ROCHE, C. LAUNOIS, M. DRIDI, G. GAGNOT, R. KALEKA, D. MARTIN, P. CHERFANE, M. CORCOS
Frais d'inscription : Membres 320 ou 370 € ; Non membres 400 ou 450 €
SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE PARIS
6 Rue Jean Hugues - 75116 Paris
Tél. : 01 42 09 29 13
Fax : 01 42 09 29 08
Email : secretariat@sop.asso.fr
Site : www.sop.asso.fr

20 au 22 juin 2011 à Clermont-Ferrand

URGENCES MÉDICALES AU CABINET DENTAIRE

Frais d'inscription : 250 € / jour
U.F.R. D'ODONTOLOGIE D'AUVERGNE
11 boulevard Charles de Gaulle
63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 17 73 35
Fax : 04 73 17 73 79
Email : claudie.camus@u-clermont1.fr
Site : webodonto.u-clermont1.fr - Rubrique professionnel

7 juillet 2011 à Clermont-Ferrand

COLLAGE ET SCÉLEMENT

Pr P. AUROY, Dr Y.L. TURPIN
Frais d'inscription : 250 €
U.F.R. D'ODONTOLOGIE D'AUVERGNE
11 boulevard Charles de Gaulle
63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 17 73 35
Fax : 04 73 17 73 79
Email : claudie.camus@u-clermont1.fr
Site : webodonto.u-clermont1.fr - Rubrique professionnel

OCCLUSODONTIE

12 et 13 mai 2011 à Toulouse

Centre de l'ARAPL Midi Pyrénées
L'OCCCLUSION NEURO-MUSCULAIRE, DE LA THÉORIE A LA PRATIQUE.
3ÈME DEGRÉ-DÉCISIONS THÉRAPEUTIQUES ET TRAITEMENTS
Dr Jean-Claude COMBADAZOU
Frais d'inscription : 890 €
FORMATION SANTÉ
16 rue Paul Vidal - 31000 Toulouse
Tél. : 05 61 52 63 69
Email : drcombadazou@free.fr

ORTHODONTIE

2 au 4 juin 2011 à Lyon

LE TRAITEMENT DE L'ADULTE : LA LUTTE CONTRE LE VIEILLISSEMENT FACIAL

Frais d'inscription : 400 € à 500 €
SFODF
10, rue Déodat de Séverac
75017 Paris
Tél. : 01 44 64 15 15
Email : sfodf2011@clq-group.com
Site : www.reunion-sfodf.fr

24 et 25 juin 2011 à Brest

BIOMÉCANIQUE

Dr R. KHOLOKI
CISCO
1 rue de Grasse - 29200 Brest
Tél. : 02 98 44 56 83
Fax : 02 98 44 81 66
Email : cisco.s@wanadoo.fr

25 et 26 juin 2011 à Marseille

L'ÉLASTOPOSITIONNEMENT

D. DEROZE, J. LACOUT, P. GUEZENEC, F. FROGER
AGORA - Jean LACOUT
Tél. : 04 91 41 22 70
Email : jean.lacout@orange.fr

ERGONOMIE

17 Mai 2011 à Avignon

FORMATION BACS ET CASSETTES, TRAVAIL A 4 MAINS

Drs E. BINHAS, C. SALOMON
GROUPE EDMOND BINHAS
Les Estroubians - 5 rue de Copenhague - BP 20057
13742 Vitrolles Cedex
Tél. : 04.42.108.108
Email : c.salomon@binhas.com

GESTION DE CABINET

12 et 13 mai 2011 à Orléans

19 et 20 mai 2011 à Montpellier

26 et 27 mai 2011 à Strasbourg

9 et 10 juin 2011 à Dijon

16 et 17 juin 2011 à Nice

LA FLEXI-GESTION®

Dr E. BINHAS
GROUPE EDMOND BINHAS
Nicole BOURTEAU
Tél. : 04.42.108.108
Email : n.bourteau@binhas.com

23 et 24 juin 2011 à Bordeaux

LA FLEXI-GESTION® EN ORTHODONTIE

Dr E. BINHAS
GROUPE EDMOND BINHAS
Nicole BOURTEAU
Tél. : 04.42.108.108
Email : n.bourteau@binhas.com

MANAGEMENT

2 au 4 juin 2011 à Lyon

MANAGEMENT APPLIQUÉ A L'ODONTOLOGIE : DE L'OMNIPRATIQUE A L'ORTHODONTIE EXCLUSIVE

M. Rodolphe COCHET
S.F.O.D.F.
Site : www.sfodf.org

COMMUNICATION

26 et 27 mai 2011 à Brignais

COMMENT AMÉLIORER LA COMMUNICATION EN CABINET DENTAIRE

Dr LE PRADO
SMILE CENTER
ZI de Sacuny-118 av M.Mérieux
69530 Brignais
Tél. : 04 78 87 56 78
Fax : 04 78 56 72 08
Email : fanny@cabinetdentairec2s.com
Site : www.smilecenter.fr

DIVERS

11 au 13 mai 2011 à Lyon

HYPNOSE ERICKSONNIENNE ET CONFORT PROFESSIONNEL

Dr Bruno DELCOMBEL
Frais d'inscription : 2 450 €
GROUPE ARSEUS-APEX DELTA MEDICAL UNIVERSAL
1 rue Galilée-Chemin de la Fouillouse
69800 Saint-Priest Lyon
Tél. : 04 72 78 58 60
Email : hypnosedelcombel@yahoo.fr

21 et 22 mai 2011 à Clermont-Ferrand

LE SYNDROME D'APNÉE DU SOMMEIL

Drs FLEURY, MUTEL
Frais d'inscription : 500 €
U.F.R. D'ODONTOLOGIE D'AUVERGNE
11 boulevard Charles de Gaulle
63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 17 73 35
Fax : 04 73 17 73 79
Email : claudie.camus@u-clermont1.fr
Site : webodonto.u-clermont1.fr - Rubrique professionnel

8 juin 2011 à Le Chesnay

SOIRÉE MUSICALE DE L'ACOSY-FC

ACOSY FC
12 rue de Paris - 78560 Port-Marly
Tél. : 06 88 56 54 01
Email : tresorier@acosyfc.fr

9 juin 2011 à Fontainebleau

DERMATOLOGIE BUCCALE

J.C. FRICAÏN
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel -BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél. : 05 56 34 93 22
Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

19 au 21 juin 2011 à Villetrun

INITIATION A L'OSTÉOPATHIE AU CABINET DENTAIRE

Dr Paule LEMOINE
Frais d'inscription : membre:550€; non membre 600€
ODENTH
205 avenue de Versailles
75016 Paris
Tél. : 01 46 51 43 59
Fax : Mob: 06 22 70 64 23
Email : alain.panetier@wanadoo.fr
Site : www.odenth.com/public/odenthosteopathie.php

Les Petites Annonces

Association

77 - NANDY

Cabinet pluridisciplinaire recherche orthodontiste. Local équipé.

Tél. : 01 60 63 79 79

N°11/62/AS/1133

Cabinet Dentaire Ventes

14 - MONDEVILLE prox CAEN

Vends cabinet SCM 3 praticiens. Tenu 1 400 h/an. CA très important. Orientation prothèse, implanto. Patientèle fidèle et motivée.

Tél. : 06 13 89 09 29

N°11/62/CA/1128

59 - 25 km SAINT-QUENTIN

Suite à cessation d'activité, vend maison + cabinet dentaire. Patientèle assurée. Prix 215K€.

Tél. : 06 09 55 16 03

N°11/62/CA/1110

63 - AUVERGNE 15 mn sud de **CLERMONT-FERRAND**, Vd cabinet dentaire idéal couple cherchant qualité de vie, dans village tous commerces. 2 postes de travail ds maison de caractère.

Tél. : 04 73 39 31 07 ou

04 73 39 47 13

N°11/62/CA/1130

64 - Proche BAYONNE Cause retraite, cède cabinet tenu 35 ans. SCM 3 praticiens. RVG, Julie, PANO, implanto. Avec ou sans murs. Gros CA.

Écrire au journal qui transmettra

N°11/62/CA/1117

Offres d'Emploi Praticien

27 - BOURG ACHARD proche de **ROUEN** SEL 2 praticiens cherche collaborateur(trice) 3j/sem en vue association.

Tél. : 02 32 41 24 77

ou 06 70 48 05 15

N°11/62/OFC/1137

49 - CHOLET Centre dentaire mutualiste recherche 1 chirurgien-dentiste omnipraticien H/F. CDI, 31 heures hebdo. Poste à pourvoir en MAI 2011. Adresser votre candidature à MFAM DRH 67 rue des Ponts de Cé - 49028 Angers - drh-emploi@mfam.fr.

Tél. : 02 41 68 89 40

N°11/62/OFP/1135

Offres d'Emploi Divers

49 - CHOLET La mutualité française Anjou Mayenne recherche 1 réceptionniste dentaire H/F, diplômé, au centre dentaire de LAVAL. CDI, 20 h/semaine. Expérience souhaitée. Poste à pourvoir le 9 JUIN 2011. Adresser votre candidature à MFAM DRH 67 rue des Ponts de Cé - 49028 Angers - drh-emploi@mfam.fr

Tél. : 02 41 68 89 40

N°11/62/OFD/1144

49 - CHOLET La mutualité française Anjou Mayenne recherche 1 assistant-dentaire H/F, diplômé, au centre dentaire de LAVAL. CDD 6 mois, 30 h/semaine. Expérience souhaitée. Poste à pourvoir le 18 MAI 2011. Adresser votre candidature à MFAM DRH 67 rue des Ponts de Cé - 49028 Angers - drh-emploi@mfam.fr.

Tél. : 02 41 68 89 40

N°11/62/OFC/1141

50 - GRANVILLE à une heure de **RENNES** et **CAEN**, très beau cabinet, agréable et bien situé, équipement ultra moderne, patientèle de qualité, recherche collaboratrice dès début juillet. Collabo actuelle très bon CA. .

Tél. : 02 33 50 02 89

ou 06 45 92 03 50

N°11/62/OFC/1147

Matériel Spécialisé

44 - SAINT-SÉBASTIEN SUR LOIRE Vend téléradio KODAK 2007, cause double emploi. Se fixe sur PANO 8000C. 7K€.

Tél. : 02 40 74 08 48

N°11/62/MA/1122

88 - Vends STÉRILISATEUR WH LISA 4000 cycles. État parfait, avec carnet entretien, accessoires. 1200€. **LAMPE** Primetics Litell UV, 100€.

Tél. : 03 29 32 41 16

N°11/62/MA/1150

Divers

62 - ARRAS

Recherche vieux matériel de chirurgien-dentiste avant 1960. Vitrines, tables tournantes, sièges de salle d'attente et tout luminaire, même abîmés.

Tél. : 06 68 86 07 36

N°11/63/DI/1152



lefildentaire

Vos petites annonces
GRATUITES
SUR
www.lefildentaire.com



LABORATOIRE
WEBERT

ÇA NE COÛTE PAS PLUS CHER
DE BIEN FAIRE



C.C.M Luxe	45 €
C.C.M Luxe+ Inlay-Core	59 €
C.C.M monocouche	37 €

C.C.M Luxe sur Implant	70 €
Céramique sur Zircon	99 €
Valplast+montage+dents	139 €

Délais 7 jours province

Délais 5 jours Paris



Alliage: Dentsply sans Nickel sans béryllium
Certificat de conformité législation CEE
Garantie 3 ans. Expédition Province TNT gratuite
Paris: Coursiers gratuits sur simple appel



UN VRAI LABORATOIRE - SERVICE PERSONNALISE - TECHNICIENS EXPERIMENTES
PROTHESISTE UNIQUE DEDIE A CHAQUE PRATICIEN

22 Rue Pouchet 75017 Paris
www.webert.fr Tel: 01 42 26 33 33

AD. JOINTE

TITANE

COMPO

NOUVEAU

Safe Shark Evolution[®]



49 €

en exclusivité pendant 1 mois

Le plus conique des cylindro-coniques

Safe implant[®] ensemble pour la démocratisation de l'implantologie.

Safe implant[®] le fabricant de choix, ensemble nous avons les solutions

Safe implant[®] la qualité normée

Safe implant[®] le juste prix

Safe implant[®]



Demandez notre nouveau catalogue

01.48.05.71.88

Ensemble vers la démocratisation de l'implantologie

NOUVEAU



type os I & II

Internal & external
Hexagone



type os I & II



type os III & IV



type os III & IV



Court de I à IV



Fin de I à IV

Systeme complet distribué par www.implantdiscount.com