



N° 263 Juillet - Août 2017

LE POINT

Journal officiel de la Société de Médecine Dentaire asbl - Association Dentaire Belge Francophone





DIGITAL PERFORMANCE

TOUR 2017

Live show

of the digital workflow!

ON THE ROAD



EDEGEM

14 | 15 SEPT

**LOCATION:
HOTEL TER ELST**

Discover the newest digital technologies in the Straumann truck: scanning, designing, milling and 3D printing. Including lectures and demonstrations intraoral scanning.

Please register at www.straumann.be/digitaltour
A limited number of places are available.

Le mot du Président

La Société de Médecine Dentaire existe par et pour ses 2015 membres.
Vous avez bien lu : deux mille quinze, ce qui fait beaucoup de personnalités diverses.

Vous avez une question d'ordre professionnel : la SMD répond. Vous souhaitez des sujets scientifiques : la SMD organise.

Vous estimez qu'au-delà du curatif, la prévention est importante : la SMD anime via Souriez.be.
Un article dans les pages suivantes illustre cette facette de notre activité régulière.

Voilà pour le visible.

La Société de Médecine Dentaire s'implique aussi dans diverses instances et organisations européennes, fédérales, régionales et communautaires : travail incessant et pas nécessairement gratifiant mais cependant très important.

'La' SMD, ce sont des Consœurs et des Confrères, travailleurs de l'ombre, qui s'activent pour la profession. La majorité d'entre eux ont 50 ans ou plus.

Vous, les jeunes Consœurs et Confrères, rendez-vous compte qu'il est urgent de penser à les remplacer : vous êtes la relève. Plusieurs d'entre vous, nous ont déjà rejoint mais il reste de la place !

Votre profession, ce beau métier, a besoin de vous. Agissez et contactez-nous (info@dentiste.be) pour proposer votre candidature.

Le prochain numéro du Point paraîtra début septembre et d'ici-là je vous souhaite à tous d'excellentes vacances reposantes ou sportives.



Patrick Bogaerts
Président

56

Réanimation

9 octobre 2017 De 9h à 16h County Hoosle - Bruxelles

Accréditation n° 338411 - 40 UA dont 1 - Formation continue 6 heures.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Réanimation cardio-respiratoire

OBJECTIF : Former les participants à la technique de réanimation cardio-pulmonaire et à l'usage adéquat d'un défibrillateur externe semi-automatique (COMAQUAT) : Une attention de suivi pour être adaptée à la demande.

DESCRIPTION : En accord avec les recommandations européennes (European Resuscitation Council) et internationales (International Liaison Committee on Resuscitation), le participant apprenra à : approcher une victime - contrôler les fonctions vitales (conscience, respiration, circulation), effectuer un défibrillateur externe semi-automatique, fermer les yeux, respirations, protéger la bouche à bouche et les compressions thoraciques externes ; surveiller la victime dans l'attente des secours médicaux.

METHODOLOGIE : Pour des groupes restreints (15 personnes maximum) ; apprentissage par étapes au moyen d'un mannequin de réanimation et d'un défibrillateur fonctionnel ; fait appel à la pédagogie active et utilise pour ce faire des mises en situation, accidents simulés et des exposités interactifs.

MODÉRATEUR

DR. Cécile DE KOCK
- Clinicienne en cardiologie SB
- Enseignante pédagogique
- Formatrice de formation destinée aux professionnels de la petite enfance

DR. VERBA CONZAC
- Titulaire de l'accreditation depuis 2 ans
- Titulaire de l'accreditation et d'enseignement
- Gestion générale la production dans le secteur privé

Membre ordinaire 200 €* Non membre 300 €*

*75 ans et 9 septembre

Le point 263 - juillet - Août 2017

74

BIBLIO

Membre -10%

DE SYMPATHIQUES LIVRES POUR ENFANTS POUR LE CABINET
Use et brosser les dents de l'enfant

C'est le soir, Use a sommeil, il est temps d'aller dormir! Mais d'abord, Use doit se brosser les dents. Use prend sa brosse à dents. Use met quelques gouttes de pâte de dentifrice pour enfants. Use commence à se brosser les dents. Pendant ce temps, maman chante « Je chuchote à la brosse à dents ».

Éditeur : 
Nombre de pages : 104 pages
Prix : 12,50 € (port inclus)
ISBN : 979-2-6142-0017-4

LE DENTISTE
L'archet SREZERS

Destiné aux enfants de 3 à 5 ans (à lire 100% belge jointe aux plus jeunes de découvrir la profession de dentiste).

De nombreux enfants sont inquiets à l'idée de se rendre chez le dentiste. Grâce à cet album, les tout petits découvriront que le dentiste travaille avec tout à leur bien-être. Aujourd'hui, un dentiste aime être le dentiste d'un enfant parce qu'il aime un bon sourire. Il aime aussi être le dentiste de dentiste parce qu'il aime les autres. Les enfants et les adultes, le dentiste fait aussi une partie de nos brucelles, il est là pour écouter, pour aider, pour aider. Le dentiste ne regarde que pour faire de belles dents, il aime les dentures dans les dents et non les dents. Il ne dit pas non, il aime un bon de dentiste. Il aime aussi, une autre chose de dentiste, ce n'est pas le dentiste.

Mes souvenirs commencent que = le dentiste = maintenant un grand sourire dans les cubes d'attente des dentistes et plus particulièrement, des pédiatres.

Éditeur : 
Prix : 7,50 € (port inclus)
ISBN : 979-2-6142-0015-0

LE POINT

Journal officiel de la
Société de Médecine Dentaire ASBL
Association dentaire belge francophone

Bureau exécutif :
P. BOGAERTS - Président,
M. DEVRIESE - Past-Président
O. CUSTERS - Directeur,
A. METO - Secrétaire-Générale,
B. GONTHIER - Trésorier,

Rédacteur en chef :
O. CUSTERS

Editeur responsable :
P. BOGAERTS

Les articles sont publiés sous
la seule responsabilité
de leurs auteurs

Président de la Commission Scientifique :
B. LAMBERT

Président de la Commission Professionnelle :
M. DEVRIESE

Directeur :
O. CUSTERS

Secrétariat :
B. FONTAINE

ISSN : 0779-7060

Editeur :
Société de Médecine Dentaire
Avenue De Fré, 191
1180 Bruxelles
Tél. : + 32 (0)2 375 81 75
Fax : + 32 (0)2 375 86 12
TVA : BE0429 414 842
Banque: BE20 0682 3275 4456

lepoint@dentiste.be
www.dentiste.be

Impression :
Imprimerie Van der Poorten s.a.
Diestsesteenweg 624
3010 Kessel-Lo

Publicités :
Olivier CUSTERS
Tél. : 0475 376 838
olivier.custers@dentiste.be

Création & Mise en page :
BVG communication
www.bvgcom.com
benoit@bvgcom.be

50 **SOMMAIRE FORMATION CONTINUE**

52 **SUTURES**

53 **PÉDODONTIE**

54 **DOULEURS ORO-FACIALES**

55 **FULL DIGITAL**

56 **RÉANIMATION**

57 **PROTHÈSE IMPLANTAIRE**

58 **LA DENT FÉLÉE**

59 **RADIOPROTECTION**

60 **PEER-REVIEW**

61 **DENTISTERIE DIGITALE 1**

62 **DENTISTERIE DIGITALE 2**

63 **STUDY-CLUBS**

66 **SOMMAIRE INFOS PROFESSIONNELLES**

68 **SUR LE FEU !**
M DEVRIESE

69 **PRIME TÉLÉMATIQUE 2017**
M DEVRIESE

71 **DENTISTES RANÇONNÉS !**
M DEVRIESE

74 **BIBLIO**

76 **PETITES ANNONCES**

78 **CULTURE**
P MATHIEU, P GOYENS

86 **AGENDA**

16/09/2017

23/09/2017

29/09/2017

07/10/2017

09/10/2017

19/10/2017

18/11/2017

02/12/2017

02/12/2017

4-5/12/2017

06/12/2017

POURQUOI être membre ? QUI sommes-nous ?

La Société de Médecine Dentaire est la principale association scientifique et professionnelle représentative des dentistes de Belgique.

Nous comptons parmi nos membres près de 2/3 des praticiens de Wallonie et de Bruxelles.
Notre raison d'être est d'aider les dentistes à tous les niveaux de leur vie professionnelle :

- représentation de la Profession à tous les niveaux de décision (SPF Santé, INAMI, FWB,...),
- contacts avec les Autorités, les Administrations, la Presse, l'industrie,...
- conseils juridiques
- explications de nomenclature,
- aide aux étudiants et aux stagiaires,
- formation et conseils aux maîtres de stage,
- formation continue : cours, congrès et workshops,
- collaboration à l'information et à l'éducation du public,
- ...



COTISATION 2017



Vous êtes diplômé en

Montant



| | |
|--|-----------|
| 2011 et avant | 360 euros |
| 2012 | 180 euros |
| 2013 | 90 euros |
| 2014 | 90 euros |
| 2015 | GRATUIT |
| 2016 | GRATUIT |
| avec statut de stagiaire (Master 3 ou 1 ^{ère} année de stage DSO DSP) | GRATUIT |
| 2017 | GRATUIT |
| Etudiant (Bac 3, Master 1, Master 2) | GRATUIT |
| Assistant plein temps + de 65 ans | 215 euros |
| Membre Honoraire | 170 euros |
| Praticien n'exerçant pas en Belgique | 50 euros |
| | 240 euros |

→ Le conjoint d'un(e) membre s'acquitte d'une cotisation réduite de 50%

La cotisation peut être réglée par carte bancaire via www.dentiste.be

Signature(s) _____

ORDRE DE VIREMENT



Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

| | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|
| Date d'exécution souhaitée dans le futur | Montant | EUR | CENT |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Compte donneur d'ordre (IBAN) | <input type="text"/> | | |
| Nom et adresse donneur d'ordre | <input type="text"/> | | |
| Compte bénéficiaire (IBAN) | B E 2 0 0 6 8 2 3 2 7 5 4 4 5 6 <input type="text"/> | | |
| BIC bénéficiaire | G K C C B E B B <input type="text"/> | | |
| Nom et adresse bénéficiaire | Société de Médecine Dentaire Avenue de Fré 191 1180 Uccle <input type="text"/> | | |
| Communication | COTI.:2017 <input type="text"/> n° Membre <input type="text"/> | | |

Nos annonceurs vous informent de leurs dernières nouveautés

Survey :

un vernis de protection gain de temps



Cervitec F - fluoruration et contrôle des germes en une seule étape

Dans un récent sondage, les dentistes et leurs équipes ont été invités à tester et à commenter le nouveau vernis de protection Cervitec F. Au total, 279 questionnaires ont été reçus des sondés et évalués. Les résultats montrent que le Cervitec F est très apprécié.

Plus de 80% des participants au test ont indiqué qu'ils étaient généralement satisfaits ou même très satisfaits des propriétés du vernis. Ils ont été satisfaits de l'esthétique du Cervitec F ainsi que de son large éventail d'applications, de son conditionnement, de sa concentration en fluorure et en chlorhexidine et enfin de son goût.

Highly recommended

Quatre-vingts pour cent des personnes interrogées recommanderaient d'utiliser le vernis protecteur après un nettoyage professionnel des dents. Plus de la moitié des sondés recommanderaient d'utiliser le produit pendant le traitement orthodontique des patients à haut risque ou des patients présentant des troubles moteurs. Ils ont en outre indiqué qu'ils utilisent Cervitec F chez les patients avec des caries radiculaires, des implants ou des dents en éruption et comme mesure générale de prévention de la carie. Selon les participants au sondage, un avantage important de ce produit combiné est le fait qu'il fait gagner du temps.

Ivoclar Vivadent AG
E-mail: info@ivoclarvivadent.com
www.ivoclarvivadent.com



Le vernis de protection Cervitec F offre une protection multiple en une seule étape



Septodont s'offre un nouveau site de production

Septodont, le plus grand fabricant d'anesthésiques dentaires au monde, vient de construire une nouvelle implantation pour la production de cartouches contenant un anesthésique injectable à visée dentaire : un investissement qui représente quelque 26 millions d'euros. Ce bâtiment, baptisé Unit 3 (ou U3), compte trois étages de 900 m² chacun.

INVESTIR DANS DES ÉQUIPEMENTS DE PRODUCTION À LA POINTE DE LA TECHNOLOGIE

Les travaux ont débuté en avril 2014 sur le site de Saint-Maur-des-Fossés, qui accueille également le siège de l'entreprise et un centre de recherche et développement récemment construit. L'unité U3, qu'il aura fallu deux ans pour achever, est opérationnelle depuis la fin 2016. Celle-ci compte parmi les installations les plus modernes du secteur – tous pays confondus – et se compose de salles propres dotées de systèmes de traitement de l'air spécialisés, de nouvelles cuves de production et d'une ligne de remplissage de cartouches à grande vitesse. Cet équipement à la pointe de la technologie permettra à Septodont de continuer à fournir des produits pharmaceutiques d'une qualité exceptionnelle et d'en garantir la stérilité.

Septodont est la seule entreprise à produire 500 millions de cartouches dentaires par an.

Septodont sa :
E-mail: info@septodont.be
Tél.: +32 (0)2 425 60 37

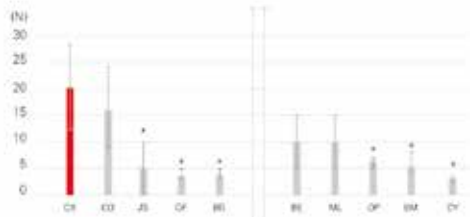


Science First

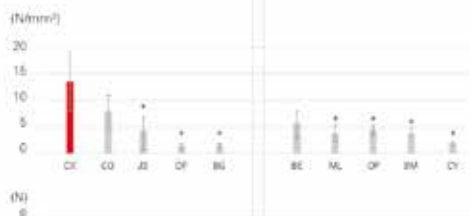
creos™ xenoprotect – la membrane résistante



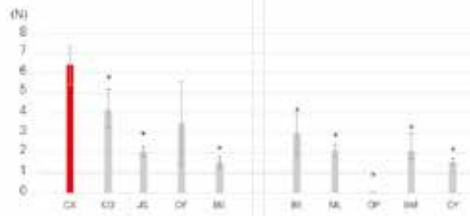
Grande résistance à la traction en termes de force à la rupture (N)



Grande résistance à la traction en termes de contrainte à la rupture (N/mm²)



Meilleure stabilité des sutures



Non-cross linked collagen membranes: CX: creos™ xenoprotect, CO: Cop-Dex®, JS: Juxta®, OF: Oxyguard Flex™, BE: Bio-Graft®
Cross linked collagen membranes: BE: BioMatrix® Eterna™, ML: Mem-Lok®, OP: Denta® Plus, BM: BioMatrix®, CY: Cytoplast® BTM

La membrane de collagène creos xenoprotect après hydratation est notablement plus résistante que d'autres membranes réticulées ou non chimiquement in vitro. Elle est extrêmement résistante aux déchirures, et ses fibres d'élastine lui confèrent une grande élasticité. Elle est ainsi facilement mise sous tension sur la région du défaut et peut être suturée ou clouée sans crainte de rupture.

La membrane creos xenoprotect est composée d'un réseau de fibres d'élastine et de collagène porcine hautement purifiées, lui conférant ainsi une grande résistance mécanique.

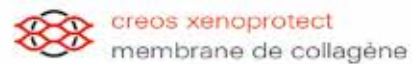
L'étude in vitro suivante montre une différence significative entre la membrane creos xenoprotect et d'autres membranes similaires.

Découvrez aussi le substitut osseux creos xenogain!

Plus d'informations sur nobelbiocare.com/creos ou contactez notre service clients au 02/467 41 70.

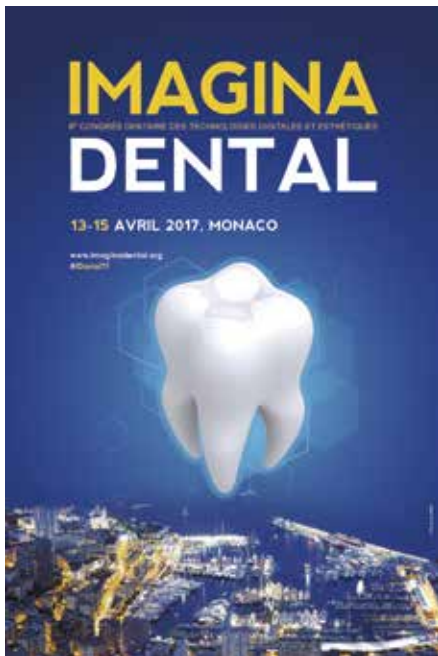
* Différence statistiquement significative par rapport à creos xenoprotect.

Gasser A, Wessing B, Eummler L, Bühren A, Leemhuis H. Mechanical stability of collagen membranes: an in vitro study. J Dent Res 95 (Spec Iss A):Abstract 1683, 2016.



DM1 51448 © Nobel Biocare Inc/®/©, 2017. Tous droits réservés.

INEOS PRODUITS



L'INNOVATION POUR CETTE 6^e EDITION A ÉTÉ LE MAÎTRE MOT

La majorité des exposants a concouru au Prix de l'Innovation ce qui confirme la constante évolution de la dentisterie moderne.

Cette année, plus de 30 pays étaient représentés durant ces 3 jours ce qui affirme l'objectif d'IMAGINA Dental : rassembler les experts internationaux de la dentisterie moderne en un même lieu pour apprendre, échanger et partager.



Félicitations à **Euromax Monaco**, gagnant du Prix de l'Innovation **IMAGINA Dental Award**.





Les Nounoursologues ont la côte

Du 21 au 23 mars 2017, s'est déroulée sur le site de l'UCL à Woluwé la 6ième édition de la « Clinique des Nounours ». A cette occasion, certains locaux de l'UCL sont transformés en hôpital pour nounours. L'événement rencontra, comme chaque année, un énorme succès.

Durant ces quelques heures, c'est de manière ludique que l'enfant va comprendre que les actes posés par le nounoursologue permettent de soigner leur nounours. Après une formation faite par des professionnels de la petite enfance, les étudiants (en médecine dentaire) ont toutes les cartes en main pour faire découvrir aux enfants le monde médical. Ils tentent ainsi de démystifier celui-ci en prenant en charge les bobos du nounours qui ont été établis à l'avance par les nounoursologues en visite dans les écoles deux semaines avant l'activité.

Dès leur arrivée, les enfants et leur nounours sont pris en charge par les nounoursologues qui les accueillent dans l'ambulance à l'effigie de la clinique des nounours.

Ensuite, l'enfant amène son nounours à la consultation, où il explique les symptômes de ce dernier, ce qui lui permet de jouer le rôle du parent. Le nounours est ainsi pesé, mesuré, ausculté,

Après, vient le moment de la prise de sang. Vous savez que c'est une étape délicate chez les enfants. Le but est de rassurer le nounours, ceci permet également à l'enfant de voir de manière détaillée les actes posés et donc de dédramatiser ce moment.

Une fois le diagnostic établi, l'enfant va circuler dans les différents secteurs de l'hôpital dont la radiologie, la chirurgie, la kinésithérapie, la pharmacie et.... la dentisterie.





Souriez.be



Dans ce département, les enfants peuvent découvrir grâce aux jeux mis à disposition les instruments du dentiste play-Doh, la mâchoire géante, la grande dent, la plasticine, etc. Comment se forme une carie, comment la soigner, comment se brosser les dents. Ils apprennent également les précieux conseils :

- se brosser les dents 2 x par jour (matin et soir)
- les brosser durant 2-3 minutes
- faire attention à l'alimentation : éviter trop de sucre et surtout boire de l'eau.

« Souriez.be » est le département prévention de la Société de Médecine Dentaire et soutient cet événement depuis plusieurs années en fournissant du matériel et des brochures.

En fin de parcours, les enfants reçoivent un sac avec différents cadeaux comme : la brochure Mon Carnet Sourire, du dentifrice, un ballon, une bouteille d'eau, etc.

Les organisateurs sont maintenant très bien rôdés et les connaissances se transmettent avec bienveillance aux étudiants d'année en année.

Les 900 enfants provenant d'un peu partout en Belgique (Bruxelles - Wavre - Namur - Charleroi, etc.) et les 400 étudiants bénévoles ont fait de cet événement un énorme succès. Les inscriptions en octobre 2016, avaient été bouclées en 30 minutes !

Rendez-vous en 2018 !

Alyssa Khefacha de l'équipe Souriez.be
Crédit photos CUSL/ H. Depasse



QUI SAIT, **BIENTOT** **VOTRE COUP** **DE POUCE ?**

Danielle Van CAMPENHOUDT

Dentiste LSD

coordinatrice générale DDM/antenne Bénin-Bohicon

vervan@skynet .be

Michel ISTASSE,

Dentiste LSD





La situation des soins dentaires au Bénin est comparable à celle que connaissait notre pays jusqu'au milieu du 20ème siècle : pas de diplôme de dentiste par absence de formation officielle, donc offre des soins bucco-dentaires par les médecins généralistes ainsi que certains dispensateurs -sans aucun diplôme mais autorisés- et appelés "dentistes-capacitaires".

Force est pour le Bénin de fonctionner de la sorte en attendant que soit mis en place un cursus universitaire, ce qui n'est évidemment pas pour demain. Les formations offertes dans les pays voisins sont bien sûr accessibles sous certaines conditions, mais du domaine du rêve pour les candidats béninois non nantis. En conséquence, les quelques dentistes béninois diplômés universitaires soit briguent une carrière de (hauts) fonctionnaires à l'état, soit soignent exclusivement l'intelligentsia.

Dentistes du Monde ASBL est actuellement seule active pour aider ce pays extrêmement pauvre à offrir des soins dentaires dignes de ce nom aux plus démunis. Depuis une dizaine d'années nous nous efforçons de le faire dans le respect de l'Art qui est le nôtre, dans un contrôle strict de nos partenaires locaux, avec l'approbation des autorités, et au grand soulagement des populations démunies sensibilisées.

A Bohicon et environs (Bénin) ces patients savent aujourd'hui qu'il ne faut plus forcément consulter le prêtre vaudou en cas de problème bucco-dentaire, ce qui souvent aggrave des pathologies simples qui en deviennent léthales.

En outre, devons-nous pour ce faire agir là-bas dans le cadre de nos propres critères de compétence, et dès lors laisser tomber ces populations?

Notre rôle est bien de les aider à offrir eux-mêmes des soins meilleurs que ceux offerts chez nous encore au siècle passé.

Tout cela est possible, même en tenant compte du développement incroyable qu'a connu et connaît encore notre profession depuis quelques décennies. Il n'est pas question d'offrir tout le panel de soins que nous pouvons proposer ici à nos patients après notre cursus universitaire... nous ne sommes pas capables de les former pour ça : le temps, l'argent, l'infrastructure font défaut. Et la tâche est rude.

Mais combien encourageant est le résultat à ce jour !

Force (et joie) est de constater que le travail effectué par les bénévoles qui se sont succédés depuis 10 ans a porté ses fruits :

- les "dentistes" locaux sont capables d'effectuer des actes de base dans le plus grand respect des critères reconnus,
- la population consulte, demandeuse aujourd'hui de soins (même improbables) et non plus d'extractions,
- le nouveau cabinet tropicalisé est ergonomiquement aménagé,

- le modus operandi qui cible tour à tour villages, écoles, orphelinats ou églises pour nos sensibilisations et dépistages suivis de soins au cabinet, est rôdé.

Satisfaction particulière donc au retour de la mission de février 2017... Les suivantes profiteront de bases solides : déjà trois missions prévues, fin 2017, printemps et été 2018. Serez-vous de ceux qui formeront une des missions suivantes ?

Si l'envie vous chatouille, n'hésitez pas à nous contacter afin de trouver réponse à vos questionnements, et qui sait de prévoir de laisser bientôt votre empreinte dans ce pays attachant, qui a d'exceptionnelle son extrême (et forcée) authenticité !



Nous tenons à remercier chaleureusement pour leur soutien en matériel, en logistique ou en temps : Ekip'Dental, la SMD, Septodont, et de nombreux confrères namurois.

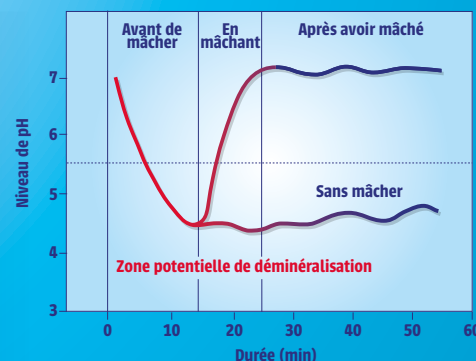
POUR DES DENTS PROPRES ET SAINES, MÂCHEZ



En partenariat
avec



Après chaque prise alimentaire au cours de la journée, il est recommandé de mâcher un chewing-gum sans sucres pendant 20 minutes, en complément des 2 brossages quotidiens, pour prendre soin de ses dents.



Contient du Xylitol.



Mâchez Freedent après avoir bu ou mangé: une solution agréable, simple et efficace de stimuler la production de salive et d'aider ainsi à neutraliser les acides de la plaque dentaire.





In memoriam Félix Mockel

« Félix Mockel s'est éteint le jeudi 18 mai 2017 en sa ville d'Eupen, à 85 ans, ... sereinement, silencieusement, religieusement, presque volontairement, se refusant à encore entretenir une flammèche vacillante, ...

Les étudiants de l'UCL, sortis dans les années '60 ne peuvent avoir oublié le personnage de Félix Mockel, qui exerçait comme assistant à la Faculté de Médecine dentaire dirigée de main de fer par le professeur Léon Van de Vyver.

Félix Mockel était sérieux, par timidité, par nature, par vocation, par ses origines germanophones. Il souriait peu, faisait preuve d'une intransigeance absolue quant à la qualité des soins prodigués aux patients par les stagiaires qui se sont succédés dans les anciens locaux de l'hôpital Saint Raphaël.

Comme tous les timides il était d'une sensibilité exacerbée, d'une retenue malaisée, entrecoupées d'éclats, jamais violents, mais durs, tranchants, froids, catégoriques.

Il a été membre de la Société Royale Belge de Médecine Dentaire pendant plusieurs décennies, quatre, peut-être même cinq, si je ne me trompe, notamment durant la longue et pénible période de récriminations linguistiques qu'il ne supportait pas, se montrant d'un patriotisme belge exacerbé, tout à fait compréhensible pour quelqu'un qui avait dû subir le diktat nazi.

Il en fut Vice-Président, le meilleur que j'ai connu : rien ne lui échappait. Et ensuite, tout normalement Président, pas le plus chanceux hélas, sa susceptibilité, sa sensibilité, son honnêteté, ne l'ayant pas armé contre les arcanes politiciennes ou communautaires.

Il ne tint qu'un an, annonçant froidement sa démission en Assemblée Générale. Personne, moi-même, son seul confident, n'était dans le secret.

C'était Mockel...

Il eut néanmoins le plaisir de se voir accorder le titre, oh combien honorifique, d'Administrateur Honoraire !

Il tenait particulièrement à assurer sa présence au sein de la société scientifique, belge tout d'abord, francophone ensuite, pour y représenter la partie germanophone de la profession, afin qu'elle ne soit pas oubliée.

Il pratiquait les trois langues nationales et se faisait un devoir d'ouvrir notre art à une meilleure connaissance de la médecine dentaire de langue allemande.

Il a également été une des chevilles ouvrière du développement de la Pédodontie en Belgique. Les soins aux enfants étaient une de ses principales préoccupations, et il n'eut de cesse, au sein du Cercle belge de Pédodontie de stimuler la création d'un service de Pédodontie au sein de toutes les Universités. Il fut d'ailleurs le premier à distiller une ébauche de cours de pédodontie au sein de l'UCL.

Félix Mockel était un homme pétri d'humanisme, de curiosité, de bon sens, cultivant le professionnalisme et la déontologie, mais d'une réserve rare. Il n'a jamais recherché la notoriété, mais il ne dédaignait ni honneurs, ni reconnaissance quand ils lui parvenaient spontanément.

Félix était un homme bien !

La profession vient de perdre un personnage, sa famille un père, et moi un ami.

Qu'Hedwige, son épouse, Félix Jr, Véronique, Anne, Olivier, Catherine, et Hélène, ses enfants, et toute la famille soient assurés de notre plus sincère émotion, notre plus profond chagrin et notre plus grand respect.

Jacques Vandeneeycken



Croquer à nouveau la vie
à pleines dents
Plains feux sur les implants dentaires

Découvrez la nouvelle version de notre brochure sur les implants dentaires

Réalisée par des dentistes

pour informer clairement les patients.

Une réalisation commune de la SMD et la VVT



Commandez-en gratuitement sur

www.dentiste.be

Egalement disponible en téléchargement



« Toute dent manquante peut être remplacée
par un implant, pour autant que le volume
osseux soit suffisant. »

| Nombre de dents manquantes | Nombre maximum d'implants nécessaires au remplacement | Alternatives possibles sans implants |
|----------------------------|---|--|
| 1 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> prothèse amovible bridge collé aux dents voisines taille des 2 dents voisines et bridge de 3 dents |
| 2 | 2 | <ul style="list-style-type: none"> prothèse amovible bridge collé de 2 dents (espace minime) taille des 2 dents voisines et bridge de 4 dents |
| 3 | 2 | <ul style="list-style-type: none"> prothèse amovible taille d'au moins 2 dents voisines et bridge de 5 dents |
| 4 | 2 & 3 | <ul style="list-style-type: none"> prothèse amovible taille d'au moins 2 dents voisines et bridge de 6 dents |
| 5 | 3 | <ul style="list-style-type: none"> prothèse amovible |

Avec le soutien de



LE CONTRÔLE EFFICACE DU BIOFILM DENTAIRE

La prophylaxie à l'aide de bains de bouche aux huiles essentielles comme solution à long terme

Le contrôle du biofilm constitue une condition essentielle pour la préservation de la santé dentaire à long terme. Les germes potentiellement pathogènes qui se multiplient dans le biofilm dentaire risquent de causer des maladies graves de la cavité buccale : caries, gingivite et parodontite.¹ Deux brossages par jour ainsi que le nettoyage des espaces interdentaires à l'aide d'un fil dentaire ou de brosses interdentaires sont considérés comme des manières standard d'éliminer la plaque dentaire, mais l'emploi d'un bain de bouche aux huiles essentielles est aussi conseillé. Ces huiles aident à détruire les parois cellulaires bactériennes et favorisent l'élimination du biofilm, même dans les zones difficiles d'accès. Différentes études montrent que l'usage régulier d'un bain buccal aux huiles essentielles comme Listerine® deux fois par jour est bien toléré et peut aider à améliorer le contrôle du biofilm dentaire à long terme.

Les standards du contrôle du biofilm

Le biofilm dentaire est constitué de bactéries adhérant dans les régions supra- et sous-gingivales. Ces bactéries peuvent être de types planctoniques (flottants) ou sessiles. Tandis que les mécanismes de défense de l'organisme sont en mesure de combattre les microorganismes planctoniques, les bactéries sont nettement mieux protégées dans un biofilm, structure solide et organisée où elles vivent en symbiose.¹

Bien que le nettoyage mécanique soit considéré comme un moyen standard de contrôle du biofilm, les résultats des sondages sur le nettoyage mécanique des dents montrent que seuls 10% des adultes ont recours à des mesures d'hygiène interdentaire tous les jours.² De plus, le mauvais alignement des dents, les dents serrées ou les bretelles permanentes peuvent entraver le nettoyage et causer la persistance de résidus de plaque sur les dents même après le nettoyage. Un bain de bouche complémentaire aux huiles essentielles comme Listerine permet d'améliorer l'hygiène buccale quotidienne.

L'efficacité des bains buccaux aux huiles essentielles

Les huiles essentielles favorisent l'élimination des bactéries, et ainsi la réduction des germes. Le bain buccal aide ainsi à réduire la plaque dentaire.^{3,4} De plus, il convient à l'application à long terme.²

Une méta-analyse actuelle avec les données de plus 5.000 sujets confirme l'effet positif que les bains de bouche aux huiles essentielles exercent sur le contrôle du biofilm dentaire : au bout de six mois, le rinçage complémentaire avec Listerine aboutissait à près de 5x plus de surfaces dentaires libres de plaque par rap-



Référence : Johnson & Johnson GmbH

port au nettoyage mécanique seul. L'indice de plaque montrait également des différences significatives. 83% des sujets qui rinçaient avec le bain de bouche en complément du nettoyage mécanique parvenaient à une réduction de l'indice de plaque de 20%. Cet effet ne se montrait que dans un quart des sujets qui employaient seulement le nettoyage mécanique.⁵

Pour d'autres informations sur Listerine et le contrôle du biofilm : www.listerine.be.

LISTERINE®

Références:

¹ Donlan RM, Costerton JW. Biofilms: survival mechanisms of clinically relevant microorganisms. Clin Microbiol Rev 2002; 15(2): 167-93.

² Stoecken JE, Paraskevas S, van der Weijden GA. The long-term effect of a mouthrinse containing essential oils on dental plaque and gingivitis: a systematic review. J Periodontol 2007; 78: 1218-1228.

³ Fine DH et al. Effect of rinsing with an essential oil-containing mouthrinse on subgingival periodontopathogens. J Periodontol 2007; 78: 1935-1942.

⁴ Pauline C Pan et al. In-vitro evidence for efficacy of antimicrobial mouthrinses. Journal of dentistry 2010; 38: 16-20.

⁵ Araujo MWB, Charles C et al. Meta-analysis of the effect of an essential oil-containing mouthrinse on gingivitis and plaque. JADA 2015; 146(8): 610-622.

Articles Scientifiques

SOMMAIRE ARTICLES SCIENTIFIQUES

- 20 **PULPE FICTION : UN SCÉNARIO À LA HAUTEUR**
J Delangre, B Delcommune
- 22 **LA BATAILLE DES ADHÉSIFS**
O Custers
- 24 **FLASH-BACK JOURNÉE ADHÉSION**
G Coutsiers Morell
- 28 **ITI WORLD SYMPOSIUM**
D Eycken
- 37 **ITI L'INTERNATIONAL TEAM FOR IMPLANTOLOGY**
D Eycken
- 38 **CAS CLINIQUE**
Y Sanhadji, B Tran, R Atash, L Evrard
- 48 **GESTION DU CABINET : ADOPTEZ UN COMPORTEMENT DE CHEF D'ENTREPRISE**
E Binhas

Pulpe Fiction : un scénario à la hauteur...



Jérémy DELANGRE,
Bruno DELCOMMUNE
Commission Scientifique SMD

Le 18 mars dernier, la Société de Médecine Dentaire a organisé la conférence « pulpe fiction » dans la belle salle Blue Point à Liège.

Durant la matinée, le Docteur Stéphane Simon nous a présenté des procédés de traitements pulpaux innovants et applicables simplement au cabinet. Il nous a rappelé que le but de ces traitements était de fermer la porte aux bactéries en vue de protéger l'os maxillaire par la réalisation d'une barrière étanche.

Lors de la première partie de la matinée, il nous a démontré comment cette barrière peut être obtenue par coiffage, pulpotomie ou traitement radiculaire classique.

Lors de sa conférence passionnée et passionnante, le Dr Simon nous a ouvert les yeux, références scientifiques à l'appui, sur l'importance de changer notre vision des choses. Grâce au développement des biocéramiques, le coiffage et la pulpotomie sont des traitements de choix qui fonctionnent. Le tissu pulpaire est bien la meilleure obturation canalaire possible, il est donc indispensable de tenter de le conserver au maximum pour augmenter le taux de survie des dents.

Dans la seconde partie de la matinée, le Dr Simon nous a exposé de façon détaillée le traitement de revitalisation pulpaire. L'apexification des dents immatures est réalisée depuis de nombreuses années à

l'aide d'hydroxyde de Ca mais ce traitement présente beaucoup d'inconvénients : nombres de séances, suivi du patient, risque de fracture radiculaire, ... Plus récemment, le placement de MTA à l'apex de ces dents nécrosées en formation a donné de bons résultats mais nécessite un microscope et n'est donc pas réalisable dans la majorité des cabinets. L'alternative est la revascularisation pulpaire. Le but de ce traitement est de faire remonter les cellules souches situées dans la région périapicale par l'induction d'un saignement et de créer un bouchon hermétique au niveau de la région cervicale, beaucoup plus accessible.

Et si le traitement radiculaire de demain se passait de Gutta Percha !? L'ère de l'endodontie est dépassée, vive l'endotologie.

L'après-midi de cette journée était consacrée aux résorptions cervicales externes, conférence donnée par le Professeur Paul Lambrechts de la KUL.

Cela fait de nombreuses années que le service de dentisterie conservatrice du Pr Lambrechts s'est penché sur ce phénomène complexe de notre discipline, sur l'étude de la genèse et la structure anatomique de ces résorptions, et sur les traitements possibles.

La résorption cervicale externe est un peu considérée comme le fantôme de la dentisterie, de part sa forme en imagerie 3D et sa nature inquiétante pour la pérennité des dents concernées par ces lésions.

Elle se localise à la jonction émail-cément lorsque le cément, film protecteur de la dentine radiculaire, présente un défaut anatomique ou est abîmé et permet ainsi la contamination par les bactéries et le risque de développement d'une résorption cervicale externe.

Différentes causes peuvent être à l'origine de ce traumatisme du cément : l'expansion maxillaire orthodontique trop rapide, un curetage parodontal trop rigoureux, un traumatisme avec l'élévateur lors de l'extraction d'une dent voisine, le bruxisme, les blanchiments non-vitaux internes, ...

Un des facteurs complémentaires pour l'apparition d'une résorption cervicale externe est la présence de tartre. Cela contribue fortement à retenir la plaque et à contaminer la zone de dentine exposée, permettant la création de la résorption.

Ce phénomène est assez complexe ; les cellules inflammatoires clastiques, galvanisées par les bactéries, attaquent la dentine principalement mais également l'émail en commençant par la « porte d'entrée » créée par l'absence de cément, et d'autres cellules apposent une structure minérale appelée « ostéo-dentine » qui est continuellement remodelée de sorte que l'anatomie de la résorption cervicale externe est évolutive.

Une des caractéristiques récurrentes de ces résorptions est la persistance d'une couche de dentine péri-pulpaire qui ne se résorbe pas. Cela a comme conséquence que la très large majorité des dents reste vitale, et ce malgré des lésions parfois si volumineuses qu'elles amènent à la fracture du tissu dentaire.

Le traitement de ces résorptions est très complexe, il nécessite la réalisation d'un cône beam pour permettre une visualisation en 3D de la lésion.

Le Pr Lambrechts nous a détaillé le modus operandi de sa technique lorsque la lésion reste supra ou para-osseuse, à savoir la résection chirurgicale d'une partie du tissu gingival inclus dans la lésion, le curetage minutieux en essayant si possible de maintenir la vitalité pulpaire et la restauration du défaut pour terminer.

Dans les cas trop avancé, il ne reste malheureusement que l'extraction si la dent est symptomatique.

Vous l'aurez compris ce phénomène est donc complexe et difficile à traiter.

Cet exposé, donné magnifiquement par le Pr Lambrechts, avec une iconographie à couper le souffle, nous aura permis de mieux connaître et comprendre ces lésions de résorption.

Les meilleures armes contre ces « fantômes » sont donc la prévention en évitant de créer nous-mêmes un traumatisme du cément par des actes iatrogènes, surveiller les dents de nos patients lors de contrôles réguliers et lorsqu'une résorption cervicale externe est détectée, la traiter de façon précoce sans attendre une extension souvent fatale à la dent.





La bataille des adhésifs

Olivier CUSTERS
Directeur de la SMD
Texte et photos



La « bataille des adhésifs » version belge, organisée par la Société de Médecine Dentaire en avril dernier a rencontré un vif succès. Pas moins de 40 participants étaient au rendez-vous prêts à en découdre !

Pour rappel, le principe de la bataille des adhésifs est de faire tester par tous les participants une batterie de 9 adhésifs parmi les plus répandus du marché.

La procédure est standardisée, chaque praticien reçoit un fragment de dent noyé dans de la résine, ce qui constitue un bloc cylindrique.



La surface de collage est poncée afin d'être nettoyée de toute pollution.



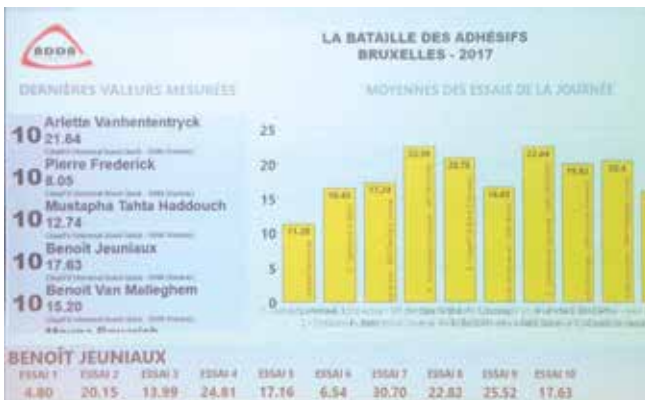
L'adhésif est mis en place selon les indications du fabricant et un fragment de composite y est collé. Ensuite, chaque échantillon passe dans une machine qui mesure la résistance au cisaillement. Les données sont encodées en temps réel, ce qui permet à chacun de se situer.





Au départ, chaque participant met en œuvre son adhésif habituel, selon la technique qu'il utilise au quotidien. Les formateurs analysent ensuite les différentes étapes du collage et insistent sur les phases cruciales, détaillant pas à pas la bonne procédure. C'est ainsi qu'ils nous informent qu'une attention toute particulière doit être accordée au séchage.

Les participants vont répéter les étapes du collage sur leur échantillon pour les 9 adhésifs disponibles, permettant ainsi d'obtenir des statistiques valables.

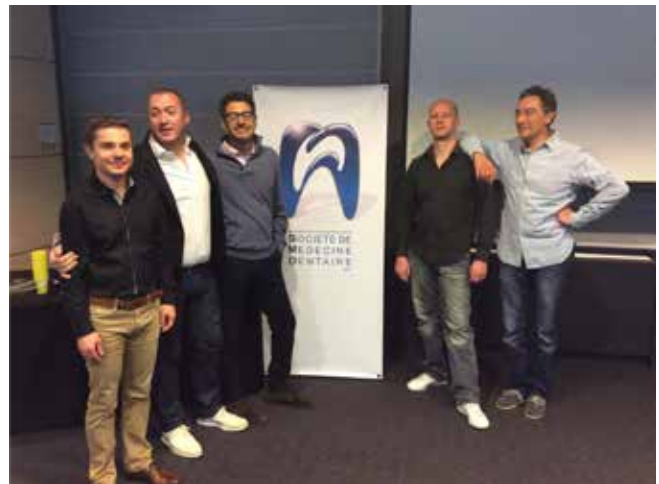


A la fin du workshop, chaque participant refait un collage au moyen de SON adhésif habituel. On peut mesurer ainsi le taux de progression du praticien entre son premier et le dernier collage (effectué avec le même produit). A la fin de la journée, tous les résultats sont compilés et ajoutés à ceux de l'ensemble des batailles.

Et les petits belges ne sont pas mauvais puisqu'ils se placent 6^{èmes} au classement général !

Objet 2011

- Montpellier 2013
- Nogent III 2011
- BRUXELLES 2017
- Nice 2011
- Montpellier (DU) 2011
- Lyon (Clinic-All 2) 2011
- Montpellier (DU) 2011



L'équipe des formateurs, de G à D : Nicolas LEHMANN, Frédéric RAUX, Julien AMAR, Mathieu BERBANE, Marc DERON

Flash-back Journée Adhésion (Blue Point Brussels, 22 avril)

Gaston COUTSIERS MORELL

Membre de la Commission Scientifique SMD

Nous avons eu le plaisir d'écouter deux autorités mondialement connues dans le domaine de l'adhésion dentaire, les professeurs Bart VAN MERBEEK et Nicolas LEHMANN.

La Journée adhésion a été la suite logique de la « Bataille des Adhésifs », qui est probablement un des workshops le plus amusants et d'application-le-lundi-matin-au-cabinet que la SMD ait jamais organisé. Malheureusement, le nombre de places était limité à 40. Qu'à cela ne tienne, la SMD compte organiser une nouvelle édition de ce workshop en 2018 pour tous ceux qui n'ont pas pu s'inscrire à l'édition 2017.

Les points clés de la conférence
du Professeur Bart VAN MEERBEEK,
'Le protocole optimal pour les restaurations
adhésives directes et indirectes'

- 1 - Pour l'émail, l'approche « ETCH&RINSE » est toujours d'actualité. L'acide phosphorique est conseillé sur l'émail même si on utilise un bonding auto-mordant pour la dentine ET l'émail.
- 2 - Pour la dentine, ce que l'on cherche c'est *un mécanisme d'adhésion micromécanique basé sur la diffusion*.
- 3 - L'ensemble des caractéristiques de la *couche hybride* est la clé de l'adhésion à la dentine.

- 4 - Les adhésifs auto-mordants ont des inconvénients :
 - L'épaisseur de la couche hybride est moindre étant donné que ces adhésifs ont une interaction moins profonde.
 - Limitation du collagène exposé.
 - L'hydroxyapatite reste libre/disponible.
- 5 - La molécule clé des adhésifs auto-mordants est le 10-MPD (10-méthacryloyloxydécyl dihydrogène phosphate) car l'adhésion chimique à l'hydroxy-apatite est plus intense que le phényl-P (et le 4-META).
- 6 - Les pistes de recherche visent actuellement l'adhésion au niveau nano-moléculaire. Ceci permet de décrire une *nano-couche*.

Full 'ETCH-and-RINSE' route

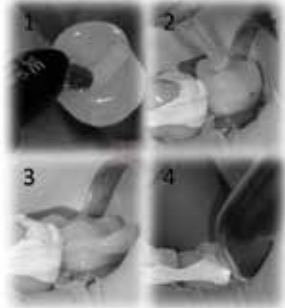
3-STEP APPROACH:

- 1: **ETCHING** of enamel & dentin with H_3PO_4 (max. 15 sec)
- 2: **Actively rub PRIMER** (at least 15 sec);
should contain photo-initiator
- 3: **SEPARATE** solvent-poor/free bonding agent

Recommended **ETCH-and-RINSE BONDING PROTOCOL**

biomat
KU Leuven

| | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Feldspar ceramic Leucite-reinforced glass-ceramic | Lithium-dilicate glass-ceramic | Polymer- infiltrated ceramic | ZIRCONIA | COMPOSITE |
| HF ETCHING (60 sec) | HF ETCHING (20-30 sec) | HF ETCHING (60 sec) | Tribochemical SANDBLASTING | (Tribochemical) SANDBLASTING |
| 'UNIVERSAL RESTORATION' primer, containing SILANE & MDP & ... | | | | |
| ADHESIVE (not light-cured) | ADHESIVE (not light-cured) | ADHESIVE (not light-cured) | NO ADHESIVE | ADHESIVE (not light-cured) |
| COMPOSITE CEMENT | COMPOSITE CEMENT | COMPOSITE CEMENT | COMPOSITE CEMENT | COMPOSITE CEMENT |
| ADHESIVE LUTING of CHAIR-SIDE CAD-CAM BLOCKS | | | | biomat |



- UNLIMITED TIME to remove cement excess
- Ideal CONSISTENCY facilitating cement-excess removal
- Superior MECHANICAL PROPERTIES (against wear, washing out, ...)

In case of a SUFFICIENTLY TRANSLUCENT restoration ...
 ⇒ lute with a **SOLELY LIGHT-CURING RESTORATIVE COMPOSITE**
 (INSTEAD of using a DUAL-CURE COMPOSITE CEMENT)

KU LEUVEN



Les points clés de la conférence du Professeur Nicolas LEHMANN, 'Les Restaurations Collées'

1 - Préparation dentaire :

A) Épaulement :

- 1,2 à 1,5 mm en vestibulaire
- 0,8 à 1 mm en proximal
- 1 mm en palatin

B) Pas d'angle :

- angle interne arrondi
- pas d'arrêtes

C) Convergence : 7 à 10 °

2 - Trois familles de colles :

A) Colles sans potentiel adhésif :

- Préparation non rétentive
- Vitrocéramique / Céramique feldspathique

- Digue++
- Esthétique +++

B) Colles avec potentiel adhésif

- Préparation non rétentive
- Vitrocéramique / Céramiques feldspathique et Polycristalline
- Digue++
- Esthétique +

C) Colles auto-adhésives :

- Préparation rétentive
- Céramique Polycristalline
- Digue+/-
- Esthétique +/-

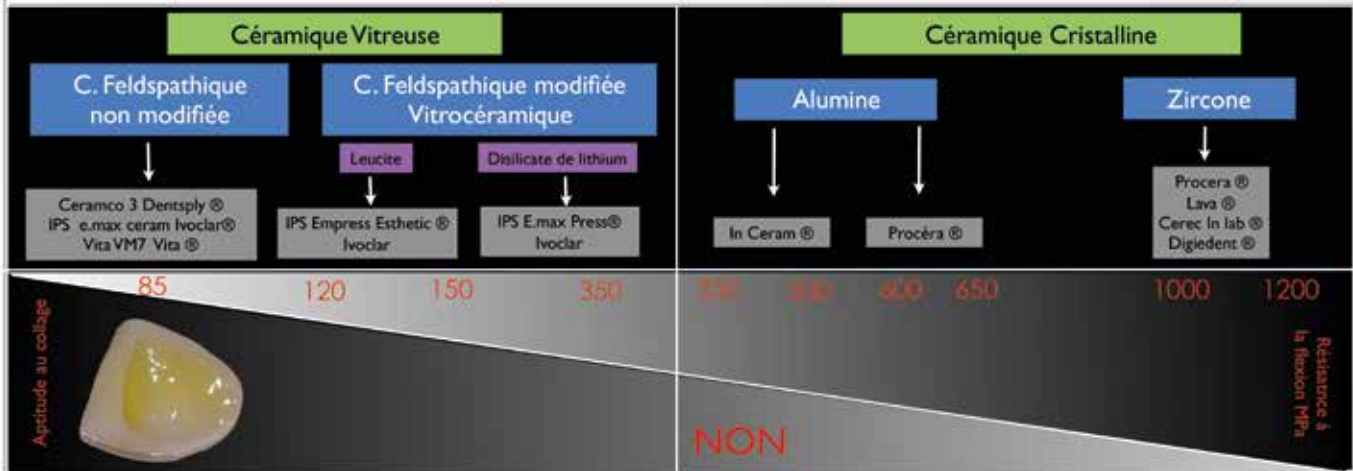
Les Céramiques Dentaires



Une céramique dentaire = phase vitreuse + phase cristalline



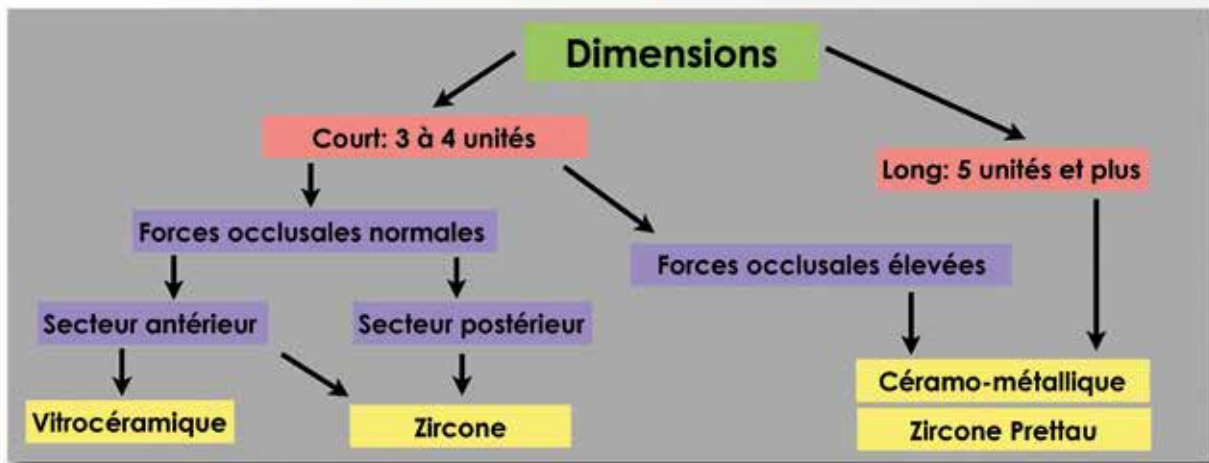
Classification selon la microstructure



Choix d'Un Matériaux De Restauration Esthétique

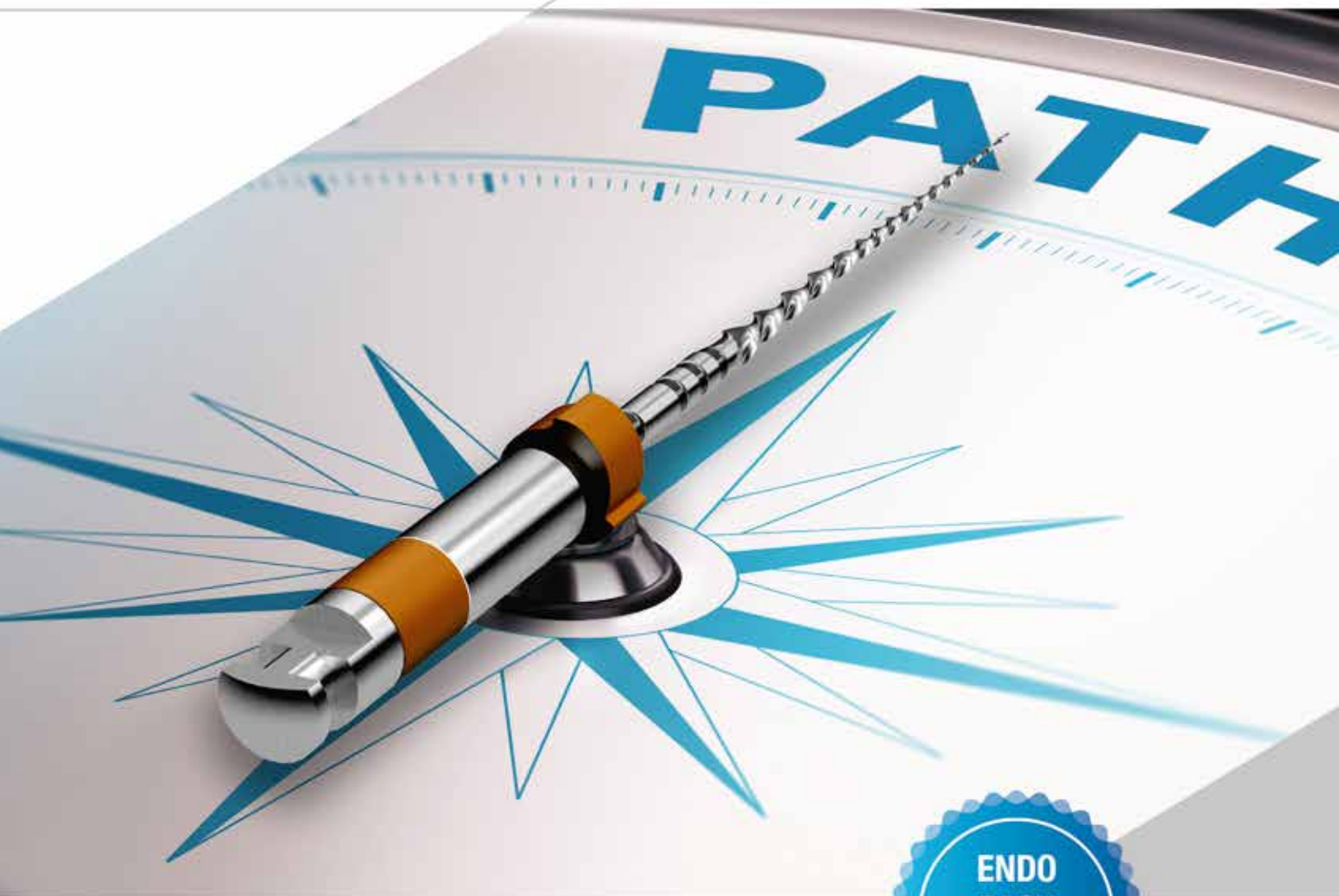
Facteurs cliniques

Restauration Plurale



Découvrez un nouveau monde d'endodontie avec R-PILOT™

Votre instrument de
cathétérisme au cas où



- Gestion plus sûre et plus rapide du cathétérisme*
par un mouvement réciproque
- Meilleur respect de l'anatomie canalaire*,
augmentant la fiabilité de votre traitement

* en comparaison avec les limes VDW SST

ITI World Symposium

4 - 6 mai 2017
Bâle - Suisse



Didier Eycken

ITI Fellow Belgian Section
ITI Education Delegate
ITI Study Club Director
ITI Speaker

En ce début du mois de mai s'est tenu l'événement le plus prestigieux, le plus grand et le plus couru du monde de l'implantologie dentaire : l'ITI World Symposium.

Plus de 4800 congressistes, représentant plus de 90 pays, se sont retrouvés pour célébrer une longue et riche tradition de partage des connaissances, de découverte des derniers développements en approche thérapeutique, pour écouter des orateurs de haut niveau, recevant des informations scientifiques et cliniques concrètes et d'application quotidienne, tant en chirurgie qu'en prothèse implantaire, promouvant les échanges et les débats d'idées. Et, bien entendu aussi, pour retrouver quelques confrères étrangers devenus, au fil des formations, de vrais amis. C'est ici une dimension non négligeable cultivée par la plus grande association académique internationale qui regroupe maintenant plus de 16 000 membres et plus de 1 000 Fellows (les membres actifs qui assurent le fonctionnement des sections nationales) répartis dans 48 pays, dont la Belgique !

Au programme : une journée de réunions pour les « ITI Fellows », une demi-journée de précongrès, 3 jours de conférences, 6 sessions de présentations courtes, soit 54 exposés et 215 posters. 101 conférenciers et modérateurs de sessions. Le tout en anglais traduit simultanément en 12 langues. Une exposition de 38 firmes. Dans un palais de 20 000m². Du lourd !

Le thème de ce Symposium 2017 était : « Les facteurs clés du succès à long terme ».

Encore une fois, comme lors des éditions précédentes à Munich, à New York ou à Genève, le programme a tenu toutes ses promesses. Morceaux choisis.

Santé et pathologie du sinus maxillaire en 3D (Michael Bornstein - Hong Kong)

Le sinus maxillaire forme une pyramide dont la base est la paroi latérale du nez, le sommet, la récession zygomatique, limitée antérieurement par la fosse canine, au-dessus par l'orbite et postérieurement par la fosse ptérygopalatine. Les sinus paranasaux sont des cavités osseuses remplies d'air qui communiquent avec la cavité nasale ; ils sont constitués des sinus frontaux, des sinus sphénoïdaux, des cellules ethmoïdes et des sinus maxillaires.

Les septa intrasinusiens sont fréquents et le plus souvent localisés dans la région médiane. Leur prévalence semble indépendante de l'âge et du genre. Les auteurs précisent que 66,5% des patients présentent des septa et que 56,5% des sinus en comportent. Dans la majorité des cas, les septa sont observés au niveau du plancher sinusien, dans la région de la première ou de la seconde molaire. En outre, l'orientation la plus habituelle des septa est coronaire (61,8%), ou axiale (7,8%), ou sagittale (3,6%).

La présence d'un septum ou de septa augmente les risques de perforation de la membrane sinusienne lors d'une procédure d'élévation du plancher sinusien. De même qu'un volume de sinus étroit, des antécédents d'interventions chirurgicales au niveau des sinus ou l'absence d'os alvéolaire.

L'imagerie par CBCT a donc été recommandée pour l'évaluation préopératoire de l'état du sinus (santé ou présence d'une pathologie), ainsi que du volume osseux maxillaire postérieur, avant toute procédure d'augmentation du volume osseux sous-sinusien.

La principale variation anatomique observable dans les sinus maxillaires est l'épaississement de la membrane de Schneider qui semble être significativement plus épaisse dans sa région moyenne et sagittale et chez les hommes.

Dans une analyse descriptive d'images CBCT, 76 sinus maxillaires sur 168 (45%) étaient classés sains.

La pathologie la plus fréquemment observée, ce sont des épaisissements plats de la membrane de Schneider (62 sinus sur 168, soit 37%). Un seul cas montrait une radio-opacité de type mucocèle. Il est évident que tous les changements morphologiques de la membrane de Schneider ne nécessitent pas tous un traitement médicamenteux ou chirurgical. Lorsque la situation clinique l'exige et que le chirurgien estime que le drainage sinusien est altéré ou risque de compromettre le résultat de la chirurgie implantaire, il faut consulter un O.R.L. Ceci est particulièrement vrai pour un sinus présentant une opacité partielle ou complète de type mucocèle.

La planification opératoire routinière se fait au départ d'un examen CBCT avec petit champ de vue (4X4 cm : 6X6 cm) ; il n'est pas nécessaire de visualiser l'ensemble des sinus maxillaires ou le sinus controlatéral. Et il n'est pas non plus utile de visualiser l'ostium dans ces cas. En effet, l'irradiation oculaire est élevée lors d'un examen scanner de la zone sinusienne paranasale, même à faible dose. Un examen complet des sinus n'est recommandé qu'en présence de signes cliniques de sinusite, d'opacification de la totalité du sinus, ou des signes de destruction osseuse. Dans ces cas, il est recommandé de consulter un ORL ou un chirurgien maxillo-facial.

Principales pathologies des sinus maxillaires :

- Processus inflammatoires (rhinogène ou dentogène) : sinusite aiguë, sinusite chronique, mucocèle, pyocèle
- Kyste (par rétention de mucus ou extravasation), kyste résiduel post-opératoire
- Néoplasie : tumeur épithéliale bénigne ou maligne, tumeur mésoenchymateuse bénigne ou maligne, tumeur osseuse ou cartilagineuse, maladies hématologiques ou lymphatiques

Utilisation de substituts de tissus mous en chirurgie plastique parodontale (Adrian Kasaj - Allemagne)

La prévalence des récessions gingivales est de :

- 50 à 100% de la population mondiale
- les récessions modérées sont les plus fréquentes (moins de 3 mm)
- les récessions sévères sont rares (plus de 6 mm)
- toutes les dents peuvent être affectées

Les causes des récessions gingivales sont :

- un brossage traumatique
- la maladie parodontale
- les malpositions dentaires (rotations, inclinaisons, ...)
- les traitements orthodontiques
- un frein ou une bride hyperdéveloppé ou mal situé
- un acte iatrogène (préparation dentaire, prise d'empreinte, ... piercing !)

Les techniques chirurgicales sont multiples et le choix se fait en fonction de la classification de la récession (Classification de Miller) : profondeur de la récession, largeur de la récession, profondeur du vestibule, quantité de gencive attachée résiduelle.

Le but d'un recouvrement radiculaire est de restaurer l'esthétique en obtenant une intégration colorimétrique du greffon (c'est le plus important), une texture et un volume normaux après la cicatrisation, sans cicatrice. Les greffons non enfouis ne sont donc plus recommandés.

Une certaine morbidité est à craindre. Suite à l'étude de 256 greffes

conjonctives enfouies, réalisées chez 228 patients, nous observons que :

- 26,7% des sujets rapportent une douleur modérée à sévère
- 34,9% des sujets rapportent un suintement modéré à sévère
- 1,2% des sujets rapportent un saignement modéré à sévère
- 7,6% des sujets rapportent un inconfort modéré à sévère après une semaine

En raison de la quantité limitée de tissu autologue disponible à prélever au palais et de la morbidité rapportée, les chercheurs ont mis au point un substitut tissulaire (selon les recommandations publiées dans le "Consensus Report of Group 3 of the 10th European Workshop on Periodontology", 2014). Il s'agit du Mucoderm® (Biotis), matrice dermique acellulaire d'origine porcine.

Cette membrane est constituée d'une matrice uniforme de tissu conjonctif structurellement intacte, d'une épaisseur de 1,2 à 1,7 mm et dépourvue de cellules, donc non immunogène. Elle doit être hydratée avant placement, peut être modelée après réhydratation, colle à la surface radiculaire et peut être suturée.

Combinée avec l'Emdogain®, cette technique permet d'obtenir un bon recouvrement radiculaire, car l'Emdogain® stimule l'angiogenèse et l'activité fibroblastique et donc accélère la cicatrisation ; leur combinaison permet d'obtenir une augmentation d'épaisseur des tissus mous.

Il est primordial d'obtenir un recouvrement complet de cette membrane par le lambeau afin d'assurer l'apport sanguin, au risque d'échec cuisant. La technique reste délicate.

Les avantages sont :

- l'absence de prélèvement au palais
- moins de complications post-opératoires
- une réduction du temps chirurgical
- la quantité de membrane disponible est illimitée, contrairement au greffon de conjonctif autologue
- la qualité de la membrane est constante

Les désavantages sont :

- la sensibilité de la technique
- le coût du biomatériau

Les facteurs de résultat à long terme des traitements implantaires (German O. Gallucci, Boston, USA)

Une revue systématique publiée en mars 2012 (J Dent Res 91 (3) :242-248, 2012) proposait d'examiner les critères les plus fréquemment utilisés pour définir le succès thérapeutique en dentisterie implantaire.

Pour ce faire, les auteurs ont considéré le pourcentage d'articles traitant chacun des 4 paramètres principaux permettant d'identifier le succès d'un traitement implantaire. (P. Papaspyridakos - Harvard School of Dental Medicine, Boston, C.- J. Chen - Boston and Taiwan, M. Singh - Tufts University, Boston, H.- P. Weber - Harvard and Tufts University, Boston, G.O. Gallucci - Harvard School of Dental Medicine, Boston).

Les paramètres pris en considération sont : l'implant, les tissus mous péri-implantaires, la prothèse et la satisfaction du patient.

Et ce, pour chaque type de restauration : une couronne unitaire sur un implant (14 articles), une overdenture sur implants (7 articles), une prothèse partielle fixe sur implant (12 articles), une prothèse fixe complète sur implant (8 articles).

Résultat : le paramètre prothétique était le plus faiblement pris en

considération (21 à 33% seulement des articles), alors que le paramètre implantaire était, lui, considéré par tous les articles (100%) ! (NDLA : il ne faut pas confondre « succès implantaire » et « succès de la réhabilitation implanto-prothétique » !)

Alors, quelle est la durée de vie de la majorité des prothèses dentaires sur implants ?

De 1 à 3 ans, on observe 96 à 100% de succès (Ioannidis et al. 2015 ; Bechara et al. 2016 ; Joda et al. 2016).

A 5 ans, on observe 75 à 87% de succès (Gallucci et al. 2009 ; Papaspyridakos et al. 2012 ; Pjetursson et al. 2014).

De 10 à 15 ans, on observe 71 à 86% de succès (Wittneben et al. 2014 ; De Angelis et al. 2017).

A 20 ans, on observe 76 à 86% de succès (Chappuis et al. 2013).

Considérons le diamètre et la longueur des implants.

La tendance actuelle est à réduire le diamètre des implants dentaires. Les implants de diamètre réduit (inférieur à 4 mm) permettent de maintenir le volume osseux péri-implantaire, d'éviter les procédures d'augmentation du volume osseux et leurs risques associés, de diminuer les risques de dommages causés aux structures vitales adjacentes (risque anatomique), de réduire l'inconfort post-opératoire, de réduire le coût des traitements (Ioannidis et al. 2015).

La tendance actuelle et aussi à réduire la longueur des implants. Mais jusqu'où ?

En présence d'une zone maxillaire postérieure atrophiée, d'une hauteur de 5 à 7 mm, le placement d'implants courts de 6 mm de long ou le placement d'implants plus longs en combinaison avec une augmentation du volume osseux alvéolaire sous-sinusal par abord latéral, peuvent être considérés comme des options de traitement équivalentes (Pohl, Thoma, Sporniak-Tutak, Garcia-Garcia, Taylor, Haas, Hämmerle. J Clin Periodontol. 2017 Apr ;44(4) :438-445).

Considérons la stabilité des tissus péri-implantaires.

Une étude de Souza et col (Souza, Alshihri, Kämmerer, Araujo, Gallucci : Analyse histologique et micro-scanner de la stabilité des tissus durs et des tissus mous péri-implantaires autour d'implants portant différentes coiffes de cicatrisation. 2016. Soumis à publication), montre qu'au niveau des implants présentant un décalage horizontal (platform switch des implants bone level) placés sous le niveau de la crête alvéolaire au niveau maxillaire antérieur, un « compartiment biologique » est établi et formé par les structures suivantes : l'os alvéolaire, le col implantaire et le pilier implantaire (abutment). Ce « compartiment biologique » assure une stabilité des tissus péri-implantaires.

Considérons le cycle de vie des prothèses implanto-portées.

De 1 à 3 ans : nous disposons d'un grand volume de données et de preuves scientifiques, nous observons de bons résultats à court terme, les complications précoces existent et sont documentées.

A 5 ans et pour une période s'étalant jusqu'à 15 ans : nous observons une augmentation récente du nombre de publications, des manifestations cliniques de l'usure des prothèses sur implants, une haute probabilité de réintervention chirurgicale ou prothétique, une possible nécessité de remplacement du complexe implanto-prothétique.

A 20 ans : nous disposons de peu de données et de peu de preuves scientifiques, les technologies implantaires sont évidemment plus anciennes.

Cette ligne du temps envisagée au niveau de la réhabilitation implanto-prothétique doit être mise en perspective avec l'âge du patient au moment de la pose des implants et avec son espérance de vie. Ces « cycles » de 3, 5, 10, voire 20 ans peuvent donc se répéter plusieurs fois au cours de la vie du patient et d'autant plus souvent que le patient est jeune au moment de la pose de ses implants. (NDLA : ce point de vue avait aussi été abordé lors du Congrès ITI Benelux « Expecting the unexpected : we tried everything but... », qui s'est tenu à Maastricht en avril 2016. Au début de l'implantologie, celle-ci intéressait principalement des patients âgés pour stabiliser leur prothèse amovible. Depuis maintenant plus de 30 ans, les patients peuvent être implantés à l'âge de jeune adulte. La durée de vie de ces implants s'en trouve sérieusement augmentée).

Bref, si c'est le succès à long terme qui doit être le premier résultat recherché lorsque l'on considère le complexe implanto-prothétique dans son entièreté, il faut comprendre qu'un tel complexe a un cycle de vie et que des ré-interventions pourront être nécessaires tout au long de la vie du patient.

Les caractéristiques implantaires : matériaux, états de surface, design (Prof. David Cochran, San Antonio, Texas, USA)

La question posée est : quelles sont aujourd'hui les règles de l'art en matière de composition, d'état de surface et de conception implantaire ? Ou, autrement dit : pourquoi utilisez-vous les composants implantaires que vous utilisez ?

C'est un fait qu'actuellement plus d'implants « bone level » que d'implants « tissue level » sont placés dans le monde. Pourquoi ? Montrent-ils une meilleure ostéo-intégration ? La réponse est : non ! De manière réaliste, les règles de l'art sont motivées par de nombreux facteurs incluant : l'histoire, la formation personnelle du praticien, la pression des pairs, les dentistes référents, le marketing et la publicité, les brevets, le prix des constituants, l'avis des leaders d'opinion et des conférenciers, les données scientifiques, la biologie. Et, dans un monde idéal, les seuls facteurs qui devraient motiver le choix d'un implant devraient être : les bénéfices du patient en termes de réponse biologique (l'hôte) et de données scientifiques (fondées sur des données probantes, « evidence based »).

Idéalement donc, quelles sont alors les caractéristiques importantes aujourd'hui, en termes de composition, d'état de surface et de conception, au plus grand bénéfice du patient ?

Premièrement, l'ostéoconductivité. Deuxièmement, la biocompatibilité avec les tissus mous (épithélium et tissu conjonctif). Troisièmement, minimiser l'infection bactérienne. Enfin, permettre une réponse inflammatoire localisée. Ce sont là les clés du succès en cette année 2017 ! La biocompatibilité, c'est l'habileté d'un matériau implantaire à remplir ses fonctions désignées, avec le degré d'incorporation attendu dans l'organisme de l'hôte, sans provoquer d'effets locaux ou systémiques indésirés. Comment mesure-t-on cela aujourd'hui ? D'abord, par une toxicité *in vitro* négative, ensuite par une absence de réaction vis-à-vis d'un corps étranger, également par une intégration tissulaire appropriée et, enfin, par une absence de réaction immunitaire. Une étude sur la biocompatibilité et la résistance à la corrosion réalisée par Steinemann et publiée en 1998 (« Titanium - the materials of choice ? » *Periodontology* 2000, Vol.17, 1998, 7-21) a démontré le caractère inerte du Titane (Ti) et du Zirconium (Zr).

Gottlow et al. ont évalué la résistance des implants Roxolid®, mélange Titane-Zirconium, commercialisés par Straumann. Leur résistance à la flexion est supérieure et la valeur de torque à appliquer pour leur déposer est d'environ 15% supérieure à celle à appliquer pour déposer un implant en Titane (Gottlow et al. Evaluation of a new titanium-zirconium dental implant: a biomechanical and histological comparative

study in the mini pig. *Clin Implant Dent Relat Res* 2012 ; 14: 538-545).

L'ostéo-conduction, c'est lorsque la surface implantaire sert d'échafaudage pour une néoformation osseuse pérennisée par l'os natif. Les ostéoblastes provenant des berges de l'ostéotomie (les berges du défaut) utilisent la surface implantaire comme armature sur laquelle ils peuvent se développer et créer de l'os. Comment mesure-t-on cela aujourd'hui ? Par l'évaluation au fil du temps : primo, du contact os-implant (apposition osseuse) ; secundo, des modifications de la stabilité de l'implant et tertio, de la solidité, de la force du lien à l'os.

L'importance du design implantaire réside dans sa solidité, l'absence de complications et la minimalisation de l'infection bactérienne. Une comparaison et une distinction importantes sont à réaliser entre les implants « tissue level », « bone level butt-joint » (à joint plat) et « bone level platform switched ».

Les implants bone level butt-joint à hexagone externe montrent une pénétration bactérienne de l'interface implant-pilier (abutment). Le développement bactérien dans cet interface crée un réservoir de micro-organismes à l'origine d'un état inflammatoire des tissus mous. Cette inflammation gagne ensuite l'os marginal pour créer une perte osseuse (Sasada et al. 2017). Cette contamination bactérienne a été démontrée par de nombreux auteurs : Quirynen et al. (1994), Jansen et al. (1997), Gross et al. (1999), Piatell et al. (2001), Dibart et al. (2005), Coelho et al. (2008), Tesmer et al. (2009), Harder et al. (2010).

L'observation des relations spatiales entre le tissu conjonctif enflammé et la perte osseuse alvéolaire marginale montre : une extension de l'inflammation gingivale qui peut stimuler la résorption ostéoclastique (Waerhaug, 1979, *J Clin Periodontol*, 6 :61-82) ; un effet rayonnant des stimulateurs de la résorption produits localement (Garant, 1979, *J Periodont Res*, 14 :26-38) ; un front inflammatoire et un niveau « critique » de production de cytokines pro-inflammatoires (Graves, Cochran, 2003, *J Periodontol*, 74 :391-401) ; Graves, Li, Cochran, 2011, *J Dent Res*, 90 :143-153).

Les tissus parodontaux péri-implantaires subissent les mêmes transformations histologiques, les mêmes effets délétères causés par ce réservoir bactérien localisé dans ce micro-interstice du joint implant-pilier (microgap) que lors d'une gingivite et d'une parodontite.

Une étude considérant le profil cervical droit ou concave du pilier implantaire (Caram, Huynh-Ba, Schoolfield, Jones, Cochran, Belsler (2014) *Int J Oral Maxillofac Implants* 29 :1114-22) a montré que le platform-switch n'empêche pas une perte osseuse marginale, malgré l'aspect concave de cette jonction. La perte osseuse crestale est immédiatement apicale à cette jonction. Cependant, les effets positifs du platform-switch sont un décalage horizontal du microgap, déplacé à distance de la crête osseuse, une réduction du volume de cet interstice par une meilleure adaptation du pilier dans le col de l'implant (jonction de type « cone morse ») et une stabilité nettement augmentée du pilier par rapport à une jonction plate à hexagone externe.

Considérant cette connectique implant-pilier, on observe donc une perte osseuse péri-implantaire cervicale minimale avec les implants « tissue level », modérée avec les implants « bone level platform switched » et majeure avec les implants « bone level butt-joint ».

En 2003, un enregistrement unique de données nationales réalisé par l'agence de santé publique suédoise (National Data Register of the Swedish Social Insurance Agency), intéressant 800 cliniciens sur une période de 9 années, a montré que les implants « tissue level », ne présentant pas d'interface contaminée par un réservoir bactérien au niveau de la crête osseuse marginale contrairement aux implants

« bone level », comportent un moindre risque de perte implantaire précoce, un moindre risque de perte implantaire tardive, un moindre risque de perte osseuse marginale supérieure à 2mm accompagnée de saignement ou de suppuration.

L'hypothèse avancée est que ce réservoir bactérien localisé dans l'interstice d'une connectique plate située trop proche de la crête osseuse présente un risque d'infection localisée tout autour de l'implant à 360°. Ce type d'infection localisée, responsable d'une perte osseuse marginale limitée (typiquement 1,5mm) représente un équilibre instable chez l'hôte, semblable aux lésions de type gingivites, jusqu'à ce qu'une complication survienne et perturbe cet équilibre, finissant par provoquer une perte osseuse plus importante due à l'avancée du front inflammatoire.

De telles surfaces implantaire contaminées placent les implants et les restaurations à plus haut risque d'échec que les implants dépourvus de ces réservoirs bactériens situés au niveau crestal tels que les implants « tissue level ».

Des études plus récentes ont confirmé ces hypothèses :

- Effectiveness of implant therapy analyzed in a Swedish population : early and late implant loss (Journal of Dental Research 2015. Vol. 94(3) 445-515. J. Derks, J. Hakansson, J.L. Wennstrom, C. Tomasi, M. Larsson, T. Berglundh.
- Effectiveness of implant therapy analyzed in a Swedish population : prevalence of peri-implantitis (Journal of Dental Research 2016. Vol. 95(1) 43-49. J. Derks, D. Schaller, J. Hakansson, J.L. Wennstrom, C. Tomasi, T. Berglundh.

Trois systèmes implantaires représentaient plus de 90% des implant étudiés. Pour les implants « bone level » : Nobel Biocare, Ti Unite (~40%) et Astra, Ti Oblast (~ 19%). Pour les implants « tissue level » : Straumann, SLA (~ 31%). D'autres marques moins représentées (~ 10%). Pour une proportion globale de 2/3 d'implants « bone level » et de 1/3 d'implants « tissue level ».

Résultats :

- le risque de perte d'implant à court terme est double pour les implants bone level Nobel et Astra et huit fois plus élevé dans le groupe « autres implants » ;
- le risque de perte d'implant à long terme est 5,23 fois plus élevé pour les implants bone level Astra Ti Oblast et 6,13 fois plus élevé pour les implants bone level Nobel Ti Unite comparé à la perte des implants tissue level Straumann SLA ;
- le saignement ou la suppuration au sondage accompagnant une poche de plus de 2mm (dans 14,5% des cas) était plus fréquemment présente sur les implants bone level Astra (3,5 fois plus) et Nobel (3,7 fois plus)

De plus, une perte implantaire précoce est rencontrée plus fréquemment chez les fumeurs et chez les patients ayant des antécédents de maladie parodontale, avec des implants plus courts que 10mm et avec certaines marques d'implants, surtout « bone level ». Une perte tardive d'implant était notée avec certaines marques, surtout « bone level ».

Un saignement ou une suppuration au sondage accompagnant une perte osseuse de plus de 2mm était observée chez des patients atteints de maladie parodontale, portant plus de 4 implants, avec certaines marques d'implants surtout « bone level », pour des implants mandibulaires, lorsque la prothèse était réalisée par des dentistes généralistes et lorsque la limite du joint implant-couronne se situait à moins de 1,5mm de la crête osseuse.

Les clés des règles de l'art actuelles : les résultats de la régénération implantaire (Prof. D. Buser - Université de Berne, Suisse)

L'évolution de la régénération osseuse.

Depuis la fin des années '80 - début des années '90, les thérapies implantaire se sont développées grâce aux progrès des procédures d'augmentation osseuse. Diverses techniques ont vu le jour et sont devenues de plus en plus importantes en pratique quotidienne : les procédures de régénération osseuse guidée (GBR) avec des membranes, résorbables ou non et les techniques d'élévation du plancher sinusal (SFE). D'autre part, la mise au point de surfaces micro-rugueuses des implants en titane ont permis de réduire les périodes de cicatrisation, d'utiliser des implants plus courts et d'abandonner le principe d'ancrage bicortical nécessaire à la stabilisation primaire et mécanique de l'implant. Depuis les années 2000, plus aucun progrès majeur n'a vu le jour en chirurgie implantaire.

Ces 15 dernières années ont été l'objet de l'affinement des techniques de régénération existantes (GBR et SFE) afin d'améliorer la prévisibilité des procédures, de réduire les complications post-opératoires, de réduire la morbidité pour les patients, de réduire la durée totale des traitements. Des avancées réalisées dans d'autres domaines ont facilité ce raffinement : l'usage de la tomographie volumique numérisée à faisceau conique (Cone Beam CT), l'amélioration des connaissances concernant les modifications de crête après extraction et l'amélioration des connaissances concernant les greffes osseuses et les substituts osseux.

Aujourd'hui, que demande le patient candidat aux implants ?

Un résultat satisfaisant tant au niveau esthétique que fonctionnel et une stabilité de ce résultat à long terme, un faible risque de complications durant la phase de cicatrisation, mais aussi durant la phase de fonction, donc d'usage à long terme.

Ce sont là, les objectifs primaires de la thérapie implantaire.

Ensuite, le patient attend un minimum de séances chirurgicales, un minimum d'inconfort ou de douleur, une durée de traitement la plus courte possible et un rapport coût/bénéfices favorable.

Ce sont là, les objectifs secondaires de la thérapie implantaire.

Les objectifs chirurgicaux de la thérapie implantaire sont une ostéointégration réussie dans une position correcte pour la future prothèse, ce qui signifie un placement de l'implant guidé par la restauration prothétique d'usage. L'implant doit être complètement entouré d'os sain, les murs osseux vestibulaire et lingual doivent avoir une épaisseur d'au moins 1mm et en cas de défaut osseux localisé, une régénération osseuse doit être entreprise.

Le mur osseux vestibulaire doit être suffisamment épais afin de maintenir un contour des tissus mous stable. L'implant doit être entouré d'une gencive attachée kératinisée saine. Son ancrage osseux doit être suffisant pour pouvoir supporter les charges de la mastication.

A quelle fréquence doit-on avoir recours à l'augmentation osseuse ?

Les données enregistrées dans le département de chirurgie orale de l'Université de Berne ont montré que l'augmentation du volume osseux (préalablement ou simultanément au placement de l'implant) a été réalisée dans 56% des cas de chirurgie implantaire ces trois dernières années, mais que cette fréquence diminue grâce au recours aux implants de diamètre étroit (3,3mm) et aux implants courts (6mm).

Quelles sont les indications des procédures de régénération osseuse ?

Ce sont : les fenestrations apicales et les déhiscences crestales au moment du placement de l'implant et, préalablement à l'implantation, les affaissements horizontaux et les défauts verticaux.

L'approche chirurgicale dépend de la morphologie du défaut. Lorsqu'une augmentation horizontale est nécessaire, il faut considérer le nombre de murs osseux résiduels. Nous observons des défauts à un mur, à deux murs et à trois murs.

Les défauts à trois murs sont observés après extraction, lors d'une implantation immédiate, le comblement se fera si possible sans lambeau, au moyen de matériau allogène ou xénogène, la restauration pourra être immédiate.

Les défauts à deux murs sont observés après extraction, le plus souvent dans les cas d'implantation précoce et les défauts à un mur sont observés au niveau des sites cicatrisés présentant une atrophie horizontale, nécessitant une approche par étapes.

Une augmentation verticale concerne des sites cicatrisés présentant une atrophie à un mur et nécessitant une approche par étapes, avec autogreffe ou xéno greffe et membrane renforcée.

Un examen tridimensionnel préalable avec des clichés Cone beam est un must.

Implantation unitaire en zone esthétique : quand réaliser un placement immédiat, quand réaliser un placement précoce, quand réaliser un placement retardé ?

La sélection du timing approprié est cruciale. Le clinicien doit choisir une approche thérapeutique qui offre une grande probabilité de succès, un faible risque de complication et qui soit compatible avec son habileté et son expérience.

A l'université de Bern, si toutes les options sont utilisées, le placement précoce est de loin le plus entrepris et documenté à long terme.

Pour rappel, la ligne du temps et les diverses options de traitement sont :

- placement immédiat : le jour de l'extraction
- placement précoce : entre 4 à 8 semaines après l'extraction afin d'obtenir une cicatrisation des tissus mous
- placement précoce : entre 12 et 16 semaines après l'extraction afin d'obtenir une cicatrisation osseuse partielle
- placement retardé ou différé : au moins 6 mois après l'extraction, la cicatrisation osseuse est complète.

(Hammerle et al., Chen et Buser 2008 (ITI Treatment Guide 3) ; Chen et al. 2009 ; Morton et al. 2014 ; Buser et al. 2017)

Les recommandations cliniques éditées après la 5th ITI Consensus Conference qui s'est tenue à Berne en 2013 (Group 3, Review Paper 2) précisent que :

- l'extraction-implantation immédiate (de type 1) exige une compétence et une expérience élevées du praticien
- une sélection rigoureuse des cas est indispensable afin d'obtenir un résultat esthétiquement satisfaisant
- les conditions cliniques suivantes doivent être réunies : les murs osseux de l'alvéole doivent être intacts, le mur osseux vestibulaire doit montrer une épaisseur d'au moins 1mm, le biotype gingival doit être épais, le site doit être exempt d'infection, il faut un volume osseux apical et palatin suffisant afin d'assurer la stabilité primaire de l'implant

Si toutes ces conditions ne sont pas rencontrées, l'implantation de type 1 ne doit pas être envisagée. Et il faut reconnaître que ces conditions sont rarement présentes.

De ce fait, une implantation précoce (de type 2) est le plus souvent l'option de choix. Toutefois, si l'on s'attend à ce que la stabilité primaire de l'implant ne puisse pas être assurée, il faudra attendre une plus longue période de cicatrisation ou avoir recours à une régénération osseuse préalable à la pose de l'implant.

Le pas-à-pas de l'implantation précoce de type 2 :

- extraction douce sans élévation de lambeau
- la plupart du temps, pas de procédure de préservation de l'alvéole ou de comblement de l'alvéole
- 4 à 8 semaines d'attente de cicatrisation des tissus mous
- pose de l'implant correcte dans les 3 dimensions de l'espace (utilisation d'un guide chirurgical)
- augmentation du volume osseux vestibulaire (épaississement extemporané)
- fermeture de la plaie et sutures sans tension

Les objectifs de l'attente de 4 à 8 semaines sont :

- d'obtenir une muqueuse intacte
- d'augmenter la largeur de gencive kératinisée de 3 à 5mm
- d'obtenir la résorption du bundle bone
- d'obtenir un épaississement spontané des tissus mous dans les biotypes parodontaux fins
- d'obtenir un assainissement de l'infection et/ou de la fistule éventuelle

L'épaississement du volume osseux vestibulaire extemporanément au placement de l'implant, se fait en double couche : une couche d'os autogène au contact de l'implant et une couche de substitut osseux (DBBM, deproteinized bovine bone mineral, exemple : Bio Oss®, Geistlich) recouvert d'une double couche de membrane collagène (exemple : Bio Gide®, Geistlich).

Le comblement osseux supporte la membrane de collagène ; la membrane stabilise le matériau de comblement. Elle est résorbable afin d'éviter une intervention supplémentaire de retrait.

L'autogreffe accélère fortement la néoformation osseuse au niveau du défaut, libère des facteurs de croissance et d'autres protéines dans le coagulum qui se transformera en os. Il s'agit de copeaux d'os (autogenous bone chips) prélevés localement afin d'éviter tout risque de morbidité supplémentaire.

Le substitut osseux (DBBM) augmente significativement le volume obtenu et permet de stabiliser ce volume dans le temps grâce à son faible taux de résorption.

Après une implantation de ce type, avec régénération osseuse extemporanée, la mise en charge se fait à 8 semaines. Il s'agit d'une mise en charge précoce (1 à 8 semaines après la pose de l'implant). Pour rappel, une mise en charge immédiate se fait le jour de la pose de l'implant ou au plus tard endéans la semaine qui suit la pose de l'implant. Une mise en charge conventionnelle se fait plus de 2 mois après la pose de l'implant.

L'implantation retardée (de type 4), réalisée après cicatrisation osseuse complète, donc plus de 6 mois après l'extraction, concerne des cas de défauts osseux étendus ne permettant pas d'obtenir une stabilité primaire de l'implant suffisante pour une procédure d'implantation de type 1, 2 ou 3 : lésions apicales étendues, kystes, résorption osseuse alvéolaire suite à la maladie parodontale, proximité du sinus, ... Elle concerne aussi les patients adolescents trop jeunes pour bénéficier d'une implantation (âgés de moins de 18 ans). Dans ces cas, une procédure de préservation de crête ou d'alvéole est recommandée.

En résumé :

Implantation immédiate (procédure complexe, rarement en zone esthétique, 5 à 20% des cas) :

- phénotype à murs alvéolaires épais et intacts
- biotype gingival épais
- absence d'infection
- stabilité primaire prévisible

Implantation précoce avec augmentation du volume osseux (procédure avancée, traitement de choix) :

- positionnement 3-D correct et stabilité primaire prévisibles de l'implant

Implantation tardive après préservation de la crête (procédure avancée, rarement envisagée, moins de 2% des cas) :

- lorsque l'implantation immédiate ou précoce n'est pas envisageable

En conclusion :

Les procédures de régénération osseuse et d'augmentation du volume osseux offrent actuellement des résultats prévisibles.

L'anatomie locale dicte l'approche chirurgicale : la morphologie du défaut est décisive (nombre de murs résiduels).

Un examen 3-D à l'aide de coupes CBCT est nécessaire à la planification de l'intervention.

Pour une procédure simultanée à la pose de l'implant, le défaut osseux doit présenter 2 murs ; dans les cas limites, l'utilisation d'un implant de diamètre étroit peut aider à améliorer la morphologie du défaut. La sélection d'un biomatériau approprié permet d'optimiser les résultats. Ces procédures chirurgicales sont exigeantes et varient de « avancées » à « complexes » ou « super-complexes ».

Une sélection minutieuse des cas et un respect du timing sont des éléments primordiaux pour obtenir un résultat prévisible.

L'extraction-implantation immédiate exige des conditions anatomiques optimales et en particulier un phénotype épais.

Pour les sites présentant un mur alvéolaire vestibulaire fin ou un mur endomagé, une implantation de type 2 est recommandée ; l'épaississement du contour osseux est une procédure bien documentée par des études à long terme.

Dans de rares cas, une implantation retardée est souhaitable en raison de spécificités du site ou de l'âge du patient. Les procédures de préservation d'alvéole ou de crête sont fortement recommandées dans ces cas afin de réduire l'atrophie post-extractionnelle.

L'épaississement du contour osseux se fait à l'aide d'une combinaison de copeaux d'os autogène et de substitut osseux faiblement résorbable (DBBM), ce qui est documenté depuis 1998.

En cas de crête alvéolaire atrophie, une procédure par étapes est souvent nécessaire.

Une augmentation horizontale de la crête est réalisée avec un bloc d'os autogène recouvert de substitut osseux (DBBM) et d'une membrane de collagène : les résultats à long terme sont excellents, la procédure est cependant lourde pour le patient qui subit une intervention supplémentaire au niveau du site donneur, avec les risques de morbidité associés.

Heureusement, la fréquence de ce type d'interventions a chuté d'environ 5% ces 15 dernières années.

Il faut essayer d'éviter les procédures d'augmentation osseuse verticale : ce sont des procédures chirurgicales particulièrement difficiles, les risques de complications post-opératoires sont importantes ; à réserver aux chirurgiens expérimentés. Une alternative est d'utiliser des implants courts, le plus souvent connectés à des implants plus longs. Dans les zones esthétiques, un défaut tissulaire vertical peut être compensé par de la céramique rose avec succès (cfr Université de Berne, depuis maintenant une quinzaine d'année).

L'évaluation du risque esthétique pour un succès prévisible (Sophocles Voyiazis, Chypre)

Le succès en pratique privée dépend de multiples déterminants interdépendants :

- le praticien, son habilité, son expérience, son jugement

- le patient, ses facteurs de risques médicaux et dentaires, ses facteurs de risque anatomique, sa tabagie
- l'approche thérapeutique, les références scientifiques et les risques associés, le niveau de difficulté (classification SAC)
- les biomatériaux, caractéristiques et références scientifiques

Pouvons-nous toujours atteindre un résultat idéal ?

Douze facteurs cliniques influencent le résultat esthétique. Ils permettent au clinicien de « quantifier » le risque esthétique, de décider si le traitement est dans sa « zone de confort », le risque peut être expliqué visuellement au patient, les attentes esthétiques du patient ou du praticien peuvent être ajustées avant le traitement (Martin W, Morton D, Buser D. Diagnostic factors for esthetic risk assessment. ITI Treatment Guide Vol 1, 2007: Quintessence Publishing Co.).

Il s'agit de :

1. l'état de santé général
2. les habitudes tabagiques
3. les attentes esthétiques du patient
4. la ligne de sourire
5. le biotype parodontal
6. la forme des couronnes dentaires
7. la présence d'une infection au niveau du site implantaire
8. le niveau osseux autour des dents adjacentes
9. l'état restauré ou non des dents adjacentes
10. la largeur de l'espace édenté
11. l'anatomie des tissus mous
12. l'anatomie osseuse de la crête alvéolaire

Pour chacun de ces facteurs, un niveau de risque faible, modéré ou élevé peut être attribué.

Parmi ceux-ci, l'auteur sélectionne les 6 facteurs de risque clés suivant permettant une analyse du cas plus rapide en pratique quotidienne :

1. la ligne de sourire
2. le biotype parodontal
3. la présence d'une infection au niveau du site implantaire
4. le niveau osseux autour des dents adjacentes
5. la largeur de l'espace édenté
6. l'anatomie osseuse de la crête alvéolaire

A ceux-ci, l'auteur ajoute le phénotype du mur osseux vestibulaire (son épaisseur) et les anomalies orthodontiques.

L'auteur illustre cette grille de lecture avec plusieurs cas cliniques et insiste sur l'usage du CBCT pour planifier ses cas.

Les 10 facteurs de succès en implantation immédiate en zone esthétique (Robert A. Levine, Pennsylvania Center for Dental Implants & Periodontics, Philadelphia, USA)

Plus de 90% des échecs esthétiques sont liés à des erreurs du praticien ! (échecs iatrogènes, Prof. Daniel Buser, Orlando, 2017) Et celui qui souffre, c'est toujours le patient !

A l'issue de la 4th ITI Consensus Conference qui s'est tenue à Stuttgart en août 2008, le Groupe 4 a publié les résultats de ses débats au sujet des techniques chirurgicales et entre autres au sujet des résultats cliniques et esthétiques des implants placés dans les sites après extraction. Le risque d'observer une récession gingivale vestibulaire de plus de 1mm est de 20 à 30% ! Dans ces cas, les implants étaient placés sans respecter l'anatomie locale ou les conditions anatomiques de l'alvéole. Ce risque était d'autant plus grand que le biotype tissulaire était fin, que l'implant était placé trop vestibulairement, que la paroi alvéolaire vestibulaire était fine ou endommagée lors de l'extraction.

La 5th ITI Consensus Conference s'est tenue à Berne en avril 2013.

Le Groupe 3 était chargé de définir les protocoles permettant un succès esthétique en dentisterie implantaire : « ce qui est strictement suivi et respecté aura une haute prévisibilité et préviendra la survenue de complications esthétiques ». Nous tentons de supprimer le facteur « chance » comme variable incontrôlable d'acquisition d'un résultat esthétique prévisible à long terme.

Pour l'auteur, les 10 clés du succès de l'extraction-implantation immédiate en zone esthétique sont :

1. l'évaluation du risque esthétique
2. l'étude des clichés Cone beam et un plan de traitement guidé par la restauration d'usage
3. une extraction atraumatique, sans lambeau, avec évaluation de l'état du mur alvéolaire vestibulaire
4. un placement 3-D correct de l'implant
5. l'usage d'implant de diamètre étroit (3,3 à 4,3mm) plutôt que large (>4,5mm)
6. l'épaississement de la paroi osseuse vestibulaire à 2-3mm
7. réaliser une greffe conjonctive enfouie sous la gencive marginale vestibulaire afin d'obtenir une épaisseur de 2mm
8. gérer le profil d'émergence immédiatement
9. individualiser le transfert d'empreinte afin de dupliquer le profil de la zone de transition
10. préférer une couronne d'usage transviscée que scellée

(RA Levine, J Ganeles, L Gonzaga, JYK Kan, H Randel, C Evans. Compendium of Continuing Education Dentistry - Arpil 2017)

Les facteurs étiologiques des péri-mucosites et des péri-implantites en zone esthétique (Marzella Mega Lestari, Jakarta, Indonésie)

La péri-mucosite est une inflammation réversible des tissus mous péri-implantaires sans perte osseuse.

La péri-implantite est un processus inflammatoire affectant les tissus durs et les tissus mous autour d'un implant en fonction, aboutissant à une perte osseuse.

Une revue de littérature a montré que la sévérité varie d'un patient à l'autre ; 20% des patients présentent une péri-implantite avec perte osseuse au niveau de plusieurs implants.

(Berglundh, Lang, Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry, 25 March 2015)

En région antérieure, les implants sont souvent placés plus profondément (surtout les implants « bone level »). L'élimination des excès de ciment de scellement de la couronne sera plus difficile à contrôler. Dans 59,5% des cas de couronnes cimentées, nous retrouvons des excès de ciment sur l'implant. Nous pouvons aussi retrouver des morceaux de matériau d'empreinte ! Le traitement sera un débridement, voire une dépose de l'implant !

Les greffes osseuses ne sont pas un facteur de risque de péri-implantite ou d'échec implantaire. Le traitement d'une infection sur du matériau greffé consiste en un débridement, une réintervention de greffe... ou la dépose de l'implant.

La présence de gencive kératinisée est un facteur supplémentaire de succès implantaire car elle simplifie les mesures d'hygiène du patient. Un manque de gencive attachée, en épaisseur ou en largeur, permet une accumulation du biofilm bactérien, responsable d'une inflammation de la muqueuse et augmente les risques d'une perte osseuse ultérieure.

Une muqueuse fine laissera transparaître le col ou le corps de l'implant donnant un aspect grisé disgracieux lors du sourire. Elle est plus à risque de donner suite à une récession gingivale.

L'extraction-implantation immédiate de type 1 risque de s'accom-

pagner d'une récession gingivale vestibulaire ultérieure, de 1mm ou plus, dans 26% des cas en moyenne et survenant entre 1 et 3 ans après le placement de l'implant.

Le traitement sera une greffe épithéliale, une greffe conjonctive ou de matrice dermique acellulaire.

Un mauvais contrôle de plaque de la part du patient peut être causé par un mauvais positionnement de l'implant, trop vestibulaire, trop proche d'une dent ou d'un autre implant, ou d'une mauvaise adaptation de la prothèse.

Une maladie systémique telle que le diabète augmente les risques de péri-implantite (augmentation de la concentration sanguine en sucre, difficulté de cicatrisation, affaiblissement du système immunitaire, perturbation de la synthèse de collagène).

La tabagie multiplie le risque de péri-implantite par 3 ou 4.

Des antécédents de maladie parodontale multiplie le risque de péri-implantite par 6.

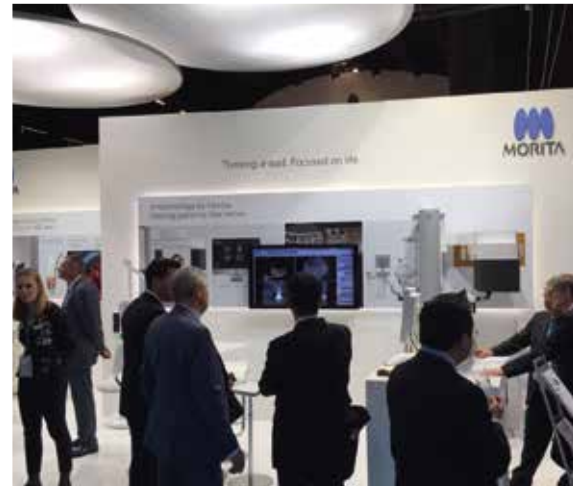
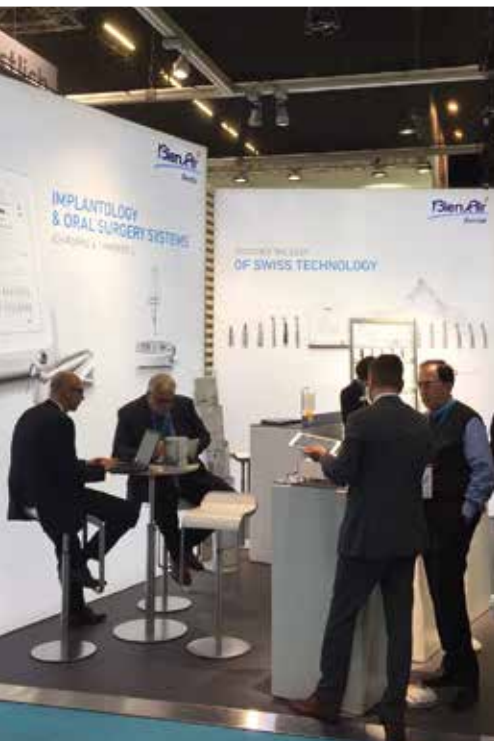
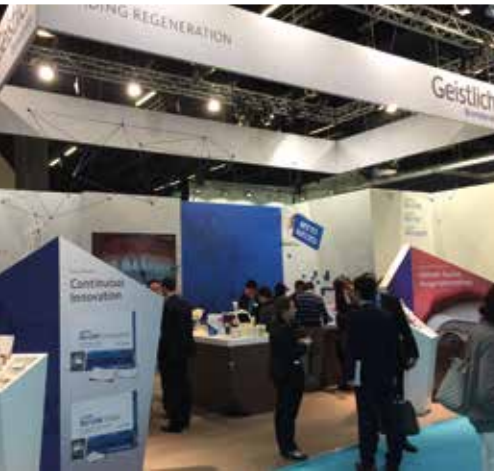
Une hypothèse est que l'infection péri-implantaire serait en fait la manifestation secondaire d'une réaction exagérée de l'organisme hôte vis-à-vis d'un corps étranger représenté par l'implant lui-même. La corrosion de l'implant serait un facteur de risque potentiel pour développer une péri-implantite. (Albrektsson, Tomas et al. : Is marginal bone loss around implants the result of a provoked foreign body reaction ? Clinical implant dentistry and related research 16.2 (2014):155-165) (Mouhyi, Dohan Ehrenfest, Albrektsson : The peri-implantitis : implant surfaces, microstructure and physicochemical aspects. Clinical implant dentistry and related research. 2012 Apr 1;14(2):170-83).

En conclusion :

La plupart des facteurs qui mènent à une inflammation muqueuse péri-implantaire peuvent être contrôlés par le praticien : cela passe par une planification minutieuse du traitement et une évaluation minutieuse des risques.

La communication de ces facteurs étiologiques au patient avant d'entamer le traitement permettent à celui-ci de comprendre le pronostic de son traitement.

En secteur esthétique, le traitement d'une inflammation muqueuse péri-implantaire est bien plus exigeant et varie d'un simple débridement mécanique jusqu'à la dépose de l'implant en passant par les techniques régénératives.



ITI, l'International Team for Implantology



Didier EYCKEN
Education Delegate ITI Belgian Section

L'ITI est une association sans but lucratif, fondée en 1980 par un groupe de 12 experts, parmi lesquels le Professeur André Schroeder et le Docteur Fritz Straumann.

L'ITI est une association scientifique indépendante et internationale, dont le centre administratif est localisé à Bâle (Suisse). Le noyau dur de l'ITI est formé de plus de 500 associés, enseignants, chercheurs, cliniciens, représentant la plupart des universités les plus prestigieuses du monde. A ce panel, s'ajoutent plus de 16000 « Membres ordinaires » et plus de 1000 « Fellows » répartis dans 48 pays et 27 sections nationales pour former la plus grande association académique et le plus grand réseau international qui soit.

Les « Fellows ITI » représentent le noyau intime des membres, recrutés uniquement par parrainage et nomination, montrant un haut degré d'engagement dans les domaines de l'éducation, de l'enseignement ou de la recherche ; ils assurent le fonctionnement des sections nationales.

Les « Membres ITI » regroupent tout dentiste, médecin, scientifique, technicien dentaire, hygiéniste certifiée témoignant un intérêt particulier pour l'implantologie orale.

ITI BELGIAN SECTION

| | |
|--------------------------|--|
| President : | Geert Orbie |
| Past President : | Prof. Em. Jan de Boever |
| Education Delegate : | Didier Eycken |
| Study Club Coordinator : | Stefan Matthijs |
| Communication Officer : | Philippe Kiekens |
| Section Administrator : | Rick Corstanje |
| ITI Fellows : | Didier Blase Dirk Van Assche Jan Neven Associate Prof. France Lambert Prof. Ignace Naert |

Les objectifs de l'ITI sont de promouvoir et de disséminer la connaissance sur tous les aspects de la médecine dentaire implantaire (chirurgie, prothèse, CAD/CAM) et de la régénération tissulaire par la recherche, le développement et l'enseignement.

En tant qu'association académique indépendante, l'ITI promeut activement les réseaux et les échanges parmi ses associés et ses membres, mettant régulièrement en commun leurs expériences et leurs connaissances issues de la recherche et de la pratique clinique, lors de meetings, congrès et cours, dans le but d'améliorer constamment les méthodes de traitements, leurs résultats et leurs bénéfices pour les patients.

Sa mission est de servir la profession dentaire en lui fournissant un réseau professionnel international en constant développement et

une formation continue illimitée en dentisterie implantaire grâce à un enseignement de haute qualité.

L'offre de formation est pléthorique : Congrès internationaux organisés par les sections nationales (une dizaine chaque année répartis dans le monde ; le Benelux organise son congrès tous les trois ans), Study-clubs (620 répartis dans le monde, dont 5 en Belgique : un à Bruxelles-Charleroi, un à Liège, trois en Flandres, renommés « Les soirées de l'implantologie ITI »), « Annual Meeting » nationaux (dont un belge), « ITI Theme Night » (aussi en Flandres et en région Wallonie-Bruxelles), ateliers pratiques, séminaires d'anatomie, de dissection et de formation chirurgicale sur cadavres, « Education Week » (formations en immersion clinique de 4 à 7 jours dans un des 8 centres universitaires : Melbourne, Boston, Pretoria, Bern, Hong Kong, Toronto, Rio de Janeiro, London), bourses d'études, bourses de recherche, formation des orateurs, mentoring, programmes de formation basés sur un curriculum standardisé...

Et aussi des publications : les livres thématiques « ITI Treatment Guide » (à ce jour, la collection complète représente 10 volumes) sont devenus une référence en matière de recommandations thérapeutiques et de protocoles cliniques issus des conclusions des « ITI Consensus Conference », organisées tous les 3 ans. La prochaine session se tiendra à Amsterdam en avril 2018... et fera certainement l'objet d'un article de votre serviteur !

Et encore un site d'e-learning : « The ITI Online Academy ». Une plateforme unique de formation : protocoles cliniques, principes didactiques, analyses de cas, théorie, rapports de cas, vidéos de conférences, vidéos cliniques... Sur tous les domaines touchant à l'implantologie : planification des traitements, chirurgie, prothèse, occlusion, étapes de laboratoire, empreintes optiques, conception assistée par ordinateur, parodontologie, maintenance, régénération osseuse, biomatériaux,... Un contenu neutre, scientifique et clinique, totalement indépendant de l'industrie, peer-reviewed tous les trois ans, représentant les règles de l'art actuelles. En anglais, mais aussi en français, espagnol, italien, portugais, allemand, japonais, turc, chinois.

Bref, vous l'avez compris, pour qui veut assurer sa formation en implantologie et la poursuivre tout au long de sa carrière, faire partie de la communauté ITI est un must.

Et pour qui s'y investit, une fierté !

Pour en savoir plus sur ITI, rendez-vous sur le site : www.iti.org
Pour en savoir plus sur la Section Belge : www.iti.org/belgium
Pour vous affilier, contacter : Michel Lorquet (Liège) : info@dentheo.be,
Didier Blase (Charleroi) : didier.blase@skynet.be,
Didier Eycken (Bruxelles) : didier.eycken@skynet.be

Cas clinique

Optimalisation des conditions osseuses pour la réhabilitation implantaire des secteurs postérieurs. Bénéfices de la combinaison de l'allogreffe type DFDBA et des concentrés plaquettaires.

Youssef SANHADJI DDS,
Brian TRAN DDS,
Ramin ATASH DDS PhD,
Laurence EVRARD MD DDS PhD
Service de Stomatologie-Dentisterie et de chirurgie maxillo-faciale,
Hôpital Erasme- Université libre de Bruxelles

Introduction

La hauteur de l'os alvéolaire dans les secteurs postérieurs des maxillaires se révèle souvent insuffisante en vue de la pose d'implants dentaire. Il a été montré que suite à une extraction dentaire, une perte osseuse verticale et horizontale graduelle et irréversible survient¹. Certaines études avancent que cette perte osseuse pourrait atteindre 40% de la hauteur et 60% de la largeur de la crête osseuse endéans les 2 ans dont deux tiers durant les trois premiers mois^{2,3,4}. De plus, après cicatrisation, la fonte osseuse persisterait tout au long de la vie en l'absence de sollicitation mécanique de la crête^{5,6}.

Le collapsus d'une alvéole peut avoir des conséquences dramatiques sur les structures impliquées dans l'esthétique du visage et du sourire. Ainsi la perte de l'os fasculé (bundle bone) peut mener à un effondrement de l'os vestibulaire lorsque celui-ci est trop fin avec toutes les conséquences négatives qui en découlent pour le placement des futurs implants.^{4,5} Certaines études ont montré qu'en absence de comblement osseux, une perte de hauteur osseuse de +/- 3.6mm à 6 mois pouvait être observée.^{7,8}

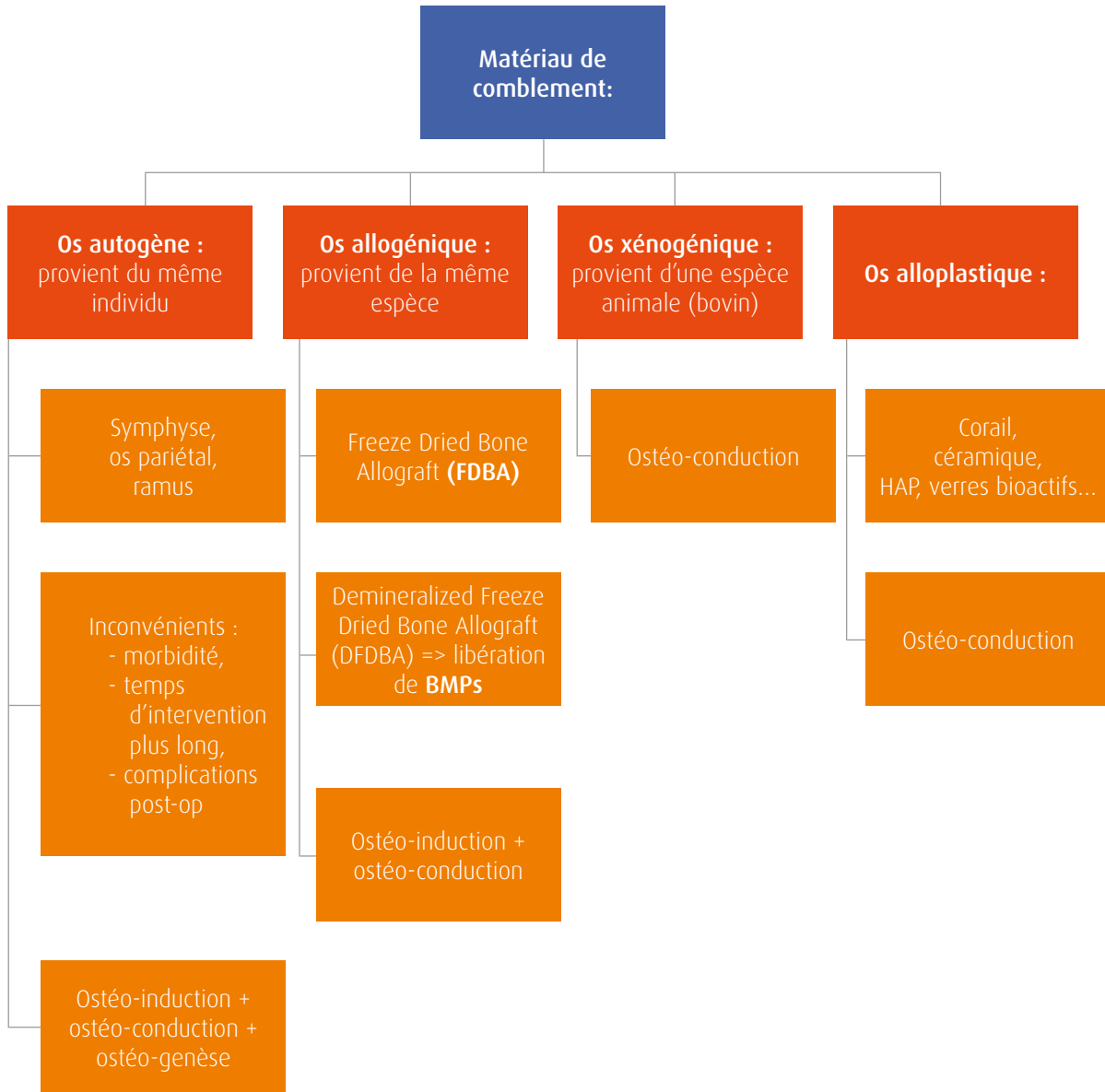
Différentes procédures chirurgicales ont été proposées afin de prévenir ce collapsus, permettant ainsi de maintenir le volume osseux post-extractionnel et permettre ou faciliter la mise en place des implants ou maintenir en place des structures impliquées dans l'esthétique du visage et du sourire.

L'utilisation de techniques chirurgicales atraumatiques (périotomes, piérotome) combinées à un aménagement alvéolaire à l'aide d'une greffe mêlée à des concentrés plaquettaires (PRF) est un des moyens proposé pour contrecarrer cette perte osseuse.

Les bénéfices du comblement alvéolaire à l'aide d'une greffe osseuse combinée à des concentrés plaquettaires sont multiples : empêcher l'invagination du tissu épithélio-conjonctif ; jouer un rôle de matrice pour la régénération osseuse couplé à l'action des facteurs de croissance contenus dans les concentrés plaquettaires². Plusieurs types de matériaux de comblement peuvent être utilisés: l'os autogène, l'os allogénique(DFDBA), l'os xénogénique (surtout d'origine bovine) et les matériaux alloplastiques.

L'os autogène issu du patient est prélevé essentiellement au niveau du ramus ou de la symphyse mandibulaire. Le principal avantage réside dans son potentiel ostéoinducteur, ostéogénique et ostéoconducteur mais ce type de greffe présente l'inconvénient de devoir travailler sur 2 sites différents, ce qui augmente la morbidité et la douleur post-opératoire et qui allonge le temps de la procédure chirurgicale. L'os allogénique, quant à lui est prélevé chez un autre individu de la même espèce et est ensuite traité par différents procédés (diminution de la taille initiale, décontamination, déshydratation, stérilisation par irradiation aux rayons gamma). Parmi les matériaux allogéniques, on distingue le FDBA et le DFDBA (ce dernier étant déminéralisé).

Certaines études ont démontré que cette déminéralisation s'accompagne d'un démasquage de BMPs 2-4 et 7 contrairement au FDDBA où ces facteurs de croissance restent enclavés dans la matrice osseuse. Le DFDBA va donc avoir un effet ostéo conducteur et ostéo inducteur via l'action de ces BMPs.^{9,10}



Introduite par Choukroun en 2006, la technique d'obtention des concentrés plaquettaire consiste en la réalisation d'un caillot de sang autologue centrifugé. Le mécanisme d'action des concentrés plaquettaire repose sur la dégranulation des plaquettes libérant ainsi des facteurs de croissance (PDGF, TGF- β , IGF, VEGF), du fibrinogène et des molécules d'adhésion. Ces éléments vont avoir un impact positif sur la régénération osseuse et tissulaire (via l'action des facteurs de croissance), de protection du greffon (via l'action de la membrane de fibrine) et de diminution de la morbidité post-opératoire.^{11,12,13}

Ainsi, plusieurs études ont pu démontrer les avantages d'une allogreffe et ceux des concentrés plaquettaire. Certaines études récentes réalisées dans le département d'implantologie du centre hospitalo facultaire d'Erasmus se sont penchées sur l'action combinées du PRF et des allogreffes et ont pu mettre en évidence que la perte osseuse post extractionnelle dans la dimension verticale pouvait être réduite à 5.53% (ce qui correspond à une perte de 0.72mm en moyenne) lorsque l'on couplait os de banque et concentrés plaquettaire. Ces résultats démontrent que l'utilisation de cette combinaison donne des résultats plus intéressant que lors de l'utilisation d'autogreffe.¹⁴

Dans les secteurs maxillaires supérieurs, la pneumatisation des sinus, sous l'effet de la pression intra sinusale, couplée au collapsus de l'alvéole post-extractionnelle peut entraîner une diminution significative de la hauteur osseuse sous-sinusienne constituant un obstacle majeur à la pose d'implants dans cette région. Plusieurs techniques ont été proposées afin de restaurer un volume osseux sous-sinusal compatible avec la pose d'implants dentaires.

Parmi celles-ci, le soulèvement de la membrane sinusienne par voie crestale, permettant de recouvrer une faible proportion de l'os perdu (3- 4 mm) et ne convenant donc pas pour les pertes osseuses plus conséquentes.¹⁵
Dans les cas de perte osseuses plus importantes, la technique de choix consiste en l'élévation du plancher du sinus par abord latéral, plus connue sous le nom de « sinus lift ».

L'apparition d'os néoformé repose sur un principe simple : la formation d'un coagulum suite au décollement de la membrane sinusienne. Le contrôle de la hauteur de cet os est assuré par l'adjonction de biomatériaux, permettant de maintenir la membrane dans une position telle que la pression intra-sinusienne n'interfère pas avec le regain de hauteur.

L'application d'une séquence stricte dans les étapes chirurgicales de la prise en charge des secteurs postérieurs des maxillaires permet de rendre prédictibles les résultats en termes de gain osseux.

- 1) **L'extraction des dents** compromises est réalisée de même que les comblements osseux à l'aide d'allogreffes (DFDBA particulé 300-500µm) et de concentrés plaquettaire afin d'empêcher le collapsus des alvéoles post extractionnelles.
- 2) **Phase de cicatrisation de 6 à 8 semaines** après les extractions, de manière à ce que la membrane du sinus maxillaire recouvre un état non inflammatoire propice à son décollement sans déchirure.
Scanner pré-sinus lift afin d'exclure toute pathologie de la muqueuse sinusienne et de vérifier la perméabilité de la voie de drainage du sinus.
- 3) **Sinus lift par voie externe** (piézochirurgie, DFDBA 300-500 µm et concentrés plaquettaires)
- 4) **Phase de cicatrisation de 5 à 6 mois**
Scanner pré-implantaire
- 5) **Pose des implants**

Illustration par un cas clinique

Une patiente de 56 ans s'est présentée au département de parodontologie du service stomatologie/dentisterie de l'hôpital Erasme pour cause de douleurs et de saignement gingival.

L'anamnèse médicale a révélé l'absence d'antécédent ou de prise de médicaments. Une intolérance aux bijoux fantaisie a cependant été relevée.

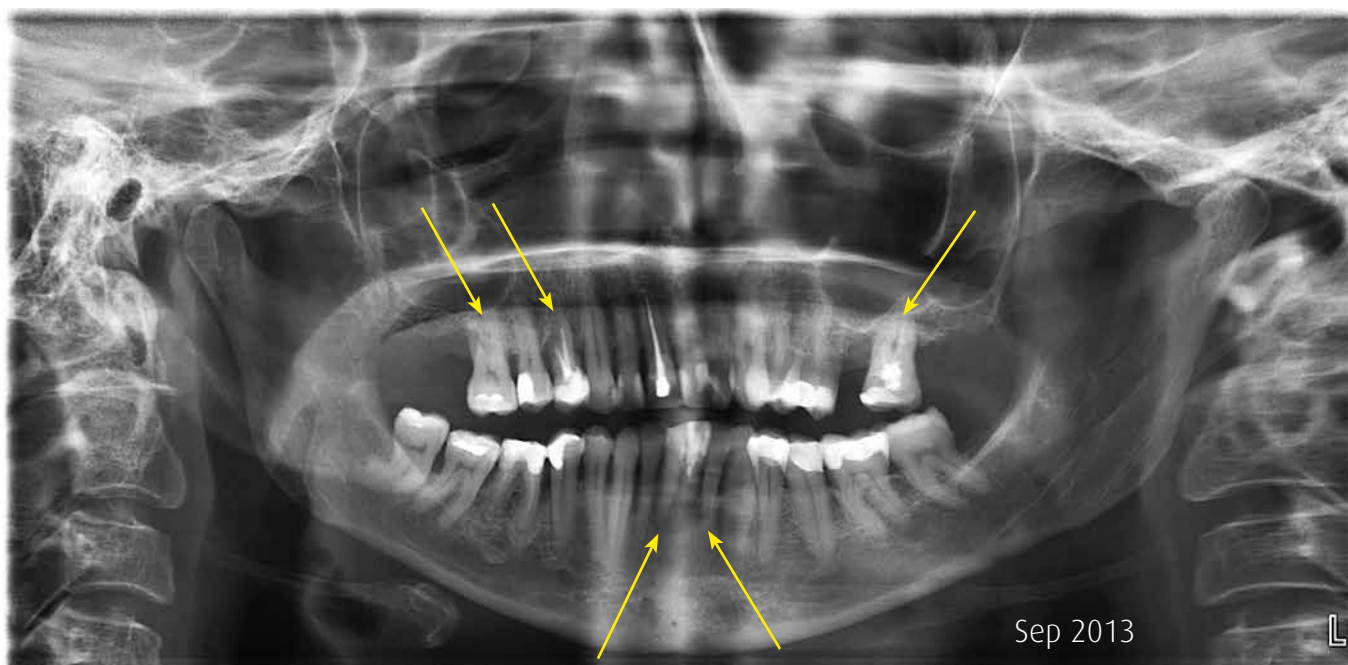
L'examen parodontal et radiographique a révélé une parodontite chronique généralisée avec une atteinte de la furcation au niveau de la 17 et une perte osseuse conséquente dans le secteur antéro-inférieur.



Radiographie panoramique mettant en évidence un état paro avancé ainsi qu'une résorption osseuse conséquente autour de la 17.

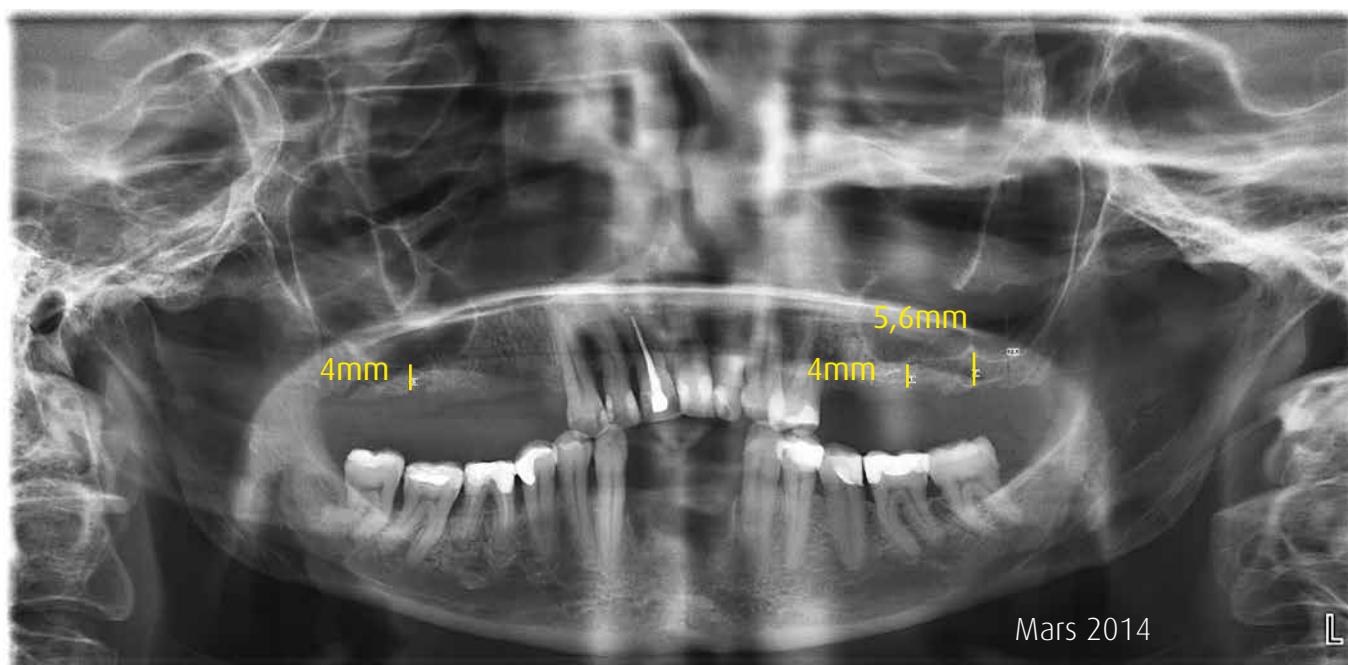
Le traitement de première intention a consisté en un assainissement parodontal et l'extraction de la 17 dont le pronostic était compromis (l'extraction avait alors été réalisée sans comblement osseux). La décision a été prise avec la patiente de tenter de conserver les dents de la 32 à la 42.

En 2013 la patiente se présente au département d'implantologie. Le traitement parodontal a en partie échoué. De multiples lésions endo-paro sont observées et la patiente souhaite s'orienter vers un plan de traitement implantaire.



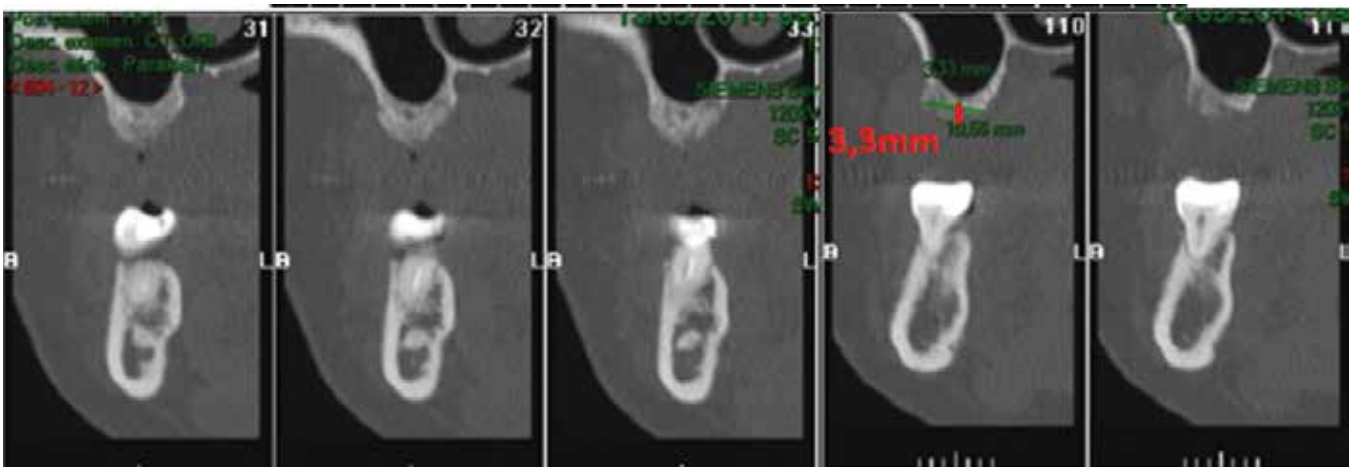
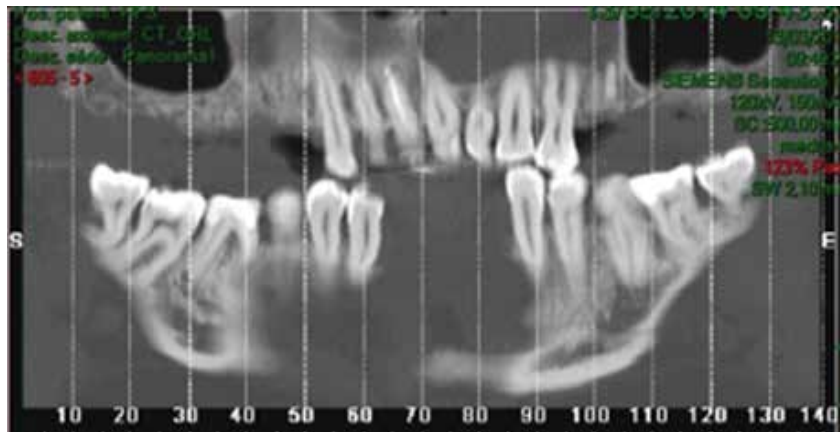
Radiographie panoramique mettant en évidence de multiples lésions avec mobilités de grade 2 et lésions endo-paro de la 12 à la 22.

Le plan de traitement consiste alors en des extractions avec comblement au DFDBA et PRF au niveau des dents 14, 15, 16, 26, 31, 32, 41 et 42 et en la temporisation à l'aide d'une prothèse amovible partielle.



Radiographie panoramique 4 mois après extractions démontrant une hauteur sous sinusienne incompatible avec la pose d'implants dentaires de longueur satisfaisante

Quelques semaines après les extractions, une radiographie panoramique révèle une hauteur osseuse incompatible avec la pose d'implants de longueur satisfaisante dans les secteurs maxillaires postérieurs.

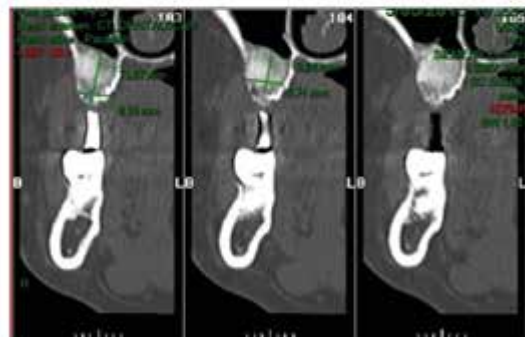
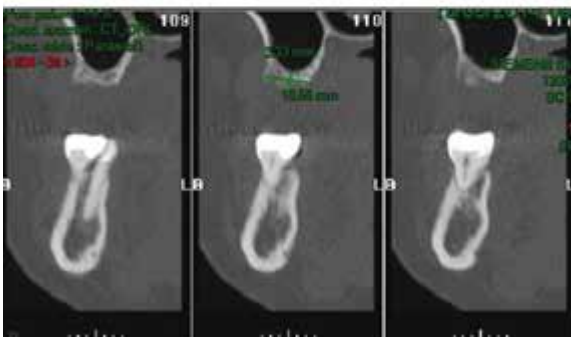
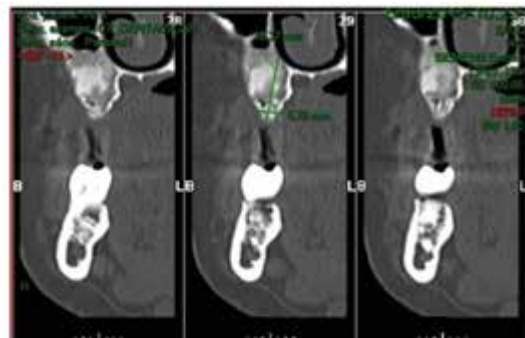
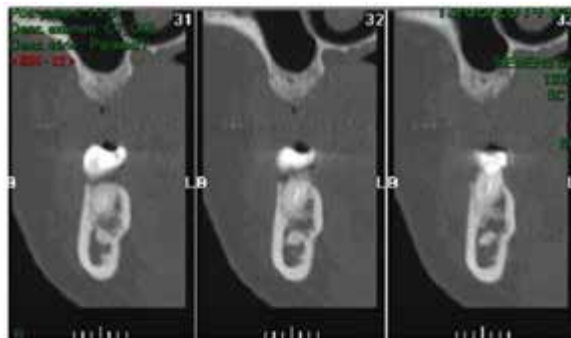
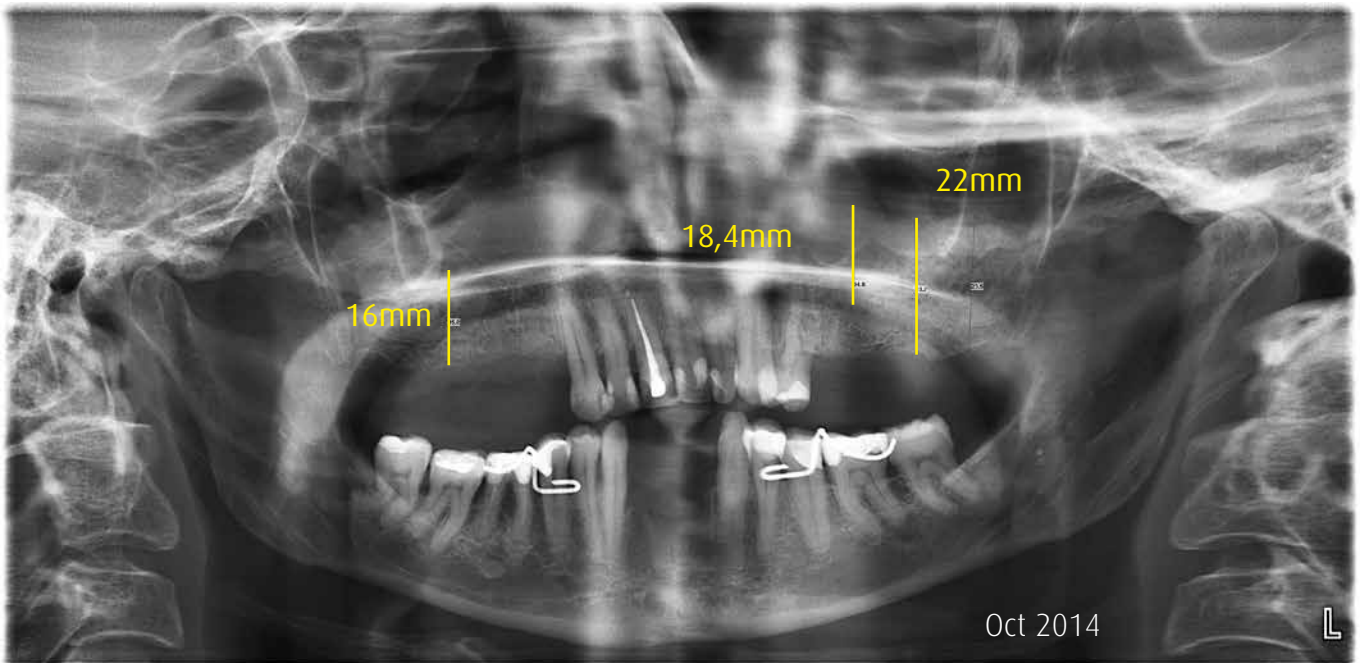


Coupes dental scanner mettant en évidence la faible hauteur d'os sous le sinus maxillaire



Le maintien du volume osseux peut être observé sur les sites greffés

Un double sinus lift par abord latéral est alors réalisé, en utilisant le même matériel de comblement, que pour les extractions : DFDBA particulé 300-500 µm et concentrés plaquetaires.



Avant Sinus Lift

Après Sinus Lift

Radiographies à 6 mois après sinus lift démontrant une hauteur osseuse de 14 mm de chaque côté. Le gain significatif de hauteur osseuse permet désormais la mise en place d'implants

Après cicatrisation, un scanner est réalisé afin de déterminer le volume osseux et les implants qui seront mis en place.



Scanner pré-implantaire avec guides radiologiques.

Les implants ont ensuite pu être placés.



Radiographie panoramique démontrant la position des implants.

Après la période d'ostéo-intégration des implants de 5 mois, une prise en charge prothétique pu être réalisée compte tenu des exigences esthétiques de la patiente et de sa volonté de restaurer de manière durable les restaurations présentes dans le secteur postérieur.

Pour se faire, des couronnes emax ont été réalisées dans le secteur esthétique du maxillaire supérieur ainsi que sur la 34 qui présentait un délabrement conséquent.

Une occlusion harmonieuse a pu être rétablie grâce à la confection d'overlays sur les molaires mandibulaires postérieures. Quant à la 46, son pronostic étant mitigé, la solution choisie était la temporisation à l'aide d'une couronne provisoire en résine.

La patiente souhaite conserver ses canines supérieures intactes malgré le fait que la teinte de celles-ci est plus saturée.



Photographie des préparations coronaires et des piliers implantaires (défaut important en gencive attachée au niveau des 32-42 qui sera géré par adjonction de fausse gencive en céramique)

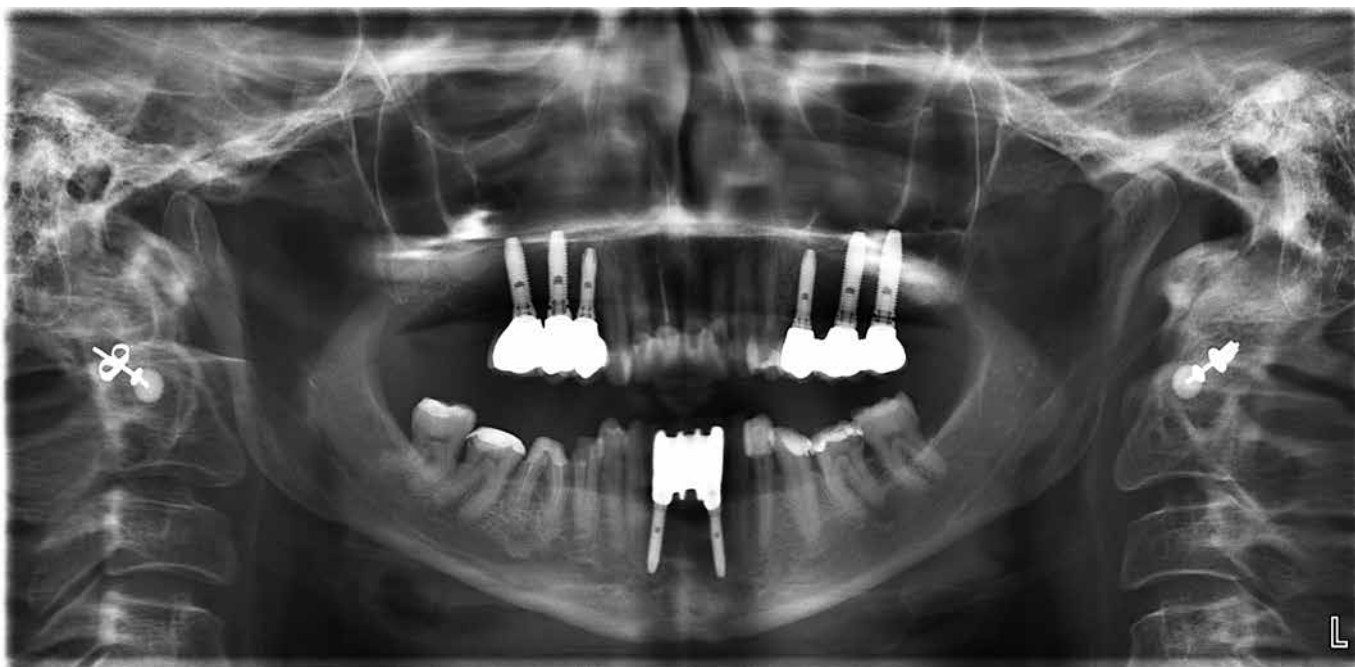


Photographie lors du placement. La gestion du triangle noir inesthétique est réalisée par un positionnement plus apical des points de contacts et la réalisation d'un profil d'émergence des couronnes permettant la maturation de la papille.



Contrôle à 3 mois.

Une maturation progressive de la papille inter-incisive peut être observée



Rx de contrôle à 8 mois



Bibliographie

- 1 Covani U, Ricci M, Bozzolo G, Mangano F, Zini A, Barone A. Analysis of the pattern of the alveolar ridge remodelling following single tooth extraction. Clin Oral Implants Res. 2011 Aug; 22(8):820-5.
- 2 Araújo MG, Lindhe J. Dynamics of bone tissues formation in tooth extraction sites. An experimental study in dogs. J Clin Periodontol 2003; 30:809-818
- 3 Bartee BK. Extraction site reconstruction for alveolar ridge preservation. Part 1: Rationale and materials selection. J Oral Implantol 2001;27:187-93.
- 4 Van der Weijden F, Dell'Acqua F, Slot DE. Alveolar bone dimensional changes of post-extraction sockets in humans: a systematic review. J Clin Periodontol. 2009 Dec;36(12):1048-58
- 5 Vignoletti F, Matesanz P, Rodrigo D, Figuero E, Martin C, Sanz M. Surgical protocols for ridge preservation after tooth extraction A systematic review. Clin Oral Implants Res. 2012 Feb;23 Suppl 5:22-38.
- 6 Bert M, Missika P. Les clés du succès en implantologie. Prévenir les complications et les échecs. Rueil-Malmaison : CdP, JPIO. 2009.
- 7 Horváth A, Mardas N, Mezzomo LA, Needleman IG, Donos N. Alveolar ridge preservation A systematic review. Clin Oral Investig. 2013 Mar;17(2):341-63.
- 8 Tan WL, Wong TL, Wong MC, Lang NP. A systematic review of post-extraction alveolar hard and soft tissue dimensional changes in humans. Clin Oral Implants Res. 2012 Feb;23 Suppl 5:1-21.
- 9 Feuille F et al. Clinical and histological evaluation of bone-replacement grafts: freeze-dried bone allograft. Int J Periodontics restorative dent 2003
- 10 Lane JM. Bone graft substitutes. West. J. Med 1995
- 11 Marx RE, Carlson ER, Eichstaedt RM, Schimmele SR, Strauss JE, Georgeff KR. Platelet-rich plasma: Growth factor enhancement for bone grafts. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998 Jun;85(6):638-46.
- 12 Dohan DM, Choukroun J, Diss A, Dohan SL, Dohan AJ, Mouhyi J, Gogly B. Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate Part I: technological concepts and evolution. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006 Mar;101(3):e37-44
- 13 Choukroun J, Diss A, Simonpieri A, Girard MO, Schoeffler C, Dohan SL, Dohan AJ, Mouhyi J, Dohan DM. Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate Part IV: clinical effects on tissue healing. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006 Mar;101(3):e56-60.
- 14 B.Baniasadi, L. Evrard. Alveolar Ridge Preservation After Tooth Extraction with DFDBA and Platelet Concentrates: A Radiographic Retrospective Study. The Open Dentistry Journal, 2017, 11, 3-16
- 15 Pjetursson BE, Lang NP. Sinus floor elevation utilizing the transalveolar approach. Periodontol 2000. 2014 Oct;66(1):59-71. doi: 10.1111/prd.12043.

Nobel Biocare Benelux Symposium

21-22 septembre 2017

MECC Maastricht



Connecting
innovations
Réservez votre
place!

Où l'innovation prend vie

Des experts internationaux, un programme interactif dans un endroit attractif font du symposium de Nobel Biocare Benelux un événement incontournable pour les professionnels dentaires. L'accent est mis sur l'élargissement des options de traitement ainsi que la simplification du flux de travail pour une temporisation plus courte et accroître le confort du patient.

Au cours de deux journées remplies de conférences, de masterclasses et de workshops, vous obtiendrez une compréhension approfondie et pratique des sujets de votre choix et développerez vos compétences afin de traiter toujours mieux davantage de patients.

Réservez votre place! 02/467 41 90

Découvrez le programme complet sur
nobelbiocare.com/benelux-symposium



Parmi les experts
internationaux sur scène:



Dr. Roland Glauser

Expert de l'intégration tissulaire et de ses protocoles cliniques, il vous guidera à travers **la dentisterie numérique du futur**.



Dr. Chandur Wadhvani

Chercheur reconnu mondialement, il abordera des sujets controversés tels que **la cimentation sur implants** et la **stérilisation des composants implantaires**.



Dr. Bernard Touati

Co-inventeur du **concept On1**, il présentera l'importance de la **biologie sur implants** et l'influence de celle-ci sur le résultat à long terme aboutissant à ce concept.



Prof. Paulo Malo

Concepteur du **traitement All-on-4®**, il présentera l'évolution de ce concept: **nouveaux implants, nouvelles techniques chirurgicales**.





Dr E. Binhas

Gestion du cabinet : adoptez un comportement de chef d'entreprise

Aujourd'hui, les médias nous submergent d'informations alarmantes. Dans le contexte actuel, je vous suggère de moins vous préoccuper de l'actualité ! En effet, ce climat délétère affaiblit nos efforts de dentistes. Pour contrer cette morosité ambiante, nous devons nous comporter comme de véritables chefs d'entreprise de santé. C'est indispensable pour répondre aux nouvelles exigences avec efficacité. En effet, même votre entreprise, quelle que soit sa taille doit respecter en fin d'année les objectifs financiers fixés en début d'exercice. Et pour cela, votre cabinet dentaire a besoin d'une gestion appropriée. Aussi je vous recommande de réaliser un plan financier qui soit la traduction chiffrée de vos objectifs personnels de revenus, de temps de travail et de qualité de soins.

De nombreux praticiens, préoccupés par des problèmes quotidiens, délaissent parfois certains éléments financiers pourtant essentiels. Beaucoup se contentent d'une gestion à posteriori. Ce mode de fonctionnement ne permet pas d'optimiser votre pratique. Vous ne devez pas vous baser sur les données du passé. Comme vous le savez, **gérer c'est prévoir**. Une bonne gestion n'est pas incompatible avec la qualité des soins. Bien au contraire, elle est devenue une condition de cette qualité.

Votre attitude de chef d'entreprise en tant que praticien, doit être orientée vers l'organisation et ses résultats. Vos priorités sont de l'ordre de la stratégie : déterminer les objectifs, programmer et fixer des budgets, donner la marche à suivre, préciser les étapes et vérifier leur bonne exécution... Quant à **votre rôle de Manager**, il est loin d'être négligeable : gestion des personnes et des ressources, souci de promouvoir la participation de chacun, sens des relations humaines, pilotage de projets, esprit d'entreprise et innovation. Si vous êtes « celui qui entraîne derrière lui », vous serez capable de susciter la confiance et la cohésion.

« Le management, ce n'est pas un art, c'est une discipline. »

Pour être efficace en tant que chef d'entreprise vous devez adopter trois rôles : gestionnaire de votre cabinet pour la vision à long terme, manager et clinicien.

D'autre part, il est primordial de verrouiller en amont votre gestion d'activité. C'est grâce à cela, que vous pourrez prendre les décisions stratégiques de votre carrière.

De nos jours, la gestion est vraiment une condition indispensable pour préserver des soins de qualité. Il est certain qu'attendre le mois de décembre pour examiner vos résultats est un non-sens ! En revanche, vous serez beaucoup plus serein si vous vous imposez la discipline de comparer chaque mois les indicateurs de vitalité de votre cabinet. C'est essentiel : chiffre d'affaires, dépenses, mais aussi nombre de patients en insistant sur le ratio des nouveaux, nombre d'heures travaillées, nombre et valeur des plans de traitements proposés, et acceptés... Prévoyez aussi, par exemple, une réunion mensuelle sur votre gestion et l'évolution de vos actions.

Évitez les discussions « entre deux portes », soyez simple, allez à l'essentiel. À l'heure actuelle, grâce à la technologie, il est possible de rationaliser l'organisation de nos entreprises. En effet, des logiciels permettent une gestion prospective sous forme de ratios. Ces éléments vous donnent une estimation significative du profil de votre exercice. Bien sûr, cela ne vous dispense pas d'un effort de réflexion. Il est indispensable de savoir en permanence comment se porte votre cabinet. Faute de quoi, la stagnation est inévitable avec tout le stress que cela engendre. Mon credo est simple : **il faut connaître pour agir, et agir en toute connaissance de cause**. Car agir sans connaître, c'est comme plonger dans une piscine sans savoir s'il y a de l'eau : on peut mieux nager s'il y en a ! On peut subir des conséquences catastrophiques sur le long terme. Bien sûr, se former aux bases de la gestion d'entreprise est primordial, afin de prendre la décision adéquate au bon moment. L'objectif est de corriger ses erreurs dans le but d'optimiser son exercice. Pour cela, investissements et recrutements doivent être effectués à l'issue d'une réflexion structurée et non dans l'urgence. L'effort sera alors dérisoire par rapport aux résultats concrets obtenus.

Comme dans toute entreprise, **votre cabinet doit reposer sur des systèmes organisationnels performants**. Aucun ne doit être négligé car l'évolution de votre structure en dépend. Un dysfonctionnement au niveau d'un seul système peut entraîner le blocage de l'ensemble. Pour cela, prenez un temps de réflexion pour chacun de ces pôles. Avoir du recul sur vos différentes actions est toujours bénéfique. Le tableau suivant vous aidera à établir une situation actuelle de votre exercice en évaluant chaque système. Il vous permettra de vous projeter vers des objectifs d'amélioration durable pour l'an prochain. Socrate nous donne la clé du problème : **« Connais-toi toi-même »**. En effet, mieux connaître votre activité vous aidera à obtenir une meilleure acceptation des traitements par vos patients. Vous serez stupéfaits de l'étendue des résultats obtenus grâce à une attitude d'anticipation et non plus de gestion comptable. L'enjeu est essentiel dans un environnement qui évolue sans cesse. L'immobilité est bien plus risquée que le mouvement vers une gestion rationnelle et contrôlée de votre exercice.

L'absence d'un système performant de gestion vous empêche d'atteindre le plein potentiel de vos actions. C'est pourquoi, souvenez-vous que le projet principal de la gestion est l'amélioration du fonctionnement et des performances des organisations. L'impact d'un cabinet géré efficacement est considérable. Ainsi, une bonne gestion passe par la maîtrise des coûts, par la prévision des dépenses et des recettes et par le contrôle du bon usage des finances du cabinet mais aussi par le contrôle des tableaux de bords d'activité liés à l'exercice dentaire. Aujourd'hui, la sécurité financière, l'éthique, la bonne gouvernance et la transparence ont été renforcées par diverses législations. Il n'est donc plus possible de croire que le cabinet puisse s'affranchir des règles de gestion.

Voici le parallèle entre le cabinet dentaire et l'entreprise :

CABINET DENTAIRE

1 Formation

- Culture professionnelle large
- Observation d'autres domaines

2 Stratégies de communication

- Faire savoir ce que l'on propose
- Bouche à oreille
- Plaquettes, argumentaire, fiches d'information

3 Présentation des projets de traitement +Devis

4 Production

- Soins / traitements

5 Encaissements

6 Qualité du Service en Dentisterie (OSO)

- Conférence post-traitement

7 Ratios

- Tableaux de bord

ENTREPRISE

1 Recherche & Développement

- Etudes de marché
- Clients potentiels
- Recueils des besoins
- Produits adaptés

2 Communication

- Publicité
- Promotion
- Voir les effets, mesurer le retour

3 Commercial

4 Production

5 Comptabilité / Facturation - Encaissements

6 Qualité / Service Après Vente (SAV)

7 Contrôle de gestion

- Evaluer le retour sur investissement

Respecte vos
besoins.
Aujourd'hui et
demain.

NOUVEAU



PEOPLE HAVE PRIORITY



Le nouvel Implantmed de W&H

Répond parfaitement aux besoins
des chirurgiens-dentistes et
des implantologues !

Les besoins évoluent. L'Implantmed de
W&H aussi : la commande au pied sans
fil, le moteur LED+ et le module W&H
Osstell ISO sont donc disponibles en
option. Une mise à niveau à tout moment
pour aujourd'hui et pour demain !

implantmed

Formation
Continue

SOMMAIRE FORMATION CONTINUE

| | | |
|----|-------------------------------|-------------|
| 52 | SUTURES | 16/09/2017 |
| 53 | PÉDODONTIE | 23/09/2017 |
| 54 | DOULEURS ORO-FACIALES | 29/09/2017 |
| 55 | FULL DIGITAL | 07/10/2017 |
| 56 | RÉANIMATION | 09/10/2017 |
| 57 | PROTHÈSE IMPLANTAIRE | 19/10/2017 |
| 58 | LA DENT FÊLÉE | 18/11/2017 |
| 59 | RADIOPROTECTION | 02/12/2017 |
| 60 | PEER-REVIEW | 02/12/2017 |
| 61 | DENTISTERIE DIGITALE 1 | 4-5/12/2017 |
| 62 | DENTISTERIE DIGITALE 2 | 06/12/2017 |

Les sutures

Samedi 16 septembre 2017

De 9h à 13h

Maison des Dentistes - Bruxelles

Accrédité sous le N°33508 20 UA dom. 6 - Formation continue 180 min.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

**Un workshop qui vous apprendra les sutures sous toutes les coutures !
Un fil, une aiguille, un porte-aiguille, vous voilà prêt(e) à réaliser les points les plus sophistiqués...**

Après un résumé sur les différents types de plaies que l'on peut rencontrer dans notre pratique courante en chirurgie dentaire nous parlerons des caractéristiques des fils de suture, et lesquels utiliser en fonction des plaies. Puis les techniques de suture vous seront exposées avant de passer vous-mêmes à vos porte aiguilles pour nous démontrer combien vous mettez parfaitement la théorie en pratique. Le matériel de suture et les fils vous seront fournis mais si vous le souhaitez, vous pourrez apporter votre propre matériel.

- Point simple
- Point de Blair Donati
- Point en croix
- Surjet passé
- Surjet arrêté
- Point inversé
- Surjet endermique



Dr Cyrille VOISIN

- Docteur en Médecine, (ULB 2004)
- Licencié en Sciences dentaires, (ULB 2007)
- Spécialiste en Stomatologie (ULB 2009)
- Spécialiste en Chirurgie Maxillo-Faciale (ULB 2011)
- Consultant CHU Erasme ; Chef de service adjoint Hopital Ixelles et consultant
- Hopital Baron Lambert. Pratique privée à Bruxelles

Membre ordinaire
220 €*

Non membre
310 €*

(*) avant le 24 août

Pédodontie

Samedi 23 septembre 2017

De 9h à 17h30

Cercle de Wallonie - Namur

Accréditation 33148 - 33149 - 33150 - 33763 40 UA dom 5 - Formation continue 360 min.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Au cours de cette journée consacrée à la pédodontie, nous aurons le plaisir d'écouter 3 oratrices ayant des pratiques exclusives dans le domaine de la médecine dentaire pédiatrique : Madame Dursun, Maître de conférences, qui a une activité clinique à l'Université Paris Descartes, Madame Joana De Carvalho, Docteur en Sciences Dentaires, qui a une activité clinique à l'UCL et Madame France Foucher, Chef de Clinique Adjoint à l'Université de Liège. Nos oratrices parleront des concepts modernes de diagnostic et de contrôle de la maladie carieuse y compris l'évaluation de l'activité carieuse de l'individu ainsi que de son risque carieux. Les anomalies de structures dentaires, leurs conséquences, les objectifs de traitement et leurs prises en charge seront également abordés. Les exposés balayeront l'ensemble des traitements de la dent temporaire en décrivant, sur base de la littérature, les caractéristiques des matériaux employés et en les illustrant au travers de nombreux cas cliniques. Nous espérons que cette journée permettra, dans l'ensemble, de vous éclairer sur l'approche préventive des lésions débutantes jusqu'au traitement des lésions plus avancées, y compris les traitements endodontiques.



Pr Elisabeth DURSUN

- Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier en Odontologie Pédiatrique
- Université Paris Descartes, Montrouge),
- Hôpital Albert Chenevier (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Créteil)
- Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris



Dr Joana Christina DE CARVALHO

- Diplômée en médecine dentaire de l'Université Fédéral de Goiás, Brésil en 1978.
- Maîtrise en Médecine dentaire pédiatrique accordée par l'Université de São Paulo, Brésil en 1981. Doctorat en Sciences dentaire – Cariologie - délivré par l'Université de Copenhague, Danemark 1992.
- Chef de Clinique associée à l'EMDS UCL et chercheur qualifié



France FOUCHER

- Licenciée en Science Dentaire ULg
- Pédodontie exclusive, pratique privée et hospitalière dans le service de dentisterie conservatrice, endodontie et pédodontie du Professeur Sabine Geerts, Policliniques Brull, Liège

Membre étudiant
50 €*

Jeune membre
120 €*

Membre ordinaire
240 €*

Non membre
350 €*

(*) avant le 24 août

Douleurs oro-faciales

Vendredi 29 septembre 2017

De 9h à 17h

Maison des Dentistes - Bruxelles

Accréditation demandée 30 UA dom. 7 & 33247 10 UA dom 1. - Formation continue 360 min.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Nouvelle formule - Une journée complète - Plus d'exercices pratiques

Les "douleurs" oro-faciales ne sont pas neuves mais leurs causes sont peut-être un peu trop souvent mal définies et donc fréquemment mal prises en charge.

Ces causes peuvent tout aussi bien provenir d'un dysfonctionnement au niveau de la tête que du cou.

Une journée complète de formation permet, de dominer la physiologie/physiopathologie de ces causes et ainsi d'être à l'aise face aux plaintes du patient.

Douleurs dentaires atypiques, douleurs et dysfonctionnements des ATM, douleurs buccales, certaines otalgies, différents types de céphalées et d'algies de la face,...peuvent être liées à une sur-activité maxillo-faciale, à une irritabilité du trijumeau voire un dysfonctionnement au niveau de la colonne cervicale supérieure.

Aborder la "mécanique" du système manducateur, de la colonne cervicale, de la gestion du tonus musculaire (les muscles de la mâchoires sont proportionnellement les plus puissants du corps) et de la neurologie (principalement le trijumeau) commune à ces systèmes vous aidera dans cette approche.

Une étude théorique approfondie de ces systèmes permettra ensuite d'aller en profondeur dans la partie pratique de cette formation. Cette expertise vous permettra par une bonne anamnèse et un examen clinique approprié de confirmer vos hypothèses et proposer une prise en charge efficace à votre patient.

Le dentiste est avec le médecin généraliste en première ligne pour mettre en évidence l'origine de ces plaintes très fréquentes.

Le but de cette formation est de les aider dans cette démarche.



Marc **RENGUET**

- Kinésithérapeute.
- Spécialiste en kinésithérapie maxillo-faciale, vestibulaire et HMTC
- Initiateur du concept HMTC (Harmonisation Myotensive de la Tête et du Cou).
- Coordinateur de la formation HMTC pour kinésithérapeute, traitant de toutes ces pathologies.
- Travaille dans un centre pluridisciplinaire dans la gestion de ces pathologies, à Louvain-La-Neuve.

Membre ordinaire
300 €*

Non membre
400 €*

(*) avant le 29 août



Samedi 7 octobre 2017

De 9h à 17h30

Bell - Bruxelles

Accréditation 33362 20 UA dom 6, 33361 20 UA dom 7 - Formation continue 360 min.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Impossible de l'ignorer, l'ère du numérique est déjà bien implantée dans notre quotidien et ne cesse de modifier nos habitudes et notre mode de vie.

Les changements notoires sont nombreux. La relation avec les banques, la recherche d'information, les contacts avec de plus en plus d'opérateurs et fournisseurs... en sont devenus des passages obligés.

Dans notre profession les changements sont déjà bien perceptibles depuis plusieurs années.

Les récentes annonces de l'Inami concernant MyCareNet, e-Healthconsent, e-Fact, Recip-e, e-Attest, e-DMG... sont sans équivoque.

Dans cet univers virtuel, la révolution 3D évolue à grands pas et modifie remarquablement notre quotidien de soignant : CBCT, CAD/CAM, scanners optiques, Smile Design® en sont des exemples évidents. C'est pourquoi, celui qui ne monte pas dans ce train en marche risque de s'isoler dans un futur proche.

La planification du traitement prothétique, le choix et la pose d'implants, l'impact de l'approche digitale sur les processus biologiques, la chirurgie guidée par ordinateur, les empreintes optiques et la conception prothétique assistée seront les sujets abordés par l'orateur de cette journée Full Digital Workflow.

Soyez des nôtres pour évoluer dans la dentisterie digitale, qui est notre futur incontournable. Il est primordial d'ouvrir nos esprits et nos pratiques à ces nouveaux acquis.



Pr Luciano **RETANA**

- DDS Universidad Latina de Costa Rica 2005,
- Spécialité en prothèse Université de Buenos Aires, Argentine en 2008,
- CCAD en Implantologie à l'Université de New York 2012.
- Conférencier international dans les domaines de la mise en charge immédiate, la chirurgie assistée par ordinateur, les implants dans la zone esthétique, la régénération osseuse guidée et l'occlusion.

Membre étudiant
50 €*

Jeune membre
120 €*

Membre ordinaire
240 €*

Non membre
350 €*

(*) avant le 7 septembre

Réanimation

9 octobre 2017

De 9h à 16h

County House - Bruxelles

Accréditation n° 33841 - 40 UA dom 1 - Formation continue 6 heures.

Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Réanimation cardio-respiratoire

OBJECTIF : Former les participants à la technique de réanimation cardio-pulmonaire et à l'usage adéquat d'un défibrillateur externe semi-automatique. RECONNAISSANCE : Une attestation de suivi peut être délivrée à la demande.

DESCRIPTIF : En accord avec les recommandations européennes (European Resuscitation Council) et internationales (International Liaison Committee on Resuscitation), le participant apprendra à : approcher une victime ; contrôler les fonctions vitales (conscience, respiration, circulation); utiliser un défibrillateur externe semi-automatique; libérer les voies respiratoires, pratiquer le bouche à bouche et les compressions thoraciques externes ; surveiller la victime dans l'attente des secours médicalisés.

METHODOLOGIE : Pour des groupes restreints (15 personnes maximum) ; apprentissage par étape au moyen d'un mannequin de réanimation et d'un défibrillateur d'entraînement ; fait appel à la pédagogie active et utilise pour ce faire des mises en situations d'accidents simulés et des exposés interactifs.



Frédérique **HEIM**

- Licenciée en kinésithérapie ULB
- Coordinatrice pédagogique
- Formatrice de secourisme destiné aux professionnels de la petite enfance



Laia **UBEDA GONZALO**

- Formatrice en secourisme depuis 2 ans
- Licence en traduction et interprétariat
- Gestion clientèle & production dans le secteur privé

Membre ordinaire
200 €*

Non membre
300 €*

(*) avant le 9 septembre



19 octobre 2017

De 9h à 17h30

Solaris - Bruxelles

Accréditation n° 33781 - 40 UA dom 7 - Formation continue 6 heures.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Vous avez déjà réalisé quelques réhabilitations simples sur implants, mais vous hésitez à vous lancer dans des cas plus complexes ? Ce workshop est fait pour vous !

Au programme :

Théorie

Réhabilitation implantaire unitaire en zone maxillaire antérieure, analyse des facteurs de risques, lecture du Cone Beam (D. Eycken)

Pratique

Empreinte avec transfert adapté (G. Lescrenier)

Théorie

Le patient totalement édenté, arbre décisionnel, planification des cas de prothèse amovible (D. Eycken)

La prothèse amovible complète sur attachements Locator (G. Lescrenier)

Pratique

Locator, solidarisation sur table avec modèles Straumann (G. Lescrenier)

Théorie

Le patient totalement édenté, arbre décisionnel, planification des cas de prothèse fixe (D. Eycken)

Pratique

Test de Sheffield, solidarisation des transferts full arch (G. Lescrenier)

Théorie

Maintenance et complications, discussion et analyse de cas cliniques (D. Eycken, G. Lescrenier)



Didier EYCKEN

- Dentiste LSD - DG, UCL 1988
- Post-gradué en Prothèse Dentaire, UCL 1991
- Diplômé Universitaire en Parodontologie, Lille II 1995
- Certificate of Periodontics New York University, 1997
- Attestation Universitaire d'Implantologie, Paris VII 1999
- Fellow International Team for Implantology
- Past President de la Société de Médecine Dentaire a.s.b.l.



Gauthier LESCRENIER

- Licencié en Science Dentaire (UCL 2006)
- Mercator Université de Montréal (UDEM 2006)
- DES en Prothèse Dentaire (DACS UCL 2009)
- DU d'Implantologie Orale (Université de Marseille 2011)
- Pratique libérale Prothèse-Implantologie à Auderghem

Membre ordinaire
450 €*

Non membre
590 €*

(*) avant le 19 septembre

La Dent Fêlée

18 novembre 2017

De 9h à 17h30

Dolce - La Hulpe

Accréditation demandée 40 UA dom 4 - Formation continue 6 heures.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

“J’ai mal à la dent en relâchant la pression”.

La dent incriminée par le patient, peut être fêlée ou fracturée : comment savoir ?

Que faire et quels examens réaliser ?

Peut-on sauver la dent et à quelles conditions ?

Faut-il couronner d’office ou le collage peut-il suffire ?

Et puis surtout, aurait-on pu prévenir le problème ?

Les conférenciers, Jan BERGHMANS, Tommy ROCCA et Carlo MASSIMO SARRATI présenteront des solutions simples à cette problématique qui semble souvent très complexe.

Casser le code des dents fêlées - Jan BERGHMANS

Le syndrome de la dent fêlée au niveau coronaire - Tommy ROCCA, Carlo Massimo SARRATI



Jan BERGHMANS

- Lic. En Sc. Dentaire VUB 1983
- Anc. Président de la Flemish Society for Endodontology
- Membre certifié de l’ESE
- Pratique privée limitée à l’endodontie à Bruxelles
- Conférencier international



Tommy ROCCA

- Docteur en odontologie - Univ. de Pavia en Italie 2001
- License en Médecine dentaire – Univ. de Genève 2004
- Thèse de doctorat à Genève dirigée par le Dr Dietschi (2010)
- De 2005 à 2009, Spécialisation en médecine dentaire esthétique micro invasive
- Chef de Clinique à l’Univ. de Genève
- Pratique privée de spécialiste en esthétique et restaurations adhésives.



Carlo Massimo SARRATI

- Médecin Dentiste Univ. De Florence 2011
- Master d’études avancées en médecine dentaire esthétique et micro-invasive à l’Université de Genève 2016
- Doctorat en médecine dentaire 2016
- Recherche sur les matériaux composites renforcés avec fibres de verre pour la restauration des dents dévitalisées.
- Publications internationales
- Pratique privée en tant que spécialiste en esthétique et restaurations adhésives

Membre étudiant

50 €*

Jeune membre

120 €*

Membre ordinaire

340 €*

Non membre

450 €*

(*) avant le 18 octobre

Radioprotection



2 décembre 2017

De 9h à 12h30

Blue Point - Bruxelles

Accréditation n° 33425 - 20 UA dom 3 - Formation continue 3 heures.

Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Profitez de cette matinée pour remettre à jour vos connaissances en radioprotection et être ainsi en règle vis-à-vis de l'AFCN, de l'INAMI et de l'accréditation...

La formation se concentrera sur la mise en évidence des différents principes de base de la radioprotection et de la protection des patients contre le danger des radiations ionisantes.

Les notions de base et les règles de bonnes pratiques spécifiques à la pratique de la Médecine Dentaire feront l'objet d'une mise en perspective dans le contexte médical et social actuel.

L'impact des radiations ionisantes (rayonnements X) pour le personnel soignant et pour les patients en dentisterie sera étudié au travers des concepts de la radiobiologie et des nouvelles avancées scientifiques en la matière.

L'utilisation des nouvelles technologies (CT, intra-oral mobile,...) sera discutée du point de vue de la radioprotection et de la protection du patient. L'augmentation des doses délivrées, de part la modification des paramètres d'irradiation ou de la position du personnel, sera mise en corrélation avec les moyens de protection disponibles sur le marché.

Les conséquences de la publication, prévue pour 2018, du nouvel arrêté royal révisant l'arrêté royal du 20 juillet 2001 portant « règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants » seront présentées dans le cadre spécifique de la médecine dentaire.

L'importance des autorisations d'utilisation des rayons X à des fins de diagnostic dentaire et des formations continues sera réprécisé.



Thomas **DUPUIS**

Après une thèse de doctorat en sciences physiques dans le domaine de la spectroscopie nucléaire à l'IPNAS (ULg), Thomas Dupuis a bifurqué en passant de la recherche à la technique. Suite à une expérience internationale au sein de la société Canberra, spécialisée dans l'instrumentation nucléaire, il est venu renforcer le service du SUCPR pour ses missions de contrôle physique en avril 2014. Depuis lors, il est devenu expert qualifié en contrôle physique pour les installations classe 2a, 2 et 3 de l'Université de Liège et du CHU de Liège.

Membre étudiant

50 €*

Jeune membre

70 €*

Membre ordinaire

150 €*

Non membre

210 €*

(*) avant le 2 novembre



Peer Review

Samedi 2 décembre 2017

De 14h à 17h 15

Blue Point - Bruxelles

Durée 180 min.

Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Deuxième session de peer-review de l'année 2017.
Veuillez choisir 2 sujets parmi les séries 1 à 5 et 6 à 10.

| N° | Sujet | N° | Sujet | Modérateur |
|----|---|----|---|--------------|
| 1 | Exercer seul ou en pratique de groupe ? | 6 | Gestion de l'agenda | B. GONTHIER |
| 2 | Trucs & Astuces | 7 | Trucs & Astuces | Ph. RIETJENS |
| 3 | Gestion de la douleur | 8 | Et si on se facilitait la vie professionnelle ? | P. BOGAERTS |
| 4 | Prothèse sur implant | 9 | Esthétique | M. NACAR |
| 5 | Gestion des rendez-vous manqués | 10 | La gestion de l'urgence | B. SCALESSE |
| | | | | |
| | | | | |

Membre étudiant

-

Jeune membre

70 €*

Membre ordinaire

120 €*

Non membre

190 €*

(*) avant le 2 novembre



Dentisterie Digitale 1

4-5 décembre 2017

De 9h à 17h

Bruxelles

Accrédité sous les N° 33836, 33838, 33928, 33929 - 20 UA dom 2, 60 UA dom 7 - Formation continue 12 heures.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Testons le CAD-CAM ensemble durant 2 jours !

Afin d'évoluer dans notre monde digital actuel, la théorie est inévitable mais les essais sont indispensables. Que ce soit pour l'achat d'une voiture, d'un ordinateur ou d'un smartphone, le client va se renseigner sur internet, lire des avis sur des forums, acheter des revues dédiées avant de limiter son choix et sans doute, faire un test.

" Venez essayer notre nouvelle voiture lors du salon de l'automobile "...

" Venez tester avec nous différents systèmes d'empreinte optique "...

afin de mieux comprendre la technologie, d'y voir plus clair dans le pléthore de systèmes disponibles et d'éventuellement tester ces technologies en direct sur patient !

Jour 1 : principes de bases en dentisterie digitale, introduction aux différents technologies comme les empreintes optiques, principes d'ergonomie sur différents systèmes.

Jour 2 : formation pratique en petit groupe pour apprendre les principes de conception, de design et d'usinage (CAD/CAM) de restaurations au sein du cabinet dentaire, avec des exercices individualisés.



Bart **VANDENBERGHE**

- Docteur en science dentaire KUL
- Master en imagerie médicale
- Membre du Conseil Central de l'Académie Européenne de Radiologie Dentomaxillofaciale
- Radiologue dentaire à d'Advimago



Bertrand **LAMBERT**

- Licencié en Science Dentaire : UCL 2004
- DES en Prothèse Dentaire : UCL 2007
- Consultant externe service de Prothèse : UCL depuis 2007
- Pratique privée
- Président de la Commission Scientifique de la SMD depuis 2015



Judith **LESSIRE**

- Licenciée en Science Dentaire : UCL 2002
- DES en Prothèse Dentaire : UCL 2005
- Consultante externe service de Prothèse : UCL de 2005 à 2016
- Pratique privée

Membre étudiant
650 €*

Jeune membre
650 €*

Membre ordinaire
650 €*

Non membre
790 €*

(*) avant le 4 novembre

Dentisterie Digitale 2

6 décembre 2017

De 9h à 17h

Bruxelles

Accrédité sous 33839 40 UA dom 7 - Formation continue 6 heures.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Testons le CAD-CAM ensemble durant 2 jours !

Afin d'évoluer dans notre monde digital actuel, la théorie est inévitable mais les essais sont indispensables. Que ce soit pour l'achat d'une voiture, d'un ordinateur ou d'un smartphone, le client va se renseigner sur internet, lire des avis sur des forums, acheter des revues dédiées avant de limiter son choix et sans doute, faire un test.

" Venez essayer notre nouvelle voiture lors du salon de l'automobile "...

" Venez tester avec nous différents systèmes d'empreinte optique "...

afin de mieux comprendre la technologie, d'y voir plus clair dans le pléthore de systèmes disponibles et d'éventuellement tester ces technologies en direct sur patient !

Jour 3 : formation pratique avancée avec focus approfondi sur les empreintes optiques (dent naturelle et implant), conception et fabrication de restaurations dans le cabinet avec exercices clinique en groupe de trois personnes et traitement LIVE sur patient.



Bart **VANDENBERGHE**

- Docteur en science dentaire KUL
- Master en imagerie médicale
- Membre du Conseil Central de l'Académie Européenne de Radiologie Dentomaxillofaciale
- Radiologue dentaire à d'Advimago



Bertrand **LAMBERT**

- Licencié en Science Dentaire : UCL 2004
- DES en Prothèse Dentaire : UCL 2007
- Consultant externe service de Prothèse : UCL depuis 2007
- Pratique privée
- Président de la Commission Scientifique de la SMD depuis 2015



Judith **LESSIRE**

- Licenciée en Science Dentaire : UCL 2002
- DES en Prothèse Dentaire : UCL 2005
- Consultante externe service de Prothèse : UCL de 2005 à 2016
- Pratique privée

Membre étudiant
600 €*

Jeune membre
600 €*

Membre ordinaire
600 €*

Non membre
730 €*

(*) avant le 6 novembre

STUDY

CLUBS

BRABANT WALLON

Lieu : Cliniques St Pierre à Ottignies

Av. Reine Fabiola 9 - 1340 Ottignies

Entrée par les urgences, suivre salle de conférence étage -2. Parking payant

Responsables : Christine VRANCKX - 02 354 21 90 - Jacques WALENS 02 522 70 95

Les soirées débutent à 20h00. Les conférences débutent à 20h30 précises et durent 90 minutes.

Petite restauration et verre de l'amitié avant et après la conférence.

Bientôt d'autres dates et sujets

BRUXELLES

Lieu : County House

Square des Héros 2-4 à Uccle

Accueil dès 19h45, début de la conférence à 20h15, petites restauration et verre de l'amitié après la conférence.

Parking délicat, préférez les transports en commun; Tram 4, 92 - Bus 38, 43

Responsables : Véronique FRANCO - 02 375 02 63 - Fabienne SIRAUULT - 02 534 45 58

3/10/2017 : Le laser en pratique quotidienne - D HEYSSELAER

5/12/2017 : Optimiser l'esthétique et le résultat à long terme des prothèses sur implants - PH ADRIAENSSENS

CHARLEROI

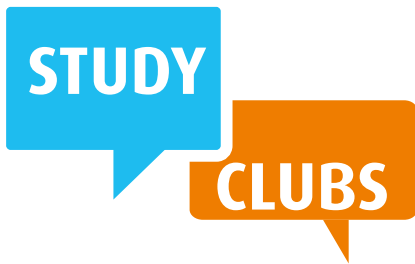
Lieu : Hôtel Charleroi Airport

Chaussée de Courcelles 115 6041 Gosselies - 071/ 25 00 50

Responsables : Didier BLASE - 071 35 68 02 - Sébastien JASSOGNE 071 32 05 17 - Xavier Leynen - 071 51 56 49

Les soirées débutent à 20h30 précises, accueil apéro dès 20h00. Petite restauration avant et après la conférence.

20/09/2017 : Et si nous réalisons un onlay ? - B LAMBERT



HAINAUT OCCIDENTAL

Lieu : Hôtel Cathédrale

Place Saint-Pierre 2 - 7500 Tournai

Responsables : Olivier DUMORTIER - Tél. : 056 34 65 85 - Nathalie SENGER - Tél : 056 33 73 55

e-mail : studyclubhainautoccidental@gmail.com

Accueil dès 19h30 avec sandwiches garnis et boissons. Début de la conférence à 20h00 précises.

21/09/2017 : Complications en Endodontie : anticiper, intercepter, gérer - P BOGAERTS

9/11/2017 : Comment gérer les érosions dentaires en Belgique en s'inspirant de l'expérience suisse ? - B LAMBERT

HUY

Lieu : FOURNEAU Ste ANNE

Rue E. Quique 6 à 4520 Vinalmont-Wanze

Responsables : Renaud Bribosia - 085 25 45 65 - Michel MINUTE - 019 33 03 53

Les soirées commencent à 20 h précises.

Repas offert sur réservation obligatoire au 085 25 45 65 au plus tard la veille.

Bientôt d'autres dates et sujets

LIÈGE

Lieu : Restaurant Marco Polo

Rue du Sart-Tilman, 343 - 4031 Angleur

Responsables : Nathalie DUPONT, Nathalie ROBERT, Julie OUDKERK 04 252 53 14, Deborah ROTH 0479 278 009

Accueil dès 19h45, conférence à 20h30.

21/09/2017 : Les droits du patient et la responsabilité médicale - P RÉMY-PAQUAY

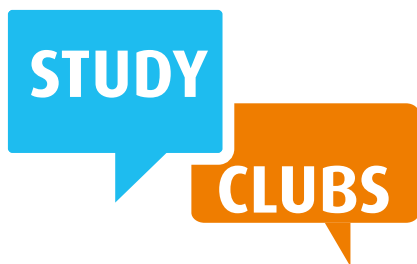
23/11/2017 : Le traitement des érosions dentaires - A VANHEUSDEN

ATTENTION

Votre présence au Study-Club est enregistrée par scanning du code barre de votre carte de membre ou d'une prescription.

Veillez toujours vous munir de ces documents.





MONS

Lieu : LA FONTAINE

Place du Parc 31 à Mons

Responsables : Benoît CAMBIER - 065 31 79 35 - Xavier LHOIR - 0474 21 09 47

Drink d'accueil dès 19h30, conférence à 20h précises, cocktail dînatoire avant et après la conférence.

14/09/2017 : Gnathologie - Dr PH. DUPAS

19/10/2017 : Radiologie - Ch. HUNIN

NAMUR

Lieu : Château de Namur

Avenue de l'Ermitage, 1 - 5000 Namur

Responsables : Olivier François - 081 46 20 33-Annabel Doumeng- 081 46 20 33

Les soirées débutent à 19h30, conférence à 20h30 précises, cocktail dînatoire à 22h00.

26/09/2017 : La pharmacopée au cabinet dentaire - P SZOTEK

21/11/2017 : L'éducation thérapeutique : une nouvelle approche de la parodontologie - M GABAI

VERVIERS

Lieu : Restaurant "Le Brévent"

Route d'Oneux, 77 B - 4800 Verviers

Responsables : Marthe THOMAS 087 31 35 99 • Kenton KAISER 087 67 52 25

Caroline HOEN 087 33 22 00 - Quentin PIRONNET

07/09/2017 : La stratification des composites - A PERCEVAL

07/12/2017 : L'indirect collé postérieur : repoussez vos limites - T HOLLAERT

Accréditation : nous vous rappelons que pour être pris en compte pour l'accréditation, vous devez être présent dès l'heure du début annoncée et rester jusqu'à la fin de la conférence.

L'INAMI est très strict à ce sujet, soyez prévoyants.

Accréditation demandée : 10 UA - Formation continue : 1h30 par SC. Les membres de la Société de Médecine Dentaire ont accès GRATUITEMENT aux SC (prière de vous munir de votre carte de membre). Le non-membre est le bienvenu au Study Club de sa région, moyennant le paiement d'une participation aux frais de **80 euros**. Toutefois, il est invité à annoncer sa visite à un des responsables du Study-Club concerné (sauf Brabant Wallon et Bruxelles), dont vous trouverez les coordonnées sur ces pages.

Infos Professionnelles

SOMMAIRE INFOS PROFESSIONNELLES

68 **SUR LE FEU !**

M DEVRIESE

69 **PRIME TÉLÉMATIQUE 2017**

M DEVRIESE

72 **DENTISTES RANÇONNÉS !**

M DEVRIESE

Sur le feu !

La saison des barbecues est là. Mais c'est d'un autre type de braises que je désire vous parler aujourd'hui : ce sont tous les dossiers « au charbon » qui font le quotidien de notre association.

On vous en parle généralement (trop) peu, car ce serait vous bombarder avec des « projets » (dont une part ne verra sans doute jamais le jour), des milliers de page à lire (qui donnent la migraine), des « études » dont le sérieux ou l'utilité nous laisse parfois songeurs, des délires ou fantasmes de la Presse généraliste ou mutualiste, de notre « travail de l'ombre »,...

La raison de notre retenue à ne pas vous entretenir de tout ce bla-bla est que vous êtes certainement déjà submergé d'informations que vous lisez peut-être. « Trop d'informations tue l'information » est un slogan qui existait déjà avant la percée d'internet.

Et ne parlons pas de la nuance entre information et communication. Du remplissage ou du buzz : quand la presse dite sérieuse parle de la longueur de la robe de Brigitte Macron ou des frasques de Nabila.

L'esprit de nos newsletters Dent@l-Infos (247 numéros déjà envoyés !) répond à cette volonté de ne pas vous embêter avec des futilités, des hypothèses ou des rumeurs.

Les dent@l-Infos, ce n'est pas de la 'comm. C'est l'INFO (et toute l'info) que nous considérons comme essentielle à tout dentiste. Qu'il se doit de capter.

Les archives sont en ligne si vous désirez les revoir : <http://www.dentiste.be/DisplayPage.aspx?pid=99>

Nous envoyons de temps des « digest » pour insister quelque peu...

**Si vous ne lisez
qu'une seule chose,
lisez les « Dent@l-Infos » !**



Cela n'empêche que nous traitons aussi des dizaines de dossiers qui avancent, qui traînent, qui sont bloqués, qu'il vaut mieux ne pas jeter sur la place publique, qui ne sont pas mûrs, etc.

Mais c'est sans doute bien aussi de vous faire savoir que nous suivons des dossiers « en cours ». Pas la peine de nous demander : « C'est sûr ? » ou « C'est pour quand ? »

- **Les hygiénistes.** Ce premier juin, une étape de plus a été franchie. On ne les appellera sans doute pas hygiénistes mais assistants en soins bucco-dentaires. Un bachelier de trois ans. Les premiers-premières ont débuté leur formation, depuis septembre, ... en Flandre. Et côté francophone ? No sé. Mais la SMD s'en occupe.
- **Tiers payant obligatoire ?** Un dossier au frigo.
- **La prescription électronique obligatoire** au 1^{er} janvier 2018 ? Un délai délirant. La SMD s'en occupe.
- **La TVA pour les cabinets de groupe ?** Brouillard en plein été. La SMD suit ce dossier.
- **Planification (Numerus Clausus) ?** Une saga inimaginable. La SMD essaye d'y mettre un zeste de bon sens.
- Arrêt de la **Cour de Justice de l'Union Européenne** à propos de **l'interdiction de publicité pour les soins dentaires ?** Une occasion unique de rouvrir ce dossier au frigo depuis 2011. La SMD s'y emploie.
- ...

Bref, la SMD ne dort jamais !

Vous bien, j'espère. Si vous avez envie de découvrir avec nous les coulisses où toutes ces choses se discutent, n'hésitez pas à vous y joindre : info@dentiste.be.



Un petit rosé avant le barbecue ?
M. D., le 2 juin 2017

Prime télématique 2017

Les critères sont connus

La e-Santé est en marche. Vous le savez. Les Autorités entendent la stimuler via des primes télématiques liées à l'utilisation effective des e-Services. Chaque année verra se compléter les critères à rencontrer.

Il est bien évident que ceci stimule aussi les priorités dans le développement de nouvelles fonctionnalités qui apparaissent au sein des « logiciels-métiers » (votre logiciel de cabinet).

La prime (800 EUR) est destinée aux dentistes, utilisateurs effectifs des e-Services, qui les utilisent via leur « logiciel-métier ».

L'utilisation des e-Services via les portails web ne donne pas droit à la prime.

De même pour l'utilisation des e-Services via les logiciels hospitaliers, car ceux-ci font l'objet d'un financement distinct.

6 critères ...

- 1° [Consultation de l'assurabilité \(MyCareNet\)](#)
- 2° Consultation des tarifs (MyCareNet)
- 3° Facturation électronique du tiers payant (e-Fac de MyCareNet)
- 4° [Recip-e](#)
- 5° Consultation du schéma de médication du patient
- 6° Utilisation de la eHealthBox.

1° et 4° étaient déjà des critères pour la prime 2016.

... mais minimum 4 à rencontrer, dont 2 obligatoires

Les critères 1° et 2° sont obligatoires pour 2017.

e-Fac ne peut être obligatoire, puisqu'il ne sera utilisé que par les praticiens facturant en tiers payant.

Chaque praticien satisfait aux critères complémentaires de son choix pour en atteindre quatre.

La balle dans le camp ... des firmes de logiciels

Aux firmes à intégrer au plus vite ces services dans les logiciels-métiers !!

10* logiciels ont intégré le **1° (assurabilité)**. 3767* dentiste en étaient déjà utilisateurs en ce début mai.

Par contre, seuls 4* logiciels ont intégré le **2° (tarif)**. Et ceci pour 859* dentistes qui y ont accès.

* : chiffres au 3 mai 2017

Pour vérifier l'évolution de votre propre logiciel par rapports aux e-Services MyCareNet, une page web est mise à jour chaque mois : <http://fra.mycarenet.be/sectoren2/dentistes/logiciels-agrees>

Le service **d'eHealthBox** vise à mettre à disposition de tous les acteurs de soins de santé une boîte aux lettres électronique leur permettant d'échanger des messages. Son usage est évidemment hautement sécurisé.

Son intégration dans le logiciel du cabinet en facilite grandement l'usage par rapport au portail web.

Il est bien évident que les données médicales n'ont pas à transiter par des boîtes mail ordinaires, non sécurisées. La eHealthBox est déjà largement intégrée dans les logiciels des médecins, avec succès.

L'intégration du critère 'consultation du **schéma de médication du patient**' montre que la e-Santé n'est pas uniquement là pour faciliter les flux administratifs. C'est un projet qui amène une réelle plus-value au niveau du suivi médical du patient : *le schéma de médication rassemble les informations standardisées sur la médication active d'un patient : les médicaments prescrits et non prescrits, leur posologie, leur indication, les instructions pertinentes pour l'utilisation et les renseignements supplémentaires éventuels. Via les réseaux de santé régionaux, les dispensateurs de soins ont accès à cette information.*

Précisions sur les critères

Il s'agit **toujours** d'une utilisation des e-Services **VIA** son « logiciel-métier » (logiciel de gestion du cabinet).

| Critères | | Obligatoire | Seuils |
|----------|---|-------------|---|
| 1° | Consultation de l'assurabilité (MyCareNet) | OUI | Le praticien qui n'a pas consulté l'assurabilité en 2016, devra effectuer au moins une consultation de l'assurabilité durant 2017. Le praticien qui a consulté l'assurabilité en 2016, devra effectuer au moins une consultation par mois pendant 6 mois calendrier durant 2017. |
| 2° | Consultation des tarifs (MyCareNet) | OUI | A partir du 1 ^{er} septembre 2017, le praticien de l'art dentaire doit effectuer au moins une consultation des tarifs durant chaque mois calendrier. |
| 3° | Facturation électronique du tiers payant (e-Fac de MyCareNet) | | A partir du 1 ^{er} septembre 2017, le praticien qui a porté en compte au moins 100 prestations en tiers payant, au moins 10% de ces prestations sont facturées en tiers payant de manière électronique. |
| 4° | Recip-e | | Le praticien transmet, à partir du 1 ^{er} juillet 2017, au moins 50 % de ses prescriptions de médicaments. Pour le calcul de ce pourcentage, il est uniquement tenu compte des prescriptions de médicaments remboursés par l'assurance des soins de santé. |
| 5° | Consultation du schéma de médication du patient | | Le praticien a lu au moins une fois un schéma de médication durant 2017. |
| 6° | Utilisation de la eHealthBox | | Le praticien utilise son eHealthBox au cours du dernier trimestre de 2017. L'utilisation de l'e-HealthBox est définie comme le téléchargement d'au moins un message par mois calendrier sur la période concernée. |

En **bleu**, les critères déjà présents en 2016.

4 critères doivent être rencontrés en 2017, avec obligatoirement 1° et 2°.

Rendez-vous à la rentrée de septembre

Les développeurs des firmes de logiciels n'auront pas beaucoup de vacances cet été pour intégrer tout cela. Nous ferons le bilan de cette intégration dans les différents logiciels à la rentrée.

IMPORTANT : Les critères doivent être rencontrés **dans la seconde partie de l'année :** à partir du 1^{er} septembre, dernier trimestre 2017, etc. Il y a donc lieu de s'y prendre à temps au niveau de son équipement logiciel pour satisfaire aux critères choisis.

À retenir

- La demande de la prime 2016 s'ouvrira en juillet 2017 et se fera via MyINAMI.
- La demande pour la prime 2017 se fera en 2018.
- Il est important de vérifier que le logiciel-métier que vous utilisez suive ce mouvement d'intégration des services de la e-Santé.

MD 25 mai 2017

Plus d'infos pour les [développeurs](#) des « logiciels-métiers » se trouvaient dans le Dent@I-Infos #247

Dentistes rançonnés !

NO MORE RANSOM!

Une nouvelle variété de virus informatique a fait son apparition il y a quelques années déjà :

le « **rançongiciel** ». Il s'agit d'un ver ou d'un trojan (trojan) qui crypte les fichiers de votre ordinateur, et exige une rançon pour vous fournir une (hypothétique) clé de décryptage.

Oh, ce n'est pas encore la grande épidémie chez les dentistes. Mais si on vous en parle, c'est que deux cas récents de confrères atteints nous ont montré la vulnérabilité et les conséquences très fâcheuses de ce type d'attaque pour un professionnel de santé.

Que se passe-t-il en cas d'infection ? Le rançongiciel crypte vos fichiers et répertoires personnels (documents, feuilles de calcul, images, etc.) ou bloque votre ordinateur.

Une demande de rançon s'affiche, exigeant le paiement de la rançon, généralement dans un délai court avant expiration de la clé de décryptage. Clé de décryptage dont vous n'avez aucune garantie de la recevoir.

Perte des images radiologiques

Si les 2 dentistes récemment attaqués ont pu réinstaller leur logiciel de gestion, avec les données des fichiers patients, il a bien fallu constater que toutes les images - dont les images radiologiques et photographiques - se retrouvaient cryptées.

Plus inquiétant encore : les systèmes de backup connectés à l'ordinateur avaient eux-aussi été cryptés.

La question secondaire - et légitime - que les dentistes posent à la SMD était les conséquences médico-légales de cette « perte ». Au-delà de la perte d'une part des données du fichier patient, quelles pourraient en être les conséquences en cas de contrôle INAMI ou du médecin-conseil d'une mutuelle demandant à examiner une radiographie ?

Il faut donc analyser cette perte de données informatiques sous trois aspects juridiques :

1. Perte de données constituant une part du **dossier des patients**. Les praticiens ont une obligation de préserver et conserver les données du dossier du patient. C'est la Loi relative aux Droits du patient qui précise en son article 9. § 1^{er}. *Le patient a droit, de la part de son praticien professionnel, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr.*
2. En cas de **problème médico-légal** (conflit avec un patient), une absence de dossier patient complet est très négative pour le praticien.
3. Il y a des exigences précises de l'**INAMI** de conservation des RX (2 à 3 ans).

Déposer plainte

Il est important - à plus d'un titre - de déposer plainte. Vous êtes victime d'une atteinte à vos biens au même titre qu'un vol, un incendie, etc. Le dépôt de plainte permet, dans une certaine mesure, de vous « justifier » vis-à-vis de tiers. Par ailleurs, le signalement permet d'attirer l'attention sur cette nouvelle criminalité qui atteint des données sensibles de e-Santé.

La Police fédérale comprend une Unité spécialisée dans les délits ICT, la Federal Computer Crime Unit :

<http://www.police.be/fed/fr/a-propos/directions-centrales/federal-computer-crime-unit>

Toutefois, pour les entreprises (dont vous êtes), un organe spécialisé existe : the Federal Cyber Emergency Team :

<https://www.cert.be/fr/signaler-un-incident.html>

Prévention

Il est illusoire de penser qu'en isolant son ordinateur de l'internet, on va se protéger efficacement. En fait, c'est tout le contraire. Car l'infection peut venir du moindre contact : une clé USB, un CD de mise à jour, ...

A contrario, la première protection efficace est de réaliser les mises à jour régulières de son système d'exploitation, celles-ci permettant de se protéger contre des « failles » exploitées par les cybercriminels. Outre le système d'exploitation, ce sont aussi les logiciels installés dont il faut faire les mises à jour : navigateur (Firefox, etc.), MS Office, Adobe Acrobat Reader, les Java et autres plugins, etc.

Bien entendu, l'installation d'un logiciel anti-virus reconnu et ... mis à jour est indispensable.

Si une version d'essai est souvent gratuite, ne vous en contentez pas. Voir : <https://www.safeonweb.be/fr/infect-par-un-virus>

Mais se protéger n'est pas seulement une question d'anti-virus. C'est aussi une question de bon sens et ... **d'éducation des utilisateurs** des postes de travail.

L'infection peut venir d'un site internet infecté, mais le plus souvent, il s'agit d'un courriel avec un lien cliquable ou une pièce jointe infectée.

Ne cliquez pas sur n'importe quel lien. N'ouvrez pas systématiquement toute pièce jointe.

Si auparavant, les courriels suspects étaient faciles à repérer (langues étrangères, référence à des loteries Microsoft ou Google, fautes d'orthographe, expéditeurs inconnus, offres humanitaires, demande de mise à jour de ses données, banques ou fournisseurs avec qui on n'est pas en relation commerciale, ...) les cybercriminels affinent de plus en plus leur technique pour vous approcher en se cachant sous l'identité d'un de vos contacts (usurpation d'identité).

En effet, de plus en plus de personnes sont victimes de « phishing » (hameçonnage) de leur compte courriel (Hotmail, Gmail, ...). De ce fait, le cyber-criminel prend connaissance de la liste des relations du titulaire du compte « hacké ». Il est dès lors facile de rédiger des courriels au nom d'un de vos correspondants habituels, ce qui endormira votre méfiance.

En résumé

Si vous êtes victimes d'un « rançongiciel » :

1. Ne payez pas la rançon.
2. Déposez plainte auprès de la Police local ET du Service ad-hoc
3. Conservez sur support amovible vos fichiers cryptés par le virus. Il n'est pas impossible qu'après quelques semaines ou quelques mois, un système de décryptage voit le jour.
4. Visitez <https://www.nomoreransom.org/fr/index.html>
5. Revoyez votre système de backup pour le doubler : un système connecté, de type « Cloud », et un système déconnecté de type disque dur amovible.

Des « crash » d'un disque dur sont sans doute plus fréquents que ces cyberattaques.

Cet article vous sensibilisera peut-être à vérifier vos procédures de backup ...

En savoir plus ?

Un récente brochure à propos du « ransomware » (rançongiciel) est disponible sur le site du Centre for Cybersecurity Belgium (CCB) www.ccb.belgium.be/ :
<http://www.ccb.belgium.be/sites/default/files/ransomware%20v3%20fr.pdf>

Un site officiel créé par diverses Autorités, dont au départ la Police néerlandaise et EuroPol, est dédié aux rançongiciels :
<https://www.nomoreransom.org>

6 491 641 BELGES AIDENT LES CYBERCRIMINELS. ET VOUS ?

Un excellent site de nos Autorités fédérales, riche en recommandations par rapport à notre tendon d'Achille :
les mots de passe ! <https://www.safeonweb.be/fr>



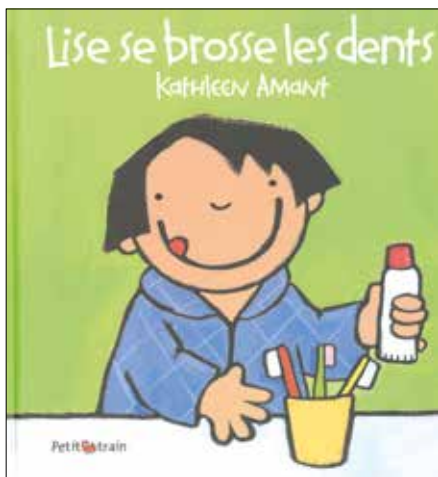
« Un mot de passe,
c'est comme une brosse à dent :
on ne le prête à personne »



Et comme l'éducation à ces matières a toute sa place dès le plus jeune âge,
Child Focus y a une partie dédiée sur son site :
<http://childfocus.be/fr/prevention/clicksafe-tout-sur-la-securite-en-ligne>



DE SYMPATHIQUES LIVRES POUR ENFANTS POUR LE CABINET



DE SYMPATHIQUES LIVRES POUR ENFANTS POUR LE CABINET LISE SE BROSSER LES DENTS

de Kathleen AMANT

C'est le soir. Lise a sommeil. Il est temps d'aller dormir! Mais d'abord, Lise doit se brosser les dents. Elle prend sa brosse à dents. Maman dépose dessus un peu de dentifrice pour enfants. Lise commence à se brosser les dents. Pendant ce temps, maman chante «la chanson de la brosse à dents»

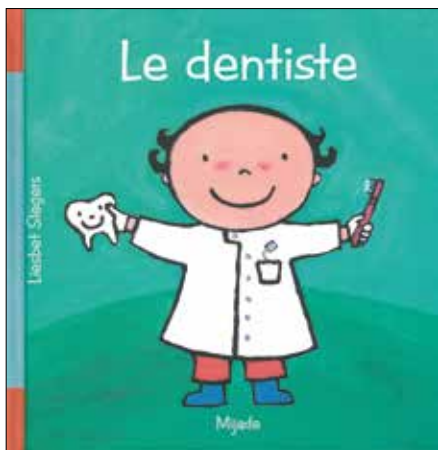
Editeur :



Nombre de pages : 104 pages

Prix : 12,50 € port inclus

ISBN : 978-2-87142-601-1



LE DENTISTE

Liesbet SIEGERS

Destiné aux enfants de 3 à 5 ans. Ce titre 100 % belge permet aux plus jeunes de découvrir la profession de dentiste.

De nombreux enfants sont inquiets à l'idée de se rendre chez le dentiste. Grâce à cet album, les tout-petits découvriront que le dentiste veille avant tout à leur bien-être : *Aujourd'hui, j'ai rendez-vous chez le dentiste. C'est indispensable pour avoir un beau sourire ! J'ouvre grand la bouche et le dentiste vérifie chacune de mes dents : les incisives, les canines et les molaires. Le dentiste fait aussi une photo de ma bouche puis, il me félicite : chouette, mes dents sont saines. Le dentiste me rappelle que pour avoir de belles dents, je dois les brosser tous les matins et tous les soirs. A la fin de ma visite, je reçois un tube de dentifrice. Finalement, une visite chez le dentiste, ce n'est pas si terrible !* »

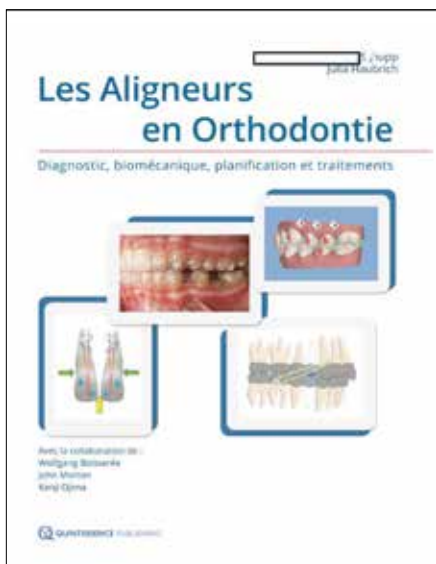
Nous sommes convaincus que « Le dentiste » remporterait un grand succès dans les salles d'attente des dentistes et plus particulièrement, des pédodontistes.

Editeur :



Prix : 8,50 € port inclus

ISBN : 978-2-87142-975-3



LES ALIGNEURS EN ORTHODONTIE

Diagnostic, biomécanique, plan de traitement

W. SCHUPP , J. HAUBRICH

Les aligneurs invisibles sont en train de bouleverser la pratique orthodontique. Cet ouvrage décrit les moyens d'intégrer ces techniques dans la pratique quotidienne, avec éléments de diagnostic et biomécanique des aligneurs avant de présenter les protocoles thérapeutiques du système Invisalign.

Le traitement de chaque type de malocclusion est envisagé sur la base des signes cliniques, décision thérapeutique et objectifs de traitement par aligneurs.

L'objectif de la dernière partie du livre, consacrée aux avantages du système Invisalign, est de permettre aux patients et praticiens de décider si un traitement par aligneurs peut permettre d'atteindre les objectifs recherchés.

Ouvrage essentiellement pratique destiné à chaque clinicien intéressé par cette nouvelle modalité thérapeutique en orthodontie.

Éditeur :



Nombre de pages : 368 pages - Illustrations : 1.987
Prix : 197 € port inclus
ISBN : 978-2-36615-037-7



LA PROTHÈSE EN IMPLANTOLOGIE

Le patient au centre du traitement

Stefan WOLFART

Enfin un ouvrage entièrement consacré à la prothèse sur implants.

L'équipe d'auteurs renommés a construit un livre exemplaire, basé sur les concepts evidence-based, concernant la pose des implants en fonction de la future prothèse, la réalisation prothétique - clinique et laboratoire - et la maintenance. Depuis la couronne implantoportée jusqu'à l'overdenture, toutes les situations prothétiques sont analysées, décrites et détaillées à la perfection.

De nombreux arbres décisionnels aident le clinicien dans ses prises de décisions, la planification et les choix thérapeutiques. Une interface essentielle à l'optimisation thérapeutique entre le chirurgien, le praticien, le prothésiste et le patient.

Ce livre va devenir indispensable pour les implantologues et les cliniciens prothésistes, mais aussi pour la majorité des praticiens et des prothésistes dentaires.

Éditeur :



Nombre de pages : 728 pages - Illustrations : 163
Prix : 326 € port inclus
ISBN : 978-2-36615-043-8

PETITES ANNONCES

POUR DES RAISONS DE CONFIDENTIALITÉ, LES ADRESSES E-MAIL ET LES NUMÉROS DE TÉLÉPHONE ONT VOLONTAIREMENT ÉTÉ SUPPRIMÉS DES ANNONCES.

POUR RÉPONDRE À UNE ANNONCE, VEUILLEZ VOUS CONNECTER SUR NOTRE SITE WWW.DENTISTE.BE, RUBRIQUE ANNONCES, SÉLECTIONNER L'ANNONCE DÉSIRÉE ET CLIQUEZ SUR PLUS DE DÉTAILS POUR FAIRE APPARAÎTRE LE FORMULAIRE DE RÉPONSE.

Dentiste cherche emploi

2183 - BRUXELLES-WALLONIE - DG avec spécialité esthétique cherche collaboration exclusivement pour des soins esthétiques (facettes, couronnes...) à Bruxelles ou en Wallonie pour 1-2 jours par semaine.

2188 - LA HULPE - Installation dentaire complète en très bon état CEMM SONAR PLUS. Idéal pour jeune praticien.

2191 - RIVES - France-38140-RIVES-Proche Grenoble-Cause retraite, cherche remplaçant en vue cession de parts dans association. Locaux neufs. Logiciel Visiodent. Vistascan. Fort potentiel. Collaboration ou remplacement possibles.

2197 - ARLON - Clinique dentaire à ARLON cherche 1 ou 2 dentistes généraliste. Cabinet entièrement informatisé, très moderne avec 2 assistantes dentaires.

2250 - Huy - Dentiste cherche un remplacement dans la province de Liège/namur à partir du mois d'août 2017 jusque décembre 2017 pour cause de départ à l'étranger en janvier 2018.

Dentiste cherche collaborateur

1078 - LA LOUVIERE - Centre dentaire pluridisciplinaire - Hypercentre La Louvière - 7 postes digitalisés - engage un(e) orthodontiste exclusif(ve) - Patientèle existante - assistance - rémunération 75% - Envoyer CV

1079 - BRUXELLES - Cab. dentaire 2 fauteuils à Etterbeek, Place des Acacias, cherche DG-Ortho ou autres pour collaboration, entièrement équipé, informatisé et RVG.

1187 - BRUXELLES - Cherche dentistes (M/F) pour exercer dans les établissements pénitentiaires de Marche, Leuze, Namur, Berkendael.

1222 - GOSSELIES - Région Gosselies -Cherche Confrère ou consoeur pouvant assurer la dentisterie 1 à 2 jours / semaine - Cabinet en pleine activité avec assistante. Réponse via formulaire

1454 - BRUXELLES - Engageons dentistes généralistes pour compléter équipe existante. Plages horaires à convenir dont le samedi matin. Patientèle fidèle en attente. 3 cabinets avec nouvelles installations.

1882 - LA LOUVIERE - Centre dentaire pluridisciplinaire - Hypercentre La Louvière - 7 postes digitalisés - engage un dentiste généraliste pour le vendredi et le samedi au 01/07 - patientèle existante - Bonne rétrocession - Assistance - Envoyer CV

1900 - GANSHOREN - Cabinet situé à Ganshoren cherche dentiste pour compléter chouette équipe.

2024 - MARCHE-EN-FAMENNE - cabinet dentaire Marche en Famenne, cherche dentiste G. 3 jours semaine pour compléter l'équipe.grosse patientèle, possibilité reprise dans quelques années.

2039 - AWANS - Cabinet bien situé (2 min sortie Hognoul E40) patientèle croissante. Nous cherchons collaborateur pour compléter notre horaire. Possibilité tous les jours à partir de 16h30 et samedi !

2091 - MONS - Le Cabinet dentaire de Mons recherche un dentiste aimant endo/enfnts pour

travailler en équipe avec secrét. compétentes et grosse patientèle. Conditions excellentes et cadre agréable. Prés autoroute. Envoyer CV.

2165 - BRUXELLES - Clinique 5 units située à Forest depuis 20 ans cherche dentiste pour une collaboration. Patientèle garantie. Envoyez CV.

2169 - BINCHE - Cabinet dentaire tout équipé à louer dans centre médico-dentaire pour dentistes spécialistes en ORTHO/PEDO ou DG avec ces affinités. Actuellement le centre se compose de DG-endospé, stomatologue, logopède et ostéopathe maxillofacial. Bonnes conditions

2177 - ANTWERPEN - Cabinet Dentaire moderne, de groupe, non conventionné -dans quartier Diamantaire à Anvers-, cherche dentiste généraliste, intéressé en endo- et pédo-dentiste pour 2 à 3 jours par semaine. Cabinet de qualité et sympa. salandtom@hotmail.com

2181 - WATERLOO - Cabinet dentaire situé à Waterloo cherche collaborateur motivé et consciencieux pour un temps partiel ou un plein temps. Très bonne patientèle.

2184 - BRUXELLES - Cabinet dentaire spécialisé en paro-implantologie cherche dentiste parodontologue ou généraliste paro-conscient pour 2 à 3 jours par semaine. N'hésitez pas à envoyer votre CV via formulaire de réponse.

2192 - BRUXELLES - cab dent situé bd Belgica cherche remplaçant à partir du 29 mai. Possibilité de collaboration ultérieure.

2198 - BRUXELLES - cabinet dentaire rue Haute 20 ans d'activité cherche collaborateur sérieux et motivé pour deuxième fauteuil, parlant français et /ou néerlandais

2202 - BRUXELLES - Cabinet dentaire (généraliste) dans centre médical idéalement situé à Woluwe-Saint-Lambert, cherche collaborateur/trice. Possibilité de reprise.

2205 - BRUXELLES - Cherche collaborateurs dentistes Généralistes, spécialistes pour collaboration à long terme dans cabinet 3 fauteuil totalement équipé et rénové dans un cadre agréable. Patientèle importante, bonnes conditions. possibilité de reprise du centre.

2207 - BOIS D'HAINNE - Cabinet de groupe informatisé, moderne, assistante recherche DG pour collaboration sur long terme 2-3j/semaine. Patientèle en attente. Bonne condition de travail et ambiance jeune et dynamique. Envoyé CV via formulaire de réponse.

2209 - BRUXELLES - Nous recherchons pour début immédiat, 1 dentiste pour travailler dans un de nos cabinets situés à Evere / Schaerbeek le mercredi & le samedi. Patients en attentes agenda complet. Cabinet informatisé avec assistante & secrétaire. Candidature par e-mail

2215 - GOSSELIES - Pour un cabinet privé sur Gosselies, cherche collaborateur - Très grosse patientèle présente, en cours d'activité cabinet haut potentiel.

2220 - BINCHE - Cherche collaborateurs dentistes spécialistes en ORTHODONTIE, PEDO ou DG avec ces affinités pour collaboration dans cabinet dentaire spécialisé. Actuellement le centre se compose de DG+endospé+stomato+logopède+ostéopathe maxillofacial.

2232 - Namur - Cabinet doté des dernières tech-

nologies dans un cadre verdoyant et chaleureux entre Namur et Charleroi cherche spécialiste en orthodontie pour une ou plusieurs journées/semaine pour une collaboration de longue durée. Patientèle en attente.

2238 - BRUXELLES - Cherche collaborateur (-trice) pour travailler à Laken quartier Bockstael. Cabinet 2 fauteuils neufs. Informatisé, assistante. Ambiance agréable, patientèle importante. Prière d'envoyer vos candidatures avec CV.

2243 - ETTERBEEK - Recherche Collaborateur(-trice) pour un ou deux jours par semaine, exercice généraliste de qualité, petite expérience exigée. Limite Etterbeek, Woluwe st Pierre/Auderghem. Me contacter de préférence le soir après 20h.

2252 - JUMET - Ortho World SA cherche orthodontiste temps plein, long terme, rég. Charleroi : 6 fauteuils, 6 assistantes, RX dig, empr optiques, impr 3D, équip High Tech

2257 - BRUXELLES - Dental Office Brussels - dentistes Muriel Krischek et Sebastian Erucus - en recherche d'un collaborateur / trice - pour compléter notre équipe sur la partie des traitements endodontiques. Specialist ou dentiste generaliste avec formations endo sous micro

2258 - GOSSELIES - Centre pluridisciplinaire entièrement informatisé avec assistantes cherche un dentiste consciencieux pour renforcer son équipe et répondre à la demande de sa grosse patientèle. Mardi, mercredi et jeudi disponibles.

2260 - TUBIZE - Cherche DG pour compléter équipe, cabinet super équipe, pano, moteur endo, Vista Scan, baltes, microscope, assistante, Patientèle en attente

2261 - MARLOIE - Cabinet en pleine activité situé à 3 km de Marche en Famenne cherche collaborateur pour lundi mardi mercredi.

2262 - WATERLOO - Nouveau centre médical située de Bruxelles (à côté d'Aldi) cherche collaborateurs ortho, paro, endo pour compléter offre de soins dentaires à long terme. Ouverture novembre 2017.

2263 - MONS - Cabinet de groupe sur Mons recherche collaborateur pour à répondre grosse patientèle. Prés autoroute, secrétaires efficaces, équipe jeune, bonnes conditions de travail. Horaire à définir.

2264 - BRUXELLES - Nous cherchons pour compléter équipe un dentiste pour consultation endo (endo du cabinet et référents). Merci de nous contacter.

Dentiste cherche assistante-secrétaire

2036 - UCCLE - Cherche assistante-secrétaire pour cabinet d'orthodontie situé à ARLON. (BELGIQUE) Horaire temps plein. Formation assurée. Libre de suite. CV et lettre motivation par mail.

2178 - BRUXELLES - Centre de dentisterie spécialisée à Auderghem engage assistante dentaire (www.dentistbrussels.be). Pour compléter équipe de 8 dentistes spécialistes et 5 assistantes: Dentisterie à 4 mains (chirurgie, prothèse,...). Maîtrise de l'anglais est un atout !

2180 - BRUXELLES - Centre de dentisterie spécialisée à Auderghem engage secrétaire médicale.

PETITES ANNONCES

Bonne orthographe (français), connaissance de l'anglais et maîtrise de l'informatique sont des pré-requis essentiels... Au plaisir de vous rencontrer, www.dentistbrussels.be

2182 - BRUXELLES - Cabinet Pluridisciplinaire à Woluwé St Lambert recherche une assistante paro/implanto pour un 3/4 temps. Envoyer CV avec photo et lettre de motivation .

2199 - HANNUT - Nous sommes à la recherche d'un ou d'une assistante dentaire à temps partiel à partir du mois d'octobre 2017.

2203 - LIEGE - Service Dentaire région liégeoise cherche renfort d'une seconde assistante. CV + LETTRE MOTIVATION via formulaire de réponse.

2212 - BRUXELLES - Cabinet dentaire moderne, jeune et dynamique, Ave de Tervueren à Woluwé-St-Pierre, cherche assistante dentaire polyvalente (fauteuil, stérilisation, desk), très bon anglais, mi-temps. SVP, envoyez votre CV via formulaire de réponse.

2214 - MOLENBEEK SAINT JEAN - accueil des patients, gestion administrative, collaboration avec les dentistes mi-temps dans un centre dentaire des fin juin

2234 - BRUXELLES - Cabinet pluridisciplinaire cherche secrétaire médicale parlant FR AN pour un mi-temps (possibilité de temps plein par la suite) Expérience exigée dans le domaine médical. Maîtrise du DentAdmin est un atout.

2239 - BRUXELLES - Nous cherchons une assistante motivée et dynamique; plein temps pour notre cabinet situé à Schaerbeek, une connaissance parfaite de l'assistantat dentaire est requise, les horaires peuvent être tardifs (19h30) et peuvent comprendre les samedis.

2259 - BRUXELLES - Cabinet d'orthodontie à Bruxelles cherche assistante mi-temps. Envoyer CV

Assistante secrétaire cherche emploi

2225 - BRUXELLE - assistante/secrétaire depuis 5.5 ans au CABINET CLERENS (WSL) de 08h30 à 12h15. Je suis disponible tous les après-midi et immédiatement. Dynamique, polyvalente, quadrilingue (fr, angl, it, esp)

Cabinet à vendre, à remettre

2168 - ETTERBEEK - rez de chaussée à Etterbeek, pré installations pour 3 cabinets, panoramique, salle stérilisation et stockage. RDC spacieux (112m²) locaux agréables, jardin, situé dans quartier commerçant proche CEE métro écoles. proposition sérieuse après visite

2190 - NEUFCHATEAU - OCTOBRE. Castellini Skema5. (4ans). Meubles Baisch parfait état. IRIX70 RVG Trophy. Compresseur Durr. Turbine, micromoteur. Petite instrumentation et produits restants. Pas reprise patientèle. + logement 6 pièces-garage. Intéressant. 0497479700

2226 - AUDERGHÉM - Cabinet à vendre , tout est récent , belle vitrine possibilité de mettre 2 sièges. Mur et fond prix 165 000€ et option 10 000€ pour le Matériel . Vente pour changement d'activité professionnelle. Poximité Square Marie Louise à Bruxelles

2228 - SCHAERBEEK - Cabinet dentaire à Schaerbeek. 3 fauteuils, panoramique, rx digitale, surface

moderne, rue très piétonné, bon loyer, CA très intéressantes, gros potentiel. Conditions à discuter !

2229 - SERAING - Périphérie Liège, dentiste 60 ans souhaite accompagner remise de ses 2 cabinets + immeuble de rapport. Conditions intéressantes. Tél.: 0475/275712 de 18 à 21h+WE.

2235 - VIEUX CONDE - Cherche confrère pour reprise en douceur dans 2 ans d'un cabinet tenu 35 ans à Vieux Condé (France) à proximité de Péruwelz: 2 fauteurs neufs, panoramique récente, informatisé Visiodent. Ville 10000 hab en extension

2236 - BRUXELLES - dentiste cherche cabinet a reprendre avec patientèle pour départ a la retraite ou autre dans région du Centre, Brabant wallon dans un rayon de 50 km autour de Bruxelles.

2256 - WAVRE - A remettre, cause retraite, activité (de 36 ans) à Woluwé St Pierre- quartier et patientèle agréable. Equipement très complet et récent (RVG, Pano, autoclave; compresseur, caméra IB, max 3 ans + instrumentation importante) TEL.:0486516284

Cabinet à louer

949 - BRUXELLES - cabinet dentaire à Etterbeek entièrement neuf et informatisé cherche Orthodontiste pour location ou collaboration (patients en attente).

2208 - NAMUR - Cabinet dentaire partiellement équipé à louer situé à Namur. Ancienne maison de maitre, avec salle d'attente, cabinet dentaire, débaras. Contact après 18h au 0475/644791

2227 - BRUXELLES - Cabinet dentaire super équipé sur espace de bureaux de 170m² dans quartier européen. 3 Fauteuils, laboratoire de prothèse, cône-beam planmeca.

2240 - VEDRIN - Périphérie namuroise- rénové- digitalisé (Pano + RVG)-Unit récent (possibilité 2)-65 m²- Parking, s.attente, bureau, labo, WC. Patientèle assurée gratuite- Revente matériel + location locaux +/- fin 2017. Contact après 19h: 081/211906

Matériels à vendre

1808 - BRUXELLES - A vendre état neuf presque pas utilisée installation Galbiati smart moteur aspiration, compresseur, 1 tabouret. Possibilité d'avoir plus de photos. prix à débattre tel 0488 39 81 33 ou 0476 33 78 36

2044 - SPA - AV à Spa pour transformations, fauteuil dentaire Belmont de 2008, peu servi, convient pour gaucher et droitier, tablette à 4 cordons, Métasys. Prix: 3000 euros. Plus de renseignements et photos sur demande.

2076 - Erpent - Parfait état de fonctionnement, complet avec accessoires, à vendre pour cause de cessation d'activité, faire offre

2105 - BRUXELLES - Radiographie panoramique (année 2011) MyRay Hyperion avec module 3DTS (petites reconstructions 3D). Excellent état, peu servi. Prix : 6.000 euros

2185 - BRUXELLES - Fauteuil dentaire SIRONA C8 - 2013 dans un excellent état, PSPIX ainsi que petits matériels

2187 - LA HULPE - 2 fauteuils PLANMECA parfait état, laboratoire équipé p 2 techniciens, service admin informatisé, 2 Rx's numérisées (Trophy et Planmeca très récent) avec capteurs au phosphore, Pano +

TéléRx Planmeca), assistante multitâche 26 ans d'expérience.

2194 - BRUXELLES - a vendre dkl I1 (2011) + Pano cephal PLANMECA (2010) + rx murale PROGENY neuve + Développeuse ACTEON neuve

2218 - Erpent - A vendre pour cause de cessation d'activité, prix à convenir

2219 - Erpent - Appareil de soudage et de brasage d'appareils d'orthodontie à vendre pour cause de cessation d'activité, prix à convenir

2233 - LESSINES - Sur pied roulant avec tablette et module de capture vidéo Elgato. Etat neuf. Valeur neuf : 7000 €. A vendre 1000 €

Maître de stage cherche Stagiaire

1560 - WAIMES - Cabinet dentaire ultra moderne recherche un(e) stagiaire motivée à mi-temps pour septembre 17.

2206 - BOIS D'HAINE - cabinet dentaire de groupe pluridisciplinaire, informatisé, moderne, assistante, situé à Bois d'Haine (La Louvière) cherche stagiaires pour 1 temps plein ou 2 mi-temps à partir de 07/2017. envoyer CV via formulaire réponse.

2211 - CHARLEROI - Cherche 1 ou 2 stagiaires dentistes pour l'année 2017-2018 cabinet de groupe pluridisciplinaire 5 fauteuils, secrétariat, pano digitale, système informatisé...

2249 - LEUZE-EN-HAINAUT - Cabinet pluridisciplinaire - équipements et matériaux de pointe - équipe jeune -excellentes conditions de travail. Leuze en Hainaut (près de Tournai)

Stagiaire cherche maître de stage

2164 - BRUXELLES - Dentiste stagiaire motivée et à l'écoute, je recherche un maître de stage à plein temps ou à mi-temps, idéalement dans la région bruxelloise ou Brabant-wallon.

2210 - BRUXELLES - Dentiste diplômé en 2010 cherche maître de stage pour réaliser un stage d'adaptation d'un an, afin d'obtenir un numéro INAMI.

2255 - BRUXELLES - Dentiste stagiaire, motivée et bien organisée, habitant Bruxelles cherche un maître de stage à plein temps ou à mi-temps pour 6 mois. Libre immédiatement. 2126 - BRUXELLES - Dentiste motivée habitant Bruxelles, cherche maître de stage pour 6e année. Disponible en juin. Intéressée à travailler dans différentes régions de Belgique

Cherche

2103 - BRUXELLES - Maison Medic recrute dentiste min 3 demi j / sem. cab spacieux, pano digital, secrétariat patients diversifiées. Envoyer cv et lettre motivation à Xavier houtvin au 110 rue de la victoire 1060 Saint-Gilles ou par mail.

2223 - AIX EN PROVENCE - propose un poste de spécialiste en endodontie pour succéder à un poste existant. Le cabinet est équipé d'un microscope opératoire Leica, et de tout le matériel endodontique moderne.

Pour consulter TOUTES les annonces,
ou publier une annonce, rendez-vous sur notre site :
www.dentiste.be rubrique "Annonces"

BIENNALE DE VENISE 2017

Comme tous les deux ans depuis plus d'un siècle, se réunissent les artistes contemporains à Venise. La 57e Biennale réunit cette année les artistes de plus de 84 pays au sein des pavillons nationaux et 120 artistes pour l'exposition Viva Arte. Cette manifestation artistique est considérée comme une des plus prestigieuses dans le monde et une des plus anciennes (1893)

Pavillon français - Studio Venezia

Xavier Veilhan (1963) investit le pavillon national en le transformant en un immense studio d'enregistrement des années 1970. Les visiteurs pourront assister en direct, pendant les 7 mois, aux enregistrements et fabrication du processus de musique diverse, classique, électro ou rock ... L'énorme studio est très esthétique, volonté de l'artiste sans altérer la qualité du son.



Pavillon belge

Notre pavillon national expose les photographies de Dirk Braeckman (1958 Eeklo). Il vit et travaille à Gand. Les tirages fort sombres sont travaillés à la chambre noire, et moirés par l'effet du flash. Les photographies semblent liées à l'intime de l'artiste.



URE

Patricia MATHIEU
PAUL GOYENS

Pavillon allemand

Le zoo humain d'Ann Imhof (1978) a suscité beaucoup de curiosité, longues files d'attente ne permettant pas à tous les visiteurs de découvrir les performances d'un groupe d'une dizaine de jeunes gens. L'artiste est récompensée du lion d'or. Elle a choisi d'intégrer l'histoire à son pavillon. Le sol a été rehaussé par des plaques de verre maintenues par des piliers d'acier.

Les performeurs interviendront pendant 5 h chaque jour.

Ils tiennent la pose, font masse, se séparent, montent sur les parois de verre, chassent l'eau et mettent le feu en craquant une allumette. Ils portent des Sneakers ou des Balenciaga.

Faust, le nom de l'œuvre, signifie coup de poing en traduction littérale.

L'œuvre est un regard sans mélancolie ni concession sur notre présent.

Un ensemble carcéral et glaçant.

Le verre évoque les magasins de luxe et l'acier les grands buildings.

Sans performances, on se pose des questions !



Pavillon Italien

Trois artistes investissent le pavillon, dont Roberto Cuoghi. "Imitazione di Cristo", installation impressionnante qui nous montrent des corps, des christes façonnés à la farine et se dégradant à des stades différents. Très effrayant, on marche dans un long couloir en plastique et de part et d'autre se trouvent les corps exposés dans des sortes d'igloos auxquels on peut accéder. Un travail très morbide qui peut nous faire penser à des décors ou scènes de cinéma. (voir photos) Son laboratoire est présent dans le pavillon.





Pavillon américain - Marc Bradford Tomorrow Is a Another Day

L'artiste (1961) vit et travaille à Los Angeles.

Son pavillon délivre un message politique, il y a installé d'immenses collages de déchets et de matériel jetable pour que Donald Trump n'oublie pas les laissés pour-compte.

La rotonde centrale est rehaussée sur le dôme d'un tourbillon de matière sombre. Trois énormes toiles présentent une peinture vive et pleine de force.

Il pourrait devenir un nouveau Jackson Pollock.

L'extérieur du pavillon semble abandonné et interpellé.



Pavillon brésilien

Cynthia Marcelle (1974) a reçu une mention spéciale du jury pour son œuvre placée dans le pavillon brésilien. Dans une des salles, une vidéo présente des hommes campés sur un toit. Ils attendent, prêts à livrer un combat, à tenir la poche d'une révolte dont on ignore le lieu et la cause mais faisant douloureusement écho à la situation actuelle au Brésil.

Sur le sol des cailloux blancs coincés dans la grille du sol. On y marche en pensant aux projectiles que ces hommes pourraient lancer du toit.

L'artiste a exposé au MIMA à New-York en 2016.

















Cycle de formation en Endodontie travail sur fantôme, situation réelle

Formation limitée à 25 praticiens

Durant ce cycle, les praticiens se familiariseront aux dernières techniques de l'endodontie, au microscope dentaire et au travail à 4 mains en travaillant sur des fantômes équipés de scialytique, turbine, contre-angle, aspiration, ... (comme au cabinet)

GRATUIT POUR LES ASSISTANTES



-  Diagnostic et prise de décision (cone beam, ...)
-  Comment faire le bon plan de traitement?
-  Placement de la digue (différentes situations, astuces, ...) (**Workshop**)
-  Pénétration initiale du système canalaire (comment éviter les complications, comment résoudre les complications) (**Workshop**)
-  Mise en forme canalaire avec 2 systèmes différents (rotations continue et alternée) (**Workshop**)
-  Mise en forme canalaire avec un seul instrument. Info ou intox? (**Workshop**)
-  Choisir la meilleure obturation adaptée à chaque praticien. (**Workshop**)
-  Enlèvement de tenons & instruments fracturés sous microscope. (**Workshop**)
-  Comment gérer les perforations? (**Workshop**)
-  Mise au point sur la revascularisation en endodontie.
-  Retraitement endodontique avec 2 systèmes différents. (**Workshop**)
-  Restauration des dents traitées endodontiquement. Quand et comment utiliser les tenons en fibres de verre et les matériaux de reconstitution? (**Workshop**)

Dates

2 vendredi = après-midi
2 samedi = toute la journée

Formation unique

- Vendredi 29/09/17
- Samedi 30/09/17
- Vendredi 13/10/17
- Samedi 14/10/17



Renseignements et inscription : www.endotc.be ou www.dentisphere.com (Endo Training Center)
email : info@endotc.be Téléphone : +32 2 732 41 46

Des praticiens spécialistes aguerris à la pratique privée et ses contraintes, des universitaires amenant un regard scientifique pour une formation complète et équilibrée. Une partie des fonds générés permettront au groupe Endo de l'UCL de financer ses activités de recherche, et ainsi de continuer à fournir des informations de qualité.



Formation clinique en implantologie

C.E.R.A.I.O

CERTIFICAT D'ÉTUDE ET DE RECHERCHE APPROFONDIES
EN IMPLANTOLOGIE ORALE 2017/2018 A PARIS

Année préparatoire au **Diplôme Universitaire d'Implantologie Orale et de Biomécanique**

C.E.R.A.I.O

**Certificat d'Étude et de Recherche
Approfondies en Implantologie Orale**

*Année préparatoire au Diplôme Universitaire
d'Implantologie Orale et de Biomécanique (D.U.I.O.B)
Formation initiale en implantologie réservée
aux chirurgiens-dentistes et aux stomatologistes.
Elle permet aux praticiens désirant pratiquer
l'implantologie d'acquérir les bases fondamentales
et cliniques nécessaires à la réalisation de cas
simples (140 h en 6 U.V au siège de la SFBSI).*

U.V 1

12, 13 et 14 octobre 2017

Le fondamental en implantologie dentaire

- Le concept de thérapie globale
- La corrosion. La stérilisation
- La biologie et la physiologie des tissus interfacés avec les implants

Interventions de conférenciers internationaux et de la SFBSI

U.V 2

30 novembre, 1 et 2 décembre 2017

L'abord de la chirurgie implantaire (1^{ère} partie)

- Le protocole chirurgical
- L'anatomie à visée implantaire
- L'analgésie, la prémédication, le dossier médical
- L'imagerie dento-maxillo-faciale
- La planification numérique des interventions. Guides de chirurgie guidée

U.V 3

18, 19 et 20 janvier 2018

L'abord de la chirurgie implantaire (2^{ème} partie)

- La parodontologie et la paro-implantologie
- La prothèse implantaire
- La communication au cabinet implantaire

Une demi-journée avec une société d'implant

Les temps forts : TP de chirurgie muco-gingivale et de chirurgie spécifique sur têtes animales

U.V 4

15, 16 et 17 mars 2018

La prothèse sur implants (1^{ère} partie)

- Les bases de l'occlusodontie en implantologie et T.P d'Occlusodontie
- Les contre indications et facteurs de risques en implantologie
- L'arbre décisionnel en implantologie

Une demi-journée avec une société d'implant



Organisme formateur
32^e année de formation

U.V 5

19 et 20 avril 2018

L'anatomie implantaire au sein du laboratoire d'anatomie

TP sur pièces anatomiques avec mise en évidence des obstacles et poses d'implants des sociétés partenaires

U.V 6

21, 22 et 23 juin 2018

La prothèse sur implants (2^{ème} partie)

- La prothèse complète stabilisée sur implants
- Les empreintes en implantologie
- Le secteur antérieur
- La législation

PROGRAMME SUSCEPTIBLE DE MODIFICATIONS

16^{ème} Congrès National de la SFBSI

Samedi 14 octobre 2017
Méridien Étoile Paris

Docteur Ady PALT, Docteur Charles BELVEZE,
Docteur Gérard SCORTECCI, Monsieur Jean VILANOVA,
Docteur Patrice MARGOSSIAN

Le CACITA (Certificat d'Anatomie, de Chirurgie Implantaire et des Techniques Avancées) se déroule sur 2 sessions de 2 jours en mars et juin 2017 ainsi qu'une session de Dissection Anatomique au sein du Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Paris Descartes en juillet 2017.



Renseignements et inscriptions au siège de la SFBSI
95 Avenue François Arago, 92000 Nanterre
Tél. : 01 47 85 65 12 - Mobile : 06 23 65 82 59
E-mail : ssfbsi@aol.com ou sfbsi2@aol.com - www.sfbsi.com





ESE
2017
BRUSSELS
14 TO 16 SEPTEMBER

ROOTED IN THE HEART OF EUROPE

Our Sponsors

Diamond



Gold



Silver



Bronze



Pre-congress courses 13th September

Main Congress 14th – 16th September

6 halls running with simultaneous lectures:

- **Henry Le Boeuf Hall:** Keynote speakers will cover the evidence-base in key areas of Endodontology: lectures are 90 minutes.
- **Gold Hall:** Keynote speakers will cover more practical areas: lectures are 45 minutes
- **Copper Hall:** will include symposia with a group of keynote speakers discussing topics in depth for a full morning or afternoon session.
- **Silver Hall:** will include talks by sponsored speakers: lectures are 45 minutes
- **Hall 5:** Thursday: Wladimir Adlivankine research prize, Original Scientific Prize, Education prize. Friday: Clinical Poster Oral Prize, Clinical video presentations. Saturday: Oral presentations on freely chosen subjects given by congress participants.
- **Hall 6:** Oral presentations on freely chosen subjects given by congress participants.

Other presentations include

- Original Scientific posters
- Clinical posters
- Clinical videos

Registration

Register for the early bird rate until 1st June 2017

Accreditation requested for the Belgian dentists



fdi  
World Dental Congress

Madrid, España
29 Agosto - 1 Septiembre 2017



*Uniendo al mundo para
mejorar la salud oral*

www.world-dental-congress.org

Avez-vous votre **lecteur** de carte ?

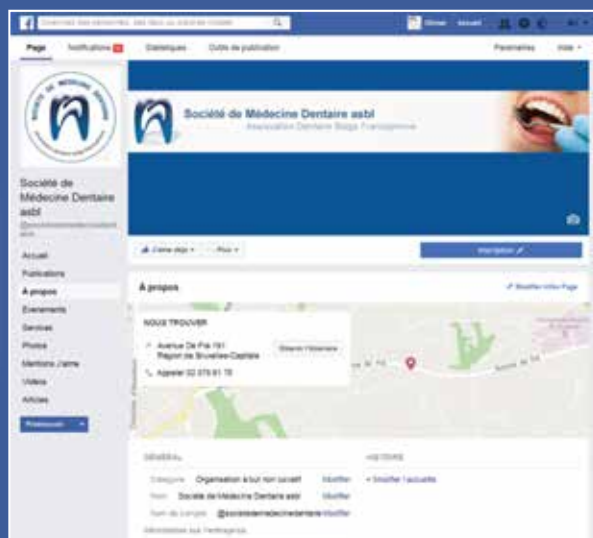
Bientôt indispensable
dans votre vie professionnelle

GRATUIT pour les membres,
demandez-le au 02 375 81 75



Suivez-nous sur facebook

<https://www.facebook.com/societedemedecinedentaire>



AGENDA

15 septembre 2017 **Mentorship en implantologie**

Lieu : Bruxelles
Tél : 02 467 41 90
nobelbiocare.com/benelux-symposium

29 septembre 2017 **Douleurs oro-faciales**

Lieu : Bruxelles - Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be

16 septembre 2017 **Sutures**

Lieu : Bruxelles - Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be

7 octobre 2017 **Full digital**

Lieu : Bruxelles - Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be

21-22 septembre 2017 **Nobel Biocare Benelux Symposium**

Lieu : Maastricht (les Pays-Bas)
Tél : 02 467 41 90
nobelbiocare.com/benelux-symposium

9 octobre 2017 **9 octobre** **Réanimation**

Lieu : Bruxelles - Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be

23 septembre 2017 **Pédodontie**

Lieu : Namur - Cercle de Walonie
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be

19 octobre 2017 **Prothèse implantaire**

Lieu : Bruxelles - Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be

DANS UN MONDE QUI CHANGE, LES DENTISTES PARTAGENT LEUR CABINET MÉDICAL



Le seul terminal de paiement
avec un Multi-Account

BNPPARIBASFORTIS.BE/TERMINAUXDEPAIEMENT

LA BANQUE DES ENTREPRENEURS



BNP PARIBAS

FORTIS

La banque
d'un monde
qui change

OBTURATION
INNOVATION

BioRoot™ RCS

Ciment de scellement canalaire

Haute étanchéité et bien plus



L'échec du traitement du canal radicaire peut avoir des conséquences négatives, pour vous et pour vos patients.

Avec BioRoot™ RCS, vous bénéficiez d'une nouvelle génération de produits d'obturation minéraux proposant une combinaison innovante de fonctionnalités :

- Haute étanchéité
- Propriétés antimicrobiennes
- Cicatrisation péri-apicale
- Obturations et suivi simplifiés

ACTIVE
BIOSILICATE
TECHNOLOGY

BioRoot™ RCS. Le succès.

