

LE POINT

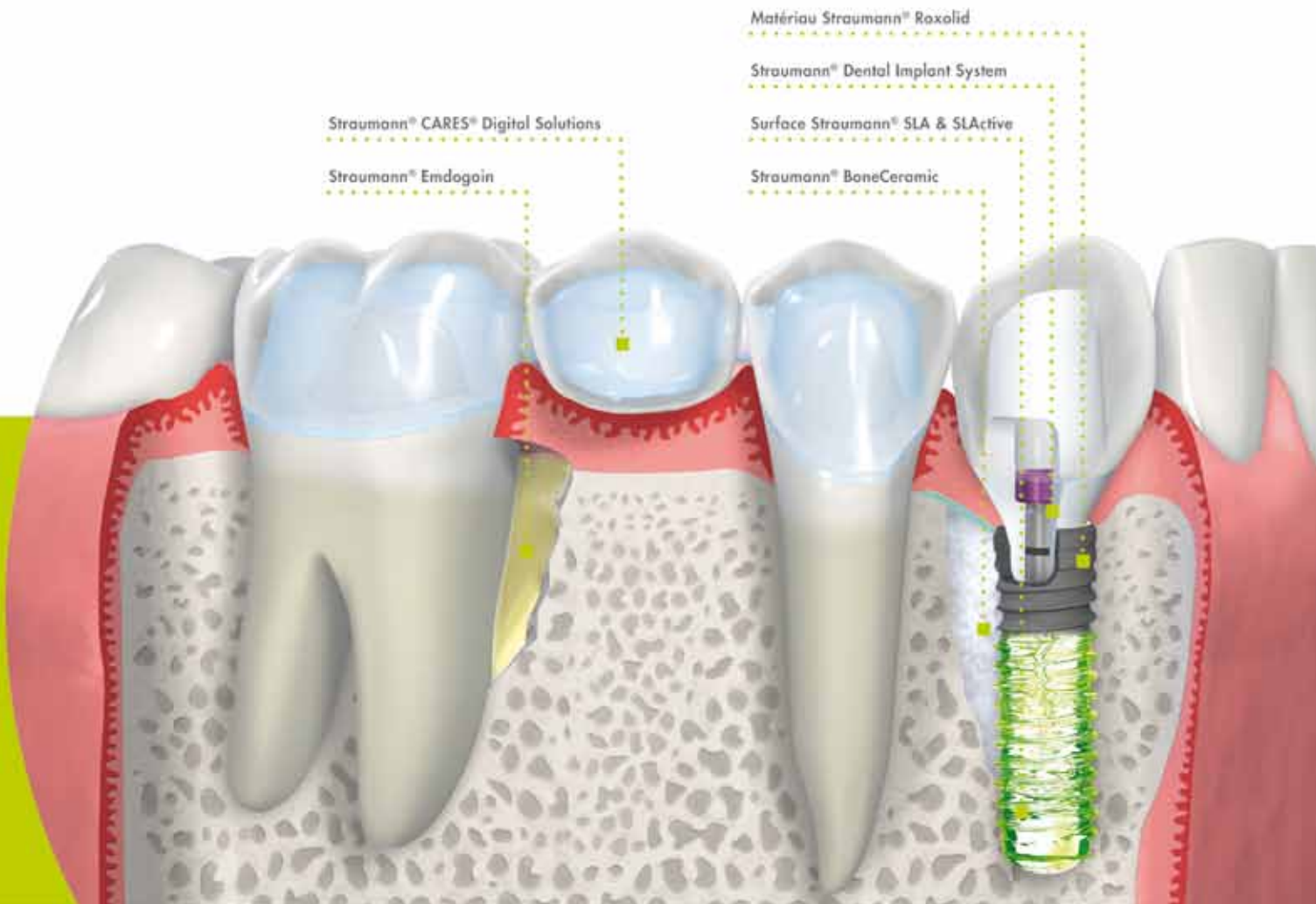
Journal officiel de la Société de Médecine Dentaire asbl
Association Dentaire Belge Francophone

Réanimation

**Vendredi 8 juin 2012
Dr Philippe MEERT**

www.dentiste.be

QUELS QUE SOIENT
LES BESOINS DE
VOS PATIENTS



SOLUTIONS CHIRURGICALES, RESTAURATRICES ET REGENERATRICES PAR STRAUMANN

Quel que soit le traitement indiqué, Straumann offre la solution qui convient pour obtenir des résultats optimaux. Straumann se consacre à la fabrication de produits de haute qualité conçus pour respecter les principes biologiques. Notre large gamme de produits innovants comprend des solutions pour la chirurgie, la restauration et la régénération, ainsi que la dernière technologie de CAD/CAM.

Plus d'informations sur **+32 2 790 10 00** info.be@straumann.com www.straumann.be

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS



édito

Les Dentistes : une Profession unie et responsable.

Ce titre vous laisse dubitatif ? La Profession dentaire ne se caractériserait-elle que par l'individualisme forcené des indépendants qui la composent ? La recherche du profit les éloigneraient-ils tous de leurs missions sociétales ? Même entre eux, la concurrence ferait rage. Vous le savez : les critiques les plus acerbes à propos de la qualité de votre travail proviennent souvent davantage d'un confrère que du patient lui-même. Comme si pour se grandir, on n'avait d'autre choix que ... d'abaisser les autres.

Et en décembre dernier, nous avons trois dentistes en prison pour fraude à la Sécurité sociale...

Ce début du XXI^e siècle est complètement schizophrénique. Entre crises et incertitudes, comment ne pas comprendre les attitudes de repli sur soi. Et pourtant, c'est tout à son contraire auquel nous assistons au sein de notre profession.

Notre secteur se caractérise par une attention soutenue aux personnes les plus fragilisées. Après l'attention importante portée aux soins des enfants, notre secteur se bat pour obtenir des avancées en faveur de la prise en charge des personnes handicapées et des personnes dépendantes vivant en maison de repos. Des études sont en cours pour tester les pistes possibles de ces besoins en soins grandissants.

Jamais les dentistes ne se sont autant investis dans leur formation continue et dans la recherche de la qualité. Même si l'on sait que la maîtrise des coûts d'une technologie en perpétuel progrès sera le défi de tous les acteurs si nous désirons maintenir l'accessibilité aux soins pour tous. Les investissements en prévention sont à cet égard essentiels, afin de continuer de progresser dans l'amélioration constatée de la santé bucco-dentaire. Eviter les maladies ou les dépister précocement sont aussi facteurs de maîtrise des coûts.

Est-ce la formation continue et les rencontres entre confrères lors des peer-review qui ont développé l'esprit de dialogue, d'échange et d'unité ? Nous le constatons au quotidien lors des contacts avec les membres de notre Profession.

Je voudrais saluer ici les nombreux dentistes investis dans la vie collective de notre profession : qu'ils apportent leur travail au sein de l'association, qu'ils soient responsables des study-clubs, qu'ils soient investis dans la formation universitaire ou post-universitaire, qu'ils donnent de leur temps, de leur énergie et de leur sourire à des actions humanitaires en Belgique et à l'étranger.

Alors ? Profession unie et responsable ?

A la Société de Médecine Dentaire, nous y croyons fermement. Et nous agissons au quotidien pour poursuivre dans cette voie. Avec votre aide, nous progressons.

Michel DEVRIESE
Président

En collaboration avec



Aidons vos patients à donner à leur bouche l'amour qu'elle mérite.



Vous prenez soin de vos **patients**. Proposez-leur de s'engager à :

- ✓ **Aller chez le dentiste 2 fois par an**
- ✓ **Brosser leurs dents 2 fois par jour pendant 3 minutes**
- ✓ **Changer leur brosse à dents tous les 3 mois**
- ✓ **Utiliser une eau buccale tous les jours**



Chaque année au mois de juin, Colgate et la Société de Médecine Dentaire s'associent pour le **Mois de l'Hygiène Dentaire** qui sensibilise vos patients à l'importance d'une meilleure hygiène dentaire.

INSCRIVEZ-VOUS GRATUITEMENT

et recevez les dépliants Promesse pour vos patients.

www.colgatesubscription.be



Cotisation 2012



Vous êtes diplômé en



2006 et avant	335 euros
2007	170 euros
2008	85 euros
2009	85 euros
2010	GRATUIT
2011	GRATUIT
avec statut de stagiaire (DG ou 1 ^{ère} année de stage DSO DSP)	
2012	GRATUIT
Etudiant (Bachelier)	GRATUIT
Assistant plein temps	210 euros
+ de 65 ans	160 euros
Membre Honoraire	50 euros
Praticien n'exerçant pas en Belgique	230 euros

Montant

335 euros
170 euros
85 euros
85 euros
GRATUIT
GRATUIT
GRATUIT
GRATUIT
GRATUIT
210 euros
160 euros
50 euros
230 euros

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

Vous souhaitez régler votre cotisation par carte de crédit ? Contactez notre secrétariat au : **02 375 81 75**

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.:2011 <input type="text"/> n° INAMI: <input type="text"/>		



SOMMAIRE

- 3** Edito
M DEVRIESE
- 5** Cotisations 2012
- 6** Sommaire
- 9** DDM mission Inde 2011

11 Articles scientifiques

- 13** Devrait-on interrompre la prise d'antiplaquettaires et d'anticoagulants avant une chirurgie buccodentaire mineure ?
Dr AL-HARKAN - Dr AL-AYOUB
- 15** Le cone beam CT
B VANDENBERGHE
- 21** Les soirées de l'implantologie du Brussels' ITI Club
D EYCKEN
- 23** Les implants courts
K RAHMANI - L EVRARD
- 29** Simplification du travail dentaire : concept des bacs et cassettes
Dr E BINHAS



33 Sommaire formation continue

35 Gestion du cabinet

Dr E BINHAS, Dr R ZEITOUN

36 Dentex : Aromathérapie, Hypnose

37 Endodontie

Dr W PERTOT, Dr S SIMON

38 Photographie

D DEBECKER

39 Réanimation

Dr Philippe MEERT

40 Ergonomie

F PAPAZIAN

41 Gestion des conflits

F AZDIHMED

45 Sommaire info professionnelle

47 Musique dans la salle d'attente et "rémunération équitable"

M DEVRIESE

51 Biblio

O CUSTERS

53 In memoriam

54 Culture

P MATHIEU

57 Study-Club

60 Petites annonces

62 Agenda



ARSEUS DENTAL

Driving superior care

Derrière chaque bon dentiste,
se cache une équipe performante
Arseus Dental, fort en solutions

Le contexte hautement technologique et en constante évolution dans lequel nous opérons, exige des collaborateurs dynamiques et créatifs qui se dévouent pour vous en connaissance de cause. C'est pourquoi nos collaborateurs expérimentés du service clientèle sont continuellement à votre disposition pour répondre à votre appel. Ils vous garantissent un suivi rapide et des conseils personnalisés. Bref, chez Arseus Dental, vous bénéficiez d'une solution à la fois professionnelle et personnelle !

Laissez-vous convaincre par nos solutions solides et contactez-nous!

Numéro gratuit équipement

0800 14 605

Numéro gratuit consommables

0800 14 444

info@arseus-dental.be

www.arseus-dental.be

Textielstraat 24

BE-8790 WAREGEM





Missions INDE 2011

En 2011 trois dentistes bénévoles et une prothésiste dentaire sont partis dans le nord de l'Inde pour assurer le suivi des différents projets concernant les soins dentaires des enfants réfugiés tibétains vivant dans des centres d'accueil scolaires ou TCV les « Tibetan Children Villages » regroupant chacun en structures familiales (environ 1500 enfants). Quelques TCV, grâce à l'aide de sponsors belges et internationaux ont pu installer un cabinet dentaire et un laboratoire de prothèse pour certains.

Pour les Tibétains réfugiés en Inde, l'accès aux études supérieures est complexe et très coûteux. Les soins dentaires sont assurés par des « dental therapists » tibétains formés- lors de séjours en France et en Belgique- à la prévention, aux soins dentaires urgents, aux techniques de laboratoire. Les besoins en soins dentaires sont énormes, la carie est un fléau endémique et le nombre de dental therapists est totalement insuffisant.

Au TCV de Suja, Sonam, dental therapist très efficace, exerce depuis plusieurs années mais n'arrive pas à répondre seule à la demande de soins. Le laboratoire voisin ne fonctionne pas faute de technicien.

A Rajpur, Dechen, dental therapist travaille avec un matériel désuet, pas de RX, pas de bonne stérilisation. L'école aurait besoin d'aide financière pour moderniser le cabinet dentaire. A Dharamsala, Tsumo, dental therapist s'occupe des enfants avec beaucoup de rigueur professionnelle mais souhaiterait pouvoir se décharger également.

En 2012 Dentistes du Monde-Inde souhaiterait en priorité, en collaboration avec l' AEMT (association française de dentistes bénévoles) et avec un groupe de dentistes australiens, poursuivre de façon drastique, le projet de prévention et de formation aux soins dentaires urgents d'étudiants tibétains prêts à devenir dental therapists.

Si vous êtes prêts à donner un peu de votre temps, à partager vos compétences et votre enthousiasme, contactez nous. Les tibétains partageront avec vous leur sourire, leur gentillesse, leur joie de vivre et leur culture.

Nous cherchons, pour des missions de deux semaines, des dentistes et des prothésistes bénévoles prêts à encadrer des étudiants tibétains selon un programme préétabli de prévention, de soins dentaires urgents et de techniques de laboratoire.

Ou si vous souhaitez participer à la réalisation de nos projets, vous pouvez nous aider en versant un don à Dentistes du Monde.

www.dentistesdumonde.be
info@dentistesdumonde.be

No compte: TRIODOS :
523-0802765-68
IBAN BE82 52308027 6568
BIC TRIOBEBB

DES POINTS DE CONTACT PUISSANTS ET PRÉDICTIBLES



NOUVEAU!

Palodent[®]Plus

Sectional Matrix System

- Anneaux en Ni-Ti pour une séparation optimale
- Moins d'excès, moins de finition
- Un système facile à manipuler
- Wedgeguards protègent la dent adjacent



For better dentistry

DENTSPLY

ARTICLES SCIENTIFIQUES

13 Devrait-on interrompre la prise d'antiplaquettaires et d'anticoagulants avant une chirurgie buccodentaire mineure ?

Dr AL-HARKAN - Dr AL-AYOUB

15 Le cone beam CT

B VANDENBERGHE

21 Les soirées de l'implantologie du Brussels' ITI Club

D EYCKEN

23 Les implants courts

K RAHMANI - L EVRARD

29 Simplification du travail dentaire : concept des bacs et cassettes

Dr E BINHAS

La science des dents sensibles

Il y a désormais un produit important pour vous aider à prévenir la sensibilité dentaire

Le nouveau Sensodyne Repair & Protect réunit les atouts uniques de NovaMin® dans un dentifrice au fluor à usage quotidien. NovaMin® forme une couche protectrice d'hydroxyapatite sur la dentine exposée et dans les tubes¹⁻⁵ et protège durablement votre patient de la douleur due aux dents sensibles moyennant un brossage à raison de deux fois par jour⁶⁻⁸



Specialiste de l'hypersensibilité dentinaire

References: 1. Burwell AJ et al. J Clin Dent 2010; 21(Spanish): 66-71. 2. La Torre G, Grossman DG. J Clin Dent 2010; in press. 3. Effert SE et al. J Mater Sci Mater Med 2002; 20(2):567-568. 4. Clark AE et al. J Dent Res 2002; 81(Spec Iss Apr): 2152. 5. GSK data on file. 6. Ou MQ et al. Am J Dent 2009; 21(4): 210-214. 7. Pradeep A et al. J Periodontol 2010; 81(7): 1167-1170. 8. Rabin S et al. J Clin Dent 2010; in press. Sensodyne® et le dessin de dentaire sont des marques commerciales déposées du groupe GlaxoSmithKline.

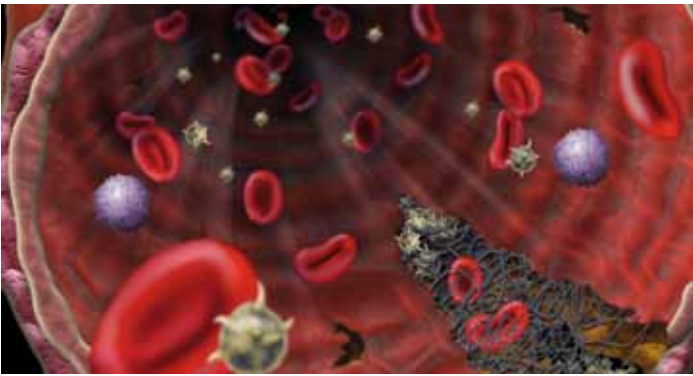


Devrait-on interrompre la prise d'antiplaquettaires et d'anticoagulants avant une chirurgie buccodentaire mineure ?

Le Dr Al-Harkan est membre du personnel du Département de chirurgie buccale et maxillofaciale, Hôpital Farwaniya, Kuwait

Le Dr Al-Ayoub est membre du personnel du Département de dentisterie générale, ministère de la Santé, Kuwait

Extrait du J Can Dent Assoc 2012;78:c24_f avec leur aimable autorisation



Les événements thromboemboliques figurent parmi les principales causes de mortalité et de morbidité¹. Afin d'en réduire l'incidence, les médecins prescrivent un ou plusieurs antithrombotiques aux patients à risque. Ces médicaments incluent des antiplaquettaires, des fibrinolytiques et des anticoagulants¹. Or il arrive que des patients sous antithrombotiques aient à subir une chirurgie buccodentaire mineure. Nous présentons dans cet article des lignes directrices destinées aux dentistes sur la prise en charge de ces patients.

Antiplaquettaires

Les antiplaquettaires, qui réduisent l'agrégation plaquettaire et empêchent la formation d'un thrombus, sont prescrits pour traiter ou prévenir des maladies cardiovasculaires ou des accidents vasculaires cérébraux thrombotiques¹. Les antiplaquettaires les plus répandus sont les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase (p. ex. l'AAS) et les inhibiteurs des récepteurs de l'adénosine diphosphate (ADP) comme le clopidogrel.

Bien que les antiplaquettaires puissent doubler le temps de saignement, ce temps peut demeurer dans les limites des valeurs normales ou ne les dépasser que légèrement² et n'avoir ainsi aucune signification clinique.

L'AAS exerce son effet antiplaquettaire en inhibant la cyclo-oxygénase 1 (COX-1) et en empêchant ainsi la formation de la prostaglandine H₂ et du thromboxane A₂. Les thromboxanes sont responsables de l'agrégation plaquettaire³.

Bien que certains dentistes demandent à leurs patients d'interrompre la prise d'AAS quelques jours avant une chirurgie buccodentaire mineure afin de prévenir le risque de saignement, des études montrent qu'il est inutile de cesser la prise de faibles doses d'AAS (75 à 100 mg). Dans la plupart des cas, les saignements postopératoires qui surviennent chez les patients sous AAS ne diffèrent pas de ceux observés chez les patients qui ne prennent pas d'AAS⁴⁻⁶. Une étude a également montré qu'il n'y avait pas lieu d'interrompre la prise de doses plus élevées d'AAS (325 mg) avant l'extraction d'une dent unique⁶. Par conséquent, la pratique qui consiste à interrompre systématiquement la prise de faibles doses d'AAS (et dans certains cas de doses plus élevées) avant une chirurgie buccodentaire mineure devrait être abandonnée. De fait, l'arrêt de la prise d'AAS pourrait créer un risque d'événements indésirables (p. ex. événement coronaire aigu) supérieur au risque de saignement peropératoire ou postopératoire⁷.

Le clopidogrel agit en bloquant les récepteurs de l'ADP (P₂Y₁₂)⁸ et est prescrit lorsque l'AAS est contre-indiqué, par exemple à cause d'une allergie, d'une intolérance à l'AAS ou d'ulcères gastriques⁹. Dans certains cas, le clopidogrel est aussi prescrit en association avec l'AAS pour prévenir la formation de caillots, par exemple après la mise en place d'une endoprothèse coronaire chez des patients ayant subi un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST^{8,10}.

Des études indiquent que le clopidogrel n'est pas un facteur prédisposant à des saignements peropératoires ou postopératoires excessifs¹¹. Sur la base de ces données, nous proposons de ne pas interrompre la prise de ce médicament avant une chirurgie buccodentaire mineure.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme l'ibuprofène inhibent de façon réversible la cyclo-oxygénase et contribuent donc à l'allongement du temps de saignement¹¹. Ces médicaments ne sont toutefois pas utilisés pour leur effet antithrombotique¹².

Anticoagulants

Le traitement anticoagulant à l'héparine est utilisé pour traiter et prévenir la thromboembolie veineuse¹³. Ce traitement

repose sur l'utilisation d'héparine non fractionnée ou d'héparine de faible masse moléculaire, cette dernière forme étant devenue la référence en raison de ses propriétés supérieures et de ses effets secondaires moindres^{13,14}. L'héparine agit comme un cofacteur dans l'activation de l'antithrombine, laquelle agit en retour sur les facteurs II (thrombine) et Xa pour empêcher la coagulation¹⁴. Des études montrent qu'il n'est pas nécessaire d'interrompre ou de modifier l'héparinothérapie chez les patients devant subir une chirurgie buccodentaire mineure¹⁵. La warfarine est un anticoagulant oral prescrit pour prévenir la thromboembolie artérielle chez les patients atteints de fibrillation auriculaire et ceux porteurs de valvules prothétiques¹⁶. La warfarine est également administrée aux patients à risque de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire¹⁷.

La warfarine est un antagoniste de la vitamine K et a donc un effet sur la production des facteurs II, VII, IX et X, qui sont vitamine K dépendants¹⁶. Le traitement à la warfarine requiert un suivi basé sur la mesure du rapport international normalisé (RIN); la marge thérapeutique du RIN se situe habituellement entre 2 et 3,5¹⁷.

La plupart des auteurs sont d'avis qu'il n'est pas nécessaire d'interrompre ou de modifier un traitement anticoagulant avant une chirurgie buccodentaire mineure si la valeur du RIN est inférieure à 4^{16,18}, car l'hémostase pourra être atteinte par l'application de mesures locales appropriées¹⁸. Cependant, si la valeur du RIN ne se situe pas dans la marge thérapeutique, le dentiste devrait alors consulter le médecin du patient pour déterminer s'il y a lieu d'ajuster ou d'interrompre l'anticoagulothérapie avant d'entreprendre un traitement dentaire.

Mesures pour contrôler le saignement

Plusieurs recommandations ont été formulées pour contrôler le saignement durant une intervention dentaire. Le rendez-vous devrait être fixé à la fois en début de journée pour avoir le temps de maîtriser tout saignement immédiat et en début de semaine pour pouvoir prendre en charge tout saignement tardif qui pourrait survenir de 1 à 2 jours après une extraction. L'application de mesures locales, comme l'application d'une pression avec des gazes et des points de suture, devrait suffire à maîtriser le saignement¹⁸. Il a également été démontré que l'usage de pansements hémostatiques, comme la cellulose régénérée oxydée (p. ex. Surgicel, Ethicon, Somerville, N.J.), des éponges de gélatine (p. ex. Gelfoam, Pfizer, New York, N.Y.) et des adhésifs à base de fibrine (p. ex. Tisseel, Baxter Corporation, Mississauga, Ont.), favorise la formation de caillots¹⁷. Enfin, l'utilisation de rince-bouche à base d'acide tranexamique à 4,8 % ou d'acide epsilon-aminocaproïque à 25 % est aussi recommandée pour réduire le risque de saignement¹⁹.

En général, il n'est pas nécessaire d'interrompre ou de modifier un traitement anticoagulant ou antiplaquettaire avant une chirurgie buccodentaire mineure. Les dentistes devraient connaître les problèmes médicaux de leurs patients et posséder les connaissances et les moyens nécessaires pour dispenser les meilleurs soins possibles.

Références

1. Sikka P, Bindra VK. Newer antithrombotic drugs. *Indian J Crit Care Med.* 2010;14(4):188-95.
2. Schafer AI. Effects of nonsteroidal antiinflammatory drugs on platelet function and systemic hemostasis. *J Clin Pharmacol.* 1995;35:209-19.
3. Born G, Patrono C. Antiplatelet drugs. *Br J Pharmacol.* 2006;147 Suppl 1:S241-51.
4. Ardekian L, Gasper R, Peled M, Brener B, Laufer D. Does low-dose aspirin therapy complicate oral surgical procedures? *J Am Dent Assoc.* 2000;131(3):331-5.
5. Krishnan B, Shenoy NA, Alexander M. Exodontia and antiplatelet therapy. *Oral Maxillofac Surg.* 2008;66(10):2063-6.
6. Brennan MT, Valerin MA, Noll JL, Napeñas JJ, Kent ML, Fox PC, Sasser HC, Lockhart PB. Aspirin use and post-operative bleeding from dental extractions. *J Dent Res.* 2008;87(8):740-4.
7. Jeske AH, Suchko GD; ADA Council on Scientific Affairs and Division of Science; Journal of the American Dental Association. Lack of a scientific basis for routine discontinuation of oral anticoagulation therapy before dental treatment. *J Am Dent Assoc.* 2003;134(11) : 1492-7.
8. Ueno M, Kodali M, Tello-Montoliu A, Angiolillo DJ. Role of platelets and antiplatelet therapy in cardiovascular disease. *J Atheroscler Thromb.* 2011;18(6):431-42. Epub 2011 Mar 18.
9. Wynn RL, Bergman SA. Drugs and herbal remedies that affect blood clotting. *Gen Dent.* 2002;50(6):484-8, 490.
10. Campbell-Scherer DL, Green LA. ACC/AHA guideline update for the management of ST-segment elevation myocardial infarction. *Am Fam Physician.* 2009;79(12):1080-6.
11. Little JW, Miller CS, Henry RG, McIntosh BA. Anti thrombotic agents: implications in dentistry. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93(5):544-51.
12. Fischer LM, Schlienger RG, Matter CM, Jick H, Meier CR. Current use of nonsteroidal antiinflammatory drugs and the risk of acute myocardial infarction. *Pharmacotherapy.* 2005;25(4):503-10.
13. Fareed J, Adiguzel C, Thethi I. Differentiation of parenteral anti-coagulants in the prevention and treatment of venous thromboembolism. *Thromb J.* 2011;9(1):5.
14. Blann AD, Khoo CW. The prevention and treatment of venous thromboembolism with LMWHs and new anticoagulants. *Vasc Health Risk Manag.* 2009;5:693-704. Epub 2009 Aug 20.
15. Hong CH, Napeñas JJ, Brennan MT, Furney SL, Lockhart PB. Frequency of bleeding following invasive dental procedures in patients on low-molecular-weight heparin therapy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(5):975-9. Epub 2010 Feb 9.
16. Ansell J, Hirsh J, Poller L, Bussey H, Jacobson A, Hylek E. The pharmacology and management of the vitamin K antagonists: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest.* 2004;126(3 Suppl):204-233S.
17. Jiménez Y, Poveda R, Gavaldá C, Margaix M, Sarrión G. An update on the management of anticoagulated patients programmed for dental extractions and surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13(3):E176-9.
18. Pototski M, Amenábar J. Dental management of patients receiving anticoagulation or antiplatelet treatment. *J Oral Sci.* 2007;49(4):253-8.
19. Aframian DJ, Lalla RV, Peterson DE. Management of dental patients taking common hemostasis-altering medications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103 Suppl:S45.e1-11.

Le Cone Beam CT : évolution et révolution

Dr Bart Vandenberghe : Département de Dentisterie Prothétique, KU Leuven, Belgique
Advimago, Centre d'Imagerie Orale Avancée, Bruxelles, Belgique (www.advimago.be).



Après l'IDS (International Dental Show) à Cologne en mars 2011 et la conférence et l'exposition de l'ADF (Association Dentaire Française) à Paris en novembre de cette même année, il est évident que la digitalisation et l'automatisation de la dentisterie est en croissance exponentielle. L'imagerie, la planification en 3D, la conception assistée par ordinateur (CAD ou computer-aided design) et la fabrication assistée par ordinateur (CAM ou computer-aided manufacturing) sont de plus en plus présentes dans le cadre de travail du cabinet dentaire moderne.

Dans cette évolution vers un travail digitalisé, nettement plus efficace, l'imagerie joue un rôle crucial. Il s'agit d'une imagerie dentaire qui n'est désormais plus limitée à la radiographie (l'imagerie au moyen de rayons X) mais qui s'étend à d'autres segments du spectre des ondes comme le spectre visible ou l'infrarouge. Ce genre d'imagerie optique peut avoir un aspect diagnostic, comme la fluorescence pour la détection de caries, ou la photospectrométrie digitale qui nous aide à la prise de teintes rapide et très précise, ainsi qu'un aspect thérapeutique, comme les empreintes optiques ou digitales qui diminuent le temps de travail, le stress et le travail fastidieux des empreintes conventionnelles par le scanning intraoral au moyen d'une petite caméra (Illustration 1).

Néanmoins, le plus impressionnant dans cette évolution est l'apparition du Cone Beam Computed Tomography (CBCT), qui a drastiquement changé le diagnostic dentaire. La preuve en est l'augmentation rapide du nombre de fabricants avec plus de 70 modèles sur le marché. Mais attention, cette nouvelle imagerie 3D n'est pas sans risques, et 2011 est aussi l'année où les directives européennes pour l'utilisation du CBCT ont été finalisées, ce qui montre l'importance d'une formation approfondie requise pour ce genre de diagnostic.

Le Cone Beam CT : situation actuelle

Le CBCT, l'imagerie (tomographie) volumique 3D numérisée à base d'un faisceau radiographique conique, offre au dentiste ou chirurgien maxillo-facial la possibilité d'obtenir des coupes axiales, sagittales et coronales au travers du volume désiré, mais avec d'importantes différences comparé aux CT (scanner médical). La différence la plus marquante avec l'utilisation de la technologie CBCT est un diagnostic dentaire

plus précis grâce aux coupes nettement plus fines qui apportent donc des informations plus détaillées au niveau osseux. Ceci permet au clinicien de visualiser les anomalies des plus petites structures dentaires comme l'espace du ligament parodontale et la lamina dura en 3D, ce qui est difficile voire même impossible sur des images d'un scanner médical (Illustration 2).

En plus, cette acquisition volumique du CBCT est effectuée avec une dose beaucoup plus faible attribuée au patient. Ceci est dû à un tube à rayon X qui est moins puissant dans un système CBCT mais surtout à la configuration d'acquisition de volumes partiels. Effectivement, il n'est pas nécessaire d'irradier tout le complexe cranio-facial, il est possible de limiter le champ d'examen à une partie de ce complexe, par exemple une seule mâchoire, ou un volume contenant quelques dents. C'est grâce à cette faible dose et à cette précision que le 3D à base de Cone Beam est devenu un outil diagnostic extrêmement important qui révolutionne la pratique dentaire et maxillo-faciale.

Parmi un très grand nombre d'études scientifiques au fil des dernières années, c'est surtout le projet européen « SedentexCT » (Safety and Efficacy of a new and emerging dental X-ray modality) qui a mené à de nouvelles directives sur le plan de l'imagerie 2D et 3D. Ce projet est une collaboration entre plusieurs universités européennes dont l'université de Manchester (Royaume-Uni), l'université de Leuven (KU Leuven, Belgique), l'université d'Athènes (Grèce), l'université de Cluj-Napoca (Roumanie), l'université de Malmö (Suède) et celle de Vilnius (Lituanie). Il avait comme objectif principal d'acquiescer les informations essentielles à l'utilisation correcte et scientifiquement soutenue du Cone Beam CT, dans le but de produire des directives factuelles qui abordent des sujets comme la justification, l'optimisation, les critères de référence et la formation pour les utilisateurs du CBCT. Ainsi, il est devenu très clair que l'utilisation du CT (scanner médical) devrait rapidement diminuer dans la pratique dentaire. Dans la plupart des cas, les directives montrent que l'utilisation du CBCT est indiquée là où le choix d'examen complémentaires était auparavant le CT, comme les impactions dentaires ou les études implantaire, vu sa plus faible dose (Illustration 3).

Plus important encore, les directives vont plus loin et disent que l'imagerie CBCT pourrait présenter un intérêt dans de nombreux domaines (des cas bien sélectionnés évidemment)

où l'imagerie 2D conventionnelle et les informations cliniques sont insuffisantes et une image tridimensionnelle indispensable. Par exemple, en bonne pratique dentaire, l'utilisation d'un scan CT pour le diagnostic de pathologies radiculaires comme une fracture était contre-indiqué vu la dose attribuée au patient et la limitation de l'épaisseur de la coupe (la plus fine autour de 0.5mm). Désormais, l'imagerie CBCT peut souvent offrir des informations supplémentaires pour la suspicion de petites fractures ou même fêlures radiculaires, la localisation d'un canal supplémentaire, ou le bilan pré-chirurgical des régions péri-apicales de molaires supérieures (Illustrations 4).

Lors de son introduction en 1998, les premières machines étaient plutôt robustes et encombrantes, actuellement, avec des appareils plus « design » et plus « light », on obtient une image encore plus nette, avec une dose encore plus faible. Une des plus importantes évolutions récentes est la flexibilité de l'appareillage radiographique dentaire prévu pour des cabinets dentaires d'omnipraticque. De plus en plus d'appareils compacts, semblables à une panoramique numérique sophistiquée, sont munis d'un capteur 3D pour l'acquisition de petits volumes Cone Beam. Ceux-ci peuvent même être configurés d'une telle façon qu'un bras céphalométrique soit inclus, ou que le champ d'examen soit plus flexible pour l'acquisition de plus grands volumes (Illustration 5).

Ceci implique naturellement un prix d'achat plus important, mais aussi une plus grande responsabilité sur le plan de diagnostic de grands volumes. Néanmoins, ces « petits cone beam » sont en général limités aux petits champs et champs moyens, pour visualiser quelques dents.

C'est surtout leurs « grand frères », les Cone Beam à grands champs (de 8 cm x 8cm – les deux mâchoires - à 23 cm x 17cm – tout le complexe maxillo-facial, Illustration 6) qui exigent une grande prudence (et un gros budget) et qui se trouveront plutôt dans un environnement hospitalier ou dans des centres d'imagerie.

Directives et formation en Cone Beam CT

Suite à la diffusion rapide de l'imagerie CBCT en dentisterie, l'Association Européenne de Radiologie Dento-Maxillo-Faciale a diffusé 20 principes de base (recommandations principales) pour une bonne maîtrise de cette technologie (www.sedentexct.eu/content/basic-principles-use-dental-cone-beam-ct) et qui pourraient servir comme base pour les directives nationales des pays européens comme la Belgique (Avis du Conseil Supérieure de la Santé N0 8705 : Dental Cone Beam Computed Tomography, Conseil Supérieure de la Santé, 2011, www.health.belgium.be):

1. Les examens CBCT ne doivent pas être effectués sans qu'une anamnèse du patient et un examen clinique n'aient été réalisés.
2. Les examens CBCT doivent être justifiés pour chaque patient, afin de démontrer que les bénéfices l'emportent sur les risques.

3. Les examens CBCT doivent potentiellement apporter des informations utiles à la prise en charge du patient.
4. Il n'est pas souhaitable que les examens CBCT soient répétés en routine, sans qu'une nouvelle évaluation bénéfique/risque soit réalisée.
5. En adressant son patient à un autre praticien pour un examen CBCT, le dentiste référent doit fournir suffisamment d'informations cliniques (issues de l'historique du patient et de l'examen clinique) afin de permettre au praticien réalisant l'examen CBCT d'appliquer la procédure de justification.
6. Les examens CBCT ne doivent être réalisés seulement quand la question pour laquelle l'imagerie est requise ne peut obtenir de réponse adéquate par une radiographie dentaire conventionnelle (traditionnelle) moins irradiante.
7. Les examens CBCT doivent faire l'objet d'une analyse clinique approfondie (« commentaire radiologique ») portant sur l'ensemble des données d'imagerie.
8. Quand il est probable que l'étude des tissus mous sera requise pour l'évaluation radiologique du patient, l'examen d'imagerie approprié sera le scanner médical conventionnel ou l'IRM plutôt que le CBCT.
9. L'équipement CBCT devrait offrir un choix varié de volumes d'exploration et l'examen doit utiliser le volume le plus petit compatible avec la situation clinique si cela permet une dose d'irradiation moindre du patient.
10. Quand l'équipement CBCT offre un choix varié de résolutions, il convient d'utiliser une résolution compatible avec un diagnostic adéquat et une dose minimale.
11. Un programme d'assurance qualité doit être établi et mis en œuvre pour chaque installation CBCT, incluant des procédures de contrôle de l'équipement, des techniques et de la qualité des examens.
12. Des aides au positionnement précis et à la stabilité du patient (light beam markers) doivent toujours être utilisés.
13. Toute nouvelle installation d'équipement CBCT doit subir un examen critique et des tests de contrôle détaillés avant usage afin d'assurer une radioprotection optimale du personnel, du public et du patient.
14. Les équipements CBCT doivent subir des tests de routine réguliers afin de s'assurer que la radioprotection du personnel et des patients ne s'est pas détériorée.
15. Pour la radioprotection du personnel utilisant le matériel CBCT, les recommandations détaillées dans la section 6 du document radioprotection 136 de la Commission Européenne, doivent être suivies.
16. Les utilisateurs d'un équipement CBCT doivent avoir reçu une formation théorique et pratique adéquate pour la pratique radiologique et une compétence suffisante en radioprotection.
17. Une formation continue est nécessaire après qualification, particulièrement quand un nouveau matériel ou de nouvelles techniques sont adoptés.
18. Les chirurgiens dentistes responsables d'un équi-

pement CBCT qui n'ont pas reçu préalablement de formation adéquate théorique et pratique doivent subir une période additionnelle de formation théorique et pratique validée par une institution académique (université ou équivalent). Quand une qualification nationale de spécialité en radiologie dento-maxillo-faciale existe, la conception et la délivrance de programmes de formation en CBCT doivent impliquer un radiologue spécialisé en radiologie dento-maxillo-faciale.

19. Pour les images CBCT des dents, de leurs tissus de soutien, de la mandibule et du maxillaire jusqu'au plancher nasal (soit champs de vue 8x8 ou inférieurs), l'évaluation clinique (« commentaire radiologique ») doit être réalisée par un radiologue spécialisé en radiologie dento-maxillo-faciale ou si ce n'est pas possible, par un chirurgien dentiste correctement formé.
20. Pour des petits champs de vue non dentaires (par exemple os temporal) et pour toute image CBCT craniofaciale (champs de vue s'étendant au-delà des dents, de leurs tissus de soutien, de la mandibule, incluant l'ATM, et du maxillaire jusqu'au plancher nasal), l'évaluation clinique (« commentaire radiologique ») doit être réalisée par un radiologue spécialisé en dento-maxillo-facial ou par un radiologue clinicien (radiologue médical).

Il est donc évident depuis le début de son introduction dans les premiers cabinets dentaires, qu'il est nécessaire de suivre une formation professionnelle en imagerie CBCT avant de pouvoir utiliser et analyser ce genre d'images tridimensionnelles. Cette formation –comme décrit dans les directives européennes- doit contenir un volet théorique et un volet pratique. Le programme doit tout d'abord se consacrer aux prescripteurs (le clinicien qui envoie le patient pour un CBCT et qui reçoit les images), et ensuite à l'utilisateur CBCT (celui qui est responsable pour les prises d'images CBCT) et doit aborder des sujets comme la théorie technique sur le CBCT, la radioprotection et radiophysique du CBCT, la justification et l'optimisation des paramètres, l'analyse de l'image tridimensionnelle et son interprétation, la dosimétrie et les risques associés à ce genre d'examen.

Ainsi, en Belgique, l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire (AFCN) s'est basée sur ces directives européennes et celles du Conseil Supérieure de la Santé (CSS) pour établir des critères auxquels cette formation CBCT doit satisfaire, un programme qui doit consister en un module théorique de deux jours et un module plutôt pratique de trois jours, avec une évaluation finale.

Futur du Cone Beam CT et conclusion

De plus en plus, de nouvelles études scientifiques démontrent le rôle crucial de l'imagerie CBCT. Il est donc inévitable que les directives évoluent encore vers une utilisation presque quotidienne en dentisterie et en chirurgie maxillo-faciale. Ces dernières années, les logiciels 3D sont devenus très perfor-

mants, avec de nombreux nouveaux outils pour analyser le volume obtenu d'une manière encore plus efficace. Il est par exemple possible de reconstruire des simulations céphalométriques pour analyse d'orthodontie (Illustration 6) ou de suivre l'évolution osseuse en 3D (comme la perte osseuse autour d'un implant, ou l'évaluation d'une greffe osseuse, Illustration 8).

Parallèlement à la digitalisation de certains actes dentaires, une tendance vers le « Single Session Treatment » (traitement en un temps) est évidente, comme la planification implantaire virtuelle et la chirurgie guidée. Dans une première session, toutes les informations nécessaires sont obtenues : le scan CBCT pour l'évaluation osseuse, l'empreinte optique intra-orale pour visualisation des tissus mous (difficile de discerner sur l'image CBCT) ou même l'image photographique (technologie incluse dans certains appareils CBCT) et l'articulation virtuelle du patient (Illustration 8).

En fusionnant ces images, un vrai planning virtuel peut être réalisé avec un design de la restauration assisté par ordinateur, pour finalement à l'aide de CAM produire tout les composants de la restauration définitive. Ce fusionnement d'images optiques nous aide en plus à optimiser la qualité d'image du CBCT en éliminant les artéfacts métalliques ou en augmentant le détail au niveau de l'occlusion.

Néanmoins, avant de pouvoir suivre cette évolution rapide et d'approfondir sur des analyses plus compliquées, il est donc important de tout d'abord maîtriser les principes de base, et surtout de connaître les directives pour une utilisation et indication correcte de l'imagerie CBCT.

Références

1. Horner K, Islam M, Flygare L, Tsiouklakis K, Whaites E (2009) Basic principles for use of dental cone beam computed tomography: consensus guidelines of the European Academy of Dental and Maxillofacial Radiology. *Dentomaxillofac Radiol* 38:187-195.
2. SedentextCT Project (2011) Radiation protection: cone beam CT for dental and maxillofacial radiology. Evidence-based guidelines 2011. Available for download at http://www.sedentextct.eu/files/guidelines_final.pdf. Accessed 14 Febr 2012.
3. CSS - Conseil Supérieure de la Santé. Avis du Conseil Supérieure de la Santé n0 8705 : Dental Cone Beam Computed Tomography. Bruxelles, Belgique, février 2011.
4. HAS - Haute Autorité de Santé. Tomographie volumique à faisceau conique de la face (Cone Beam Computerized Tomography). Avis sur les actes. Saint-Denis La Plaine, France, décembre 2009.
5. Vandenberghe B, Jacobs R, Bosmans H (2010) Modern dental imaging : a review of the current technology and clinical applications in clinical practice. *Eur Radiol* 20 :2637-2655.

Illustrations

Illustration 1.

Le spectre des ondes utilisé en dentisterie : spectre visible et rayons X. En haut, les modalités digitales à moyens de rayons X pour diagnostic en dentisterie (de gauche à droite : capteur intraorale numérique, système à plaques intraorale, appareil multimodale cone beam ct, panoramique et céphalostat).

En bas, les modalités optiques utilisées en dentisterie pour diagnostic ainsi que pour la thérapie (de gauche à droite : fluorescence, photospectrométrie et empreinte optique).

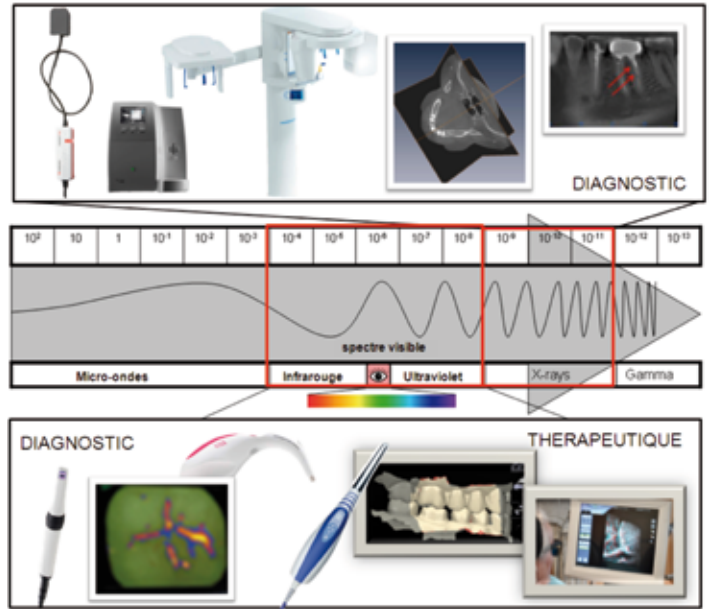


Illustration 2.

La configuration d'un scanner médical (CT ou computed tomography) diffère beaucoup de celle d'un CBCT ce qui apporte un plus grand détail osseux et une dose plus faible pour ce dernier. La lamina dura et l'espace du ligament parodontale sont flou et difficilement visible sur les coupes CT, mais très nette est facile à interpréter sur les coupes CBCT (Gauche: CT, coupes de 0.6mm d'épaisseur, Somatom Sensation 64, Siemens ; droite : CBCT, coupes de 0.25mm d'épaisseur, I-Cat Next Generation, Imaging Sciences International).

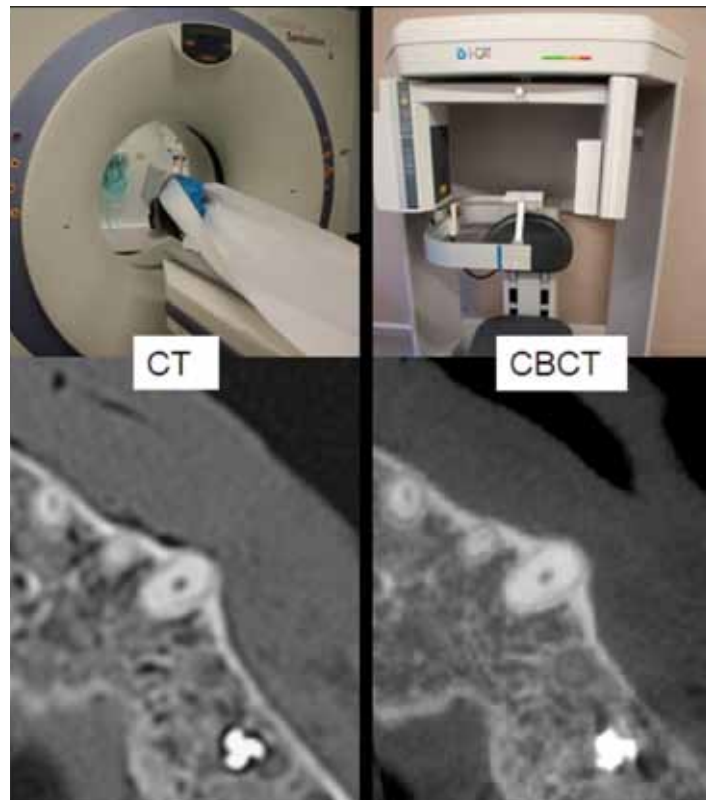


Illustration 3.

A gauche, CT scan d'une mandibule (Emotion 6, Siemens, H70s kernel, épaisseur de 0.63mm), au milieu et à droite des scans CBCT d'une mandibule (milieu : Cranex 3D, Soredex, épaisseur de 0.2mm ; à droite VeraviewEpos3D, Morita, épaisseur de 0.125mm) pour la planification d'implants. En dehors du fait que la dose du CBCT soit beaucoup plus faible, le détail osseux sur les reconstructions cone beam est plus grand (coupes plus fines) et le volume ou champ d'examen peut être ajusté pour un scanning partiel de la mâchoire. (Attention, la résolution de contraste pour différencier les tissus mous reste meilleure pour le CT, mais est (la plupart des fois) de moindre importance dans le diagnostic dento-maxillo-faciale.)

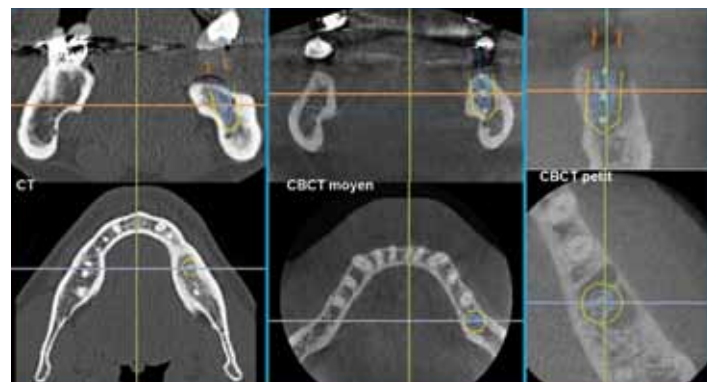


Illustration 4.

En haut : CBCT d'une prémolaire inférieure avant retraitement endodontique (fistulisation). Les coupes montrent la fausse route en apicale et la relation avec le foramen mentonnier. En bas : CBCT d'une prémolaire supérieure avant retraitement endodontique (fistulisation). Les coupes montrent un grand tenon métallique dans le canal vestibulaire avec beaucoup d'artéfacts. Néanmoins, la lésion se trouve en apical (lamina dura intacte au niveau du tenon), avec le canal palatin qui n'est pas obturé. (Kodak 9000 3D, Carestream Dental, épaisseur de 0.075mm)



Illustration 5.

Exemple d'un appareil radiographique dentaire multi-modale (Cranex 3D, Soredex, Tuusula, Finland). L'appareil panoramique peut être configuré avec un bras pour téléradiographies et/ou avec un capteur 3D pour acquisition de petits volumes Cone Beam (4cm x 6cm) et si désiré avec une option pour Cone Beam à champs moyen (6cm x 8cm).

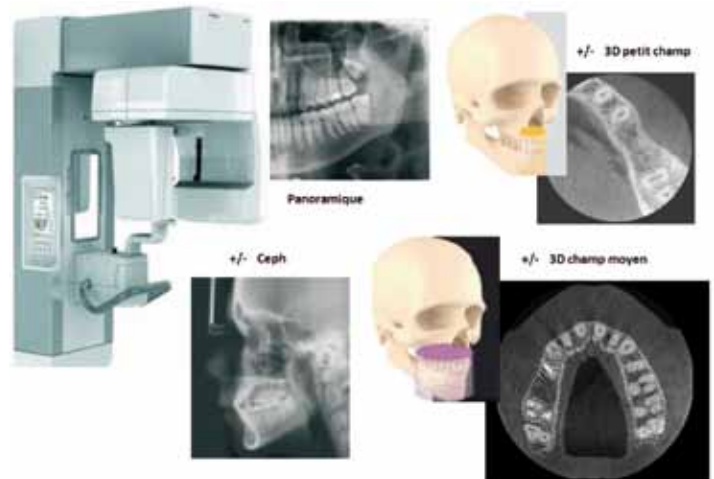


Illustration 6.

CBCT grand champ en occlusion habituelle (23cm x 17cm, épaisseur des coupes de 0.3mm). Les logiciels dentaires pour CBCT (ici Romexis, Planmeca, Finlande) sont souvent configurés avec plusieurs outils diagnostic comme la reconstruction de simulations téléradiographiques (Virtual Ceph). (CBCT : Kavo 3D Exam, Kavo Dental, Allemagne).

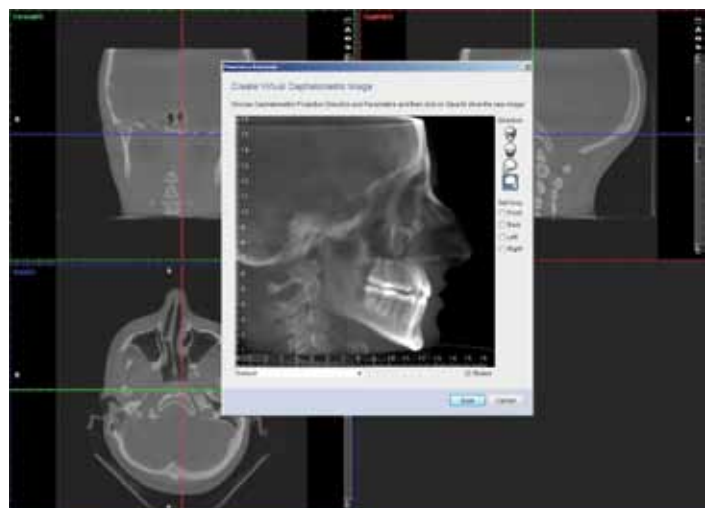


Illustration 7.

Follow-up d'une extraction dentaire avec préservation d'alvéole d'extraction (Bio-Oss). L'image CBCT au début montre une infection peri-apicale avec résorption apicale. 3 mois après la préservation d'alvéole, l'intégration de la greffe osseuse est visible (CBCT : i-CAT Classic, Imaging Sciences International, USA). Un logiciel sophistiqué permet de superposer les deux scans l'un sur l'autre pour finalement montrer une visualisation 3D des deux scans avec la perte osseuse visible en vestibulaire.

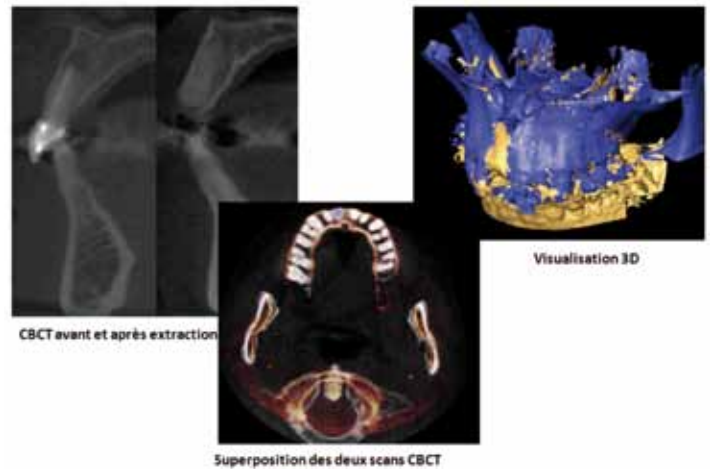
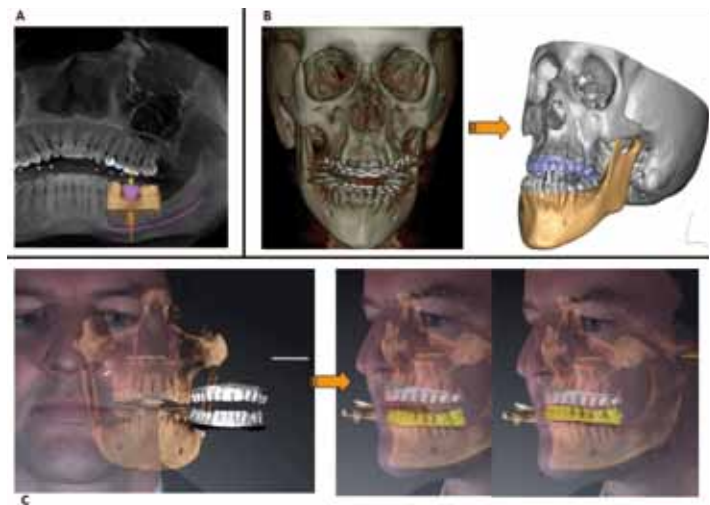


Illustration 8.

La configuration d'un scanner médical (CT ou computed tomography) diffère beaucoup de celle d'un CBCT ce qui apporte un plus grand détail osseux et une dose plus faible pour ce dernier. La lamina dura et l'espace du ligament parodontale sont flou et difficilement visible sur les coupes CT, mais très nette est facile à interpréter sur les coupes CBCT (Gauche: CT, coupes de 0.6mm d'épaisseur, Somatom Sensation 64, Siemens ; droite : CBCT, coupes de 0.25mm d'épaisseur, I-Cat Next Generation, Imaging Sciences International).



Advimago training center offre une formation de 5 jours, reconnue par l'AFCN, pour obtenir une certification officielle, pour l'application de cette extension CBCT. Ce programme couvre tous les aspects fondamentaux de l'utilisation du CBCT en diagnostic dento-maxillo-facial et consiste en 5 modules consécutifs, qui peuvent être suivis séparément. Plus d'info sur www.advimago.be

CERTIFICATION POUR L'UTILISATION DU CONE BEAM CT (5 jours)

PARTIE 1 : Modules de base, avec focus sur le prescripteur

Module 1 : CBCT cours de base: introduction et principes d'interprétation (1journée)

Ce cours d'introduction adresse la théorie de base du CBCT, les applications, diagnostic 3D et principes d'interprétation 3D.

Module 2 : CBCT Diagnostic Approfondi et analyse d'image (1journée)

Ce cours de diagnostic a comme objectif de former le praticien en diagnostic 3D approfondi et analyse d'image 3D.

PARTIE 2 : Modules avancés, avec focus sur le praticien (l'utilisateur) ou pour une connaissance plus approfondi du prescripteur

Module 3 : CBCT en Pratique Dentaire (1journée)

Cette formation a comme objectif d'acquérir une connaissance approfondie sur l'imagerie CBCT. Les participants apprendront à utiliser des différents systèmes CBCT avec des exercices d'optimisation de qualité d'image (balance dose-qualité) et justification selon la demande. Une première introduction de prise d'examen 3D sur patients et prévue et les participants seront instruits comment analyser et rapporter sur des images 3D (diagnostic général et plus avancé).

Module 4 : le CBCT approfondi en pratique dentaire (1journée)

Cette formation intensive a comme objectif d'acquérir une connaissance approfondie sur l'imagerie CBCT en pratique dentaire. Les participants apprendront à utiliser le CBCT dans un environnement clinique selon les règles de justification et de qualité optimisée (avec un radiologue dento-maxillo-facial). Les participants pourront acquérir des compétences avancées sur la manipulation d'image (visualisation 3D et formats spécifiques) et sur des cas cliniques plus avancés (grand champ, head and neck) pour compléter leurs formation en diagnostic oro-maxillo-facial 3D.

Module 5 : CBCT en Pratique Spécialisée (1/2 journée)

Cette formation offre une connaissance approfondie sur le CBCT en pratique spécialisée. Plusieurs disciplines peuvent être suivies séparément, mais seulement une discipline est nécessaire pour la certification CBCT.

- CBCT en Implantologie et Chirurgie Guidée
- CBCT en Endodontie
- CBCT en Orthodontie

+ EXAMEN FINAL (2 cas cliniques, « en aveugle ») (EN-LIGNE)

Tous les modules peuvent être suivis séparément. Seulement en suivant LES 5 MODULES et en complétant l'examen final, le clinicien pourra obtenir la certification du CBCT et l'extension de l'AFCN, pour l'utilisation de l'appareillage CBCT en pratique dentaire.

Les Soirées de l'Implantologie du Brussels' ITI Club

Didier Eycken - ITI Fellow - ITI Evenings Coordinator



Le 28 février dernier, le Brussels'ITI Club a accueilli le **Professeur Urs Belser** pour une fin d'après-midi et une soirée exceptionnelles. Et ce, à plus d'un titre.

Non seulement parce qu'il est exceptionnel de pouvoir inviter le Professeur Belser pour un petit comité - fort

heureusement, les liens privilégiés qui unissent les membres et Fellows ITI facilitent grandement les choses - mais aussi parce que le Chef du Département de Prothèse Fixe et Occlusion à l'Ecole de Médecine Dentaire de l'Université de Genève séduit toujours son auditoire par la clarté de ses propos et par son humilité. La vertu des plus grands...

Les participants ont bénéficié ce jour-là des enseignements d'un orateur que les congrès internationaux s'arrachent et que j'avais déjà invité à la Société de Médecine Dentaire pour une journée mémorable en 2004.

Cette fois, la prothèse et l'occlusion étaient à l'honneur : planification et réalisation de la réhabilitation implantaire, unitaire, plurale, ou complète, évaluation des risques, prévention des problèmes,...

Partager avec le Professeur Belser deux heures et demie de conférence-débat, en petit comité et en toute décontraction, permet d'aller à l'essentiel, d'obtenir des informations rarement détaillées lors d'une conférence magistrale et de recevoir ces petites astuces du métier qui font la différence. Les discussions provoquées par le conférencier ou par les participants se passent alors dans une ambiance plutôt enthousiaste !

D'un concept nouveau, à la fois peer review et study-club, ces réunions proposent de susciter la discussion et les échanges sur des sujets pointus en implantologie, en embrassant largement la discipline. Favorisant l'efficacité et l'intensité, elles sont organisées à l'attention d'un petit nombre (maximum 20 personnes) particulièrement motivé (hors accréditation), qui ne rechigne pas à poursuivre les débats au cours du repas, dans une atmosphère - faut-il le dire ? - toute aussi sympathique que conviviale. Les bénéfices n'en sont que plus grands.

L'International Team for Implantology (ITI) compte aujourd'hui plus de 500 study-clubs répartis dans le monde, dont trois en Belgique francophone.

Cette association scientifique internationale et indépendante, est forte de plus de 10.000 membres et de plus de 800 Fellows assurant le fonctionnement des sections locales.

La section belge francophone a nommé trois responsables pour organiser ces soirées dédiées à l'implantologie orale : Didier Blase (Education Delegate ITI) pour la région de Charleroi, Michel Lorquet (ITI Evenings Director) pour la région de Liège et Didier Eycken (ITI Evenings Coordinator) pour la région de Bruxelles-Capitale.

Tout praticien de l'art dentaire, médecin, chirurgien maxillo-facial, assistante dentaire, prothésiste dentaire témoignant d'un intérêt particulier pour l'implantologie peut participer à ces soirées et/ou présenter un sujet. Le non-membre ITI est invité gracieusement à deux soirées ; sa participation ultérieure est conditionnée au règlement de sa cotisation.

Qui est intéressé trouvera les renseignements utiles sur le site www.iti.org.





Une seconde soirée de l'implantologie s'est tenue le vendredi 30 mars. **Monsieur Antoine Rimmer** traita de la gestion des cas limites par l'utilisation d'implants fins ou courts et de leurs alternatives.

Antoine Rimmer exerce en cabinet de groupe à Metz.

Mais ce jour-là, c'était pour lui l'occasion de retrouver une capitale qu'il connaît bien.

En effet, il fut Lauréat et Major de L'ULB et a obtenu le Prix Brabant 1994 de l'institut de Stomatologie de Bruxelles. Il est un ancien assistant aux services de DO, Prothèse amovible et fixe de L'ULB, il a suivi un DU d'implantologie avec le Professeur Malevez et est titulaire d'un DIU d'expertise judiciaire. Il est enseignant au collège Français d'Implantologie et à divers Diplômes Universitaires (Evry, Lyon) ; il est Fellow ITI, Speaker ITI et Study Club Coordinator en France.

Cette soirée a aussi suscité nombre de discussions passionnées sur des sujets parfois polémiques... ou volontairement provo-

cants. A l'issue de celle-ci, les participants étaient ravis par les discussions de plans de traitements et très enthousiastes à renouveler l'expérience. La prochaine réunion du Brussels'ITI Club se tiendra le mardi 2 octobre.

Il n'y a rien de tel que de partager ses expériences, en toute modestie, de s'enrichir de celles de ses confrères, ou de les aider, afin de progresser toujours et encore, de s'ouvrir à d'autres protocoles thérapeutiques et de raviver la flamme de sa passion.

Et si, dans la foulée, des liens d'amitiés se tissent entre praticiens d'horizons et de pays différents, que rêver de plus ?



TA-97 C LED
Nouvelle technologie LED+
Tête miniaturisée
Penta-Spray
Zone de préhension optimisée

WA-99 LT
Tête miniaturisée
Penta-Spray
Silencieux
Longévité accrue



Des atouts multiples

Nouvelles turbines Synea LED+, contre-angles à la pointe de la technologie

Les nouvelles turbines Synea LED+. Éclairage optimal. Indice de rendu de couleur supérieur à 90. Position parfaite de la LED. Et une tête miniaturisée – quatre avantages, parfaitement combinés. **Les contre-angles Synea.** Une tête compacte intégrant le Penta Spray – un parmi les nombreux atouts de la gamme de contre-angles Synea.

W&H Benelux BVBA
Reepkenslei 44
B-2550 Kontich, Belgium
t +32 (0)475 51 63 63
f +32 (0)3 844 61 31
office.benelux@wh.com wh.com

synea
Ready for imitation.

Les implants courts : une alternative aux greffes osseuses dans le secteur postérieur des maxillaires



Karima Rahmani, Laurence Evrard

Clinique d'Implantologie- Service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale. Hôpital Erasme - ULB - Bruxelles

Introduction

Le secteur postérieur des maxillaires présente des caractéristiques qui le distinguent du secteur antérieur :

- L'accessibilité parfois limitée, conditionnée par l'ouverture buccale, rend la manipulation des instruments chirurgicaux plus délicate.
- Les contraintes occlusales importantes : les implants du secteur postérieur, étant proches de l'axe de rotation de la mandibule, sont soumis à des contraintes beaucoup plus importantes que dans le secteur antérieur.
- La qualité, la quantité et la résorption osseuse :

Le maxillaire supérieur : La qualité osseuse est souvent de Type IV, de ce fait, la stabilité osseuse primaire peut être parfois difficile à atteindre. La quantité osseuse est limitée par le sinus maxillaire, et suite à une édentation, elle peut être fortement limitée par la résorption centripète ainsi que la pneumatisation sinusienne.

Le maxillaire inférieur : La quantité osseuse est limitée par la présence du pédicule vasculo-nerveux dentaire inférieur, ainsi que par la résorption centrifuge et verticale qui réduit la largeur et la hauteur de la crête osseuse. De par cette résorption, la relation maxillo-mandibulaire se trouve modifiée, et un décalage entre les deux crêtes se crée réalisant une tendance vers un articulé croisé.

Afin de compenser les modifications de l'occlusion, les cuspidés vestibulaires peuvent se trouver excentrées par rapport à l'axe implantaire ; ce qui risque d'augmenter, le cas échéant, les contraintes mécaniques au niveau des implants et de la prothèse.

L'évaluation du volume osseux ainsi que la situation prothétique présente, va permettre le choix thérapeutique. Lorsque la hauteur osseuse est insuffisante, deux choix thérapeutiques s'offrent à nous :

1. **Un traitement chirurgical :** La greffe osseuse.
2. **Un traitement adaptatif :** Une alternative à la greffe osseuse, par exemple les implants courts.

Définition - taux de succès des implants courts

Un implant court est un implant dont la longueur est inférieure ou égale à 8.5 millimètres¹. L'utilisation d'implants courts est une alternative à des techniques chirurgicales plus compliquées et grevées d'une morbidité post-opératoire plus importante et impliquant un délai plus long avant les phases de réalisation prothétique.

L'utilisation d'implants courts permet également d'éviter de léser le pédicule vasculo-nerveux mandibulaire ou les racines des dents adjacentes lorsqu'elles sont convergentes. Plusieurs facteurs sont à prendre en considération afin d'optimiser le succès des implants en général, et en particulier celui des implants courts :

- la densité osseuse
- Le protocole chirurgical
- L'état de surface de l'implant
- Le type de connexion
- Le type de prothèse
- Les forces et la biomécanique

La densité et le volume osseux :

La densité osseuse diffère selon la localisation. Dans le secteur postérieur, la densité osseuse étant plus faible (type III-IV), la stabilité primaire y est plus difficile à atteindre.² Or, on est plus amené à placer des implants courts dans le secteur postérieur. Les études qui ont rapporté un taux d'échec important avec les implants courts, ont utilisé un protocole chirurgical standard, sans tenir compte de la densité osseuse. Or, des études récentes ont démontré que pour obtenir une stabilité primaire élevée, il faut utiliser un protocole chirurgical adapté à la densité de l'os^{2, 6, 8, 12, 13}. Dans un os de faible densité, afin d'augmenter la stabilité primaire, le taraudage est à proscrire, la logette implantaire doit être sous-dimensionnée par rapport au diamètre de l'implant.

L'état de surface de l'implant :

Dans les années '90, le taux de succès des implants courts était inférieur à celui d'implants de longueur supérieure. Cependant, des études récentes montrent que leur taux de succès serait comparable.

Les implants à surface usinée ont une surface qui présente une rugosité faible (0.53-0.84µm d'amplitude), ne permettant pas un ancrage micromécanique. L'ostéogenèse se fait à distance, par corticalisation, de ce fait, l'ostéointégration est relativement lente.

Les implants à surface rugueuse, quant à eux, présentent une rugosité plus propice à l'ostéointégration (pouvant aller jusqu' à 3.1 µm d'amplitude). L'ostéogenèse se fait par contact, par trabéculisation. La surface de contact entre l'os et l'implant, est par conséquent, plus importante, et permet un ancrage micromécanique qui augmente la stabilité secondaire.⁸

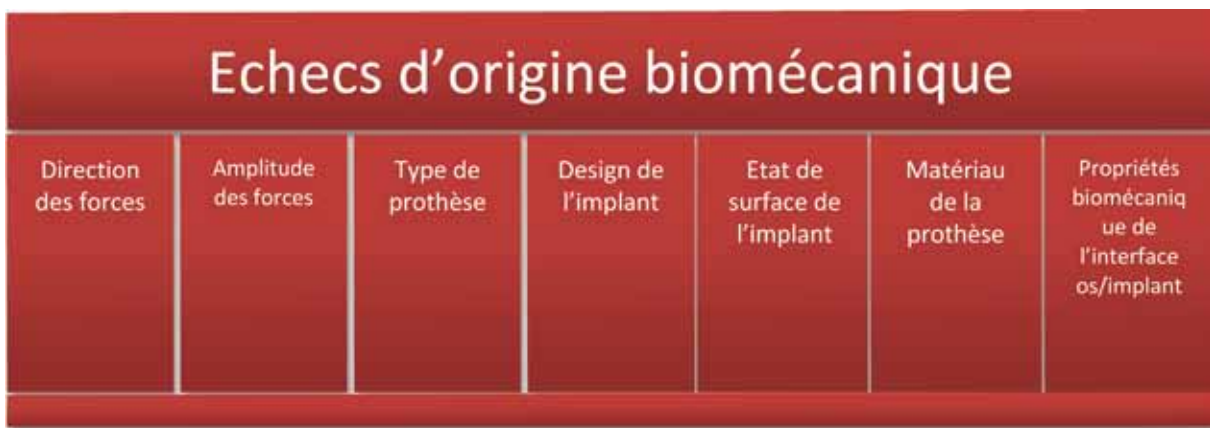
Les études ont démontré que le pourcentage de contact osseux est plus faible avec les implants à surface lisse qu'avec ceux à surface rugueuse.^{1, 3, 8, 9, 12} Le taux de succès des implants courts à surface rugueuse (97.6%) est significativement plus élevé que celui des implants courts à surface usinée (92.6%).¹

Les forces et la biomécanique :

La plupart des échecs implantaires sont dus à des complications biomécaniques. Lors de la mastication, nous exerçons des forces de 100 à 400 N. Ces forces de mastication sont identiques avec des dents naturelles ou avec des implants. Les forces appliquées dans le secteur postérieur sont 4 fois plus importantes que dans le secteur antérieur.²

Il convient d'évaluer correctement ces forces, et tenir compte de :

- L'amplitude des forces
- La direction des forces
- Le type de prothèse à réaliser
- Le design de l'implant (diamètre et longueur)
- L'état de surface de l'implant
- Le matériau de la prothèse
- les propriétés mécaniques de l'interface os/implant.



Un implant muni de sa couronne est soumis à des forces externes (forces fonctionnelles et parafunctionnelles) et à des forces internes. Ces forces possèdent une composante horizontale, verticale oblique.

L'implant est alors soumis à des forces de tension, de compression ainsi qu'à des forces de Von Mises (début de la déformation d'un matériau malléable).

L'application de ces forces fonctionnelles induit des contraintes au niveau du complexe prothèse/implant. Théoriquement, ces forces doivent-être égales et opposées à la force de réaction de l'os. Cependant, en pratique, leur direction est rarement appliquée dans l'axe de l'implant. De ce fait, ces forces occlusales sont appliqués à différents endroits et dans des directions différentes, ce qui crée un bras de levier qui entraîne des contraintes défavorables au niveau du pilier, de la vis et autour de l'implant. Ces contraintes augmentent d'avantage les risques de fractures de l'implant.

Mais la fracture de la vis, du pilier ou de l'implant n'est pas le seul risque encouru lors d'application de forces.

Si la charge appliquée dépasse le seuil de tolérance physiologique de l'os qui est de 4000 µstrains (un microstrain égale la contrainte qui produit une déformation d'une part par million), des micro-fractures au niveau de l'interface os/implant dues à la fatigue apparaîtront. (répétions de petites charges) Si, par contre, si la charge est importante et dynamique,

la densité osseuse au niveau du col implantaire diminue, le pourcentage de minéralisation du tissu osseux diminue et une résorption osseuse apparaît.¹⁹

En augmentant la rugosité de la surface de l'implant, une meilleure liaison mécanique s'effectue par rapport aux surfaces lisses, ce qui permet une optimisation du transfert des forces occlusale à l'os. Il était admis, dans la littérature, que les implants longs, présentant une plus grande surface de contact avec l'os, ce qui permettait une diminution du stress localisé dans la région crestale. Actuellement, en utilisant les implants à surface rugueuse, à l'interface os/ implant, il existe une résistance supérieure aux forces de tension, de cisaillement et au forces de compression.¹⁹

Afin d'analyser ces forces, de comprendre la biomécanique et de déterminer si la longueur influence réellement de manière significative le taux de succès des implants, des études d'élément fini tridimensionnelle ont été réalisées.^{17,19}

Les résultats de ces études montrent que les contraintes sont concentrées au niveau de la région crestale autour de l'implant quelque soit sa longueur, son diamètre ou son design. Les contraintes diminuent lorsque le diamètre augmente, et les forces sont réparties de manière plus uniforme lorsque la longueur augmente. Cependant, ces études ne tiennent pas compte de l'état de surface de l'implant.^{17,19}

Enfin, ce n'est pas uniquement la longueur de l'implant qui

compte, mais sa longueur par rapport à la hauteur d'os disponible. En effet, augmenter la longueur de l'implant permet de diminuer les contraintes ; mais si cette longueur est supérieure de 60% à la hauteur d'os disponible, cela ne réduit pas les contraintes crestaes.¹⁷

Le rapport couronne/implant :

Une objection à l'utilisation des implants courts est le rapport couronne/implant défavorable. En effet, le rapport couronne/racine et l'air peri-cémentaire influencent le degré de stress sur le mécanisme d'attachement (ligament périodontal). Ce soutien ligamentaire est très réactif aux surcharges occlusales. Lors de la mise sur le marché des premiers implants (lisses), une règle avait été édictée, selon laquelle le rapport entre la couronne et l'implant devait être inférieur ou égal à 0.5. Actuellement, en utilisant des implants à surface rugueuse, un rapport supérieur à 0.5 peut être utilisé. Des études récentes montrent qu'il n'y a pas de corrélation significatives entre la perte d'os et le rapport couronne/implant, et qu'il n'y a pas de corrélation entre la perte osseuse et la largeur de l'implant.¹⁵

De plus, lorsqu'un implant court est surchargé ou soumis à des forces latérales trop importantes, l'os se déforme, l'implant bouge et finit par se désostéointégrer.

Un implant long, quant à lui, va subir une flexion, et suite à la fatigue, va se fracturer^{12, 13, 14}. Le réel problème n'est pas la longueur de l'implant, mais plutôt la charge appliquée à l'implant. Pour augmenter le taux de succès, il faut diminuer cette charge en diminuant les forces latérales et en évitant les facteurs de risque biomécaniques.¹⁴

Le tableau 1 comporte une revue de la littérature, et montre que le taux de survie des implants courts se situe entre 94.6 et 100% selon les études qui comportent un recul de 1 à 6 ans.

Cas clinique :

Une patiente, âgée de 45 ans, présente une édentation 45 46 et 47. L'édentation étant ancienne, la hauteur d'os disponible n'est pas suffisante pour le placement d'implants de taille standard. Le choix du traitement s'est porté vers l'utilisation d'implants courts de 6 mm de long et de diamètre standard en 46 et 47. De plus, la largeur osseuse disponible en 45 étant inférieure à 5 mm et la présence de l'émergence du V3 raccourcissant la hauteur osseuse disponible, un implant court de 8.5 mm de long et étroits de 3.3 mm de large est choisi.

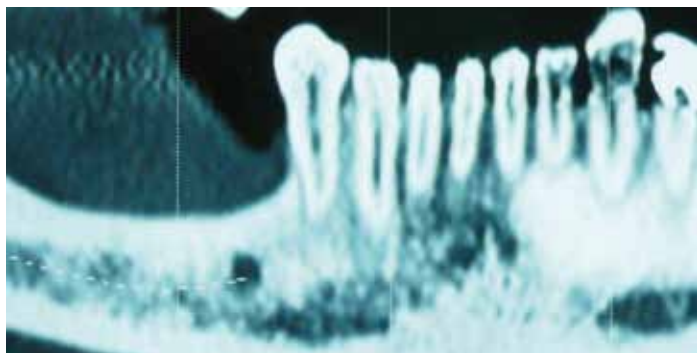


Figure 1 : Edentation 45, 46 et 47. L'obstacle anatomique constitué par la présence du V3 rend la hauteur osseuse disponible inférieure à 8 mm en 46 et 47, où des implants courts de diamètre standard vont être posés. En 45, la largeur

de la crête et la présence de l'émergence du V3 impliquent l'utilisation d'un implant étroit et court.



Figure 2 : 2 mois post-op



Figure 3 : 3 mois post-op

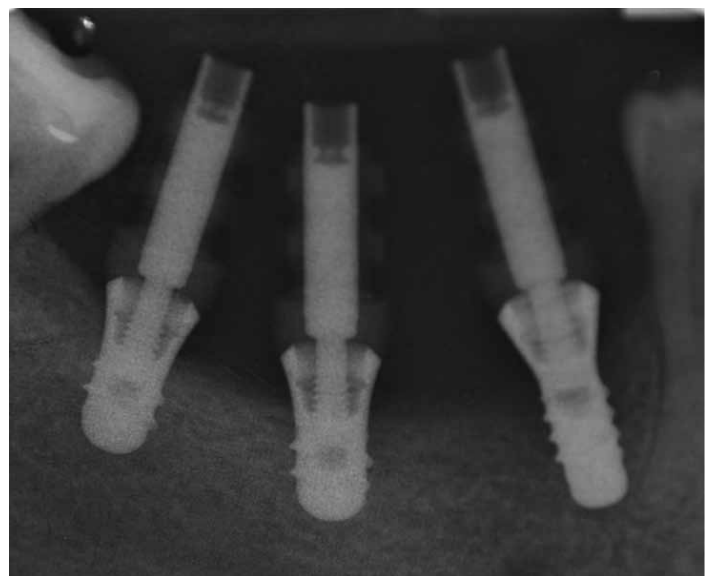


Figure 4 : les transferts d'empreinte sont en place

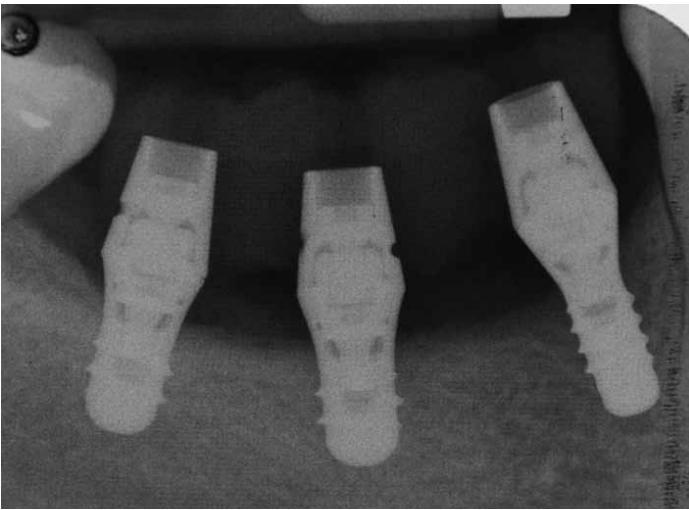


Figure 5 : essai des cylindres solidarisés

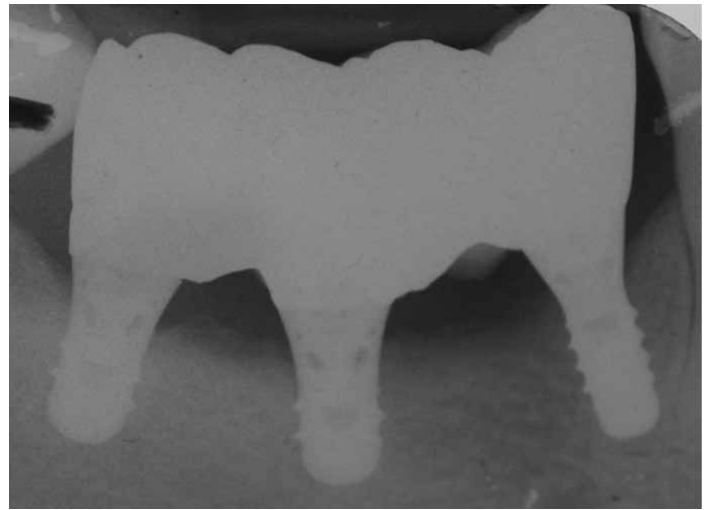


Figure 6 : contrôle du bridge à trois mois

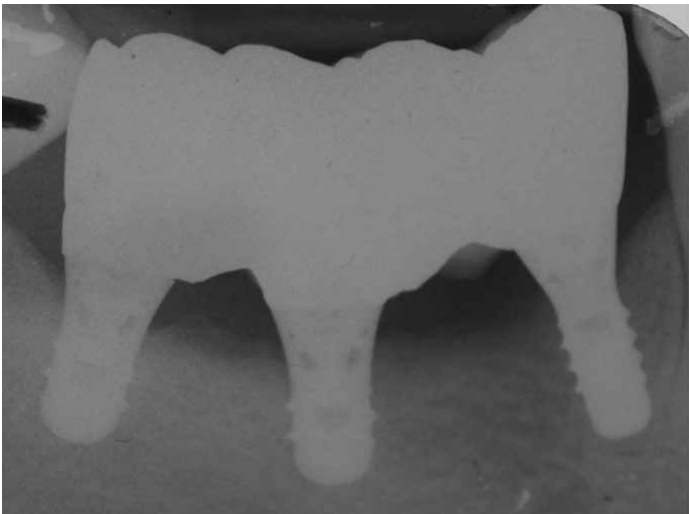


Figure 7 : Contrôle du bridge à 2 ans

Conclusion

Les implants courts représentent une bonne alternative aux greffes osseuses, pour la réhabilitation des secteurs postérieurs

des maxillaires, compte-tenu de leur très bon taux de succès à long terme.

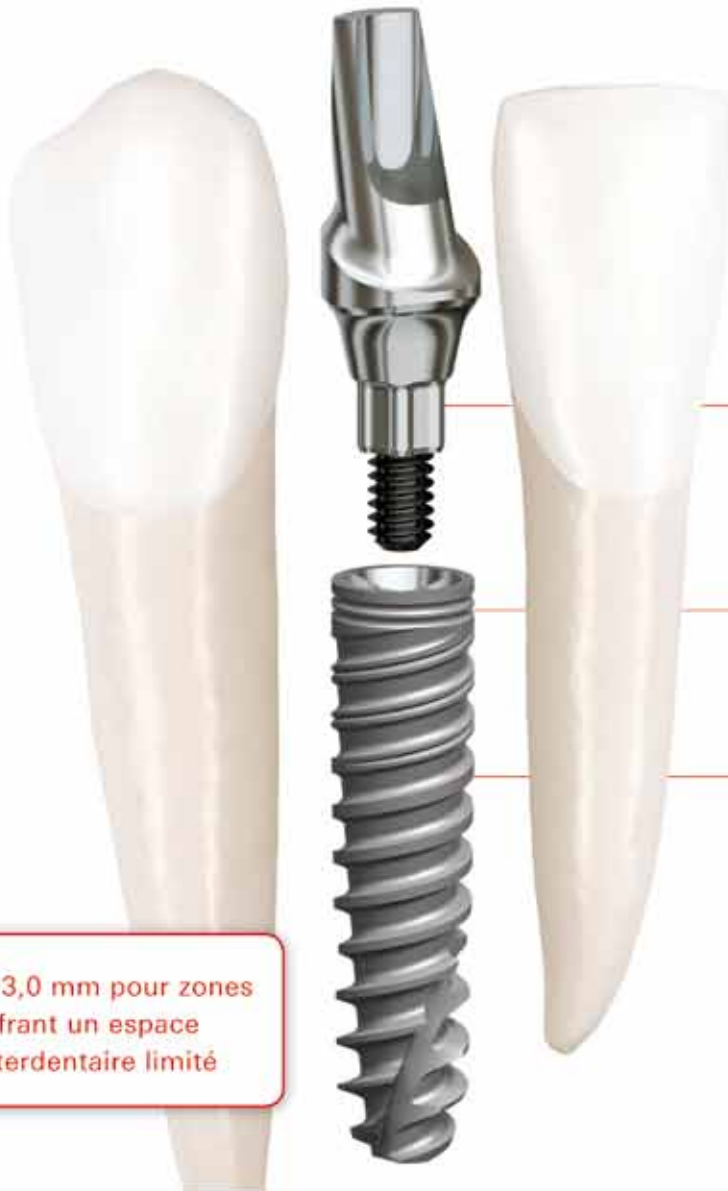
Auteur/année/ journal	Titre		Taux de survie des I courts
F. Renouard / D. Nisand Retrospective study Clin. Impl.Dent. and related res. 2007	Short implants in severely resorbed maxilla : a 2 year retrospective clinical study	Comparaison entre I court (rugueux et lisse) et I long	94.6% (5 Implants perdus /95 dont 4 Implants à surface usinée)
Bahothy N Grant and co Retrospective study J. Of oral and maxill. Surg. 2009	Outcomes of placing short dental implant in the posterior mandible : 2 year	335 implants de 8 mm rugueux	99 % (4 Implants perdu/335)
T.J.Griffin / W.S. Cheung Retrospective study J. Of Prosth. Dentistry 2004	The use of short wide implant in posterior areas with reduced bone height	168 Ic(6x8mm) rugueux+ os autogene	100% ostéotomie

J. Rubio palau and co Retrospective study J.Of oral and maxill. Surg. 2009	Alternatives to the sinus lift : short implants	37 implants de 5 et 7 mm x 5 mm	99%
G.Tawil / R. Younan Int. J. Oral Maxillof. Impl. 2003	Clinical evaluation machined-surface implants followed for 12 to 32 months	Impl de 6;7;8;8.5 ;10 mm	98.5% (pas de diff signif. Ic et I long)
P.Fugazzotto Retrospective study Int. J oral Maxillof. Impl. 2008	Shorter implants in clinical practice : rationale and treatment results	Implants de 6;7;8 et 9 mm	98.4% (implant de 9 mm = 98.1%)
Murray L. Arlin Retrospective study Int. J Oral Maxillof. Impl. 2006	Short dental implants as a treatment option results from an observational study in single private practice	Ic : 6-8 mm I long : 10-16 mm	99.3% 97.4%
D. Deporter and co Int. J Oral Maxillof. Impl. 2001	Managing the posterior mandible of partially edentulous patients with short, porous-surface dental implants.	Implant de 7 et 9 mm Diamètre 3.5, 4.1, 5 Surface rugueuse	100%
E. Anitua and co Retrospective study J. Periodontol 2008	Five-year clinical evaluation of short dental implants placed in posterior areas	532 Ic (7 et 8.5 mm) diam : 3.3, 3.75, 4 et 5 Surface rugueuse	99.2% (2 impl. /532 (3.75mm et 4mm))
C.E Misch and co Retrospective study J. Periodontol 2006	Short dental implants in posterior partial edentulism. 6 year case series study	Implant 7 ou 9 mm Diam : 3.5, 4, 5, 6 mm	98.6%
P.A. Fugazzotto and co Retrospective study J. Periodontol 2004	Success and failure rates of 9 mm or shorter implants in the replacement of missing maxillary molars when restored with individual crowns : 0-84month	Implants de 7, 8, 9 mm Diam :4.1, 4.8	95.1% (1 ^{ère} mol max : 94.5%) (2 ^{ème} mol max : 98.7%)

Références

1. Renouard F., Nisand D. Impact of implant length and diameter on survival rates. Clin. Oral Imp. Res. 2006; 35-51.
2. Manuel d'implantologie clinique 2è édition. M. Davarpanah, S. Szmukler-Monclier, P. M. Khoury, B. Jakubowicz-Kohen, H. Martinez; 2008
3. D. Hadgi, D.A. Deporter, R.M. Pilliar, T. Arenovich. A targeted Review of study outcomes with short endosseous dental implants placed in partially edentulous patients; J. Periodontol. 2004; 798-804.
4. Chris M. ten Bruggenkate, DMD, MD, PhD/Pekka Asikainen, DMD/Christian Foitzik, DMD, MD, Dr phil nat/Gispert Krkeler, DMD, PhD/Franz Sutter, Dr H C, Dr H C. Int.; J Oral Maxillofac Implants. 1998;13:791-798
5. R. Nedir, M. Bischof, J.M. Briaux, S. Beyer, S. Szukler-Moncler, J-P. Bernard. A 7-year life table analysis from a prospective study on ITI implants with special emphasis on the use of short implants; Clin. Oral. Impl. Res. 15, 2004;150-157
6. M. A. Gentile, DMD/S-K. Chuang, DMD, MD/T. B. Dodson, DMD, MPH. Survival estimates and risk factors for failure with 6 x 5.5 mm implants. Int. J. Oral. Maxillofac. Implants, 2005;20:930-937
7. R. Goené, DDS, C. Bianchesi, DMD, M. Huerzeler, DMD, R. Del lupo, MD, DDS, T. Testori, MD, DDS, M. Davarpanah, MD, DDS, Z. Jalbout, DDS. Performance of short implants in partial restorations: 3 year follow-up of Osseotite® implants. Implant Dentistry. 2005.14:3
8. G. Tawil, R. Younan. Clinical evaluation of short, machined-surface implants followed for 12 to 92 months. Int. J. Oral. Maxillofac implants 2003; 18:894-901
9. P. Fugazzotto, J. R. Beagle, J. Ganeles, R. Jaffin, J. Vlassis. Success and failure rates of 9 mm or shorter implants in the replacement of missing maxillary molars when restored with individual crowns: Preliminary results 0 to 84 months in function. A retrospective study. J. Periodontol. 2004;75:327-332
10. Murray L. Arlin. Short dental implants as a treatment option: Results from an observational study in a single private practice. Int. J. Oral maxillofacial. Implants. 006;21:769-776
11. P. Fugazzotto. Shorter implants in clinical practice: Rationale and treatment results. Int. J. Oral Maxillofac. Implants. 2008;23:487- 496
12. F. Renouard, D. Nisand. Short implants in the severely resorbed maxilla: 2 year retrospective clinical study. Clin. Impl. Dentistry and Related Research.2007;7:104-110
13. E. Anitua, G. Orive, J. Javier Aguirre, I. Andia. Five-year clinical evaluation of short dental implants placed in posterior areas: a retrospective study. J. Periodontol. 2008;79:42-48
14. C. E. Misch, J. Steigenga, E. Barboza, F. Misch-Dietsh, L. J. Cianciola, C. Kazor. Short dental implants in posterior partial edentulism: a multicenter retrospective 6 year case series study. J. Periodontol. 2006;77:1340-1347
15. Sh. Rokni, R. Todescan, Ph. Watson, M. Pharoah, A. O. Adegbembo, D. deporter. An assessment of crown to root ratios with short implants supporting prostheses in partially edentulous patients. Int. J. Oral Maxillofac. Implants. 2005;20:69-76
16. G. Tawil, N. Aboujaoude, R. Younan. Influence of prosthetic parameters on survival and complication rates of short implants. Int. J. Oral Maxillofac. Implants. 2006;21:275-282
17. S. Petrie, J. L. Williams. Comparative evaluation of implant designs: influence of diameter, length, and taper on strains in the alveolar crest. Clin. Oral Impl. Res.16,2005;486-494
18. D. Deporter, R. M. Pilliar, R. Todescan, Ph. Watson, M. Pharoah. Managing the posterior mandible of partially edentulous patients with short, porous-surfaced dental implants: Early data from a clinical trial. Int. J. Oral Maxillofac. Implants. 2001;16:653-658
19. Luigi Baggi a, Ilaria Cappelloni b, Franco Maceri c, Giuseppe Vairo c. Stress-based performance evaluation of osseointegrated dental implants by finite-element simulation. Journal Elsevier.2008

Plus étroit et plus résistant.



Pose de l'implant en toute sécurité dans des zones offrant un espace interdentaire limité.

Résistance maximale des matériaux et connexion très hermétique.

Stabilité initiale élevée et préservation osseuse.

NOUVEAUTÉ

Ø 3,0 mm pour zones offrant un espace interdentaire limité

Nous vous présentons NobelActive 3.0. Cet implant unique est la solution idéale pour les zones offrant un espace interdentaire limité dans la région antérieure. Le protocole de forage est conçu pour conserver l'os au maximum, alors que le corps de l'implant et la conception fileté condensent l'os au cours de l'insertion, renforçant la stabilité initiale. L'apex tranchant et les lames d'incision vous permettent d'ajuster la position de l'implant pour une orientation optimale de la

restauration. Associée à la connexion très hermétique et le transfert de plate-forme intégré, NobelActive 3.0 vous permet de générer des résultats esthétiques excellents en toute sécurité. En tant qu'innovateur depuis 45 ans, notre expérience permet de vous fournir des technologies éprouvées à long terme et fiables pour le traitement efficace des patients. **Leur sourire, vos compétences, nos solutions.**



Appelez le 02/ 467 41 70 ou connectez-vous au site nobelbiocare.com/active3





Simplification du travail dentaire : concept des bacs et cassettes

Bien que j'insiste habituellement sur les aspects entrepreneuriaux d'un cabinet dentaire, il me semble nécessaire de rappeler que le cabinet reste un lieu de soins médicaux. Aussi, les instruments que nous utilisons quotidiennement, parfois de façon automatique, constituent les piliers fondamentaux de notre exercice. C'est pourquoi, il m'apparaît opportun de revenir sur l'un des principes fondamentaux de la simplification du travail dentaire : le concept des bacs et cassettes. Les bacs et cassettes font partie de la petite instrumentation. Or, je rappelle qu'il existe quatre ressources à notre disposition : l'instrumentation, le temps, les personnes et l'argent. A mes yeux, la réussite d'un cabinet dentaire est liée de façon intime à notre faculté d'utiliser les 4 ressources.

Au sein des cabinets ou lors de réflexions sur l'aménagement des cabinets, on entend souvent parler de schéma de circulation des personnes mais beaucoup moins en revanche de **schéma de circulation des instruments**. Il s'agit donc de s'intéresser, voire même de décortiquer la circulation des instruments de la salle de soins à la stérilisation. Cela va de l'utilisation de plateaux de travail pré-préparés à la chaîne de nettoyage et de stérilisation. De même, la préparation du poste de travail entre deux patients doit pouvoir être optimisée pour éviter les pertes de temps inutiles. L'objectif premier de cette réflexion minutieuse est de simplifier au maximum les processus. Dans le cadre de cet article, nous nous limiterons au concept des Bacs et Cassettes.

PRINCIPES

Il a été prouvé en omni-pratique que, dans plus de 95% des cas, ce sont toujours les mêmes instruments et produits qui sont toujours utilisés pour pratiquer un acte donné. Et pourtant, au lieu de mettre en place des systèmes de travail rationnels, je constate dans les cabinets, que la plupart des praticiens trouvent normal de se tourner de nombreuses fois dans la journée pour atteindre tel ou tel tiroir et y prendre un instrument ou un produit.

Alors, pourquoi ne pas rationaliser vos actes et vos mouvements ? L'énergie et le temps gagnés peuvent être considérables !

Le système des plateaux préparés (PP) dit également Pré-Agencés

est déjà ancien. Kilpatrick, dès 1964, le décrivait dans son ouvrage sous la dénomination de « Tubs and Trays ».

Le principe est très simple : d'un côté regrouper dans la cassette tous les instruments nécessaires à un acte opératoire, de l'autre regrouper dans le bac tout le consommable nécessaire au même acte. La cassette et le bac correspondant à l'acte sont placés sur les plans de travail. Tout le matériel se retrouve dans ces deux conteneurs, évitant au praticien et à l'assistante de rechercher des instruments dans les tiroirs.

L'objectif prioritaire est le choix des instruments qui composent la cassette. Je m'explique. Le but de notre pratique est la réalisation d'actes opératoires d'une qualité optimale. Or, l'acte opératoire conditionne la composition de la cassette. C'est ensuite au plateau qu'il faudra adapter l'instrumentation complémentaire afin de se placer dans les meilleures conditions de travail.

Quand on fait tailler un costume, on ajuste le costume sur la personne et non l'inverse. Sinon c'est du prêt-à-porter ce qui n'est pas, bien entendu, souhaitable en dentisterie.

Le point de départ de toute réflexion est donc l'acte opératoire lui-même. C'est pourquoi il est important d'avoir bien à l'esprit le type de dentisterie que l'on désire exercer. Et pour cela, il est nécessaire de définir les standards de qualité que l'on souhaite obtenir, philosophie de travail propre à chacun.

L'objectif du concept de bacs et cassettes est de regrouper tous les instruments nécessaires à un acte opératoire, qu'il soit thérapeutique ou diagnostique. Il s'agit donc de plateaux préparés **préalablement** et réutilisés de la même façon chaque fois que cet acte doit être réalisé. L'organisation des cassettes et le choix des instruments à y inclure doivent être définis **selon l'ordre chronologique d'utilisation des instruments** pour chaque acte. Cet ordre dépendra de la préférence personnelle de chaque praticien.

Les cassettes sur le marché existent en métal ou en plastique auto-clavable. Elles sont perforées ou ajourées pour permettre la stérilisation à l'autoclave. Elles contiennent tous les instruments et accessoires pour un traitement.



Une cassette doit être assez grande pour contenir le nombre d'instruments nécessaire à un acte et d'une taille qui permette son insertion dans l'autoclave.

- Les supports d'instruments doivent être souples pour ne pas érafler les instruments et éviter le bruit. Ils maintiennent fermement les instruments même si la cassette est secouée en position fermée. Les supports colorés en silicone permettent d'organiser votre cabinet selon le traitement et l'opérateur. Les supports métalliques peuvent provoquer des fissures prématurées des manches des instruments.
- La résistance à la corrosion : les cassettes en acier inoxydable poli par électrolyse offrent une plus grande résistance à la corrosion. Elles s'identifient par leur aspect brillant. Ce sont elles que nous recommandons.

Les cassettes en aluminium anodisé nécessitent des soins particuliers et se corrodent prématurément en présence de détergents non compatibles. Nous déconseillons leur utilisation dans ce concept.



Quant au bac, complément indispensable de la cassette, c'est un conteneur de couleur en plastique ou en métal et qui regroupe tout le consommable nécessaire à un acte. Il comprend : les matériaux appropriés, les blocs de mélange et les rouleaux de coton. Il n'est pas nécessaire de stériliser le bac puisqu'il ne comprend aucun instrument.



DES ETAPES A RESPECTER POUR LA MISE EN OEUVRE

Pour la mise en place du système de Bacs et Cassettes, 8 étapes devront être respectées :

1. Choisir un acte courant bien maîtrisé et le réaliser complètement dans les conditions actuelles.
2. Noter systématiquement les instruments nécessaires, leur utilisation, leur ordre et leur fréquence d'utilisation.
3. A la fin de l'acte, réunir tous les instruments et fournitures utilisés (ne rien jeter). Interrogez-vous sur la nécessité de conserver des instruments inutiles ou peu utilisés et préférez les instruments aux 2 extrémités travaillantes (gain de place, de temps et d'argent).
4. Faire une liste de ces instruments et produits en les regroupant en 2 catégories : stérilisables / non stérilisables et consommables.
5. Faire une liste type pour l'acte réalisé.
6. Choisir une couleur de plateau bien déterminée. Chaque type d'acte ayant un code couleur spécifique.
7. Garnir chaque plateau avec les instruments stérilisables nécessaires à l'acte, placés selon l'ordre chronologique d'utilisation. Là aussi, l'identification des instruments par un système de code-couleur diminue le temps de recherche et de remise en place des instruments, réduisant ainsi le parcours instrumental. Une première bague de couleur identique à celle de la cassette doit permettre d'identifier la cassette dans la quelle doit être placé chaque instrument. Ces bagues insérables autour du col des instruments sont rétractables à la chaleur. Une deuxième bague d'une couleur différente est également insérée. Elle a pour objectif d'indiquer l'emplacement de l'instrument dans la cassette même. Ces dernières bagues doivent former une diagonale pour que l'instrument soit repérable. Pour les instruments rotatifs et d'endodontie, il existe des séquenceurs et des clips porte-fraises avec indicateurs de couleur en téflon de la même couleur que celle de la cassette.



Cassettes avec bagues de couleur

8. Remplir chaque bac correspondant avec les fournitures consommables et les instruments non-stérilisables nécessaires à l'acte.

EXEMPLE DE CASSETTE COMPOSITE

- 1 sonde
- 1 précelle
- 1 miroir
- 1 spatule de bouche
- 1 instrument pour fond de cavité
- 1 spatule plastique
- 1 fouloir pour matériaux
- 1 instrument à sculpter
- 1 canule d'aspiration
- 1 canule pompe a salive

EXEMPLE BAC COMPOSITE

- 1 chaînette
- 1 bloc à spatuler
- 1 assortiment de crampons
- rouleaux de coton
- composite pour obturation (plus teintier)
- spatule de mélange
- etching
- bonding + pinceaux
- vernis fond de cavité + hydroxyde de calcium
- strips - disques à polir
- coins de bois
- papier à articuler
- tenons dentinaires
- matrice et porte-matrices

Prévoir : - 1 jeu de fraises pour préparation de la cavité
- 1 fraise micro-grain à finir

COMBIEN DE CASSETTES SONT NECESSAIRES ?

Il s'agit d'une question à laquelle il est difficile de répondre, tant cela dépend de l'exercice. En général, il est recommandé d'avoir un nombre de cassettes suffisant pour une journée de travail. Pour un cabinet d'omni-pratique, un exemple d'aménagement classique comprenant 22 cassettes peut être le suivant :

- * 3 plateaux à amalgames,
- * 3 plateaux de prothèse fixe,
- * 7 plateaux à composites,
- * 1 plateau de prothèse mobile,
- * 3 plateaux d'endodontie,
- * 4 plateaux « divers »
- * 1 plateau de parodontie.

Les avantages d'un système de bacs et cassettes sont nombreux. Il réduit la confusion, améliore la vitesse et l'efficacité (le « travail devient plus facile et est donc accompli en un temps réduit » (Kilpatrick, 1979), réduit la fatigue visuelle, les efforts et le stress et il permet d'élever la qualité des traitements.

Gain de temps et de sécurité : comparé au travail antérieur de l'assistante, il y aura un net gain de temps, disparitions des manipulations dangereuses et répétées des instruments souillés.

En effet, toutes les étapes du cycle de stérilisation sont réalisées sans contact avec les instruments. Le praticien trouve devant lui sa séquence instrumentale dans l'ordre de la procédure. Il ne perd pas de temps à chercher et travaille plus confortablement.

CONCLUSION

Le système des plateaux préparés est, contrairement à une idée courante, un moyen souple qui permet de respecter les méthodes de travail de chacun. Il demande de la rigueur et représente une amélioration considérable, tant sur le plan de l'hygiène que de l'ergonomie, et ce, grâce à un investissement très vite amorti.

La simplification du travail au cabinet dentaire permet de travailler plus rapidement, dans des conditions plus sereines et de simplifier la manière de réaliser les actes. Cela ne veut pas dire que les traitements sont exécutés sommairement, bien au contraire ! Le travail simplifié signifie que le praticien maîtrise parfaitement les protocoles cliniques, observe une organisation rigoureuse et met en place certains concepts opératoires spécifiques.

Parmi ceux-ci, les plus connus sont le regroupement des actes par groupes de dents ou par quadrants. Mais, ils ne constituent qu'une première étape sorte de ticket d'entrée pour avoir le droit de jouer. Ainsi, un travail à 4 mains, un éclairage satisfaisant et une instrumentation adaptée pour chaque phase de traitement constituent des éléments préalables essentiels.

Un instrument choisi avec soin, bien présenté par l'assistante, au bon moment, constitue déjà un travail simplifié.... Les outils les plus élaborés de gestion du temps seront inutiles si ces fondamentaux ne sont pas respectés.

D'autre part, l'élaboration d'un plan de traitement initial complet, une réflexion globale sur la bouche du patient, la gestion des rendez-vous ainsi qu'une approche complète de l'organisation basée sur un système flexible doivent nécessairement compléter ce premier pas.

L'objectif de cet article était de vous sensibiliser à l'intérêt, en termes d'organisation, du système de Bacs et Cassettes. N'hésitez pas à nous contacter ou à nous faire part de votre expérience en la matière.

Retrouvez le sourire avec Eludril.

Chlorhexidine 0,10 %
Antiseptique de référence

- Gingivites
- Parodontites
- Soins pré et post-opératoires
- Avant et après le détartrage

Actif sur l'ensemble des germes pathogènes de la cavité buccale (1-3)

Diminue l'indice de plaque (6-7)

Réduit l'inflammation gingivale (6)

Eludril 0.1%
Solution pour bain de bouche et gargarisme
Mundspolung en gorgelösung
Mundwasser und Gurgellösung

200 ml

Solution concentrée antiseptique, à diluer.
Après brossage et rinçage soigneux.

Février 2012

Dénomination du médicament: Eludril 0,1 % solution pour bain de bouche et gargarisme. Composition qualitative et quantitative: 0,1 g de digluconate de chlorhexidine pour 100 ml. Liste des excipients: Chlorobutanol hémihydr. • Ethanol 96% • Glycérol • Docusate sodique • Huile essentielle de menthe • Lévomenthol • Ponceau 4R (E 124) – Eau purifiée. Forme pharmaceutique: Solution pour bain de bouche et gargarisme. Indications thérapeutiques: Chirurgie stomatologique (pré et post-opératoire), gingivite, stomatite, parodontite, alvéolite, traitement de soutien des aphtes pour éviter une surinfection. Il s'agit d'un traitement symptomatique. Posologie et mode d'administration: 2 à 3 gargarismes ou bains de bouche par jour. La dose peut être augmentée sur avis médical. Verser la solution dans le gobelet doseur jusqu'au trait de 10, 15 ou 20 ml, puis compléter avec de l'eau tiède jusqu'au trait supérieur et utiliser comme gargarisme ou bain de bouche. Laisser la solution en contact pendant 30 secondes puis la recracher. Répéter le gargarisme ou le bain de bouche jusqu'à utilisation de toute la solution diluée. **SI CE MEDICAMENT N'APPORTE PAS D'AMELIORATION APRES 3-4 JOURS, IL EST CONSEILLE DE CONSULTER UN MEDECIN.** Contre-indications: Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 6 ans et chez les personnes qui sont hypersensibles à la chlorhexidine ou à un des excipients. Effets indésirables: Troubles oro-buccaux (fréquence non-déterminée): une coloration brunâtre de la langue et des dents et une modification du goût peuvent survenir. Troubles généraux Très rare: des allergies généralisées. Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché: PIERRE FABRE MEDICAMENT - 45 place Abel Gance - 92654 Boulogne Cedex – France. Numéro d'autorisation de mise sur le marché BE262157. Statut légal de délivrance: Délivrance libre. Date de l'approbation du texte: Janvier 2009.

(1) J.Luc, C. Roques, M.N.Frayret, G. Michel, M. Ducani, J. Vandermander. -Activité bactéricide in vitro de 5 antiseptiques bucaux vis-à-vis des principaux germes impliqués dans les affections buccodentaires. Journal de Parodontologie vol n°4/91, p.361-367 - (2) D. Grenier - Effect of chlorhexidine on the adherence properties of Porphyromonas gingivalis. J.Clin. Periodontol 1996, 23, 140-142. - (3) C. Bollen, B. Vandekerckhove, W. Papaioannou, J. Vaneldere, M. Quirynen - Full versus partial mouth disinfection in the treatment of periodontal infections. A pilot study: long term microbiological observations. J. Clin. Periodontol 1996, 23, 960-970. - (4) C. Hermant, J. Luc, C. Roques, F. Petureau, R. Escamilla, M. Federlin-Ducani Activité fongicide in vitro de différents bains de bouche sur la flore fongique gingivale de patients infectés par le VIH. Médecine et maladies infectueuses n°6/7 1997 Juin/Juillet. - (5) S. Macneill, E. Rindler, A. Walker, AR. Brown, C.M. Cobb - Effects of tetracycline hydrochloride and chlorhexidine on Candida albicans. An in vitro study. J. Clin. Periodontol 1997, 24, 753-760. - (6) A. Stanley, M. Wilson, HN. Newman - The in vitro effects of chlorhexidine on subgingival plaque bacteria. J. Clin. Periodontol 1989 n°16. - (7) P. Bonesvoll. -Oral pharmacology of chlorhexidine. J. Clin. Periodontol 1977 n°5.

FORMATION CONTINUE

35 Gestion du cabinet

Dr E BINHAS, Dr R ZEITOUN

36 Dentex : Aromathérapie, Hypnose

37 Endodontie

Dr W PERTOT, Dr S SIMON

38 Photographie

D DEBECKER

39 Réanimation

Dr Philippe MEERT

40 Ergonomie

F PAPAZIAN

41 Gestion des conflits

F AZDIHMED

CB12



ELIMINE LA CAUSE DE LA MAUVAISE HALEINE*

RESULTAT IMMEDIAT
ACTION LONGUE DUREE GARANTIE



effet 12h

Effet prouvé, sans effets secondaires

*** 90% SONT CAUSEES PAR DES BACTERIES BUCCALES**

Formule brevetée

à base d'**Acétate de zinc** et de **Diacétate de chlorhexidine**

Elimine tous les **composés sulfurés volatils**
grâce à son **effet synergique**

 Disponible en pharmacie

 OMEGA
PHARMA

Gestion du cabinet Management Hygiène

Samedi 29 septembre 2012
de 9:00 à 17:30

Dr Edmond BINHAS
Dr Roland ZEITOUN



Gestion du cabinet

Samedi 29 septembre de 9h00 à 17h30

Formation accessible aux assistantes dentaires

Dr Edmond BINHAS

- CES en Paro, Dentisterie Restauratrice, Histo-Cytologie
- DU en Occlusodontie
- Docteur en Science Odontologique
- Responsable scientifique ADF 2009
- Auteur de nombreux articles et ouvrages

Dr Roland ZEITOUN

- Chargé de cours en Hygiène et Asepsie à l'Université Paris VII (1992-2004)
- Enseignant à l'Association Universitaire d'Implantologie, Paris VII (1992-2008)
- Enseignant au Diplôme Universitaire de Chirurgie buccale et d'implantologie. Faculté de Médecine de Dijon (Depuis 2003)
- Enseignant en Diplôme d'Implantologie Inter Européen, l'Université de Corse, Département SM&BH (Depuis 1999)
- Initiateur et Coordinateur du Réseau d'Odontologie du Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

MANAGEMENT D'UN CABINET DENTAIRE AU XXI^e Siècle

Aujourd'hui, face aux nouveaux défis de la profession, les praticiens doivent impérativement se poser un certain nombre de questions :

Pourquoi l'exercice de notre profession est-il devenu plus complexe ?

Depuis quand et pourquoi ne sommes nous plus uniquement des CLINICIENS ?

Comment faire face à l'incertitude ? Vers quoi notre profession va-t-elle évoluer ?

Il est possible d'aborder ces nouveaux défis soit de façon ponctuelle et désordonnée soit selon une approche méthodologique. Cette dernière ne peut reposer que sur des systèmes rationnels, réfléchis et éprouvés.

Edmond Binhas vous montrera quels sont ces systèmes et comment résoudre durablement les problèmes rencontrés. Il expliquera comment gérer rationnellement son cabinet comme une véritable entreprise de santé.

HYGIÈNE ET ASEPSIE AU CABINET DENTAIRE

- Sécurité Sanitaire ; Démarche Qualité en chirurgie dentaire
- Risques d'Infections Nosocomiales (IN) ou Infections Liées aux Soins (ILS) au cabinet dentaire
- Protection du personnel
- Aménagement et entretien des locaux
- Traitement de l'espace après traitement - Rôle de l'assistante
- Les procédures de stérilisation
- Méthodes de travail, gestuelle aseptique, rôle de l'assistante
- Les déchets
- Conclusion
- Gérer son cabinet
- Gérer les contrôles
- Evolution



Accréditation demandée : 40 UA dom 2 Formation continue 6 hrs.

Détails en encart et sur www.dentiste.be



DENTEX

Samedi 20 octobre de 9h00 à 12h30

AROMATHÉRAPIE

Cette conférence aura pour but de vous ouvrir au monde de l'aromathérapie. Nous traiterons des bases nécessaires à l'utilisation des Huiles Essentielles, leurs propriétés générales et les précautions d'emploi lors de leur utilisation. Nous verrons ensuite quelques cas pratiques appliqués à l'Art dentaire

Julian LHOIR

- Pharmacien
- Formation en aromathérapie de Dominique Baudoux
- Nombreuses spécialisations dans les différentes applications de l'aromathérapie
- En cours de cursus spécialisé en aromathérapie au CMNI à Paris

Kenton KAISER

- Chirurgien-Dentiste
- Diplômé du M.H. Erickson's Institute of California
- Formateur au Centre d'Hypnose Universitaire de Liège dirigé par le Pr Faymonville
- Responsable de Formation à L'Institut Français d'Hypnose à Paris
- Fondateur du site WWW.HYPNOteeth.com
- Co-fondateur, secrétaire et formateur de L'Association Francophone d'Hypnose Dentaire
- Conférencier International, membre du conseil scientifique : Congrès Strasbourg 2013 de la Confédération Francophone d'Hypnose et des Thérapies Brèves

L'HYPNOSE : UNE BOÎTE PLEINE D'OUTILS POUR LES DENTISTES...

MOTIVER, IMPLIQUER, INFORMER ... 3 notions délicates : à amener différemment chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte

COMMENT :

OBTENIR une **parfaite collaboration** lors de séances longues et délicates ? avec des **enfants difficiles** ? avec des **patients phobiques** ?

GERER les **douleurs**, les **gonflements** et les **complications** post-op. ?

CREER une **analgesie** hypnotique ?

AMELIORER la **prophylaxie** et la **compliance** des patients ?

AUGMENTER la vitesse des soins et des réhabilitations ?

EVITER les conflits ...

L'hypnose possède une quantité d'outils qui amènent à des résultats spectaculaires de façon rapide et efficace dans tous ces domaines et bien d'autres encore.

A travers cet exposé et des démonstrations pratiques, nous verrons que finalement : TOUT est œuvre de COMMUNICATION !



Accréditation demandée : 20 UA dom 1 Formation continue 3 hrs.
Détails en encart et sur www.dentiste.be

Endodontie

Samedi 24 novembre 2012
de 9h00 à 17h30



Dr Stéphane SIMON

- Chirurgien dentiste libéral depuis décembre 1996
- Pratique exclusive de l'endodontie depuis 2001
- Chercheur en biologie moléculaire et cellulaire des tissus pulpaire
- Assistant des Hopitaux de Paris
- Assistant des Universités - Paris 7
- Auteur de 5 ouvrages sur l'endodontie
- Membre titulaire de la Société Française d'Endodontie
- Membre de l'Association Américaine d'Endodontie
- Membre de l'IADT depuis juin 2000
- Membre du CPEA

Dr Willy PERTOT

- Chirurgien-dentiste (Université St. Joseph de Beyrouth 1988)
- Certificat d'Etudes Supérieures de Biologie de la Bouche (Marseille 1989)
- Diplôme Post-Universitaire d'Endodontie (Marseille 1991)
- Diplôme d'Etudes Approfondies (Marseille 1991)
- Thèse d'Université (3ème cycle) en 1996
- Assistant des universités en 1991
- Maître de Conférences associé en 1994
- Auteur de nombreux articles
- Co-auteur de 2 livres d'Endodontie Clinique
- Pratique limitée à l'endodontie à Paris

Endodontie

Samedi 24 novembre de 9h00 à 17h30

Stéphane SIMON

Obturation en endodontie :

La condensation verticale à chaud est la technique de référence pour l'obturation en endodontie depuis sa description par H Schilder en 1967. L'apparition sur le marché de dispositifs de fouloirs chauffants et la modification récente des techniques à tuteur par élimination de l'armature en plastique, ont rendu ces techniques accessibles ont contribué à améliorer le succès en endodontie.

Obturation biologique et régénération :

Au delà des évolutions technologiques qui ont marqué ces dix dernières années, un engouement certain et justifié pour la biologie et la régénération tissulaire laisse progressivement apparaître une nouvelle façon d'appréhender l'endodontie. La technique de « revascularisation » d'un canal nécrosé est un très bon exemple de ce que peut apporter l'ingénierie tissulaire, mais ne doit pas être considérée comme la seule fenêtre thérapeutique.

Willy PERTOT

Endodontie mono-instrumentale

Notre objectif est de faire bénéficier les praticiens de la révolution de l'instrumentation et des nouvelles techniques opératoires qui ont fait leur apparition ces dernières années. Nous verrons comment mettre en forme et nettoyer rapidement un canal, grâce aux techniques les plus actuelles, en évitant les écueils.

Traitement des perforations

Les perforations sont des lésions le plus souvent d'origine iatrogène. Le pronostic dépend de plusieurs facteurs et, notamment, de la situation (haute, moyenne ou apicale) dans le canal. Trois procédures sont décrites ici étape par étape.

DIAMANT

BRUSSELS

Accréditation demandée : 40 UA dom 4 Formation continue 6 hrs.

Détails en encart et sur www.dentiste.be

Photographie

Mieux communiquer
avec son patient et
avec son labo

Plusieurs fois dans l'année
de 20:00 à 22:00

M. Didier DEBECKER



Didier DEBECKER

- Prothésiste, spécialisé en esthétique, Labo DentisCeram®
- A suivi de nombreuses formations à l'étranger (Magne, M. Allemand & B. Guggisberg, E. Egenbarth, D. Adolff, Ch. Coachman)
- Mentor NobelRondo™
- Passionné par la photographie

Photographie

Jeudi 7 juin de 20h00 à 23h00

De nombreux praticiens souhaitent améliorer leur communication vers les patients et le laboratoire, la photographie digitale peut les y aider grandement.

Nous avons invité le prothésiste Didier Debecker, qui possède une longue expérience en la matière, à partager ses connaissances en photographie numérique dentaire.

L'équipement nécessaire (quel appareil, quel flash, quel objectif) sera détaillé de façon pratique. Les trucs et astuces pour communiquer efficacement avec le prothésiste seront dévoilés. Didier Debecker abordera également la meilleure manière d'individualiser les détails de teinte et de transparence des couronnes et bridges à partir des images numériques.

Cette formation pratique vous apprendra :

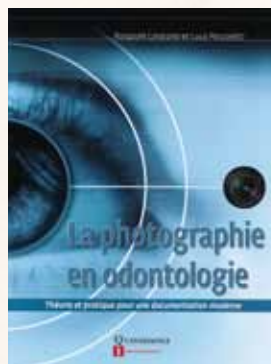
- comment configurer votre appareil photo numérique,
- les meilleurs cadrages pour informer au mieux le prothésiste,
- comment interpréter les images à l'aide de logiciels,
- comment transférer rapidement celles-ci via Internet.

Complétez votre formation par la lecture de l'excellent ouvrage La photographie en odontologie de Loiacono P, Pascoletti L.

La photographie au cabinet dentaire est certainement l'outil de communication le plus expressif pour expliquer et convaincre un patient, pour échanger une information avec le prothésiste et pour transmettre son savoir à d'autres praticiens.

L'avènement du numérique a rendu, en apparence, la prise de photos plus simple et plus facile en laissant croire qu'à partir d'un document une infinité de modifications étaient possibles dans le sens d'une amélioration.

En revanche, ce qui n'a pas changé, c'est l'exigence croissante en terme de qualité de documents qui doivent refléter avec fidélité le niveau élève de la pratique clinique actuelle. L'ouvrage de P. Loiacono et L. Pascoletti, apporte non seulement une foule d'informations pratiques sur les principes optiques des appareils photo, mais s'appuyant sur le monde du numérique, explique comment exploiter le plus judicieusement les exceptionnelles possibilités offertes par



cette technologie. Description détaillée des divers matériels photographiques adaptés à la prise de vue en odontologie, présentation et utilisation de nombreux accessoires indispensables afin de pouvoir photographier efficacement tous les secteurs des arcades dentaires, position des acteurs - patient-assistante-praticien -, orientation des angles de prise de vue : tout est décrit avec précision afin d'assurer la réussite de chaque cliché.

Même les praticiens les plus exigeants et les plus expérimentés en photographie bucco-dentaire tireront profit de l'analyse extrêmement détaillée de tous les paramètres pouvant conduire à une documentation de haute qualité répondant aux attentes les plus perfectionnistes.

Editions Quintessence - Format 21 x 28 cm - Pages : 333 - Illustrations : 847

Prix : 188 € (frais de port inclus) - membres -10% - ISBN 978-2-912550-78-1

Commande par mail à dominique@dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75



Workshop

12 places



Accréditation demandée : 20 UA dom 2 Formation continue 3 hrs.

Détails en encart et sur www.dentiste.be

Réanimation

Vendredi 8 juin 2012
de 13:00 à 18:00
Dr Philippe MEERT



Dr Philippe MEERT

- Médecin urgentiste - Chef de Clinique
- Chargé de cours clinique UCL
- Directeur de formation en RCP (BLS & DEA)
- Belgian & European Resuscitation Council
- Service des Urgences & SMUR, Cliniques Universitaires St Luc

Réanimation

Vendredi 8 juin de 13h00 à 18h00

Dr Philippe MEERT

Réanimation Cardio-Respiratoire

Parmi les urgences survenant au cabinet dentaire, l'arrêt cardio-circulatoire est l'accident le plus grave. S'il est heureusement assez rare, il impose au praticien le recours à des procédures spécifiques.

La formation proposée comprend des notions théoriques et surtout, en partie principale, un entraînement pratique en petits groupes, permettant l'acquisition approfondie des 'réflexes et gestes qui sauvent' dans ces circonstances, y compris l'utilisation d'un masque facial et d'un défibrillateur externe automatisé.

La formation est organisée par des enseignants de l'UCL, tous formateurs régulièrement actifs au sein du Conseil Européen de Réanimation (European Resuscitation Council), société scientifique de référence en la matière. Elle donne accès au brevet européen de secouriste en réanimation cardio-pulmonaire et défibrillation.



Workshop

24 places

DIAMANT

BRUSSELS

Accréditation demandée : 40 UA dom 1 Formation continue 5 hrs.

Détails en encart et sur www.dentiste.be

Ergonomie

Plusieurs fois dans l'année
de 10h00 à 14h00
- Jeudi 13 mars
- Jeudi 10 mai

Mme Fabienne PAPAZIAN
Ostéopathe D.O.



Fabienne PAPAZIAN

- Kinésithérapeute
- Ostéopathe D.O.

Ergonomie

Jeudi 13 septembre de 9h00 à 12h30

Objectifs :

Acquérir une bonne prise de conscience du corps et de son mode de fonctionnement, en particulier en milieu dentaire.

Éducation et prévention des problèmes de dos au moyen d'exercices pratiques de type « École du dos » et de bien-être adaptés à chaque praticien dentaire

Programme de la formation :

Notre dos :

- Organisation anatomique
- Les liens de cause à effet des relations biomécaniques
- Analyse et conseils à propos des problèmes de dos en cabinet dentaire
- Conseils pour l'aménagement du cabinet dentaire : ergonomie

Formation pratique :

- Au moyen d'exercices adaptés pour la prise de conscience du corps et l'obtention d'un renforcement analytique du système musculo-squelettique
- De type "Ecole du dos" en relation avec le métier de dentiste.
- Informations d'hygiène vitale et conseils dans le domaine de la phytothérapie
- Maximum 14 participants - Inscription effective dans l'ordre de réception des paiements.



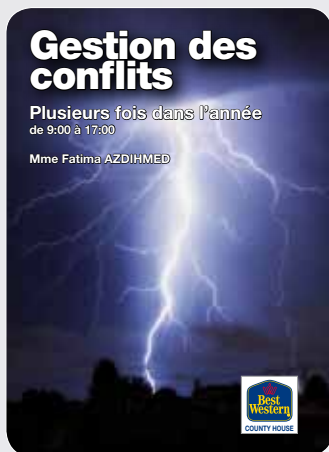
Workshop

14 places



Activité accréditée : 20 UA dom 2 Formation continue 3 hrs.

Détails en encart et sur www.dentiste.be



Mme Fatima AZDIHMED

- Coach professionnel, membre de l'International Coach Federation (ICF)
- Ancien cadre au sein de l'ONDRAF (Organisme National des déchets radioactifs et des matières fissiles enrichies) Bruxelles
- Coach certifiée (Mozaik International. Paris)
- Maître Praticien en Programmation Neurolinguistique
- Spécialisée en Thérapie Brève Systémique
- Formation en analyse transactionnelle (Cours 101)



Workshop

12 places



Gestion des conflits

Jeudi 4 octobre de 9h00 à 17h00

A qui s'adresse cet atelier ?

Aux dentistes confrontés à des conflits qui surgissent au cours de l'exercice de la profession et ce, y compris lors de prestations de soins, des contacts entre collègues, concœurs et confrères en tant que, par exemple, responsable de service.

Quelques exemples :

- Un confrère est confronté à la violence d'un patient qui ne comprend pas que le tarif pratiqué est différent du confrère d'à côté...
- Un autre est en butte avec un patient qui s'aperçoit que les modalités de remboursement de la mutuelle ont changé, tout en espérant encore bénéficier de l'ancien régime de remboursement.
- Le patient insatisfait de sa prothèse désire à tout prix se voir rembourser du montant des honoraires
- Un confrère se plaint de l'attitude du responsable de service, Les contacts tournent rapidement à l'affrontement. D'autant que le style de management est empreint d'un certain autoritarisme qui tend à virer en des comportements de type manipulateur et menaçant.

Acquisitions :

1. Comprendre comment se créent les conflits
2. Identifier ses propres modes de fonctionnement en face du conflit et découvrir les pistes de progression.
3. Apprendre à utiliser des outils (techniques) pour mieux gérer les conflits et en franchir les obstacles
4. Identifier et Utiliser les bons canaux de communication.
5. Développer sa confiance en Soi (assertivité) et son leadership. Diversifier ses comportements pour bâtir des relations de confiance qui permettront de surmonter les obstacles et de gagner en efficacité.
6. Développer de nouvelles compétences pour enrichir sa qualité de vie professionnelle et privée.

La Méthode :

La méthode est basée sur le principe d'une pédagogie interactive et « orientée solution »

Des mises en situation et des jeux de rôle (exercices personnalisés) sont prévus et s'inspireront de « situations réelles. ».

Les grilles de lecture et d'intervention privilégient la mobilisation des ressources personnelles tout en tenant compte de la réalité de chacun

Les outils employés font référence à ceux employés - notamment- en Analyse Transactionnelle et en programmation Neuro - Linguistique (PNL)

Les exercices s'accompagnent de débriefings qui permettent d'explorer les nouvelles options et pistes de progression pour résoudre les situations à l'origine de tensions relationnelles.

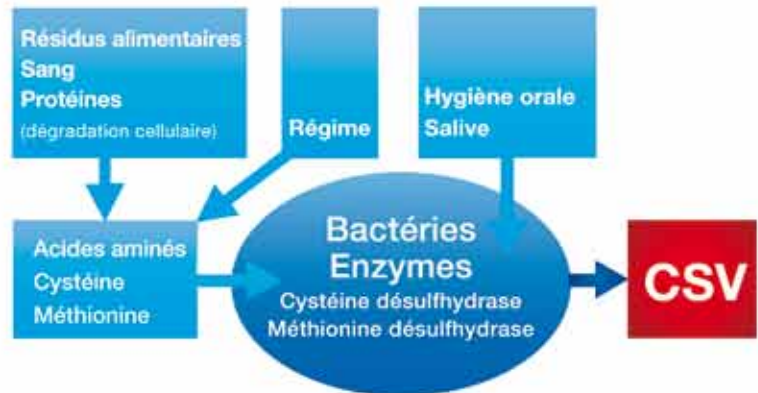
Activité accréditée : 40 UA dom 2 Formation continue 6 hrs.

Détails en encart et sur www.dentiste.be

CB12

L'halitose. Vous-même, vous ne la sentez pas et les autres la passent généralement sous silence. Le tabou se perpétue. Toutefois, un patient sur deux est confronté à ce problème. Dans 90 %* des cas, l'origine de l'halitose se situe dans la bouche. Afin de proposer une approche causale, Omega Pharma présente en collaboration avec Meda OTC une toute nouvelle eau buccale: CB12. Son impact immédiat et l'effet garanti durant 12 heures font de CB12 un produit exclusif dans son segment.

CB12 agit en profondeur et ne se contente pas de masquer la mauvaise haleine. Grâce à cette formule brevetée, CB12 garantit l'élimination totale des odeurs désagréables associées à l'exhalation de composés sulfurés volatils (CSV). L'effet synergique de l'Acétate de zinc (0,3 %) et du diacétate de chlorhexidine (0,025 %) y joue un rôle-clé.



DU DIAGNOSTIC A L'APPROCHE CAUSALE

Selon la conviction populaire, la cause de l'halitose réside dans l'estomac. La science a toutefois mis un terme à cette légende en prouvant que les principaux éléments en cause se trouvaient dans la bouche. Lors du processus au cours duquel les foyers bactériens à l'arrière de la langue et dans les poches parodontales décomposent les protéines provenant notamment des résidus alimentaires, des CSV sont libérés. Ces CSV se composent de trois gaz (le Sulfure d'hydrogène, le Méthylmercaptan et le Sulfure de diméthyle) et sont responsables des odeurs désagréables. Pour détecter ces trois gaz, un chromatographe en phase gazeuse spécialement conçu est utilisé.

Une mauvaise hygiène buccale, une parodontite, une gingivite, une intervention chirurgicale et une bouche sèche peuvent être à l'origine des CSV. Seul un petit pourcentage peut être attribué à un régime riche en protéines, à l'utilisation de médicaments, mais également à certaines affections systémiques, comme le diabète ou des problèmes hépatiques ou rénaux.

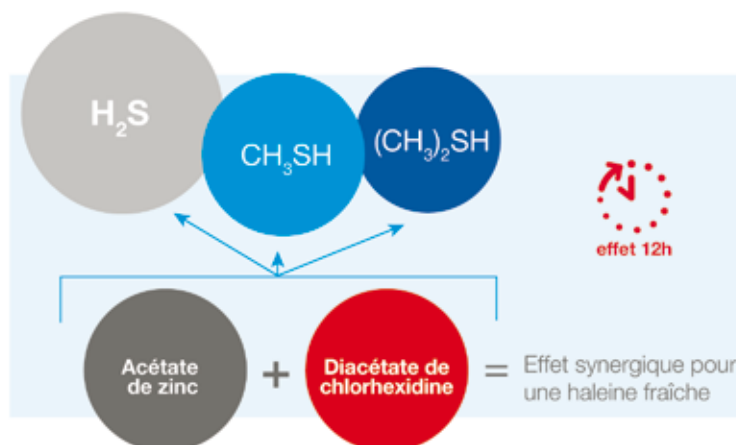
Ce diagnostic global, établi par les deux professeurs norvégiens Gunnar Röllar et Per Thrane, de l'Université d'Oslo, représente un travail de pionnier dans le domaine de l'halitose. Une étude menée sur plusieurs années leur a finalement permis de développer CB12: une eau buccale révolutionnaire proposant une approche causale.



UNE FORMULE UNIQUE AVEC UN EFFET SYNERGIQUE

La formule unique de CB12 lutte efficacement contre les composés sulfurés volatils. Elle contient de l'acétate de zinc et du diacétate de chlorhexidine. D'une part, le zinc se lie au Sulfure d'hydrogène afin de former des sulfures insolubles inodores, tandis que le diacétate de chlorhexidine décompose le Méthylmercaptan et le Sulfure de diméthyle afin de permettre au zinc de se lier plus facilement aux molécules de soufre. En outre, la chlorhexidine a la capacité unique d'adhérer à la muqueuse buccale, à la langue et aux dents. **La synergie de ces deux substances anti-CSV à un niveau de concentration idéal neutralise et prévient la production globale de CSV.** Cela rend CB12 unique en son genre, contrairement aux produits existants qui agissent sur un seul des trois gaz.

En raison des concentrations faibles d'agents anti-CSV, CB12 n'entraîne aucun effet indésirable tel que la décoloration des dents, l'irritation de la muqueuse et l'altération du goût. Le niveau du pH demeure parfaitement équilibré. C'est l'allié idéal d'une hygiène buccale saine, puisqu'il est enrichi en fluorure de sodium (500 ppm) et contient 1,8 % d'alcool. La menthe et le menthol garantissent un goût frais et agréable.



UTILISATION

Convivial, le conditionnement assure un dosage automatique de 10 ml.

L'utilisateur doit se gargariser ou se rincer la bouche avec le produit de 30 secondes à 1 minute avant de le recracher.

Le produit convient aux enfants à partir de 12 ans.

UNE HISTOIRE A SUCCES

CB12 a déjà conquis le marché scandinave avec un nouvel achat de 78 %**. Dans le sillage de ce succès, CB12 sera lancé en Belgique par Omega Pharma en mai 2012. Grâce à son image professionnelle, une nouvelle catégorie de produits sera créée via un réseau de distribution sélectif de pharmaciens.

CB12



* Source: Quirynen M., Characteristics of 2000 patients who visited a halitosis clinic J Clin. Periodontol, (2009), Nov, 36 (11)
 ** Source: Etude de marché effectuée par Yougov 2010 sur 1 156 hommes et femmes suédois âgés de 18 à 74 ans



L'initiative

En mai 2011 DKV lança son nouveau Plan Soins Dentaires. **Le Plan Soins Dentaires offre la solution pour les dépenses privées en matière de soins dentaires.**

En Belgique, les dépenses privées en soins de santé s'élèvent à 24,9 % du montant total des dépenses en soins de santé. Etant donné que les assureurs privés ne prennent en charge que 4,9 % de cette somme, les 20 % restants demeurent à charge du patient (chiffres OCDE). Actuellement, 8 millions de Belges disposent d'une assurance hospitalisation, alors que seulement 2 % disposent d'une assurance complémentaire soins dentaires.

Les dépenses privées en soins dentaires représentent approximativement la moitié de toutes les dépenses en soins dentaires. Les implants dentaires, les bridges et les couronnes, par exemple, ne bénéficient de quasi aucune prise en charge de la part de la sécurité sociale. Afin d'offrir une solution aux dépenses inopinées en soins dentaires, parfois importantes, et d'améliorer ainsi l'accessibilité aux soins dentaires de qualité, DKV a conçu le Plan Soins Dentaires.

Ce produit d'assurance fut élaboré en étroite collaboration avec des dentistes.

Le point de départ

Le Plan Soins Dentaires offre une couverture complète, et ce, pour une prime attractive.

Pour la mise en œuvre du Plan Soins Dentaires, nous avons résolument opté pour l'utilisation de l'internet. Les questionnaires administratifs et médicaux sont complétés online.

Le Plan Soins Dentaires adopte le principe d'une gestion stricte de l'acceptation. Cette méthode permet de maintenir les primes d'assurance à un niveau abordable et de garantir une gestion souple des remboursements. La prime est basée sur l'âge de souscription.

Il n'y a **aucune obligation d'être préalablement assuré auprès de DKV** pour solliciter l'adhésion au Plan Soins Dentaires.

Il n'y a pas davantage d'obligation de souscription familiale.

Tant dans le processus d'acceptation que dans celui de l'indemnisation, nous nous évertuons à promouvoir la participation active du dentiste.

Le principe d'assurance

L'assurance implique un juste équilibre entre les rentrées financières et les dépenses, une équivalence entre les primes perçues et les frais prévisionnels. C'est pourquoi, lors de la conclusion du contrat, il est indispensable de veiller à l'examen consciencieux du risque à couvrir. Un contrat d'assurance permet de se prémunir contre les éventuels risques à venir, pas contre les risques réalisés.

On ne souscrit pas à une police incendie pour une maison en feu !

Faute d'une analyse consciencieuse des risques, l'assureur s'exposerait à une croissance exponentielle et incontrôlable des 'mauvais risques'. Afin de garantir la continuité et la pérennité financière, il serait contraint de procéder à une hausse drastique des primes, et ce, aux dépens des 'bons risques'. Une compagnie d'assurance dispose de différentes approches pour gérer les risques à couvrir : allant de l'acceptation au refus pur et simple de la couverture, en passant (en cas de risque accru) par l'application de conditions particulières, telles que le paiement d'une surprime ou l'assujettissement à une clause d'exclusion.

L'objectif est donc de souscrire au Plan Soins Dentaires le plus rapidement possible, avant que les problèmes surgissent. Même en cas d'exclusion de certaines dents manquantes, la souscription d'une assurance pour les autres dents s'avérera un choix judicieux.

Feed-back

Le feed-back régulier des dentistes, des courtiers et des patients nous permet d'optimiser tous les aspects pratiques liés au Plan Soins Dentaires.

Contact: dental_contracts@dkv.be.

INFOS PROFESSIONNELLES



47 Musique dans la salle d'attente et "rémunération équitable"

M DEVRIESE



**Grâce à vous nos
dents sont bien
protégées...**

**...mais vous,
l'êtes-vous
également ?**

**L'assurance complète et avantageuse de Protectas,
c'est la garantie, pour vous dentiste, d'être couvert
aussi à 100%**

Protectas offre exclusivement aux membres de la Société de Médecine Dentaire, une police d'assurance collective avec de larges garanties à un prix extrêmement avantageux:

- Responsabilité civile professionnelle pour les dentistes
- Responsabilité civile familiale
- Assurance incendie et vol au cabinet dentaire et habitation privée
- Assurance auto R.C. + omnium
- Assurance voyages
- + tous les autres risques liés à la profession de dentiste

Vous avez des questions ou vous êtes intéressé par un de nos produits ?

**N'hésitez pas à nous appeler au 02-465 91 01 ou à nous envoyer un fax
au 02-468 02 34.**

Vous pouvez également nous envoyer un e-mail à : info@protectas.be

Nous sommes sur les dents pour votre assurance.





Musique dans la salle d'attente et "rémunération équitable" :

La Cour européenne de Justice rend un arrêt favorable au dentiste.

Un dentiste italien qui diffusait la radio dans sa salle d'attente avait obtenu un jugement favorable en Italie. La Cour de Justice Européenne a été saisie. La partie requérante était SCF Consorzio Fonografici (la « rémunération équitable » italienne). La décision de la Cour de justice vient d'être rendue ce 15 mars : elle est favorable au dentiste !

Les questions préjudicielles au nombre de cinq montrent toute la complexité juridique de ces matières. Nous nous arrêterons aux questions préjudicielles numéros 4 et 5 :

4) *La diffusion gratuite de phonogrammes réalisée dans un cabinet dentaire, dans le cadre de l'exercice économique d'une profession libérale, au bénéfice de la clientèle qui en jouit indépendamment de sa volonté, constitue-t-elle une "communication au public" ou une "mise à la disposition du public", au sens de l'article 3, paragraphe 2, sous b), de la directive 2001/29/CE ?*

5) *Une telle activité de diffusion donne-t-elle droit à la perception d'une rémunération pour les producteurs de phonogrammes ?*

Les conclusions de l'Avocat général pouvaient laisser penser que la décision qui serait prise serait en faveur du paiement d'une redevance :

1) *L'article 8 paragraphe 2, de la directive 92/100/CEE du Conseil, du 19 novembre 1992, relative au droit de location et de prêt et à certains droits voisins du droit d'auteur dans le domaine de la propriété intellectuelle, ou de la directive 2006/115/CE du Parlement européen et du Conseil, du 12 décembre 2006, relative au droit de location et de prêt et à certains droits voisins du droit d'auteur dans le domaine de la propriété intellectuelle (version codifiée), doit être interprété en ce sens qu'un dentiste qui place un appareil de radio dans sa salle d'attente et, au moyen de celui-ci, rend une émission de radio audible par ses patients, est tenu de verser une rémunération équitable pour la communication indirecte au public des phonogrammes utilisés dans l'émission de radio.*

L'arrêt de la Cour ne va pas dans ce sens et dit notamment ceci :

2) *La notion de «communication au public», au sens de l'article 8, paragraphe 2, de la directive 92/100, doit être interprétée en ce sens qu'elle ne couvre pas la diffusion gratuite de phonogrammes dans un cabinet dentaire, tel que celui en cause au principal, dans le cadre de l'exercice d'une profession libérale, au bénéfice de la clientèle qui en jouit indépendamment de sa volonté. Partant, une telle diffusion ne donne pas droit à la perception d'une rémunération en faveur des producteurs de phonogrammes.*

Qu'en penser ?

En lisant ces quelques lignes, vous aurez peut-être perçu l'infinie complexité de ces matières. Le débat ne va sans doute pas s'arrêter là. Les joutes juridiques non plus.

Mais force est de constater que la Cour a pris position sur la notion de « communication au public » et sur la spécificité d'une salle d'attente d'un professionnel de la santé.

Si nous ne nions pas que les artistes, producteurs ont des droits légitimes qu'il faut faire respecter, les redevances qui étaient exigées pour une salle d'attente nous semblaient injustifiées.

Cet arrêt de la Cour donne malgré tout de bonnes argumentations aux dentistes qui refuseraient à l'avenir le paiement de la « rémunération équitable ».

Nous devons maintenant confier aux juristes l'analyse de la portée exacte de ce texte. Des débats vont devoir se rouvrir au sein des commissions du SPF Economie qui gèrent au quotidien ces matières.

Nous suivrons pour vous l'évolution du comportement de la « rémunération équitable ». **Ne manquez pas de nous faire part des courriers ou demandes que vous recevriez.** L'information que nous recevons des dentistes sur leur cas personnel est TRES importante pour nous faire une opinion à propos des « tendances ».

A ce propos, qu'il nous soit permis de remercier notre confrère et membre qui nous a prévenu le premier du prononcé de cet arrêt de la Cour. Une fois de plus a été vérifiée la devise « L'Union fait la Force » !

Michel DEVRIESE
16 mars 2012

Musique dans la salle d'attente : acte II



Suite à l'Arrêt de la Cour européenne à propos de la « rémunération équitable », nous écrivions dans le Dent@I-infos #123 du 16 mars dernier : « *En lisant ces quelques lignes, vous aurez peut-être perçu l'infinie complexité de ces matières. Le débat ne va sans doute pas s'arrêter là. Les joutes juridiques non plus.* ».

Il n'aura pas fallu attendre longtemps pour que la SABAM publie un communiqué de presse qui précise -avec raison - que l'Arrêt ne concerne PAS les droits d'auteurs mais « *porte sur le droit à une rémunération pour les propriétaires d'enregistrements (...) diffusés dans le cabinet du dentiste. Il ne s'agit donc pas d'un litige concernant les droits d'auteur, mais bien d'un litige qui concerne les droits des producteurs phonographiques et des artistes-interprètes. En Belgique, ces droits voisins (la rémunération équitable) ne sont pas gérés par la SABAM.* ».

Nous vous l'avons déjà signalé : il ne faut pas confondre SABAM et « Rémunération équitable » ni leur redevance spécifique.

La SABAM précise dans son communiqué¹ qu'elle « *continuera à percevoir les droits d'auteur dans les salles d'attente des professions libérales. Pour rappel, la SABAM n'a jamais perçu de droits d'auteur dans les cabinets mêmes des praticiens.* ».

Voilà donc la confirmation que le cabinet de soins de vos locaux n'est PAS concerné par la redevance SABAM.

Nous vous suggérons de relire nos conseils actualisés à propos de la SABAM et la Rémunération équitable. sur www.dentiste.be/sabam.htm.

Michel DEVRIESE
18 mars 2012

¹Copie du communiqué SABAM du 16 mars 2012, page suivante.



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

LA SABAM CONTINUERA À PERCEVOIR LES DROITS D'AUTEUR DANS LES SALLES D'ATTENTE DES PROFESSIONS LIBÉRALES

Bruxelles, le 16 mars 2012

La SABAM a pris connaissance de la décision de la Cour Européenne de Justice du 15 mars 2012, suite à une question préjudicielle présentée dans le cadre d'un litige opposant la fédération des producteurs phonographiques italiens à un dentiste.

Le litige porte sur le droit à une rémunération pour les propriétaires d'enregistrements (les firmes de disques italiennes) diffusés dans le cabinet du dentiste. Il ne s'agit donc pas d'un litige concernant les droits d'auteur, mais bien d'un litige qui concerne les droits des producteurs phonographiques et des artistes-interprètes. En Belgique, ces droits voisins (la rémunération équitable) ne sont pas gérés par la SABAM.

Après une première analyse de la décision, la SABAM relève que la Cour fait une distinction en matière de communication au public. La Cour reconnaît aux auteurs le droit de s'opposer ou non à une communication d'œuvres protégées. Par contre, les propriétaires d'enregistrements et les artistes-interprètes ne disposent pas, selon la Cour, de cette même faculté et peuvent seulement revendiquer une compensation financière lorsqu'un caractère économique ou lucratif accompagne cette diffusion. Dans le cas d'un cabinet dentaire, la Cour a considéré que ce caractère économique ou lucratif n'était pas présent. Il en résulte que cette décision aura probablement un impact pour les titulaires des droits voisins.

Par conséquent, tout en restant particulièrement attentive à l'évolution de la jurisprudence communautaire en matière de communication au public, la SABAM continuera à percevoir les droits d'auteur dans les salles d'attente des professions libérales. Pour rappel, la SABAM n'a jamais perçu de droits d'auteur dans les cabinets mêmes des praticiens.

Renseignements :

Jérôme Van Win
 Communication & Marketing Manager SABAM
 Rue d'Arlon, 75-77 – 1040 Bruxelles
 Courriel: jerome.vanwin@sabam.be

Pierre HUYBRECHTS
 akkanto
 Tel: 02/610 10 52
 GSM: 0479/61 26 03
 Courriel: pierre.huybrechts@akkanto.com

COREGA®

Le problème principal des porteurs d'une prothèse dentaire partielle:

Les petits morceaux d'aliments sous la prothèse dentaire.



Dans 2 enquêtes auprès des consommateurs:

- **41%** et **86%** des porteurs d'une prothèse dentaire ont signalé qu'ils avaient été confrontés à des particules alimentaires coincées sous leur prothèse, ou entre la prothèse et la gencive, causant douleur et irritation^{1,2}.

NOUVELLES DONNÉES

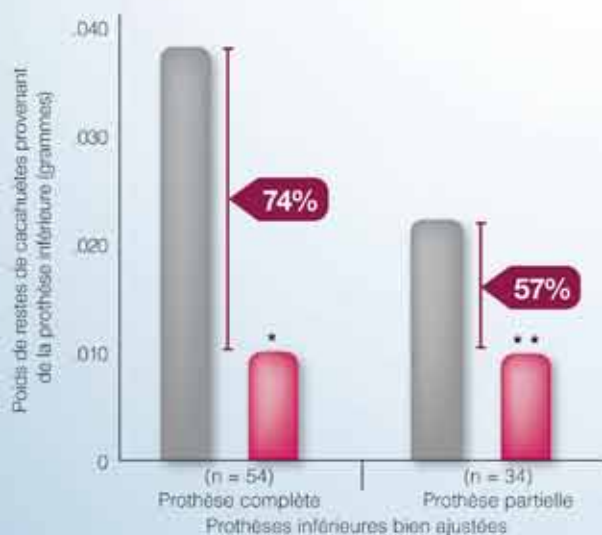
Collectées à partir de **3 études cliniques** réalisées parmi des patients portant une prothèse dentaire partielle ou complète bien ajustée*.

COREGA® sans zinc améliore de façon significative:

- Le problème des petits morceaux d'aliments.
- Le confort, la confiance et la satisfaction.

* Comme déterminé par l'évaluation clinique à l'aide de l'indice de Kapur.

COREGA® empêche jusqu'à 74 % de particules alimentaires en plus de se coincer, comparé à l'absence d'utilisation d'un produit adhésif^{3,4}.



Moins de résidus de nourriture signifie moins d'irritation et de douleur.

¹p>0.0001 comparé à un port sans crème adhésive
²p>0.05 comparé à un port sans crème adhésive

■ Sans crème adhésive ■ COREGA®



Corega. Mangez, parlez et riez en toute confiance. www.corega.be



Membre
-10 %



IMPLANTOLOGIE Flapless

CHOI BYUNG-HO, JEONG SEUNG-MI

La pose d'un implant, malgré toutes les évolutions simplificatrices, reste encore une intervention de chirurgie buccale pour les praticiens et qui suscite des craintes de la part des patients.

Les auteurs, à la suite de leur expérimentation scientifique, proposent un protocole de pose d'implant sans lambeau d'accès, avec toutes les facilités qui en découlent. Ils apportent les preuves d'une identité de résultats cliniques par rapport aux interventions avec accès visuel au site osseux, quelque soit le système implantaire utilisé.

Deux techniques opératoires sont décrites (avec poinçon ou par mini incision) qui réduisent le traumatisme de l'intervention, augmentent la stabilité primaire et réduisent la durée de la chirurgie et le saignement.

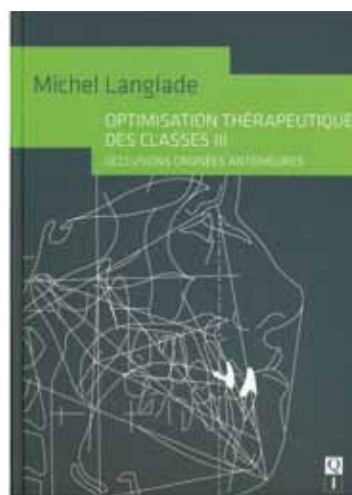
Cet ouvrage met en évidence les nombreux avantages de la chirurgie flapless : préservation de la vascularisation, conservation des volumes des tissus mous et durs, rapidité d'intervention, meilleur confort du patient, cicatrisation plus rapide.

Editions : Quintessence International

Pages : 334 - Illustration : 1.306

Prix : 173 € (frais de port inclus) - membres -10%

ISBN : 978-2-912550-90-3



OPTIMISATION THÉRAPEUTIQUE DES CLASSES III OCCLUSIONS CROISÉES ANTÉRIEURES

LANGLADE M.

Avec les questions cliniques que posent les Occlusion croisées

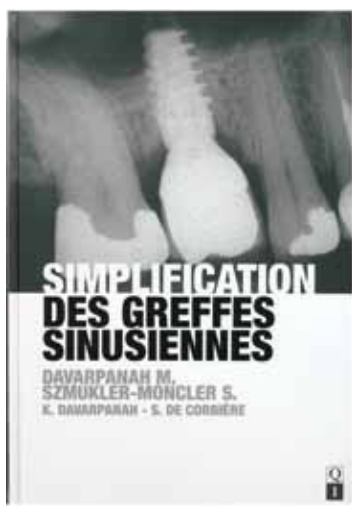
Antérieures, l'auteur évoque tout d'abord leur prévalence, leur étiopathogénie et leur classification. La caractérisation des OCA est particulièrement développé : synthèse des analyses céphalométriques, dimensionnelles, angulaires, structurales et proportionnelles dont l'évaluation est indispensable. Une revue des options thérapeutiques est présentée : appareils amovibles, fronde mentonnière, TTBA ou masque facial. De plus, les incidences de ces options sur la croissance sont minutieusement analysées. De nouveaux concepts renouvellent l'emploi de ces choix thérapeutiques tant avec les élastiques de Classe III qu'avec les extractions ou encore l'expansion. La chirurgie orthognathique ainsi que l'application de la Philosophie Bioprospective, sont abordés permettant au lecteur de suivre le raisonnement décisionnel et le résultat clinique.

Ce livre interroge le clinicien sur les doutes et les certitudes, bouleversant les habitudes de la pensée unique ; à ce titre il est particulièrement recommandé. .

Pages : 309

Prix : 200 € (frais de port inclus) - membres -10%

ISBN : 978-2-912550-94-1



SIMPLIFICATION DES GREFFES SINUSIENNES

DAVARPANA M., SZMUKLER-MONCLER S.

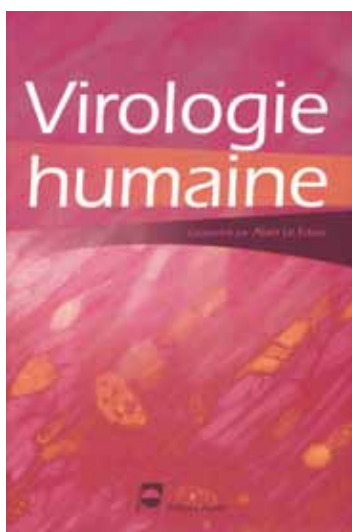
L'objectif de ce livre est de présenter les divers protocoles chirurgicaux de mise en place d'implants dans les secteurs postérieurs, en proximité des sinus maxillaires. Une description tridimensionnelle de l'anatomie des sinus guide le praticien. Indications, mise en œuvre, instrumentation, matériaux sont décrits afin de permettre à chaque praticien d'assurer une efficacité optimale.

Editions : Quintessence International

Pages : 250 - Illustration : 560

Prix : 182 € (frais de port inclus) - membres -10%

ISBN : 978-2-912550-91-0



VIROLOGIE HUMAINE

PR A. LE FAOU

Ouvrage destiné entre autres aux étudiants en médecine et odontologie.

Cet ouvrage collectif aborde les différents aspects de la virologie médicale.

Une première partie est dédiée aux généralités sur les infections virales et leur diagnostic ainsi qu'à la sécurité dans les laboratoires de virologie. Les virus qui infectent l'homme sont présentés sous forme de fiches qui fournissent, pour chacun d'entre eux, les données essentielles.

La deuxième partie aborde les infections virales par appareil ou par situations particulières comme la grossesse ou les soins médicaux. Seuls les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites B et C font l'objet d'un chapitre à part.

Ainsi ce livre, illustré de nombreux schémas, s'adresse aux étudiants qui ont, au cours de leurs études, des enseignements de virologie médicale ainsi qu'à tous ceux qui, dans le cadre de leur activité professionnelle, aborderont cette discipline.

Editions : Pradel

Pages : 442

Prix : 48 € (frais de port inclus) - membres -10%

ISBN : 978-2-36110-012-4

In Memoriam

Ce 8 avril, notre Consœur Alice Mulnard est décédée. Une praticienne de qualité nous a quitté ce jour là.

Elle avait obtenu son diplôme de Licenciée en Science Dentaire en 1955, à une époque où la profession était largement dominée par la gente masculine. Les femmes réussissant un cursus universitaire étaient alors rares et cela signalait donc déjà un caractère particulièrement volontaire et un refus du conformisme.

C'est lors de mon entrée au Conseil d'Administration de la Chambre Syndicale Dentaire de Bruxelles que je l'ai rencontrée pour la première fois. J'étais un peu perdu dans cette assemblée "d'Anciens" à la renommée confirmée. Elle se dirigea vers moi avec son sourire légendaire et me donna les premiers éléments du mode d'emploi d'acteur de nos associations.

Pendant ces années, j'ai pu apprécier sa disponibilité, sa fiabilité et son bon sens. Elle se proposait pour différentes tâches, comme l'organisation du Service de Garde à Bruxelles. Tâches qui étaient totalement exécutées dans les délais promis, jusqu'au dernier détail.

Sa déontologie et son éthique étaient sans faille.

En nous quittant elle laisse un beau souvenir d'une femme de qualité auprès de Consœurs et Confrères qui s'en sont inspirés dans leur exercice quotidien.

Merci Alice et au revoir.

Marc Lippert
Administrateur SMD

Tu étais, chère Alice, la mémoire de l'Association des Dentistes de l'ULB, la mémoire du Comité, de son Histoire. Tu avais activement participé, tu avais lutté pour la formation, la reconnaissance de notre Association dont tu avais été longtemps Présidente notamment. Tu étais le sourire, l'enthousiasme, la bonne humeur.

Alors même que tu avais pris une retraite professionnelle bien méritée, tu as continué plusieurs années à participer à nos réunions et il faut bien dire que tu y étais comme un soleil pour nous.

Et puis voilà, ton heure est venue, bien trop tôt, comme toujours. La surprise est mauvaise et triste ; on a du mal à y croire. Tu vas nous manquer.

Notre pensée va à ton mari, à ta famille. Nous compatissons à leur douleur.

Merci, Alice, pour tout ce que tu as été, pour tout ce que tu nous as apporté pendant tant d'années. Nous ne t'oublierons pas.

Le Comité de l'ADUB



11,12 & 13 mai 2012

Exposition

**Prothésiste, ... un métier d'Artiste, ... "Prothésiste ? ...
Vous avez dit Artistes !**

SCULPTURE - PEINTURE - PHOTO - BIJOUX
rue du Fraignat 72, 1325 Corroy-le-Grand (Vieusart)

VERNISSAGE le 11 mai dès 18H à l'aube , samedi 12 mai de 10H à 20H, dimanche 13 mai de 10H à 18H

Artistes : MANU GARRIDO, LILOU, PASCAL RADAR, BLAISE HENRION, VIRGINIE MARGERIN, THYL BENIEST, MARIE JOSEE DHEM

Manu GARRIDO, LILOU et Pascal RADAR, sculpteurs, occupent l'espace en compagnie des trois autres artistes.



"Après 15 ans passé dans le domaine délicat de l'esthétique en prothèse fixe ... et plus de 10 ans au service de ma propre entreprise. Enfin revenir à ma motivation première : la sculpture ! Deux ans d'atelier avec Lilou m'ont fait découvrir la Terre, la Fonderie, le Bronze... Venez partager mon univers, mes premiers pas !" Manu GARRIDO



Depuis trois ans, **Lilou (Céline Plissart)** travaille avec Manu au laboratoire dentaire MANUFACTO. Complices de la route car ils se connaissent depuis 20 ans ! L'un forme l'autre et l'autre forme l'un..

Et puis quand le temps le permet, des soirées dans l'atelier où ils travaillent la Terre, avec la liberté créatrice dont nous avons besoin... Une rencontre avec Pascal RADAR leur a permis de couler leur premières pièces en bronze. "Je sculpte depuis 15 ans, la Terre est une matière incroyable qui permet une grande liberté même si il y a toujours des contraintes techniques.... La Terre m'aide à m'ancrer, à me recentrer mais surtout elle permet de libérer des émotions que je ne peux mettre en mots. Je ressens, je cherche le contact, celui qui me pousse, celui qui me trouble, celui qui vient. De la Terre au Bronze... Un vieux rêve qui se réalise !!!" Lilou

Pascal RADAR est sculpteur et possède sa propre fonderie d'Art ! Il présentera ses sculptures d'intérieur et de jardin.

Blaise HENRION, peintre et créateur de décors nous dévoile une peinture voyageant de la 2ème à la 3ème dimension, utilisant essentiellement des matériaux recyclés pour comprendre, nourrir et capturer ses émotions.

Surprise et suspens pour découvrir les photos de Thyl BENIEST, photographe, avant tout !... accaparé jusqu'à présent par ses métiers de régisseur lumière et créateur de décors.

Virginie MARGERIN, créatrice des bijoux ODAWO, crée pour des femmes qui lui ressemblent : contemporaines, audacieuses, enjouées. L'artiste donne au bijou contemporain un nouveau design et devient la première marque proposant des bijoux designs, modulables et/ou olfactifs.

Marie Josée DHEM présentera ses peintures miniatures sur feuilles de Ginkgo biloba.



Blaise Henrion

Voir site des artistes :
www.manufacto.be,
www.lilouartisane.com,
www.pascalradar.be,
www.blaisehenrion.com,
www.odawo.com

jusqu'au 1^{er} juillet 2012

Exposition

Stanley Kubrick - photographies

Musées Royaux à Bruxelles



Stanley Kubrick a 13 ans quand son père lui offre un appareil photo. A 17 ans, il vend sa première photo à la revue new-yorkaise "Look magazine" qui l'engage. En découvrant les clichés de l'exposition, on se rend compte à quel point Kubrick cherche à sublimer l'instant en lui donnant une forme et une structure. Il capte les expressions d'acteurs d'un campus universitaire, réalise des reportages dans les rues du Portugal, décrit la vie d'un petit cireur de chaussures de Brooklyn, la vie des gens du cirque, des scènes de vie de la Haute. Dans les photographies consacrées au cirque, il adopte le point de vue de l'animal mis en cage : la foule autour devient prisonnière. Il pose déjà cette question de responsabilité morale qu'il développera dans son dernier film "Eyes Wide Shut". On découvre les portraits de personnalités dont une osée et d'une grande modernité pour 1950, celle du boxeur Rocky Graziano sous la douche. Mise en scène, la composition, la lumière sont tous ces éléments qui ont conduit Stanley Kubrick vers le cinéma.

jusqu'au 10 juin 2012

Exposition

international de la photographie

de Knokke-Heist "Wonderland"

Les photographies sont exposées dans divers lieux : Centre Culturel, Casino de Knokke, Musée Sincfala, ...

La station balnéaire devient ainsi une nouvelle fois la plateforme effervescente de l'innovation, de l'expérience et des contacts animés dans le domaine de la photographie. Six grands photographes internationaux participent à ce festival : Ruud van Empel (Pays-Bas), Sanna Kannisto (Finlande), Corey Arnold (Etats-Unis), Gerdo De Ruijter (Pays-Bas), Olaf Otto Becker (Allemagne) et Michael Light (Etats-Unis).



WRIGLEY'S
Freedent

PARTENAIRE DE LA SMD
DEPUIS 15 ANS



VERENIGING DENTISTEN BELGIË
SOCIETE DE
MEDECINE
DENTAIRE

POUR DES DENTS PROPRES ET SAINES, APRÈS CHAQUE REPAS*



UN
REPAS

UN
CAFÉ

UN



www.freedent.be

*Car mâcher un chewing-gum Freedent sans sucre aide à stopper les attaques acides de la plaque dentaire.

Study-Clubs

Brabant Wallon

Lieu : Cliniques St Pierre à Ottignies - Entrée par les urgences
Av. Reine Fabiola 9 - 1340 Ottignies

Responsables : Christine VRANCKX -02 354 21 90 • Olivia PAULUIS 082 73 09 42
Jacques WALENS 02 522 70 95 • Laurence WATTHEE - 02 354 53 51.

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.

12 juin 2012 : Radioprotection, rappel pratique
Expérience des "nouveaux" contrôles - *Xavier DELCORPS*

Bruxelles

Lieu : HEB De Fré - Avenue De Fré 62 - 1180 Uccle

Responsables : Véronique FRANCO - 02 375 02 63 • Fabienne SIRHAULT - 02 534 45 58
Accueil à 19h45, conférence à 20h15 précises, suivie du drink de l'amitié avec petite restauration.

2 octobre 2012 : La coagulation

4 décembre 2012 : Tabacologie

Charleroi

**NEW 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 après la conférence.

23 mai 2012 : Classification des systèmes de collage - *Gaëtan VERMEERSCH*

NOUVEAU

Votre présence au Study-Club sera dorénavant enregistrée par scanning du code barre de votre carte de membre ou d'une prescription.
Veuillez toujours vous munir de ces documents.





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@skynet.be

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

20 septembre 2012 : Les classes 2 : importance du diagnostic et
d'une prise en charge précoce - *Dr Christophe SASSERATH*

Huy

Lieu : Tennis Club de Huy - Plaine de la Sarte à 4500 Huy

Responsables : Philippe LHOEST - 085 21 37 67 • Cécile MICHAUX - 085 71 12 44
Michel MINUTE - 019 33 03 53 • Raphaël PRAPOTNICH - 085 71 12 44

Les soirées commencent à 20 h précises. Repas offert sur réservation obligatoire au 085 21 37 67
au plus tard la veille.

31 mai 2012 : Auriculothérapie

20 septembre 2012 : Les implants de diamètre réduit - *Alex DEMETS*

Liège

Lieu : Restaurant Marco Polo - Rue du Sart-Tilman, 343 - 4031 Angleur

Responsables : Philippe GOHMANN - 04 371 28 74 • Jean-Paul SMONS - 04 226 53 51
Accueil dès 19h, conférence à 20h30.

24 mai 2012 : La mise en forme canalaire mono-instrumentale - *Arman GAZI*

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.



Mons

Lieu : Restaurant MARCHAL - Rampe Ste Waudru, 4 à Mons

Responsables : Benoît CAMBIER - 0479 53 93 36

Xavier LHOIR - 0474 21 09 47

Dès 19h30, repas après la conférence, sur inscription auprès du responsable.

20 septembre 2012 : Les maladies parodontales : du diagnostic au traitement

Namur

Lieu : Château de Namur - Avenue de l'Ermitage, 1 - 5000 Namur

Responsables : Françoise Goossens - 081 30 53 81 • Chantal Hossay - 081 61 56 05

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

2 octobre 2012 : Plus de simplicité pour plus d'efficacité en endodontie - *Bertrand LOMBART*

13 novembre 2012 : Radioprotection, rappel pratique Expérience des "nouveaux" contrôles
X. DELCORPS

Verviers

Lieu : Restaurant « Le Brévent » - Route d'Oneux, 77 B - 4800 Verviers

Responsables : Marthe THOMAS - 087 31 35 99 • Oleg BEKISZ - 087 23 06 60

Kenton KAISER - 087 67 52 25

Les soirées débutent à 20h00 précises, les conférences à 20h30.

7 juin 2012 : Les adhésifs amélo-dentinaires de dernière génération - *Audrey GUEDERS*

ACCREDITATION 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 **50 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.

Petites Annonces

Dentiste - *cherche emploi*

6431 - Orthodontiste (F) exclusif cherche emploi ou reprise cabinet région Bruxelles ou Brabant Wallon . Tél : 0475 42.12.60 - flo.schmit.ortho@hotmail.com

6362 Liège - Dentiste LSD-UCL81 Cherche collaboration 1 à 2 jours /semaine - Région Liège et Ardennes 0479/873073 ou beatricepitance@hotmail.com

Dentiste - *cherche collaborateur*

6426 Bruxelles - Chirec : Site St Anne-St Rémi recherche dentiste généraliste - Excellentes conditions Tél. : 0475 745 455

6364 Bruxelles - Cherchons dentiste pour centre médico-dentaire située à Schaerbeek. Patientèle existante+pano digital. Conditions libres alizahmatkesh@gmail.com

6386 Namur - Cabinet dentaire spécialisé cherche Endo exclusif pour 1 journée/semaine 081/46/20/33 ou 0496/82/01/69 - info@centreoxalys.be

6432 - Bruxelles - Dentiste cherche collaborateur (trice) . Pour but de céder son cabinet situé à Bruxelles dans un futur proche. 0485/99.99.99 ou dr_hom@yahoo.fr

6434 Mons - Cabinet Dentaire à Mons, recherche un collaborateur pour agrandir son équipe. Patientèle sérieuse Cabinet équipé de 3 stern Weber neufs, digora, Pano, 2 assistantes à temps plein. Conditions de travail agréables. Collaboration à long terme souhaitée, min 2 jours/ sem. Envoyer vos CV : phamceline@gmail.com.

6400 - Bruxelles - Centre dentaire parfaitement équipé et informatisé avec secrétariat et assistante recherche collaborateur dynamique. Horaire à convenir. 0477231154 ou royaldentalclinic.ry@gmail.com

6377 - Nivelles - Cherche collaborateur pour cabinet (2fauteuils full équipés). Collaboration longue durée et motivée. Téléphoner au 0475/83.53.83 ou phil-roand@hotmail.com

6439 - Bruxelles - Nous cherchons un dentiste à temps plein ou partiel pour compléter notre équipe bonne patientèle. Veuillez envoyer votre cv et lettre de motivation à cliniquedentaire.sabbah@hotmail.com

6440 - Stembert - Urgent Cherche DG pour collaborateur de longue durée. Région Verviers. Dent. Stmb@hotmail.be

6443 - Bruxelles - Disponible mardi et vendredi, rétrocession d'honoraires journalier (fin de journée), contact : fr.arash@yahoo.fr

6412 - Liège - Cherche dentiste pour collaboration longue durée le mardi et le jeudi. 0474/52.85.45 ou jeanluc.brakmeyn@skynet.be

6467 - Grand Charleroi - Clinique privée, rég gd Charleroi, cherche jeune praticien (h/f)sérieux + consciencieux pr compléter équipe de jeunes existants, ouverture d'un 2^{ème} site dès juillet, labo sur place,tt confort,moderne standing et haut potentiel. 0499/03.16.67 ou mail info@cliniquedeladent.net

6375 - Dinant - Le cabinet dentaire la fleur aux dents cherche DG, PARO ou STAGIAIRE pour compléter équipe - multidisciplinaire. jggeudvert@gmail.com ou 0486/926320 - www.fleurauxdents.be

6373 - Charleroi - La Polyclinique Neutre de Charleroi recherche, pour compléter son équipe, dentiste pour 2 ou 3 journées par semaine Tél 071/20.53.00 ou ffontinoy@mut216.be

6372 - Mons - Cabinet situé à Mons, cherche collaborateurs généralistes ou spécialistes motivés pour longue durée. Secrétariat, bonne patientèle. Contacte 0496/930426 ou perissinottos@yahoo.fr

6414 - Ciney - Ciney-cherche DG pour collaboration 1 ou 2jours/semaine. Excellentes conditions de travail. baudoinfrancoise@hotmail.com

6415 - Jette - Urgent : cherche dentiste lundi (si possible), mercredi, vendredi. Très beau cabinet moderne 2 fauteuils. Situé à 30m de la place du miroir en pleine expansion. Radios digitales, assistante, cadre très agréable. Tél. : 0475/848.000.

6367 - Corbais - Pour cause de santé, cherche remplaçant(e) pour quelques mois, avec possibilité de collaboration ultérieure. De préférence UCL. Surtout qui aime le contact amical avec les patients. andjvdb@gmail.com

6419 - Jette - Cabinet à jette deux box bonne patientèle. Tiers payant et assistante. Cherche dentiste. 0488 330 414 ou Ryad.2004@hotmail.com

6402 - Bruxelles - Cabinet dentaire de groupe avec 2 units, parfaitement équipé et informatisé avec secrétariat et assistante recherche collaborateur (trice) dynamique et sérieux(se) pour une collaboration de longue durée. aina.dental@gmail.com

6471 - La Louvière - Centre dentaire Pluridisciplinaire en engage un spécialiste en paro deux demi-journées/semaine. - info@centre-dentaire.be ou 064 221 888

6469 - Bruxelles - Cabinet situé au Centre très bonne patientèle, cherche collabora(teur,trice) généralistes ou spécialistes. Longue durée et motivé prière candidatures par mail : Am.chiriac@skynet.be

6425 - Clervaux (Lux) - Cabinet dentaire nord Grand-Duché du Luxembourg recherche dentiste (m) avec minimum expérience parlant français et allemand pour collaboration. Envoyer CV à mdbd@pt.lu

6428 - Bruxelles - Cabinet de parodontologie et implantologie orale à Uccle loue espace de soins à consœur/confère parodontologie ou endodontiste exclusif. 02/346 27 73 ou michelgoffin@scarlet.be

6381 - Bruxelles - Cabinet dentaire recherche des dentistes généralistes et spécialises. Pour collaboration longue durée. Excellente situation. 0477328905, 0496472421 après 20h. alike73@mail.ru

6479 - La Louvière - Nous recherchons un dentiste généraliste. Renseignements au 0488/231.002 centreduliere@skynet.be

6458 - Gerpinnes - Cherche collaboratrice (teur) 2 3 ou 4 am par semaine dans cabinet de bon standing dentisterie générale 0475/373408 ou laurent.christine@skynet.be

6466 - Kraainem - Cabinet de groupe cherche parodontologue ou dentiste orienté paro. Reprise d'une patientèle existante au sein d'une équipe jeune et dynamique. Renseignement complémentaire 02/731.12.38 ou dentist@dentalpractice.be

6394 - Ath - Centre médical Saint-Gilles recherche dentiste et orthodontiste pour compléter plages ho-

raires. Très bonne patientèle. Horaire à convenir. Contact : 0475/340.591 ou bzz@scarlet.be

6383 - Huy - Huy-cabinet dentaire 2 fauteuils moderne et agréable cherche jeune dentiste généraliste-rx et pano numérisés Tél: 085/231954 ou dentiste.peeters.huy@skynet.be

6464 - Waterloo - Cabinet dentaire à Waterloo, cherche remplaçant(e) pour juillet et août. Collaboration possible à partir de septembre avec samedi souhaité 0473 39 40 40 ou dentistemarlaire@gmail.com

6382 - Ixelles - Urgent. Cause incapacité accidentelle, cabinet orienté restauration/prothèse de qualité à Ixelles cherche dentiste pour collaboration, association ou reprise pour quelques mois ou à long terme. Tél 02 888 33 59 ou valeriekox@gmail.com

6442 - Bruxelles - Polycliniques QMED situé a Schaerbeek et koekelberg recherche dentistes. Entrée immédiate 0478-326742 ol_robillard@yahoo.com

6478 - Bruxelles - Maison Médicale, sud Brux. Cherche DG H/F expérimenté pour 4 demi-journées de consultation/semaine. N°INAMI en ordre, travail en tiers payant. Equipe pluridisciplinaire. Cabinet bien équipé. Patientèle en Attente. Contact : c.ornia@entraide-marolles.be

6392 - Bruxelles - Cherche dentiste ou stagiaire 2 jours 1/2 semaine 0478/299.319 - cdsm1@skynet.be

6451 - Marche-en-Famene - Cherche collaborateur longue durée, possibilité reprise à long terme,cab. super Equipe, num ,assistante..tel.0479695423 ou dentiste.desrumaux@euphony.net.be

6448 - Bruxelles - Cabinet dentaire situé à Anderlecht cherche dentiste temps partiel pour compléter équipe Gsm 0476/06 13 66 ou dehaesdental@hotmail.com

6395 - Bruxelles - cherche dentiste expérimenté, plein temps dans une clinique avec beaucoup de patientèle Centre de Bruxelles : Am.chiriac@skynet.be

6396 - Bruxelles - Cherche un(e)dentiste non conventionné pour compléter les horaires: deux après-midi par semaines voir plus et le samedi. Patientèle assurée de 15à 19H. dentiste20@gmail.com

6411 - Mons - Cabinet dentaire spécialisé à Mons recherche parodontologue pour compléter son équipe. Important réseau de référants , s'adresse à un candidat(e) sérieux, motivé, et souriant! pour min1j/semaine. Cadre de travail agréable avec assistance au fauteuil. mail cabdespe@gmail.com

Dentiste - *Cherche assistante, secrétaire*

6470 - Braine-l'Alleud - Endodontiste exerçant seul à Braine-l'Alleud cherche une secrétaire/assistante dentaire. La candidate sera chargée de la gestion administrative du cabinet, de l'assistanat clinique du praticien et de l'entretien du cabinet. Vous pouvez envoyer votre CV et une lettre de motivation sur endodontie@skynet.be

6456 - Bruxelles - Cherche une assistant(e) dentaire sérieuse et motivée 38h semaine. Envoyer votre cv par mail cabinetvanlint@hotmail.com

6435 - Etterbeek - Cherche assistante dentaire mi-temps à Etterbeek. Présentation irréprochable. For-

mation assurée par le dentiste. Tel: 0497/41.68.90 ou thys.ivan@gmail.com

6359 - Bruxelles - Cabinet dentaire Paro-Implanto cherche assistante motivée, consciencieuse, responsable, dynamique et organisée pour un contrat 2/3 temps ou full time. Veuillez envoyer votre CV avec photo et lettre de motivation : email pierrekoumi@gmail.com - 0474082181 ou pierrekoumi@skynet.be

6454 - Bruxelles - Nous recherchons une assistante-secrétaire avec expérience au fauteuil flexible, ponctuelle, motivée et aimant le travail en équipe Veuillez me contacter au 0478 58 48 87 ou david.ryckaert@me.com

6459 - Bruxelles - Cherche assistante dentaire mi temps avec win win tel: 0488330414 ou Ambergroupsprl@hotmail.com

Assistante - *cherche emploi*

6361 - Bruxelles - Assistante confirmée en chirurgie et orthodontie, Cherche emploi pour le jeudi, mercredi et mardi après-midi certain samedi. Contact : 0498/25.25.37 ou sophiebbxl@hotmail.com

6358 - Overijse - Cherche un emploi d'assistante dentaire chirurgicale. Je travaille déjà à mi-temps dans le domaine Je possède un diplôme et une expérience de 6 ans. Contactez au 0479/ 68 77 12 ou lopezdayani@hotmail.com

6410 - Liège - Vous cherchez une assistante et/ou secrétaire en dépannage, rapidement ! LogiCare 2D sprl. A ce qu'il vous faut ! florencedede@logicare2D.be 0479/63.02.35

6407 - Bruxelles - JF diplômée assistante dentaire et secrétaire médicale cherche emploi de préf plein tps maîtrise dactylo bonnes connaissances néerl et anglais. Motivée, ponctuelle; propre et ordonnée. Bonne présentation, flexible. cath_sch38@hotmail.com ou par gsm au 0474.39.47.33

6390 - Bruxelles - Assistante-secrétaire dentaire cherche emploi à Bruxelles dynamique souriante, rigoureuse et bonne présentation. 0475 700 394 ou gene1235@hotmail.com

6408 - Bruxelles - Secrétaire très dynamique souriante cherche travail. sarahkarim@hotmail.com

6417 - Bruxelles - JH 30 ans, 3 années d'expériences et formé à l'EODEC, cherche emploi sur Bruxelles et environs. Disponible immédiatement. christianmuanza@gmail.com

6474 - Limal - Jeune femme dynamique n'ayant aucunes expériences dans le domaine souhaite changer de Carrière .Motivée, ponctuelle et de l'enthousiasme à revendre. lucierenglet@gmail.com

6472 - Bruxelles - Secrétaire assistante médicale cherche emploi plein temps, actuellement secrétaire dans un laboratoire d'anatomie-pathologique, expérience en dentisterie en polyclinique, stérilisation des instruments, prise des clichés panoramiques. veronique.boreux@gmail.com

6413 - Namur - Recherche poste dans la région Namur/Brabant Wallon temps plein ou 3/4 temps. Disponible, dynamique, motivée, ponctuelle, volontaire, habituée à travailler dans le stress et en équipe, de bonne présentation et souriante, méthodique, sens de l'hygiène, expériences diverses - cabinet pluridisciplinaire soins prothèses, endodontie, parodontologie. Contact 0477/569.628 Possession véhicule. veroniquewanson@msn.com

Cabinet à vendre - à remettre

6391 - Bruxelles - Très beau cabinet complètement rénové à céder. Cause, départ à l'étranger. Matériel neuf et haut de gamme, 1 fauteuil, possib 2eme.

Vente murs (80m2 + caves + jardin) + matériel 0483/477418 ou riyu@gmx.de

6399 - Blegny - Cabinet en activité à remettre ainsi que bâtiment, comprenant : rez de ch (cab+partie privative), 1er étage (grd appart. 2 ch), 2è étage (grd appart. A Aménager) 043629590 ou 043874847 ou lucien.grosjean@skynet.be

6447 - Bruxelles - Cabinet à remettre ou collaborations à Molenbeek à Bruxelles contact 0485 355 453 ou Youssef.bouzidi@skynet.be

6384 - Bruxelles - Maison à vendre avec ou sans 2 installations dentaires-située à Schaerbeek av de l'Emeraude . Prix : 420000€ à discuter. Tél. 02/ 735 10 28 ou philippe.rietjens@skynet.be

6444 - Verviers/Liège
Cabinet à vendre 2 Fauteuils dans 2 salles. Clim-pano-stاتم etc... Cause départ à l'étranger, accompagnement possible le temps nécessaire. Bonne patientèle prix très attractif pour jeune dentiste voulant s'installer. ixi@skynet.be - 0498 420 621

6370 - Bruxelles - Très bon quartier, cabinet à remettre cause cessation activité : trois pièces + couloir+ salle d'attente, deux fauteuils (1 nouveau), laser+ appareils pour couronnes résine, patients fidèles. zeanarodica@yahoo.fr

6455 - Liège - A remettre Liège (Cointe) cab. dent. équipé, bien situé, rez-de-chaussée, 70 m², local pour 2ème cabinet ou autre affectation médicale, cave, parking double. Courant 2012. 0474544532. ou robdvb@skynet.be

6371 - Bruxelles - A vendre très beau cabinet dentaire, entièrement équipé (60M²), situé à proximité d'une rue commerçante (Mutsaert). Fauteuil Siemens C8, compresseur Dürr, Melag 23... 2 possibilités de rachat : fonds de commerce : 60000€ + loyer 700€/mois + charges ou vente complète "clé sur porte" matériel+bâtiment 190000€. Pour tout renseignement : Mme Crokaert 0475/91.54.81 ou jin-joo.crokaert@gmail.com

Cabinet à louer

6473 - Bruxelles - Cabinet à louer à Ixelles 86 rue du mail à rénover selon vos goûts par le propriétaire (hors installation dentaire) bernarddouret@hotmail.com

Matériel - à vendre

6453 - Thulin - Type panex eos , cassettes. A venir chercher sur place, possibilité de mettre en contact avec un technicien pour démontage et remontage 0494301442 ou imodentim.legrandl@hotmail.com

6468 - Bruxelles - A vendre système électronique d'anesthésie quick sleeper: prix 2000 EU diyodental@skynet.be

6461 - Bruxelles - A vendre fauteuil Progia en parfait état, mon appareil radio-télé et quelques petits appareils à donner. Contactez pour renseignements et photos au tibhlt@yahoo.com ou tél au 0033 6 38 66 33 54 ou tuonglienle@yahoo.fr

6452 - Bruxelles - A vendre 2 anciennes développeuses XR 24 DÜRR à donner. Contacter au 0473.39.40.40 dentistemarlaire@gmail.com

6475 - Bruxelles 1170 - Av. Homéopathe Materia Medica with repertory par Boericke - Reportory of the Homeopathic Materia Medica and word index Tél 0495 744 445 soir

6445 - Bruxelles - A vendre trousse d'implantologie trousse de prothèse Biotech 40implants K Biotech Emballage d'origine Prix 7000,00 euro. 0484 069 609 ou babak.bahrami@skynet.be

6360 - Rixensart - A saisir Cerec Unité d'usinage en excellent état de marche-année d'achat 07/2005- 5000 euro 02/653.61.21 ou etiennespanoghe@skynet.be

6379 - Bruxelles - Panoramique CRANEX très bon état + 2 développeuse (dur et velopex) 0475/66 22 56 ou diyodental@skynet.be

6441 - Bruxelles - Pano Orthopantomographe 10E SIEMENS 220V 50/60HZ 13A + développeuse automatique DURR DENTAL DL26 en bon état à vendre (cause double emploi)4700 € Tel Schmit 02/736 47 09 frederic.schmit@skynet.be

6418 - A Vendre développeuse Dürr Dental DL 26 + XR 24 Nova et Panoramique Cranex DC2 (950,00 à discuter) info@centre-dentaire.be ou 064/22 18 88

6422 - Liège - A vendre, contre-angle Endo cursor WA 62 LT usinage 2111 (SN100511) Neuf, vente pour erreur de commande. Sous garantie et avec facture. Contact par téléphone au 0479/63.02.35 ou florencedede@logicare2D.be

Divers

6420 - Bousval - AL. Gard 4km d'Anduze. Vieux mas, très belle vue Cévennes, terrain d'1 ha, tranquille. 4 ch, 2SDB, cuisine full équipée, piscine, terrasses, bbq, bouldrome. A louer juin ou sep. 2012. Photos sur demande. +32 478/22.72.92 ou annerigo@yahoo.fr ou phil-roland@hotmail.com

Cherche

6380 - Liège - Nous sommes à la recherche du matériel cabinet dentaire et laboratoire prothèse dentaire tounsio.tounsi@gmail.com

Stagiaires - Maîtres de stage

6409 - Bruxelles - Dentiste cherche stage de un an en dentisterie generale apres d'un maitre de stage agree par le ministere de la sante publique. gaudentiste.r@gmail.com

6457 - Maransart - Maître de stage (Brabant Wallon) cherche, à mi-temps pour travail en équipe pour année 2012/2013 - 02/653.89.19 T. :0475/32 29 87 cabinetdentairemaransart@yahoo.fr

6403 - Liège Centre - Possibilité d'accueillir un(e) stagiaire dans un cabinet de groupe informatisé 3 fauteuils. paros@cybernet.be

6438 - Braine-le-comte - Place pour un stagiaire mi temps. Envoyer lettre de motivation à valerie.gilmont@scarlet.be

6450 - Région Mons - Dans nouveau centre privé (cabinet dentaire (depuis 20 ans- 3 fauteuils); Recherchons un stagiaire mi-temps spécialistes (endo; stom, ortho, paro) et DG (mi-temps) à partir septembre 2012. 0494 301 442 ou imodentim.egrandl@hotmail.com

Agenda



9-11 mai 2012

Liège Implantologie "Live" 5^{ème} édition

Lieu : Liège (Château de Colonster & CHU Sart Tilman)

www.ulg-congreslive2012.be



24 mai 2012

Gestion des conflits

Lieu : Best Western - County House

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : info@dentiste.be

www.dentiste.be



1^{er} & 2 juin 2012

9^{èmes} Journées Dentaires de l'UCL

Lieu : UCL Auditorio Centraux Bruxelles

E-mail : francoise.larose@uclouvain.be



7 juin 2012

Photographie

Lieu : Best Western - County House

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : info@dentiste.be

www.dentiste.be



8 et 9 juin 2012

Endodontie

Lieu : Diamant

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : info@dentiste.be

www.dentiste.be



**ACCÉDEZ AU SITE DE LA SMD
DIRECTEMENT SUR VOTRE
SMARTPHONE EN SCANNANT
CE TAG**



web

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

Présidents d'Honneur :

W. Andries - H. Aronis - J. Vandeneuycken

Conseil d'Administration :

Bureau exécutif :

M. Devriese - Président

D. Eycken - Past-Président

O. Custers - Directeur

A. Wettendorff - Secrétaire-Générale

Th. van Nuijs - Trésorier

Administrateurs :

A. Bremhorst - P. Delmelle - M. Lippert

- M. Nacar - H. Grégoir - P. Vermeire

- P. Tichoux - P. Rietjens

LE POINT :

O. Custers - Rédacteur en chef

Revue Belge de Médecine Dentaire :

Th. van Nuijs - Rédacteur en chef

(édition francophone)

Commission Scientifique :

B. Scalesse - Président

A. Bolette - P. Carsin - O. Custers

J. Delangre - B. Delcommune

P. Delmelle - D. Eycken - C. Grenade

B. Lambert - J-P. Siquet - A. Wettendorff

Commission Professionnelle :

A. Bremhorst - O. Custers M. Devriese

P. Delmelle - D. Eycken - H. Grégoir

B. Henin - M. Lippert - P. Tichoux

P. Rietjens - R. Vanhentenryck

Th. van Nuijs - P. Vermeire

A. Vielle - A. Wettendorff

Fondation pour la Santé Dentaire :

P. Delabie - M. Devriese - F. Fiasse

L. Safiannikoff Th. van Nuijs

A. Wettendorff - L. Ziwny

Directeur :

O. Custers

Secrétariat :

D. Deboulle - B. Fontaine

Webmaster :

O. Custers

Editeur Responsable :

M. Devriese

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

RPM Bruxelles : 0429 414 842

Banque: BE20 0682 3275 4456

le.point@dentiste.be

www.dentiste.be

Impression :

Imprimerie Van der Poorten s.a.

Diestsesteenweg 624

3010 Kessel-Lo

Publicités :

Olivier Custers

Tél.: 0475 376 838

Fax: 02 375 86 12

e-mail: olivier.custers@dentiste.be

Création & Mise en page :

BVG Communication

www.bvcom.be

e-mail : benoit@bvcom.be

Couverture :

O CUSTERS

Pourquoi les dentistes du monde entier injectentils Septanest® plus de 150 millions de fois par an? Simplement parce que Septodont, leader mondial de l'anesthésie depuis des décennies, continue d'être un partenaire reconnu des dentistes à travers le monde.

Avec le plus large choix de volumes**, un procédé de fabrication sans latex avec 'stérilisation terminale' et des autorisations dans le monde entier, Septanest® vous offre plus de choix et de sérénité, pour vous et pour vos patients.

SEPTANEST® VOS INJECTIONS EN TOUTE CONFIANCE



* Septanest® peut être vendu dans certains pays sous la marque Septocaine®

** en cartouches

SEPTANEST® 4 INJECTIONS CHAQUE SECONDE DANS LE MONDE*



Septodont NV-SA - Av. de la Constitution 87 - 1083 Bruxelles
Tél. : 02/425.60.37 - Fax. : 02/425.36.82 - info@septodont.be - www.septodont.be

SEPTANEST NORMAL, 40 mg/ml + 5 microgram/ml, solution injectable.

SEPTANEST SPECIAL, 40 mg/ml + 10 microgram/ml, solution injectable.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE : Septanest Normal : cartouche de 1 ml. Chlorhydrate d'articaine 40,000 mg. Adrénaline 0,0050 mg (sous forme de tartrate d'adrénaline). Une cartouche de 1 ml contient 40,000 mg de chlorhydrate d'articaine et 0,0050 mg d'adrénaline. Une cartouche de 1,8 ml contient 72,000 mg de chlorhydrate d'articaine et 0,009 mg d'adrénaline. Septanest Special : cartouche de 1 ml. Chlorhydrate d'articaine 40,000 mg. Adrénaline 0,010 mg (sous forme de tartrate d'adrénaline). Une cartouche de 1 ml contient 40,000 mg de chlorhydrate d'articaine et 0,010 mg d'adrénaline. Une cartouche de 1,8 ml contient 72,000 mg de chlorhydrate d'articaine et 0,018 mg d'adrénaline. Excipients : Chlorure de sodium, métabisulfite de sodium, édétate de sodium, solution d'hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables. FORME PHARMACEUTIQUE : Solution injectable. INDICATIONS THERAPEUTIQUES : Anesthésie locale ou loco-régionale en pratique odonto-stomatologique. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION : Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 4 ans en raison du type d'anesthésie non adapté avant cet âge. Posologie : Adulte : Pour la plupart des interventions courantes, une infiltration de 1,8 ml est suffisante. Dans tous les cas, l'injection devra être faite lentement (1 ml/min environ). Ne pas dépasser la dose de 7 mg de chlorhydrate d'articaine par kilogramme de poids corporel. Enfant (de plus de 4 ans) : La quantité injectée dépend de l'âge, du poids de l'enfant et du type d'intervention à réaliser. Tableau 1: Posologie du SEPTANEST NORMAL/SPECIAL chez l'enfant:

Poids de l'enfant		20 kg	30 kg	40 kg
Dose maximale : 0,18 ml/kg		3,6 ml	5,4 ml	7,2 ml
		2 cartouches	3 cartouches	4 cartouches
Dose moyenne recommandée en cartouche de 1,8 ml	Procédure simple	1,2 ml	1,8 ml	2,4 ml
		2/3 d'une cartouche	1 cartouche	1,3 cartouche
	Procédure complexe	1,4 ml	2,1 ml	1,5 ml
		3/4 d'une cartouche	1,2 cartouche	1,5 cartouche
		0,07 ml/kg		

Sujet âgé : Réduction de moitié de la dose réservée à l'adulte. Mode d'administration : INJECTION LOCALE OU REGIONALE INTRA-BUCCALE SOUS-MUQUEUSE. Vérifier qu'il n'y a pas d'effraction vasculaire par des tests d'aspiration répétés, en particulier lors d'anesthésie

régionale (tronculaire). La vitesse d'injection ne doit pas dépasser 1 ml de solution par minute. CONTRE-INDICATIONS : Hypersensibilité à l'articaine ou à des anesthésiques locaux similaires et à l'un des excipients de la préparation • Troubles de la conduction auriculo-ventriculaire sévères et non appareillés • Epilepsie non contrôlée par un traitement • Insuffisance hépatique grave • Porphyrie • Enfant âgé de moins de 4 ans • Affections cardiovasculaires : graves (telles que l'infarctus du myocarde récent); troubles du rythme; arythmie; maladies cardiaques et ischémiques; hypertension • Thyrotoxicose • Diabète sévère • Patients sous inhibiteurs de la mono-amino-oxylase ou antidépresseurs tricycliques et patients présentant une myasthénie grave et un taux de cholinestérase peu élevé (contre-indication relative) • Injection intravasculaire. EFFETS INDESIRABLES : L'articaine et l'adrénaline peuvent atteindre des concentrations sanguines suffisamment élevées pour entraîner des effets indésirables systémiques. Les effets indésirables sont listés ci-dessous par classe organe et par fréquence (classification MedDRA). Fréquent (≥ 1/100 et < 1/10): Affections du système nerveux: céphalées, paresthésies, hypoesthésies; Affections cardiaques: bradycardie, tachycardia; Affections de la peau et du tissu sous-cutané: oedème facial; Affections vasculaires: chute de la pression artérielle; Peu fréquent (≥ 1/1 000 et < 1/100): Affections gastro-intestinales: nausées, vomissements, diarrhée; Affections de la peau et du tissu sous-cutané: prurit; Affections vasculaires: élévation de la pression artérielle; Rare (≥ 1/10 000 et < 1/1 000): Affections du système immunitaire: réactions allergiques et de façon plus sérieuse, choc anaphylactique; Affections psychiatriques: nervosité, anxiété; Affections du système nerveux: paralysie faciale, épilepsie, vertiges, agitation, désorientation, tremblements; Affections oculaires: diplopie, mydriase, ptosis, myosis, enophtalmie; Affections cardiaques: défaillance cardiovasculaire et arrêt cardiaque. Affections de la peau et du tissu sous-cutané: angioedème, nécrose tissulaire. Une prolongation de l'interruption de la transmission de l'influx nerveux (effet pharmacologique du produit) peut être observée après l'administration d'articaine. La disparition des symptômes sensitifs se fait habituellement en huit semaines.

TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :
SEPTODONT NV-SA - 87, Avenue de la Constitution - 1083 Bruxelles - BELGIQUE.
NUMEROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :
Septanest Normal : BE 152765. Septanest Special : BE 152661.
STATUT LEGAL DE DELIVRANCE :
Médicament soumis à prescription médicale.
Date de dernière mise à jour : Mai 2010.





Une recommandation, une santé bucco-dentaire à vie



Recommandez

Oral-B® Triumph 5000 avec SmartGuide

Une technologie innovante spécialement conçue pour

- Réduire la pression de brossage*
 - Témoin indicateur de pression dans le manche
 - Icône de pression SmartGuide
- Favoriser un brossage plus long et plus minutieux*
 - Minuteur sonore par quadrant
 - Système de récompense par étoiles

Visitez le site oralb.com
pour de plus amples informations.



Oral-B®

#1

Oral-B®, La Marque de Brosse à Dents
la Plus Recommandée par les
Dentistes du Monde entier