

# LE POINT

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

## Gestion du cabinet

29 septembre 2012

[www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

# FIABILITÉ DANS UN ESPACE RÉDUIT

## STRAUMANN® NARROW NECK CrossFit®

La solution Soft Tissue Level de Straumann pour faire face aux limitations de place

- Fiabilité lors de la pose d'implants de diamètre réduit
- Large éventail d'options de traitement ■ Simplicité d'utilisation au quotidien



Vous pouvez nous joindre au +32 (0)2 790 10 00.  
[info.be@straumann.com](mailto:info.be@straumann.com) [www.straumann.be](http://www.straumann.be)

COMMITTED TO  
**SIMPLY DOING MORE**  
FOR DENTAL PROFESSIONALS



édito

## Des soins dentaires ... sans dentistes ?

Ces derniers mois, diverses études s'intéressant aux soins dentaires ont été publiées. On citera notamment l'étude du KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) à propos des dents de sagesse et l'étude concernant les radiographies panoramiques réalisée par le SECM (Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI).

Les conclusions de ces études nous font bondir - et réagir ! - tant elles nous paraissent en totale contradiction avec la bonne pratique clinique.

La question que s'est posée le KCE (suite à une demande de Test-Achats) : « Faut-il extraire les dents de sagesse saines de manière préventive afin d'éviter la survenue de problèmes futurs ? Ou vaut-il mieux les laisser en place et les surveiller, et intervenir lorsque cela s'avère nécessaire ? »

Rien que la formulation de la question nous est apparue curieuse. Tout d'abord le KCE invente la notion d' « extraction préventive », laissant croire que les praticiens extraient des dents par plaisir ou par intérêt. Nous leur avons expliqué que ce terme est inadéquat, et qu'il s'agit d'analyser en fait la pratique des extractions précoces de dents de sagesse, avant l'apparition des symptômes subjectifs, l'intervention étant programmée en tenant compte d'une fenêtre dans le développement de ces dents.

Le KCE conclut son étude en affirmant : « *il n'existe pas suffisamment de preuves établies qui soutiennent que l'extraction préventive des dents de sagesse est plus avantageuse que de laisser ces dents en place. Pour ces raisons, le KCE ne recommande pas l'extraction préventive systématique des dents de sagesse saines* ». Et de suggérer de plutôt multiplier les étapes de surveillance de l'éruption des dents de sagesse. Le KCE omet toutefois de dire que cela se fait essentiellement... grâce à la radiographie !

Et justement, le SECM de l'INAMI - poussé par le constat d'une augmentation importante ces dernières années des radiographies panoramiques (+ 42 % entre 2002 et 2008) - de conclure son étude en affirmant péremptoirement que seuls 21,78 % des radiographies panoramiques sont prises avec une indication conforme « avec les *guidelines* ». Le souci est que cette étude a été menée sans prendre la précaution de faire valider ces « *guidelines* » par un comité scientifique. Le SECM pointe particulièrement la répétition annuelle de ces radiographies avec la même indication et suggère de limiter cette répétition dans les deux ans.

Il est piquant de constater que KCE et SECM mettent ainsi les praticiens en situation schizophrénique. Par ailleurs, nous nous étonnons du modus operandi du KCE qui semble avant tout vouloir s'assurer une visibilité dans la presse généraliste, bien davantage que de collaborer AVEC les professions de santé, leurs associations et les instances de GESTION de notre système de santé.

A défaut de cette collaboration, il faut bien constater que les conclusions des multiples études restent lettres mortes. Dès lors, nous appelons les Pouvoirs publics à exiger que KCE et SECM associent bien davantage les Professions de santé à l'élaboration de ces études. Car après tout, ce sont elles qui sont les principales concernées et devraient implémenter les conclusions de ces études, si du moins elles s'y reconnaissent.

Car on ne délivrera pas de soins dentaires à la population... sans dentistes.

Le praticien individuel devra toujours répondre de sa bonne pratique - diagnostique et thérapeutique - dans la prise en charge d'un patient tout aussi individuel, dans le respect des droits de celui-ci.

**Michel DEVRIESE**  
Président

# AIDEZ VOS PATIENTS À PRENDRE SOIN DE LEURS GENCIVES avec le nouveau dentifrice Colgate Total Pro•Soin Gencives

**NOUVEAU**



FORMULE CLINIQUEMENT PROUVÉE POUR AIDER À LUTTER  
CONTRE LES PROBLÈMES DE GENCIVES

Un soin complet pour la bouche et les gencives grâce à un dentifrice double action.

- Aide à prévenir l'irritation et les saignements occasionnels de la gencive.
- Une action anti-bactérienne et une protection contre la plaque dentaire pendant 12h non stop grâce à sa technologie Triclosan/Copolymer unique.

RECOMMANDEZ LE DENTIFRICE COLGATE® TOTAL® PRO•SOIN GENCIVES,  
SPÉCIALEMENT CONÇU POUR LE SOIN DES GENCIVES DE VOS PATIENTS.

Pour toutes demandes d'échantillons vous pouvez accéder à notre webshop:  
[www.gabadental.be](http://www.gabadental.be) à l'aide de votre login. Nous nous référons à notre lettre de fin août  
pour plus de détails concernant votre login et les conditions.

**Colgate®**

**VOTRE PARTENAIRE EN HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE**

[www.colgatetotal.be/prosoingencives](http://www.colgatetotal.be/prosoingencives)

# 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 <sup>ère</sup> année de stage DSO DSP)	
2012	GRATUIT
Etudiant (Bachelier)	GRATUIT
Assistant plein temps + de 65 ans	210 euros
Membre Honoraire	160 euros
Praticien n'exerçant pas en Belgique	50 euros
	230 euros

## Montant

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.:2012 <input type="text"/> n° INAMI: <input type="text"/>		



## SOMMAIRE

### 3 Edito

M DEVRIESE

### 5 Cotisations 2012

### 6 Sommaire

### 9 Proclamations solennelles 2012

## 11 Sommaire articles scientifiques

### 13 La muqueuse buccale du sujet âgé

C MADRID

### 19 L'abrasion dentaire

J DONNAY

### 25 La haute technologie, oui !

E BINHAS



## 29 Sommaire formation continue

### 31 Gestion du cabinet

Dr E BINHAS - Dr R ZEITOUN

### 32 Dentex : Aromathérapie, Hypnose

J LHOIR - K KAISER

### 33 Endodontie

Dr W PERTOT - Dr S SIMON

### 35 Peer-review

### 37 Photographie

D DEBECKER

### 38 Bien-être au travail

Dr P MESTERS - F AZDIHMED

### 39 Réanimation

F HEIM - P RAUCY

### 40 Ergonomie

F PAPAIZIAN

### 41 Esthétique

Dr J SABBAGH

## 43 Sommaire info professionnelle

45 Examens radiographiques dentaires et  
risque de méningiome

M DEVRIESE

47 Des RX pano sous la loupe

48 A force de sagesse on peut être  
blâmable

## 51 In memoriam

## 52 Culture

P MATHIEU

## 58 Study-Club

## 61 Petites annonces

## 62 Agenda

nouveau

# 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 tubes<sup>1-5</sup> et protège durablement votre patient de la douleur due aux dents sensibles moyennant un brossage à raison de deux fois par jour<sup>6-8</sup>



Specialiste de l'hypersensibilité dentinaire

Références: 1. Burwell A et al. J Clin Dent 2010; 21(Spec Iss): 66-71. 2. LaToia G, Greenman DC. J Clin Dent 2010; in press. 3. Filardi SE et al. J Mater Sci Mater Med 2002; 20(5):557-565. 4. Clark AE et al. J Dent Res 2002; 81(Spec Iss A): S102. 5. CGK data on file. 6. Du MQ et al. Am J Dent 2008; 21(4): 210-214. 7. Prochapski AP et al. J Periodontol 2010; 81(5): 1107-1113. 8. Sultan S et al. J Clin Dent 2010; in press. Sensodyne® et le dessin des anneaux sont des marques commerciales déposées du groupe GlaxoSmithKline.



GlaxoSmithKline GlaxoSmithKline Consumer Healthcare s.a. • 13 Rue du Tilleul, B-1332 Genval • www.gskdental.be





# PROCLAMATIONS SOLENNELLES 2012

En cette fin d'année académique, nos jeunes promus ont fêté la fin de leurs études et l'obtention du diplôme tant attendu. La Société de Médecine Dentaire a - au nom de la Profession - dignement accueilli ces jeunes au sein de notre Profession.

Le Président Michel Devriese et Alain Bremhorst (administrateur) ont participé aux proclamations solennelles dans nos Universités, évoquant les nouveaux défis qui se présentent à nos jeunes, mais aussi les belles conditions de début d'exercice qui s'offrent à eux.

La Société de Médecine Dentaire ne ménage pas ses efforts pour aider au mieux les jeunes en leur début de carrière.

Nos représentants ont insisté, dans leur discours, sur la convivialité, concept cultivé au sein de la Société de Médecine Dentaire. Continuer de se former, remettre en cause ses savoirs et son "savoir être": oui, mais dans une ambiance cordiale, conviviale et confraternelle que nous rencontrons lors de nos cours, congrès, study-clubs, peer-review...

**Le prix de la Société de Médecine Dentaire a été remis aux 3 étudiants ayant obtenu les meilleures cotes cliniques :**



Madame  
Charline Barchon



Madame  
Lise Majercyk



Madame  
Caroline Moxhet



## NOS UNIVERSITÉS FACE A DE NOUVEAUX DEFIS

La proclamation fut aussi l'occasion de rendre hommage a nos professeurs et enseignants universitaires.

Ce n'est qu'après le départ de l'université que l'on se rend compte de l'apport énorme de savoir et de savoir être qu'ils transmettent.

Nos trois Universités sont toutes confrontées a un défi de taille qui s'annonce : l'augmentation brutale du nombre d'étudiants, et les difficultés que cela pose en terme d'organisation des stages précliniques et cliniques.

Les responsables universitaires prennent maintenant pleinement conscience que des mesures de planification n'ont pas d'objectifs corporatifs.

Une planification du nombre d'étudiants est garante de la qualité de la formation, tout en poursuivant des objectifs de maintien de la force de travail de la profession, au service de la population.

Nos Universités ont consenti des investissements importants pour accueillir le flot des nouvelles cohortes d'étudiants. Reste un défi de taille à relever, à savoir financer l'encadrement humain sans détrimment aux nécessaires missions de recherche de nos universitaires.

La Société de Médecine Dentaire soutient les départements de médecine dentaire face à ces défis prochains.

ULg



ULB



UCL



M. DEVRIESE  
Photos : O. CUSTERS

## ARTICLES SCIENTIFIQUES

13 La muqueuse buccale du sujet âgé

C MADRID

19 L'abrasion dentaire

J DONNAY

25 La haute technologie, oui !

E BINHAS

# LISTERINE® ZERO™

Goût moins intense,  
efficacité puissante

NOUVEAU

## LISTERINE® ZERO™ prévention efficace pour de nouveaux groupes de patients

Grâce à la formule innovante ZERO™ sans alcool au goût moins intense et à la teneur optimale en fluor, les groupes de patients qui ne pouvaient ou ne voulaient jusqu'à présent pas utiliser le bain de bouche LISTERINE® peuvent désormais profiter des avantages préventifs de LISTERINE®.



- Goût moins intense
- Sans alcool
- Teneur élevée en fluor (220 ppm)

Avantages spécifiques pour l'hygiène buccale quotidienne.

- LISTERINE® ZERO™ réduit la plaque dentaire<sup>1</sup>
- LISTERINE® ZERO™ garde les gencives saines
- LISTERINE® ZERO™ renforce les dents et protège contre les caries
- LISTERINE® ZERO™ rafraîchit l'haleine longtemps<sup>2</sup>



Développé pour les  
patients sensibles au goût

Pour toute question, veuillez contacter la ligne d'information professionnelle:  
0800 49 848 (appel gratuit, uniquement à partir d'un poste fixe)  
[www.listerine.be](http://www.listerine.be)

1. Data on file D, microbiology dossier, McNEIL-PPC, Inc.  
2. Pitts, G., et al., Mechanism of Action of an Antiseptic, Anti-odor Mouth rinse. Journal of Dental Research 62: 738-742, 1983.

**LISTERINE®**  
POUR UNE HYGIÈNE BUCCALE TOTALE



# La pathologie du grand âge et le gériatre : **La muqueuse buccale du sujet âgé**

Carlos Madrid - Marcelo Abarca - Sabina Pop - Laure Peralba - Kahina Bouferrache.  
Service de Stomatologie et de Médecine Dentaire Polyclinique Médicale Universitaire - Université de Lausanne

La muqueuse buccale du sujet âgé est sans différence notable avec celle du sujet jeune. Tout au plus les modifications du système vasculaire mettent en évidence des varices linguales sur la face ventrale de la langue. Néanmoins, il ne fait pas de doute que les évolutions liées au vieillissement, qu'elles concernent des traumatismes muqueux, des maladies de la muqueuse, le tabagisme ou la modification de la sécrétion salivaire modifient l'aspect clinique et la nature histologique même des tissus buccaux [1]. L'épithélium buccal stratifié devient plus fin, il perd de l'élasticité et s'atrophie avec l'âge [2]. Une réponse immunitaire abaissée accroît la susceptibilité aux infections et lésions traumatiques. Bien sûr l'association de maladies de systèmes et des effets secondaires de leurs traitements accroît encore le risque de troubles de la muqueuse buccale chez les sujets âgés.

## **Effets secondaires des traitements sur la muqueuse buccale :**

Les effets secondaires muqueux des médicaments dépendent du type de drogue, de sa dose et des caractéristiques propres du patient. Les plus fréquents sont les lésions érythémateuses, les lésions vésiculo-bulleuses et les ulcères. Elles peuvent aussi mimer l'apparence d'un lichen plan dans une forme plutôt érosive et donner lieu à une réaction lichénoïde. Sur le plan histologique, les réactions de la muqueuse à un médicament n'ont pas une grande spécificité : spongiose cellulaire, kératynocytes apoptotiques, infiltrat lympho-plas-

mocytaire, présence d'éosinophiles et disparition par places des assises cellulaires épithéliales et de la basale (ulcère) sont des signes communs. La muqueuse buccale peut être le seul site où se manifeste un effet secondaire pharmacologique ou intégrer une réaction cutanée généralisée.

Le tableau 1 (pg 17) liste les drogues qui donnent des atteintes muqueuses relativement fréquentes dans la cavité buccale.

## **Atteintes infectieuses de la muqueuse buccale :**

L'atteinte infectieuse de la muqueuse buccale la plus fréquente est la candidose qui constitue 25% des lésions buccales identifiées parmi 17235 adultes [3]. Les stomatites sous prothétiques (SSP) à candida représentent 68% des candidoses de l'adulte [3]. La stomatite sous prothétique est un processus inflammatoire de la muqueuse sous-jacente à un appareil dentaire. Cette définition exclut les stomatites par allergie au matériau dentaire, les brûlures par rebasages directs et autopolymérisation en bouche de la résine [4]. Sur le plan clinique, c'est une lésion asymptomatique, affectant le palais dur, et parfois associée avec une cheilite angulaire ou commissurale et/ou une glossite rhomboïde médiane [5]. La stomatite sous prothétique est le résultat de la surinfection de la prothèse dentaire par des colonies pathogènes de candida albicans chez un sujet sensible. Bien que l'insuffisance de l'hygiène soit en cause dans le processus étiologique, des travaux récents

montrent une prévalence non significativement différente dans un groupe à hygiène faible par rapport à un groupe à hygiène satisfaisante [6]. Les facteurs favorisant le développement des autres formes de candidoses buccales (immuno-suppression, radiothérapie, hyposialie, antibiothérapie) sont des co-facteurs aggravants de la SSP [7-8].

Le traitement topique ou systémique de la candidose buccale sera inefficace sans la désinfection de la prothèse qui peut comporter son brossage énergique et son trempage transitoire dans une solution antiseptique mais doit surtout comporter un séchage soigneux et un stockage nocturne hors de la bouche dans un milieu propre et absolument sec.

### **Lésions muqueuses non infectieuses**

D'autres affections muqueuses du sujet âgé sont les lésions vésiculo-bulleuses (pemphigoïde bulleuse, pemphigoïde des membranes muqueuses et pemphigus qui se manifestent principalement à cet âge), les lésions ulcéraives, les manifestations lichenoïdes et quelques infections de la cavité buccale. Les lésions toxidermiques sous forme de lésions ulcéreuses ou d'hyperkératoses doivent rester à l'esprit face à un patient polymédiqué chez lequel une molécule vient d'être nouvellement introduite dans le traitement systémique. Une rotation des médicaments organisée en relation avec le stomatologue peut souvent permettre un retour rapide à la normale même face à des lésions importantes [9-10].

En Suisse, 7.1% des cancers sont situés dans la cavité buccale, le pharynx ou le larynx [11]. La mortalité par cancer oral est de 5.1 pour 100'000 chez les hommes en 2000 et de 1.03 chez les femmes soit plus du double de ce qu'elle est pour les hommes et 20% supérieure à celle des femmes en Suède [12].

Une étude américaine récente des cancers de la cavité buccale entre 1973 et 2003 [13], montre que sur les 30 000 cancers de la cavité buccale mis en évidence au cours de l'année 2003, les trois quarts (21 455) étaient détectables par un examen de la cavité buccale de routine. Il ressort de ces données que l'examen régulier de la cavité buccale des patients âgés à la recherche des signes d'un carcinome épidermoïde est indispensable.

A cet égard, toute ulcération buccale chronique ou apparue de novo sous une selle prothétique et qui ne cède pas aux retouches de la prothèse dentaire voire à sa suppression temporaire doit être biopsiée.

De même les lésions érythroplasiques surinfectées par candida albicans doivent donner lieu à un examen histologique. La dégénérescence de lichens plans buccaux connus et quiescents intervient dans la même période de la vie. Le risque de transformation maligne varie entre 0.4 et 5% sur des périodes d'observation de 0.5 à 20 années [14].

Il paraît indépendant du type clinique du lichen et des traitements effectués. L'apparition au sein d'un lichen plan réticulaire inactif de plages érosives, d'une hyperkératose verruciforme et/ou de véritables ulcères peut signer la transformation maligne du lichen et doit donner lieu à un examen pathologique.

### **Déficit salivaire et troubles associés du sujet âgé :**

La xérostomie est une plainte majeure du sujet âgé. Même lorsqu'il demande un soutien médical, il obtient rarement une prise en charge efficace [15]. La xérostomie est un problème clinique : pas moins de 25 à 30 % de la population de plus de 65 ans s'en plaint. Il s'agit d'une plainte subjective par définition qui dans un tiers des cas ne reflète pas un état de sécheresse buccale vraie.

La xérostomie vue comme une altération physiologique liée à l'âge est remise en cause. Ainsi chez les sujets âgés en bonne santé, Vissink [16] n'observe qu'une discrète diminution de la sécrétion de la salive stimulée. Tandis que Ship [17] estime que la sécrétion salivaire reste remarquablement intacte chez les sujets âgés sans thérapeutique pharmacologique.

Le tableau 2 (pg 17) résume les médicaments à risque de xérostomie. Nagler et Hershkovitch [18] postulent que la sécrétion salivaire totale est bien altérée significativement par les effets du vieillissement. Toutefois, en l'absence de prise médicamenteuse affectant la sécrétion salivaire, des phénomènes compensatoires évitent les manifestations subjectives de la xérostomie. La prise médicamenteuse en revanche rompt cet équilibre en effaçant les mécanismes de compensation. C'est l'ensemble de la fonction salivaire, flux et composition, qui est affectée par l'âge ce qui est d'une importance critique dans la prise en charge de la sécheresse buccale [18].

Plusieurs symptômes de la sécheresse buccale sont associés avec l'heure du repas : troubles gustatifs, difficultés à manger ou avaler, surtout des aliments secs sans boisson. Les patients se plaignent de mauvaise haleine, de sensations de brûlures buccales chroniques, d'intolérance aux aliments épicés [19]. Cela altère significativement la qualité de vie du patient, et le conduit à une sélection des aliments et boissons, donc à des problèmes nutritionnels[20].

En cas de réel déficit salivaire, l'examen extra buccal est positif : lèvres sèches et fissurées, augmentation du volume des glandes salivaires principales en cas de syndrome obstructif secondaire à l'hypofonction ou syndrome de Sjögren pour les manifestations extrabuccales.

L'examen endobuccal met en évidence une langue fissuraire, collante, douloureuse et surinfectée par candida albicans ; la candidose est souvent étendue au reste de la cavité buccale avec cheillite rétrocommissurale ou angulaire, stomatite sous prothétique, et candidose pseudomembraneuse. La pseudomembrane peut être décollée à l'abaisse langue mais laisse parfois place à de véritables ulcères. Le plancher de bouche doit être examiné avec palpation simultanée de la glande submandibulaire à droite et à gauche pour vérifier la miction salivaire. Enfin, les caries récidivant sur des obturations existantes sont des signes dentaires souvent associés à la sécheresse buccale. En cas d'hypofonction durable, le système salivaire ne maintient plus le pH buccal. Cela conduit à la colonisation par des micro-organismes associés à la carie dentaire et à la déminéralisation de l'émail. Les patients porteurs de prothèses ont une diminution nette de leur tenue en raison de

la diminution quantitative de la salive et de la modification de ses propriétés de tension de surface. Cette instabilité prothétique conduit à des lésions traumatiques de la muqueuse par absence de lubrification par les protéines salivaires. Assez vite, la phonation et la mastication-déglutition sont si perturbées que le patient peut voir sa vie sociale altérée.

La prise en charge de la sécheresse buccale repose d'abord sur le rétablissement de l'hygiène buccale et le contrôle de la carie. Une diète pauvre en sucre, une application topique de fluor, des bains de bouche à la chlorhexidine sans excipient alcoolique luttent contre la carie. Si la sécrétion salivaire résiduelle existe, on peut la stimuler avec des gommages à mâcher sans sucre, des bonbons au xylitol, des bonbons mentholés sans sucre. Les salives artificielles et les lubrifiants de la muqueuse peuvent aider à contrôler la sécheresse nocturne lorsque la sécrétion stimulée disparaît.

La pilocarpine et la cevimeline ont toutes deux fait la preuve de leur efficacité chez des patients qui disposent d'un tissu salivaire encore actif [21-22-23-24]. La meilleure spécificité de la cevimeline (non commercialisée en Suisse) devrait la faire préférer à la pilocarpine puisqu'elle est surtout active sur les récepteurs muscariniques M1 et M3 et a peu d'affinité pour les récepteurs M2 et M4 situés sur les tissus cardiaques et pulmonaires. La prise en charge des candidoses ne sera pas décrite si ce n'est pour rappeler la nécessité de traiter la prothèse : immersion dans de la chlorhexidine à 0.12%, séchage systématique pourquoi pas au sèche cheveux. Lorsque la prothèse est trop vieille et poreuse un renouvellement de la base résine (rebasage) doit être demandé au médecin-dentiste traitant.

Plus efficace et souvent moins toxique que la prescription de sialogogues, le choix de médicaments ne diminuant pas ou diminuant peu la sécrétion salivaire du sujet âgé paraît un moyen efficace de prévention ou de rétablissement de la fonction salivaire.

### **Douleurs buccales du grand âge :**

Une étude de Cohen-Mansfield et Lipson a comparé le dépistage de la douleur dentaire par des médecins dentistes et des gériatres auprès d'une population de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs majeurs. Les médecins dentistes dépistèrent des douleurs dentaires chez 60% des patients, les gériatres seulement chez 30% [25]. Les auteurs concluent, non sans raison, que les douleurs bucco-dentaires sont souvent sous diagnostiqués et insuffisamment traités dans les homes.

La douleur est pourtant la principale plainte buccale des personnes âgées. A côté des douleurs aiguës symptomatiques qui accompagnent l'une ou l'autre des altérations de la muqueuse ou du tissu dentaire, le médecin doit garder à l'esprit que la douleur buccale peut être révélatrice d'atteintes plus insidieuses sans rapport direct avec la cavité buccale.

La névralgie trigéminal affecte électivement les territoires du V2 et du V3 et peut mimer parfaitement des douleurs dentaires même en l'absence de dents. Les douleurs vasculaires

prennent également un place importante dans la sphère orale : la maladie de Horton peut s'accompagner d'une claudication mandibulaire caractéristique ; les accidents vasculaires intracrâniens peuvent donner lieu à des douleurs orofaciales déroutantes. Des brûlures buccales peuvent accompagner les états carenciels ( Fer, vitamine B) non exceptionnels chez la personne âgée [26].

Il convient enfin d'insister sur une algie buccale chronique qui déconcerte la plupart des médecins. La stomatodynie primaire ou syndrome des brûlures buccales touche essentiellement des femmes ménopausées. Elle débute généralement au cours de la 6<sup>ème</sup> décennie de la vie. Les patientes présentent des signes de somatisation, de dépression et anxiété à des valeurs supérieures à celles des sujets indemnes. Il s'agit d'une douleur chronique intense, à type de brûlure, débutant souvent au niveau de la langue avant d'envahir toute la cavité buccale. Deux symptômes associés sont fréquemment décrits par les patientes : une sensation de bouche sèche et des troubles de la perception gustative. La totale normalité des examens clinique et complémentaires permet de différencier la stomatodynie primaire des stomatodynies secondaires.

Cette affection est probablement le résultat d'atteintes neuropathiques sensorielles des petites fibres de la muqueuse buccale. Elle devrait être discutée devant toute douleur à type de brûlure ou de paresthésies, buccale ou péri-buccale, sine materia, évoluant depuis plus de 3 mois chez une femme de 60 ans et plus [27]. Méconnue, elle donne lieu à des traitements dentaires ou médicaux intempestifs et aggravants. Son traitement repose principalement sur la prescription à doses filées d'anticonvulsivants gabaergiques.

### **Conclusions**

L'amélioration de la santé bucco-dentaire de la population conduit à une moindre perte des dents, à moins de prothèses dentaires totales et au maintien en bouche d'un nombre significatif de dents : le résultat est, paradoxalement, l'accroissement relatif de la morbidité muqueuse dans la bouche des personnes âgées. Celle-ci est fortement liée aux prises médicamenteuses. Le médecin lorsqu'il introduit une nouvelle molécule auprès d'un de ces patients âgés polymédiqués peut s'attendre à des conséquences buccales, peut les prévenir lorsqu'elles sont anticipables, devrait ne pas tarder à les identifier lorsqu'elles se manifestent.

C'est au cours du grand âge que les maladies vésiculo-bulleuses de la jonction dermo-épidermique se manifestent du fait de la détérioration du système immunitaire : les atteintes buccales isolées ne sont pas rares. Elles ne devraient pas rester méconnues. Un traitement simple, le plus souvent topique, suffit fréquemment à les contrôler.

La sécheresse buccale est un problème majeur. Elle impacte la santé générale et la qualité de vie des personnes âgées. Elle altère également leur capacité à s'alimenter, le choix de la nourriture, la parole, les interactions sociales. Sa prise en charge est complexe et va de la mise en œuvre de petits moyens à l'utilisation de drogues de plus en plus spécifiques.

La douleur est certainement la première plainte buccale des personnes âgées. A côté des douleurs d'alerte qui révèlent les atteintes muqueuses symptomatiques, le médecin doit prendre en compte le fait que la douleur buccale traduit des désordres régionaux ou systémiques. Au contraire, la stomatodynie primaire, douleur buccale sine materia, doit être identifiée à partir de l'anamnèse et de l'examen clinique si l'on veut éviter la multiplication des investigations et des traitements inutiles.

De façon surprenante, l'importance de la santé bucco-dentaire des personnes âgées est souvent sous-estimée et négligée probablement plus encore chez les sujets âgés en perte d'autonomie par altération des fonctions cognitives et qui deviennent incapables de communiquer leurs douleurs dentaires ou tout autre problème relatif à la bouche.

Ce constat difficile pose à la fois le problème d'un nombre suffisant de professionnels de la santé bucco-dentaire dans les établissements médico-sociaux mais également celui de la formation des médecins au dépistage de base des lésions bucco-dentaires, à la mise en œuvre du traitement d'urgence le mieux adapté, au recours au médecin dentiste ou au spécialiste en stomatologie si nécessaire.

---

## Bibliographie

1. De Rossi SS Slaughter YA Oral changes in older patients : a clinician guide. *Quintessence Int* 2007 38 (9): 773-780
2. Abdollahi M Radfar M A review of drug induced oral reactions *J Contemp Dent Pract* 2003 4 1:010-031
3. Papas AS, Palmer CA, Rounds MC, Russell RM. The effects of denture status on nutrition. *Spec Care Dentist*. 1998 Jan-Feb;18(1):17-25.
4. Williams DM Cruchley AT Structural aspects of aging in the oral mucosa in Squier CA Hill MW editors *The effect of aging in oral mucosa and skin* Boca Raton: CRC Press 1994: 65-74
5. Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Am Dent Assoc*. 2004 Sep;135(9):1279-86.
6. Figueiral MH, Azul A, Pinto E, Fonseca PA, Branco FM, Scully C. Denture-related stomatitis: identification of aetiological and predisposing factors - a large cohort. *J Oral Rehabil*. 2007 Jun;34(6):448-55
7. Budtz-Jørgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol*. 1981 Apr;10(2):65-80.
8. Budtz-Jørgensen E, Bertram U. Denture stomatitis. I. The etiology in relation to trauma and infection. *Acta Odontol Scand*. 1970 Mar;28(1):71-92.
9. Golecka M, Oldakowska-Jedynak U, Mierzwińska-Nastalska E, Adamczyk-Sosińska E. Candida-associated denture stomatitis in patients after immunosuppression therapy. *Transplant Proc*. 2006 Jan-Feb;38(1) : 155-6.
10. Jham BC, França EC, Oliveira RR, Santos VR, Kowalski LP, da Silva Freire AR. Candida oral colonization and infection in Brazilian patients undergoing head and neck radiotherapy: a pilot study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007 Mar;103(3):355-8.
11. Zbaren P malignancies of the mouth cavity, pharynx and larynx symptoms , diagnosis and therapy 1998 55(7): 449-52
12. La Vecchia C Lucchini F Negri E Levi F Trends in oral cancer in Europe. *Oral Oncology* 2004 40: 433-439.
13. Rodu B Cole P Oral cavity and pharynx-throat cancer in the US 1973-2003 *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;104: 653-8.
14. Scully C Carrozzo M Oral mucosal disease: lichen planus. *Brit J Oral Maxillofac Surg* 2008, 46: 15-21
15. Vaillant L, Hüttenberger B Acquired bullous diseases of the oral mucosa. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2005 Nov;106(5):287-97
16. Vissink A, Spijkervet FK, Van Nieuw Amerongen A. Aging and saliva: a review of the literature. *Spec Care Dentist*. 1996 May-Jun;16(3):95-103.
17. Ship JA, Pillemer SR, Baum BJ. Xerostomia and the geriatric patient. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Mar;50(3):535-43.
18. Nagler RM, Hershkovich O. Age-related changes in unstimulated salivary function and composition and its relations to medications and oral sensorial complaints. *Aging Clin Exp Res*. 2005 Oct;17(5):358-66.
19. Ship JA. Diagnosing, managing, and preventing salivary gland disorders. *Oral Dis*. 2002 Mar;8(2):77-89.
20. Loesche WJ, Bromberg J, Terpenning MS, Bretz WA, Dominguez BL, Grossman NS, Langmore SE. Xerostomia, xerogenic medications and food avoidances in selected geriatric groups. *J Am Geriatr Soc*. 1995 Apr;43(4):401-7.
21. Burlage FR, Roesink JM, Kampinga HH, Coppes RP, Terhaard C, Langendijk JA, van Luijk P, Stokman MA, Vissink A. Protection of salivary function by concomitant pilocarpine during radiotherapy: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008 Jan 1;70(1):14-22. Epub 2007 Sep 14.
22. Brosky ME. The role of saliva in oral health: strategies for prevention and management of xerostomia. *J Support Oncol*. 2007 May;5(5):215-25.



Stomatite aphte	Autres ulcères buccaux	Autres ulcères buccaux	Réactions lichénoïdes
azathiopurine captopril cyclosporine fluoxétine Sels d'or indinavir interférons losartan AINS olanzapine pénicillamine sertraline sulfonamides	alendronate Allopurinol alprazolam aspirine atrovastatin azathiopurine barbiturates bléomycine captopril chlorambucil chloramphenicol chlorpromazine cisplatine  clofibrate clonazépam codéine ciclosporine cytarabine disopyramide doxorubicine énalapril érythromycine	fluconazole fluoxétine ganciclovir Sels d'ors hydralazine hydroxyurée ibuprophène imipramine indométacine lamotrigine levamisole lithium melphalan  mésalamine méthimazole méthomycine naproxène nicorandil proguanil prométhazine propranolol warfarine	allopurinol IEC Sels d'arsenic Beta-bloquants bismuth chloroquine chlorpropamide fusorémide Sels d'ors hydroxychloroquine Carbonate de lithium mépacrine Amalgames de mercure  méthylidopa AINS Palladium pénicillamine phénothiazines propranolol quinidine streptomycine tétracyclines

**Tableau 1** : quelques unes des principales drogues connues pour des effets secondaires buccaux.

<b>Médicaments qui lèsent directement le parenchyme salivaire</b>	Médicaments qui lèsent directement le parenchyme salivaire
<b>Médicaments à activité anticholinergique</b>	<p>Agents anticholinergiques tels que atropine, atropiniques et hyoscine</p> <p>Les Antihypertenseurs; antagonistes alpha 1 (terazosine et prazosine) et agonistes alpha 2 (clonidine) réduisent le flux salivaire. Les Béta-bloquants (atenolol, propranolol) modifient également la composition protéique de la salive.</p> <p>Agents psychoactifs à activité anticholinergique tels que: Antidépresseurs, en particulier les tricycliques (amitriptyline, nortriptyline, clomipramine et dothiepin [dosulepine]), inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine), lithium et autres. Phénothiazines Benzodiazépines Opioides Antihistaminiques Bupropion</p>
<b>Médicaments agissant sur le système sympathique</b>	<p>Médicaments à activité sympathicomimétique (éphédrine)</p> <p>Les Antihypertenseurs; antagonistes alpha 1 (terazosine et prazosine) et agonistes alpha 2 (clonidine) réduisent le flux salivaire. Les Béta-bloquants (atenolol, propranolol) modifient également la composition protéique de la salive.</p>
<b>Médicaments qui provoquent une déplétion des fluides</b>	Diurétiques

**Tableau 2** : les médicaments qui peuvent être associés à une hyposialie.



### 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](mailto:dental_contracts@dkv.be).



# L'abrasion dentaire :

## étiologies, diagnostic, prise en charge.

Jessica Donnay : Mémoire de fin de stage UCL 2011-12

### 1. INTRODUCTION

Le XX<sup>e</sup> siècle a été marqué par des progrès majeurs en dentisterie. Alors que la fréquence des caries dentaires dans la plupart des pays développés connaît un déclin, la prévalence d'autres troubles dentaires essentiellement non carieux augmente<sup>1</sup>. Étant donné la longévité croissante des dents, les effets causés par les lésions non carieuses posent de plus en plus de défis au praticien, en termes de prévention et de restauration<sup>2</sup>. Il est donc essentiel que chaque dentiste soit formé à l'approche pluridisciplinaire et au diagnostic précoce de ces pathologies. De plus, l'usure dentaire serait le quatrième facteur de risque en ce qui concerne l'esthétique, la fonction et la longévité de la denture humaine<sup>3</sup>.

En tribologie - c'est-à-dire l'étude des relations de frottement - plusieurs types de mécanismes sont à distinguer : l'attrition est une usure à deux corps, l'abrasion une usure à deux ou trois corps et l'érosion, une usure physico-chimique<sup>3</sup>. Appliquée à la dentisterie, l'usure dentaire est définie comme la perte progressive de tissu dur (émail, dentine, et ciment)<sup>4</sup>. Ses causes sont classées, selon leurs manifestations cliniques et leurs étiologies, en quatre sous-types : l'abrasion, l'attrition, l'abfraction et l'érosion<sup>5</sup>. Ces lésions dentaires résultent soit d'un processus chimique soit d'un phénomène mécanique. Mais, il y a le plus souvent combinaison des deux. De plus, ces pertes de tissu d'origine non carieuse sont le plus souvent d'origine multifactorielle, c'est-à-dire une association d'abrasion et d'érosion, par exemple. Toutefois, il y a généralement prédominance d'une cause sur les autres. De ce fait, le

diagnostic est difficile d'autant plus que le repérage des stades débutants reste délicat.

Des lésions dentaires non carieuses ont été retrouvées dans plusieurs études anthropologiques<sup>6</sup>. Cependant, c'est en 1771 que John Hunter, un anatomo-pathologiste anglais, évoque pour la première fois la présence de ces lésions. Les premières études scientifiques sur les lésions dentaires non carieuses datent du début des années 1900 et ont été réalisées par Miller.<sup>7</sup> En effet, il est le premier à associer la présence de ces lésions avec des facteurs chimiques et mécaniques<sup>7</sup>.

Il est important, dans un premier temps, de définir et de décrire brièvement les différents types de perte de tissu dentaire, avant d'étudier de manière détaillée l'abrasion.

#### 1.1 L'attrition

Il s'agit d'une perte de tissu dentaire dur qui résulte des frottements dento-dentaires, sans intervention de substance étrangère<sup>8</sup>. Bien sûr, il existe une attrition physiologique qui est due à l'âge. Cependant, nous décrivons ici la forme pathologique dont la principale cause est le bruxisme. Mais, elle peut aussi résulter du serrement des dents.

Elle affecte les faces occlusales des dents postérieures et les bords incisifs des dents antérieures. L'attrition proximale, c'est-à-dire au niveau des contacts inter-dentaires, peut provoquer un rétrécissement de l'arcade dentaire par transformation du point de contact en surface de contact large.<sup>5</sup> Cependant,

cela reste négligeable cliniquement. L'attrition crée des facettes d'usure spécifiques d'apparence brillante, plate et à bord tranchant. De plus, le degré d'usure sur les deux arcades est semblable.<sup>9</sup> Les surfaces occlusales et incisives sont aplaties et s'emboîtent parfaitement. La présence de muscles masséters hypertrophiés peut être un autre élément de diagnostic.<sup>10</sup>



Figure 1 : Attrition dentaire

### 1.2 L'abfraction

L'abfraction est la perte de microstructure dentaire dans les zones de concentration des stress résultant des forces masticatoires. Les interférences occlusales, les contacts prématurés et les habitudes néfastes de bruxisme peuvent agir comme éléments de stress.<sup>5</sup>

On retrouve des lésions d'abfraction dans la région cervicale où les forces de flexion coronaire peuvent mener à des microfractures des prismes d'émail. Ces lésions ont une forme de croissant le long de la ligne cervicale. On peut les retrouver sur une dent ou sur un groupe de dents. En combinaison avec un agent abrasif ou un agent corrosif, ou les deux, la perte de tissu peut devenir hautement significative.<sup>5</sup>

Le terme d'abfraction a été développé par Mc Coy (1982), Lee et Eakle (1984) et Grippo (1991). Ce dernier a suggéré que l'abfraction peut exister en tant que cause unique tandis que Lee et Eakle ont proposé une étiologie multifactorielle avec une combinaison d'abrasion, d'érosion et de stress occlusal. Cependant, les études se basent majoritairement sur des analyses et recherches de laboratoire.

Celles-ci supportent la théorie selon laquelle les lésions cervicales non carieuses sont une combinaison d'attrition, d'abrasion et d'érosion. Il semble y avoir actuellement peu de preuves cliniques pour corrélérer le stress occlusal à l'usure cervicale. D'ailleurs, une étude clinique, menée par Estafan et al. en 2005, ne montre pas de relation entre les lésions cervicales et l'occlusion. Ce phénomène reste donc aujourd'hui controversé car surtout théorique. Davantage de recherches cliniques sont nécessaires pour établir la réalité de l'abfraction.<sup>11</sup>



Figure 2 : Abfraction

### 1.3 L'érosion

L'érosion est la dissolution des tissus dentaires durs par des acides sans implication de micro-organismes.



Elle peut être causée par des facteurs intrinsèques, comme dans le cas des troubles gastro-intestinaux, et des facteurs extrinsèques qui incluent par exemple la consommation de boissons acides.<sup>2</sup>

Les lésions érosives sont lisses, brillantes et larges mais avec une bordure d'émail intacte. Elles sont localisées, le plus souvent, sur les faces occlusales, sous formes de cuspidés arrondies ou de concavités dans les stades plus avancés, et sur les faces palatines des incisives supérieures<sup>9</sup>



Figure 3 : Erosion palatine

### 1.4 L'abrasion

L'origine latine du mot abrasion est 'abrasio' qui vient du verbe 'abradere'. Ce dernier signifie 'enlever en râclant'. Il s'agit donc d'un phénomène mécanique. En effet, l'abrasion résulte du frottement de deux surfaces, ou plus, en contact l'une avec l'autre et animées d'un mouvement relatif. Ce frottement provoque la disparition irréversible de l'émail avec une mise à nu de la dentine et donc l'apparition d'une sensibilité dentinaire au chaud et au froid. Cependant, lorsque l'usure est progressive et lente, elle est considérée comme un processus normal et non pathologique.<sup>5</sup>



Il est important de noter que l'opinion actuelle plaide en faveur d'une étiologie mixte c'est-à-dire d'une attaque chimique qui favorise l'élimination mécanique de l'émail fragilisé par les acides<sup>12</sup>. En effet, ce processus est inévitablement combiné à de l'attrition et/ou à de l'érosion. De plus, les acides renforcent les effets de l'attrition et de l'abrasion, et inversement. Il s'agit donc d'une triade érosion, abrasion, attrition.



Figure 4 : Abrasion

Nous allons maintenant développer les différentes étiologies de la pathologie. Ensuite, nous traiterons du diagnostic. Et finalement, nous exposerons la prise en charge avant de conclure.

## 2. ETIOLOGIES

L'abrasion dentaire est l'usure pathologique des composantes de la surface de la dent par le biais d'un processus mécanique anormal<sup>13</sup>. Il en existe trois sortes : celle due à la mastication, qui n'est pas pathologique, celle provoquée par un agent exogène et, la plus fréquente, celle causée par des habitudes nocives dans l'hygiène dentaire. Tout d'abord, l'abrasion masticatrice est causée par le frottement du bol alimentaire, véhiculé par la langue, les lèvres et les joues, sur les surfaces dentaires. Il s'agit donc d'un phénomène 'normal', présent chez tous les patients. Ensuite, le second type trouve son origine dans l'introduction en bouche, de manière répétée, d'un objet dur tel un stylo, un instrument de musique, une aiguille, une pipe, un clou etc. En effet, on retrouve, par exemple, chez les fumeurs de pipe des lésions occlusales et vestibulaires qui résultent du frottement de l'embout de la pipe sur l'émail. Finalement, et il s'agit de la principale étiologie contemporaine, le dernier type, quant à lui, est causé par un brossage trop agressif, trop fréquent, l'utilisation d'un dentifrice abrasif, d'une brosse à dent à poils durs ou encore un brossage appuyé et à prédominance horizontale.<sup>5</sup>

On retrouve, en fonction de l'étiologie, une abrasion des surfaces proximales chez un patient utilisant, par exemple, trop souvent les cure-dents ou brossettes inter-dentaires, ou une abrasion des surfaces vestibulaires chez les patients au brossage traumatique. Les lésions cervicales sont le plus souvent en forme de coin avec des bords anguleux et ont une surface lisse et/ou rayée. Elles sont situées sur les surfaces vestibulaires des canines, des prémolaires et des molaires ; la position et l'anatomie proéminentes de la première prémolaire et de la canine les prédisposent à l'abrasion. De plus, l'abrasion affecte les dents par groupe de manière souvent unilatérale et est associée à des récessions parodontales.

Il existe de nombreuses techniques de brossage. La meilleure technique de brossage pourrait être celle qui permettrait d'éliminer un maximum de plaque dentaire en un minimum de temps et ce en ne causant pas de lésion tissulaire. La plus utilisée par les patients est celle où la tête de la brosse est positionnée perpendiculairement à la surface de la dent et où le patient effectue des mouvements horizontaux avec le manche. Cependant, une des techniques les plus conseillées est celle de Bass. Elle consiste à placer les poils de la brosse à 45 degrés par rapport aux dents afin que ceux-ci recouvrent la gencive marginale et la partie cervicale de la dent et pénètrent dans le sulcus d'environ 0,5 mm.<sup>14</sup>

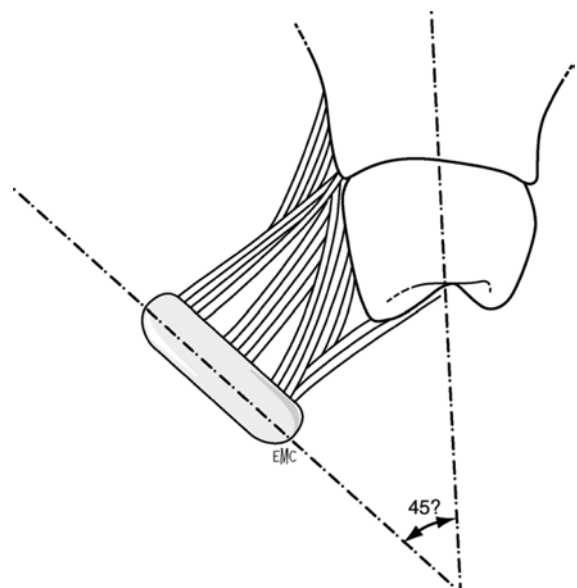


Figure 3 : Erosion palatine

D'après les nombreuses études menées sur le sujet, il apparaît difficile de recommander, de manière certaine, une technique plus qu'une autre. Néanmoins, le brossage horizontal semble être le plus nocif pour les tissus.<sup>14</sup>

En ce qui concerne les dentifrices, à partir des années 1990, leur contenu en agents abrasifs a augmenté afin d'obtenir un

nettoyage des dents par abrasion des surfaces, mais aussi en raison de la volonté des patients d'avoir les dents blanches<sup>15</sup>. En effet, les pâtes des dentifrices contiennent des particules abrasives qui éliminent les taches et autres résidus superficiels de la dent. Celles-ci se composent de silice, de carbonate de calcium, de bicarbonate de soude ou encore d'alumine<sup>14</sup>.

### 3. DIAGNOSTIC

En cas de lésions d'usure dentaire, la pose d'un diagnostic valable n'est pas aisée. En effet, il y a souvent combinaison des différents types d'usure. C'est pourquoi lorsqu'une usure dentaire est dépistée, il s'agit tout d'abord, de diagnostiquer correctement le type de lésion :

- Abrasion : lésions cervicales,...
- Erosion : usure palatine sur les incisives supérieures, scarification occlusale et incisive, changement vestibulaire des incisives supérieures, érosion de la dent autour d'une restauration existante,...
- Attrition : emboîtement précis des dents supérieures et inférieures, hypertrophie des muscles masséters,...
- Combinaison des lésions précédentes (type le plus courant).<sup>9</sup>

Les lésions d'abrasion, sous forme de lacunes en coin ou en encoche, se situent sur les faces vestibulaires au niveau du collet des dents. Leur aspect peut être lisse, strié ou les deux. Cliniquement ces lésions sont très semblables à celles de l'abfraction.<sup>14</sup>

Ensuite, afin de mettre en évidence les étiologies, il est aussi nécessaire de vérifier les habitudes du patient, de réaliser une anamnèse complète dans le but d'émettre des hypothèses sur la cause principale ou la présence de facteurs combinés. Une fois l'abrasion diagnostiquée et les étiologies détectées, il est primordial de traiter les éventuelles pathologies sous-jacentes. En effet, ces lacunes tissulaires peuvent engendrer des sensibilités dentaires, un développement de carie par

accumulation de plaque bactérienne et même un risque de fracture<sup>14</sup>. Cependant, c'est au dentiste de décider de la nécessité ou non de traiter ces lésions. En effet, le traitement peut s'aborder soit d'une manière préventive soit d'une manière thérapeutique, en fonction de l'avancée des lésions.

Il est clair que si l'abrasion se limite à l'émail, nous nous limiterons à la prévention et au suivi régulier du patient. Chez les patients présentant une abrasion légère, l'application sur la dentine exposée d'un adhésif dentinaire permettrait de réduire les sensibilités et de ralentir le processus. Néanmoins, il ne faut pas oublier que l'effet de protection est limité dans le temps étant donné que la couche sera abrasée à moyen terme. Cette méthode n'est donc pas efficace à long terme. En résumé, les restaurations ne sont envisagées que lorsque le degré d'abrasion est sévère. Cependant, lorsque les lésions impliquent la dénudation de la dentine et/ou l'apparition d'hypersensibilité et/ou un préjudice esthétique, il faut recourir à une thérapeutique plus compliquée.

En dentisterie, la tendance actuelle favorise l'approche la moins invasive possible afin de préserver au maximum la structure naturelle de la dent. C'est pourquoi, les lésions débutantes peuvent être corrigées par la pose de résines fluides. Et dans les cas simples, les obturations en résine composite par collage direct seront suffisantes afin de restaurer l'anatomie. En cas de destructions étendues, il sera nécessaire de prévoir la réalisation d'inlays/onlays, de facettes en céramique ou en composite, de couronnes,...

### 4. PRISE EN CHARGE

L'éducation du patient est très importante car la plupart de ceux-ci n'ont pas conscience que leurs comportements peuvent nuire à leurs dents<sup>2</sup>. Il est donc nécessaire pour les professionnels d'informer les patients sur les risques et les causes de l'abrasion dentaire.

Les patients souffrant d'abrasion ne s'en rendent compte que lorsque la maladie a déjà atteint un stade avancé, ou même parfois ne remarquent rien. C'est pourquoi, la détection clinique, dès les premiers stades du développement, par les dentistes est primordiale.<sup>2</sup> Pour ce faire, tous les patients doivent être considérés comme susceptibles de développer

la pathologie et les examens doivent comprendre une recherche systématique des signes cliniques.<sup>9</sup>

La prise en charge du patient souffrant d'abrasion est multifactorielle. En effet, il s'agit, dans un premier temps, d'empêcher le développement ou l'aggravation de la maladie et, dans un second temps, de traiter et soulager ses symptômes. La seule façon d'arrêter sa progression est de contrôler son étiologie primaire.

Actuellement, l'utilisation quotidienne d'une brosse à dents électrique ainsi que l'utilisation d'un dentifrice peu abrasif (type Proglasur®) permet de réduire le phénomène d'abra-

sion. En effet, grâce à la rotation de la tête de la brosse à dents électrique, les effets néfastes d'un brossage strictement horizontal sont moindres. De plus, de nos jours, certaines

brosses à dents électriques s'arrêtent de fonctionner lorsque la force appliquée dépasse une certaine limite, ou d'autres encore ont un témoin lumineux.

## 5. CONCLUSION

Ce mémoire s'appuie sur la littérature scientifique contemporaine concernant l'abrasion dentaire et a été élaboré dans une perspective de rassembler les principales connaissances actuelles sur le sujet. Après consultation de la littérature, nous pouvons conclure que notre mode de vie, l'allongement de la durée de vie et notre souci de l'esthétique, de la beauté et de la blancheur des dents favorisent le développement et la progression de cette maladie. Cette pathologie est une préoccupation quotidienne du praticien. C'est pourquoi, ce dernier doit être capable d'effectuer un diagnostic rigoureux et précoce de l'abrasion, de déterminer les causes et aussi de proposer, à chaque patient, une thérapeutique appropriée.

De nouvelles recherches scientifiques mais aussi des études épidémiologiques doivent être effectuées. En effet, il persiste encore des points d'ombre.

Par l'évolution de notre société et les changements d'habitudes alimentaires et d'hygiène que cela implique, les pertes de tissus dentaires d'étiologie non carieuse sont des affections auxquelles les patients sont de plus en plus confrontés. En parallèle, on en parle, que ce soit dans la presse, à la télévision ou dans les publicités : aujourd'hui, il s'agit d'un véritable phénomène de société. D'où l'importance de l'information transmise par le dentiste. En effet, il est nécessaire qu'il prenne le temps d'informer les patients sur les techniques de brossage, les risques d'un brossage trop agressif, ... Car n'oublions pas que la prévention auprès des patients ne souffrant pas de ces troubles est la meilleure prise en charge possible. En outre, peut-être qu'un examen de dépistage des lésions d'origine non carieuse devrait être instauré lors de la consultation annuelle ainsi qu'une instruction au brossage dès le plus jeune âge.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

- 1) MAGALHAES A., RIOS D., HONORIO H., DELBEM A., BUZALAF M. Effect of 4% titanium tetrafluoride solution on the erosion of permanent and deciduous human enamel: an in situ/ex vivo study. *J Appl Oral Sci* 2009; 17: 56-60.
- 2) ZERO D., LUSSI A. Erosion-facteurs chimiques et biologiques importants pour le praticien dentaire. *IDJ* 2005 ; 55 : 285-90.
- 3) ADDY C. Brossage des dents, usure dentaire et hyperesthésie dentaire existe-t-il un lien ? *Int Dent J* 2005 ; 55 : 261-7.
- 4) MAGALHAES A., WIEGAND A., RIOS D., HONORIO H., BUZALAF M. Insights into preventive measures for dental erosion. *J Appl Oral Sci* 2009 ; 17: 75-86.
- 5) GRIPPO J., SIMRING M., SCHREINER S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: a new perspective on tooth surface lesions. *JADA* 2004 ; 135: 1109-18.
- 6) BRABANT H. La denture humaine au paléolithique supérieur en Europe. *L'homme de Cro-magnon* 1970 : 99-119.
- 7) JOLY FREDERIQUE. Etude in vitro de l'influence du brossage horizontal sur la formation des lésions cervicales non carieuses. 2007 : 1-18.
- 8) IMFELD T. Dental erosion. Definition, classification and links. *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 151-5.
- 9) SPEAR F. A patient with severe wear on the anterior teeth and minimal wear on the posterior teeth. *JADA* 2008; 139: 1399-403.
- 10) BARTLETT D. Le rôle de l'érosion dans l'usure dentaire : étiologie, prévention et gestion. *Int Dent J* 2005 ; 55 : 277-84.
- 11) BARTLETT D., SHAH P. A critical review of non-carious

- cervical lesions and the role of abfraction, erosion, and abrasion. *J Dent Res* 2006; 85: 306-12.
- 12) VREVEN J., VERMEERSCH G., Mainguet P. Lésions dentaires associées aux acides d'origine exogène et endogène. *Actaend* 2008 ; 38: 263-81.
- 13) SHAFER et al. *Textbook of oral pathology*. 1983.
- 14) JAGER L. Les lésions cervicales d'usure : du diagnostic au traitement. Nancy 2011.
- 15) MCDONALD E. N. A., Maggio B., Sufi F., Mason S., Addy M., West N. Clinical study investigation abrasive effects of three toothpastes and water in an in situ model. *J Dent* 2008.
- 16) DEERY C., WAGNER ML. The prevalence of dental erosion in a united states and a United Kingdom sample of adolescents. *Pediatric Dent* 2000; 22: 505-10.

# 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 (1-5)

Diminue l'indice de plaque (6-7)

Réduit l'inflammation gingivale (6)

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 • Lévométhol • 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 infectieuses 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.





Dr Edmond Binhas : Chirurgien-dentiste  
Fondateur du Groupe Edmond BINHAS - [www.binhas.com](http://www.binhas.com)

# LA HAUTE TECHNOLOGIE, OUI ! MAIS PAS AU DÉTRIMENT DE LA RELATION PATIENT

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

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

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

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

- L'ordinateur du cabinet qui se branche directement sur l'Unit ;
- L'appareil photo numérique qui est connecté lui aussi à l'Unit ;
- La caméra endo-buccale miniaturisée, branchée directement sur le miroir ;
- L'unité de radiologie digitale sans fil ;
- La sonde gérée par ordinateur qui se branche sur n'importe quelle autre prise et enregistre les messages vocaux ;
- Etc.

Ainsi, grâce à toutes ces avancées et perspectives, nous assistons à l'avènement de trois profils de praticiens :

- 1- Les technophiles : ce sont des praticiens qui sont uniquement dans le plaisir face à l'investissement d'une nouvelle technologie. Ils passent d'une technologie à l'autre sans réellement les intégrer.
- 2- Les techno maniaques : ce sont des praticiens où l'achat d'une nouvelle technologie est compulsif et représente une fuite en avant. Ils se rassurent à travers la technologie.
- 3- Les techno rigides : Ces praticiens voient dans la technologie la solution à tous les problèmes. La technologie règne en maître et est toute puissante. Il s'agit d'un réel danger car il n'y a plus aucun effort relationnel, d'écoute ou d'empathie vis-à-vis des patients.

Dans chacun de ces profils il existe une relation de dépendance vis-à-vis d'une technologie qui a de nombreuses applications mais qui souvent néglige le fait qu'il y a un être humain allongé sur le fauteuil.

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

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

Alors comment faire ? Je vous invite à remettre au goût du jour une vieille habitude que nos confrères utilisaient dans les années 50 – 70. Il s'agit de noter sur le dossier du patient, non seulement les informations cliniques mais également des informations relationnelles le concernant. Dans le cadre d'un

cabinet orienté « service patient », nous en recommandons l'usage de façon plus rationnelle et plus systématique. Il n'est pas question, bien entendu, de connaître en détail la vie privée de nos patients. Il s'agit simplement de consigner un certain nombre d'informations très générales afin de s'en souvenir au cours des prochaines visites. Des sujets tels que la famille, les enfants, les loisirs, le travail, etc. mènent tous à d'excellentes conversations et créent une relation forte. Il s'agit d'un outil précieux pour que nos relations avec nos patients soient optimales.

Fiche d'information relationnelle (Exemple) :

NOM :

Epouse :

Enfants :

Âges :

Loisirs :

Profession :

Voyages :

Événements récents ou à venir :

Restaurants favoris :

Autres :

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

Les patients jugent, avant tout, les soins par le niveau de service, la communication et l'efficacité relationnelle. Les cabinets avec un volume important de patients doivent maîtriser la capacité à développer rapidement des relations avec leurs patients, nouveaux ou existants.

L'objectif est ici d'éviter les images en général engendrées par la notion de volume telle que « cabinet usine » ou « cabinet hall de gare ». Cette fiche d'information amènera votre cabinet vers de nouveaux horizons. Il est facile de l'utiliser si vous posez les questions adéquates et ainsi vous en apprendrez plus sur la personne à qui vous parlez. Cela vous amènera aussi à de meilleures relations avec vos patients qui apprécient toujours qu'on les comprenne et cela sera de nature à augmenter le capital confiance qu'ils auront vis-à-vis de votre équipe.

Même si nous vivons dans une ère de haute technologie, nous sommes à l'ère de la communication. Nous devons donc aussi chercher à améliorer nos relations personnelles. Prêtez une attention toute particulière à vos patients en les considérant comme des individus et non pas comme un ensemble de dents ou simplement comme des sources de revenus. Plus nous en savons sur chaque personne, plus le cabinet sera agréable à vivre pour nous et nos patients.

Investir dans de nouvelles technologies peut sans conteste améliorer la qualité des soins, augmenter votre efficacité, réduire vos dépenses ou permettre encore à votre cabinet de se développer. Gardez cependant à l'esprit que quelque soit le niveau de technologie de votre cabinet, la technologie ne remplacera jamais l'insuffisance relationnelle.



PEOPLE HAVE PRIORITY



## Le joyau de la stérilisation

W&H invente le cycle »sur mesure«

Doté de cycles »Type B« entièrement automatiques, Lisa adapte la durée du cycle selon le poids de la charge et raccourcit le séchage grâce à la fonction brevetée ECO-Dry. En adaptant la durée des cycles en fonction de la charge, Lisa réduit l'exposition des instruments à la chaleur, ce qui augmente leur durée de vie. A quoi s'ajoutent gain de temps et d'énergie, c'est la solution Lisa pour des économies en matière de stérilisation.

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

**lisa**  
fully automatic

all for **one**  
**one** for all



wave•one™

- Un seul instrument NiTi par canal dans la plupart des cas
- Jusqu'à 40% du temps en moins pour la mise en forme
- Technologie de mouvement réciproque, pour un respect de l'anatomie canalaire
- Généralisation de l'usage unique comme nouveau standard de soins

WRIGLEY'S  
**Freedent**

PARTENAIRE DE LA SMD  
DEPUIS 15 ANS



VERBODEN VOOR ENKELE VERBODEN  
SOCIETE DE  
MEDECINE  
DENTAIRE

# POUR DES DENTS PROPRES ET SAINES, APRÈS CHAQUE REPAS\*



UN  
REPAS

UN  
CAFÉ

UN



[www.freedent.be](http://www.freedent.be)

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

## FORMATION CONTINUE

### 31 Gestion du cabinet

Dr E BINHAS, - Dr R ZEITOUN

### 32 Dentex : Aromathérapie, Hypnose

J LHOIR - K KAISER

### 33 Endodontie

Dr W PERTOT - Dr S SIMON

### 35 Peer-review

### 37 Photographie

D DEBECKER

### 38 Bien-être au travail

Dr P MESTERS - F AZDIHMED

### 39 Réanimation

F HEIM - P RAUCY

### 40 Ergonomie

F PAPAZIAN

### 41 Esthétique

Dr J SABBAGH

# Cours de prothèse sur implants

MON PREMIER PLAN DE TRAITEMENT EN IMPLANTOLOGIE DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

L'implantologie est devenue une discipline incontournable dans nos plans de traitement. Bien souvent, les patients de mieux en mieux informés sont eux-mêmes demandeurs de solutions implantaires et ce d'autant plus depuis le remboursement (sous conditions) par la mutuelle de 2 implants à la mandibule.

Si nous avons déjà presque tous quelques notions des possibilités implantaires, encore faut-il pouvoir les appliquer à vos patients et franchir le cap de ses premiers cas avec succès.

VOUS CHERCHEZ UN COURS DE PROTHÈSE PLUS AVANCÉ ?  
BLOQUEZ DÈS À PRÉSENT LA DATE DU **8 NOVEMBRE 2012!**  
pour de plus amples renseignements, n'hésitez pas à nous contacter.

**Votre orateur:** Monsieur Michaël Gabai

DU d'implantologie et de biomatériaux + DU de génie mécanique en implantologie, pratique privée exclusive d'implantologie et de parodontologie.

## Inscriptions

Vous pouvez réserver par téléphone au numéro 02/467 41 90, ou e-mail [marketing.belgium@nobelbiocare.com](mailto:marketing.belgium@nobelbiocare.com). Après réception de votre réservation, nous vous enverrons une confirmation ainsi qu'un plan d'accès.

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



DATE	LIEU	ORATEUR	PARTICIPANTS	PRIX
06.12.2012, 14h-18h	Nobel Biocare Groot-Bijgaarden	Michaël Gabai	max. 12	€ 25 htva



# 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<sup>ème</sup> 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 numéro : 23816 - 10 UA dom 1  
23817 - 10 UA dom 2  
23818 - 20 UA dom 2 - Formation continue 6 hrs.

Inscription en encart et sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)



# DENTEX

Samedi 20 octobre de 9h00 à 13h00

## 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](http://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

### Michel BIERNAUX

- Licencié en sciences chimiques – UCL 1973
- Agrément expert en physique médicale en médecine nucléaire et en radiologie
- AFCN expert-inspecteur dans le service Protection de la santé

## 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 **analgésie** 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 !

## LES RAYONS X EN ART DENTAIRE : MISE EN PERSPECTIVE

- aperçu des chiffres de doses typiques en art dentaire, par type d'application

- variations observées, la nécessité d'optimiser et le rôle du radiophysicien

- quelques exemples d'optimisation

- le lien entre doses et risques



Accréditation numéro : 23821 - 10 UA dom 1  
23822 - 10 UA dom 1 - Formation continue 3 hrs 30.

Inscription en encart et sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)



## Endodontie

Samedi 24 novembre 2012  
de 9h00 à 17h30



# 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 foudroirs 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.

## 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'ADT 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

## 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

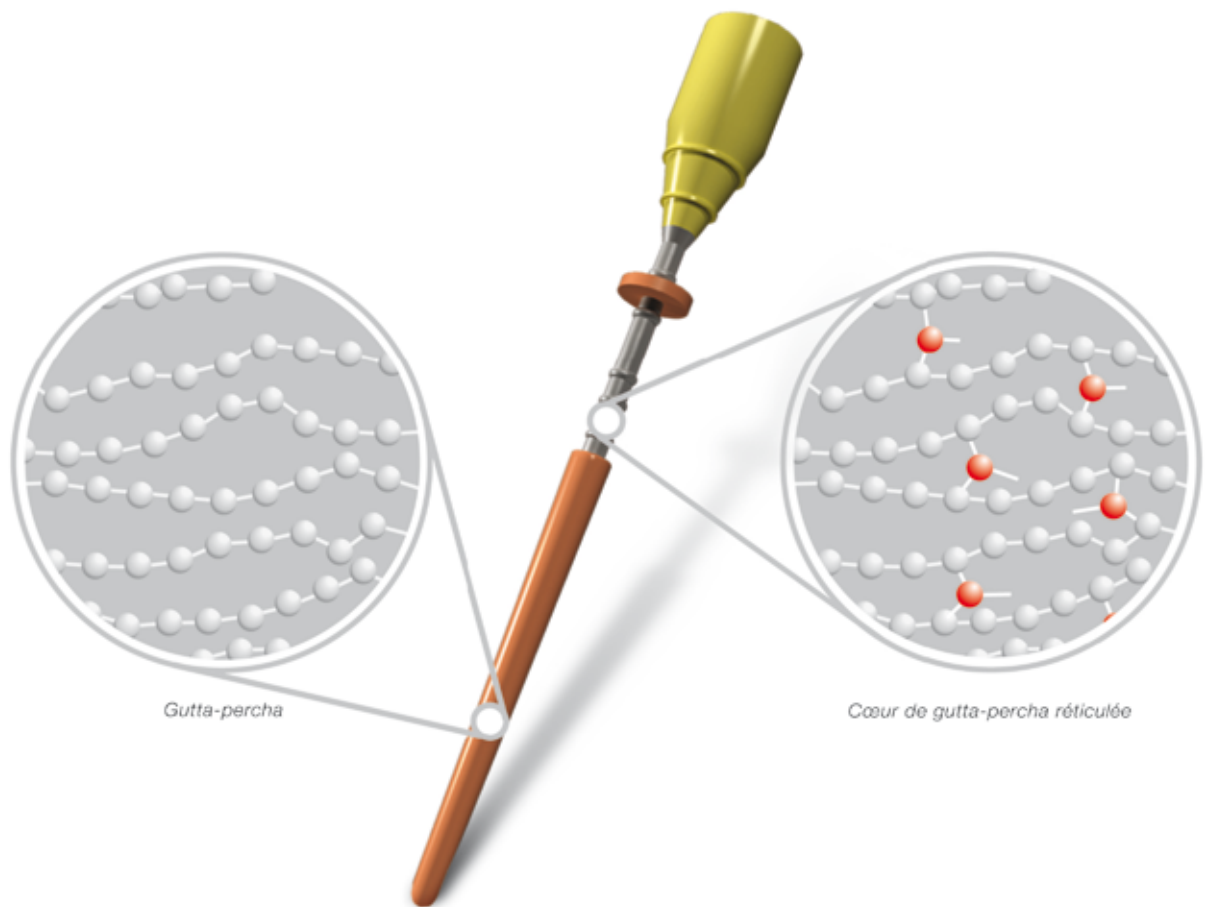
BRUSSELS

Accréditation numéro : 23820 - 40 UA dom 4 - Formation continue 6 hrs.

Inscription en encart et sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

# gutta•core™

obturateur à cœur de gutta-percha réticulée



- remplissage en 3D de qualité supérieure
  - retraitement facile
- désobturation pour logement de tenon simplifiée

# Peer-review

Samedi 6 octobre 2012

De 9h00 à 12h15



Inscription en encart et sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)



# Venez découvrir les nouveautés ACTEON

Dentex - stand n° 809

**NOUVEAU**

**MTA\***  
CAPS

Ciment endodontique  
permanent



**airNGO**

Le premier aéropolisseur  
à double fonction



**NOUVEAU**

**SOPROCARE**  
LA RÉVÉLATION

Bien plus qu'une caméra intra-orale, la **SOPROCARE** révèle grâce à l'autofluorescence et l'amplification chromatique la plaque dentaire, les inflammations gingivales et les caries.



SATELEC  
**ACTEON**

## Photographie

Mieux communiquer  
avec son patient et  
avec son labo

Plusieurs fois dans l'année  
de 20h00 à 22h00

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 Adolfi, Ch Coachman)
- Mentor NobelRondo™
- Passionné par la photographie

# Photographie

**Jeudi 20 septembre 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 élevé 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 [brigitte@dentiste.be](mailto:brigitte@dentiste.be) ou par téléphone au 02 375 81 75



## Workshop

**12 places**



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

**Inscription en encart et sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)**



# Bien-être au travail

## Comment prévenir stress, épuisement et/ou burnout ?

Vendredi 21 septembre de 9h00 à 17h00

### Dr Patrick MESTERS

- Fondateur de l'Institut Européen de Recherche et d'Intervention sur le Burn Out
- Expérience de 14 ans, en tant que cadre dans l'industrie pharmaceutique (Recherche & Développement)
- Co-auteur de "Le Burnout" Marabout, 1964

### Mme Fatima AZDIHMED

- Coach professionnel certifié par la Fédération Internationale de Coaching et membre de la Fédération Nationale des Coachs de l'ONORAF (Organisme National des Coachs radioactifs et matières fissiles enrichies Bruxelles)
- Formatrice dans le domaine médical, paramédical, dans le monde de l'entreprise, des institutions péennnes
- Formée au coaching par le National Mozaik, Paris, à la programmation neurolinguistique, à l'approche systémique des organisations, à la méthode brève et à l'analyse transactionnelle

Lors de cette journée, vous découvrirez ce qu'est le stress et comment il peut nous mener jusqu'au Burn out : symptômes, risques, diagnostic différentiel, conséquences.

Vous aurez l'occasion de réévaluer l'équilibre entre votre vie professionnelle et votre vie privée et de comprendre combien votre perception de la réalité et ses conséquences peuvent influencer la nature du stress.

Vous aurez l'occasion d'identifier, de confirmer vos priorités et d'élaborer tant professionnels que personnels qui vous permettent de prévenir, voire combattre, l'épuisement.

Finaliser votre projet, vous projeter dans l'avenir et conclure par un plan d'action personnalisé tout respectant vos priorités et vos valeurs de vie.

### Objectifs de l'atelier-séminaire

Identifier les facteurs et circonstances des professionnels qui peuvent fragiliser les personnes dans l'exercice de leur métier.

Reconnaître et anticiper les situations à risques.

Découvrir les leviers d'actions utiles dans le cadre de la prévention.

Définir les actions à mener en cas de situation de stress aigu.

### Méthode

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

Des apports théoriques sont couplés à des exercices en sous – groupes. La pédagogie est participative et impliquante : elle permet d'intégrer le changement recherché.

Le partage de réflexions et d'expériences vécues lors des débriefings et des feedbacks sont animés par un formateur-coach.



Accréditation demandée : 40 UA dom 2 Formation continue 6 hrs.  
Inscription en encart et sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## Réanimation

Vendredi 27 septembre 2012  
de 9h00 à 16h00



# Réanimation

Vendredi 27 septembre de 9h00 à 16h00

Frédérique HEIM - Pierre RAUCY

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 pratique 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 automatisé.

Ce Workshop est délivré par des formateurs de la Croix-Rouge de Belgique et donne accès à un certificat de secouriste en réanimation cardio-pulmonaire et défibrillation.

### Frédérique HEIM

- Licenciée en kinésithérapie ULB
- Formatrice de secourisme en milieu professionnel

### Pierre RAUCY

- Licencié en sciences de la santé publique
- Formateur en secourisme
- Formateur en BLS/AED

# COMPLET

CROIX-ROUGE  
de Belgique



# WS

Workshop

24 places

Un certificat de secouriste en réanimation cardio-pulmonaire et défibrillation vous sera délivré après la formation.



Accréditation demandée : 30 UA dom 1 Formation continue 5 hrs.

Inscription en encart et sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## Ergonomie

Plusieurs fois dans l'année  
de 9h00 à 12h30  
Jeudi 11 octobre

Mme Fabienne PAPAZIAN  
Ostéopathe D.O.



### Fabienne PAPAZIAN

- Kinésithérapeute  
- Ostéopathe D.O.

# Ergonomie

**ATTENTION** changement de date  
Jeudi 11 octobre 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



Accréditation numéro : 24203 : 20 UA dom 2 - Formation continue 3 hrs.  
**Inscription en encart et sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)**



## Esthétique inlays, onlays, facettes

Samedi 1<sup>er</sup> décembre  
de 9:00 à 17:00

Dr Joseph SABBAGH



### Dr Joseph SABBAGH

- Docteur en chirurgie Dentaire
- CES en Odontologie Conservatrice et Endodontie (université Paris-VII)
- DES en traitements conservateurs
- Docteur en Sciences Odontologiques UCL.

# Esthétique inlays, onlays, facettes

Samedi 1<sup>er</sup> décembre de 9h00 à 17h30

## Facettes et Inlay-Onlays en pratique quotidienne : de la préparation au collage

La demande esthétique de nos patients est en continuelle croissance tant pour la forme que pour la teinte des dents visant à améliorer leur sourire.

Outre les traitements d'éclaircissement très à la mode, l'utilisation des facettes représente une alternative également très médiatisée.

Souvent peu enseignée à l'université, et en conséquence peu pratiquée, l'utilisation des facettes et des inlays-onlays en céramique ou composite, s'avère parfois un vrai challenge pour le dentiste. Le but de cette journée est de permettre au praticien de se familiariser avec ces techniques selon deux aspects, le premier théorique et le deuxième, pratique où chaque dentiste fera des tailles de facettes et d'inlays onlays sur des dents Frasaco, et procédera par la suite au collage d'une facette.

Le cours théorique répondra aux questions les plus posées concernant ces préparations :

### 1. Inlays-Onlays : restaurations postérieures indirectes

Principes, instrumentation et techniques pour la préparation des Inlay-Onlays. Inlay en céramique ou en composite ? Peut on faire un Inlay sur une dent dévitalisée ? Avec quoi et comment coller un inlay ? Longévité et maintenance des inlay-Onlays.

### 2. Facettes en céramique

La pose de facettes nécessite deux séances au moins et comporte plusieurs étapes se résumant par la préparation, la prise d'empreinte et la fabrication des provisoires durant la première séance. Le deuxième rendez vous est réservé au collage et au polissage des facettes. Actuellement plusieurs systèmes adhésifs sont disponibles sur le marché, mais lequel choisir ?

Comment pré-traiter les facettes avant le collage ? Que faire si une facette se décolle ?

Ce module de un jour comprend un cours théorique et des travaux pratiques.

Le nombre de participants est fixé à 16 pour une meilleure communication et déroulement de la journée.

Une liste des instruments nécessaires et que les dentistes devront avoir avec eux sera envoyée en temps voulu.



## Workshop

16 places



Accréditation demandée 40 UA dom 7 - Formation continue 6 hrs.

Inscription en encart et sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

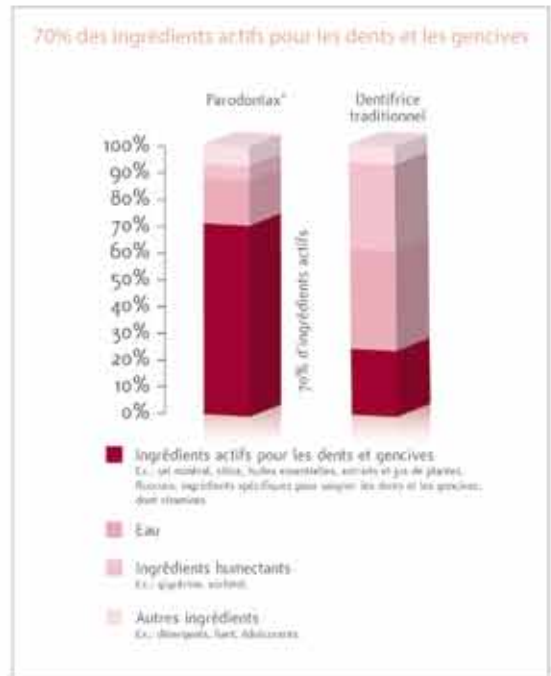
# Parodontax.

Une efficacité cliniquement prouvée en cas de gencives irritées

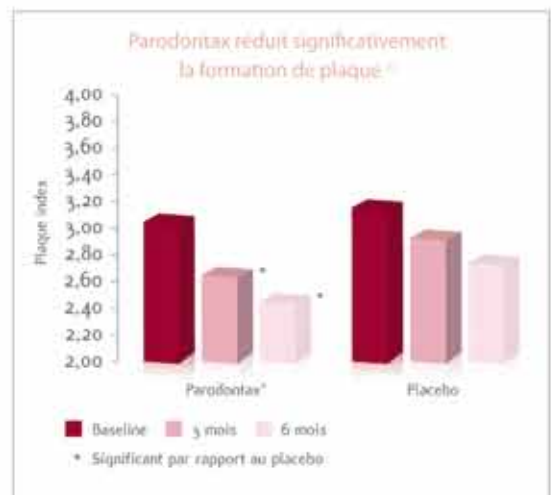
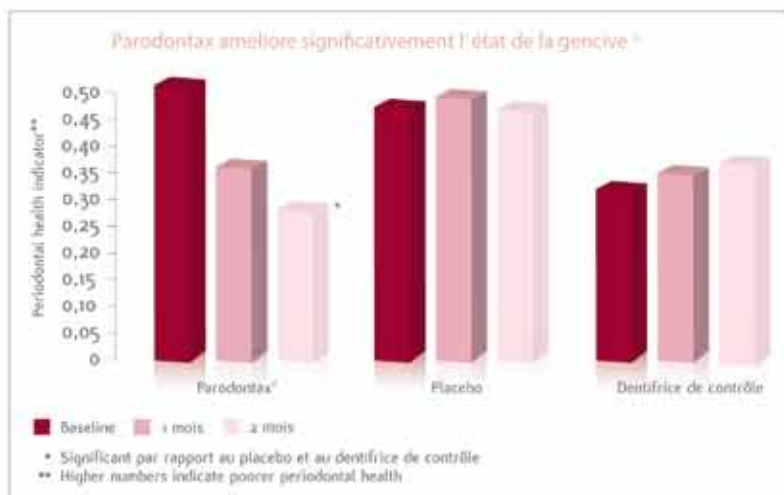
La composition de Parodontax est très particulière, grâce à sa concentration élevée riche en sels minéraux et à 6 extraits naturels de plantes. Il exerce une action tonifiante et soignante sur les gencives.

L'action de Parodontax repose sur trois piliers:

- L'effet astringent de Parodontax renforce et tonifie les gencives, ce qui contribue à former une barrière contre les bactéries,
- Parodontax neutralise l'acidité. Les sels minéraux rétablissent le pH buccal.
- Parodontax a un effet inhibiteur sur la croissance des bactéries.



Parodontax assure une excellente élimination de la plaque <sup>1)</sup>. De plus, l'étude clinique révèle que Parodontax inhibe la croissance bactérienne, ce qui réduit la formation de la plaque dentaire <sup>2)3)4)</sup> et a un effet bénéfique en cas de gencives irritées <sup>1)3)5)</sup>. Vous trouverez ci-dessous les résultats des études cliniques. Vous pouvez recommander Parodontax dès l'identification des premiers signes d'irritation gingivale chez vos patients.



Parodontax. Actif en cas de gencives irritées.

1) Yankell SL, Emiling RC, Perez B. Six-month evaluation of Parodontax dentifrice compared to a placebo dentifrice. J Clin Dent 1993; 4: 26-30. 2) Arweiler NB, Auzchill TM, Reich E, Netuschil L. Substantivity of toothpaste slurries and their effect on reestablishment of the dental biofilm. J Clin Periodontol 2002; 29: 615-621. 3) Willemshausen B, Gruber I, Hamm G. The influence of herbal ingredients on the plaque index and bleeding tendency of the gingival. J Clin Dent 1991; 2: 75-78. 4) Willemshausen B, Owin K, Ernst CP. Clinical investigation on tray application of a gingivitis prophylactic with herbal ingredients. malis study. Thesis of Karl Owin, University of Mainz, Germany, ZWR 105, 532-535, 1996. 5) Yankell SL, Emiling RC. Two month evaluation of Parodontax dentifrice. J Clin Dent 1988 Summer; 1 Suppl A A41-3.



## INFOS PROFESSIONNELLES



45 Examens radiographiques dentaires et risque de méningiome

M DEVRIESE

47 Des RX pano sous la loupe

48 A force de sagesse on peut être blâmable



**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](mailto:info@protectas.be)**

**Nous sommes sur les dents pour votre assurance.**



## Examens radiographiques dentaires et risque de méningiome : l'AFCN émet un avis critique sur les conclusions d'un article paru dans la revue Cancer

Un article, publié dans la revue Cancer du 10 avril dernier, a tenté d'établir une relation causale entre les examens radiographiques dentaires et le risque de méningiome (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.26625/pdf>). Si cette publication a le mérite de sensibiliser les professionnels de la santé et le patient à un usage rationnel des rayonnements ionisants, l'AFCN émet toutefois un avis critique sur les conclusions - erronées - des auteurs de l'étude.

**Commentaires de l'AFCN concernant l'étude publiée en ligne dans la revue Cancer le 10 avril 2012 : « Dental X-Ray and Risk of Meningioma »**



### 1. Introduction

Cette étude publiée dans le journal Cancer le 10 avril 2012 a fait quelques bruits dans la presse grand public qui a relayé des conclusions erronées. Avant de passer en revue la publication il convient de préciser que tout comme pour les études cliniques, il y a différents types d'études épidémiologiques et les conclusions et la valeur des conclusions qu'on peut en tirer dépendent du type d'étude entreprise (ex : méthodologie, rétrospective, prospective, nombre de cas inclus ... etc)

### 2. Types d'études épidémiologiques

#### Etudes descriptives

L'objectif est de déterminer la prévalence ou l'incidence d'une maladie. La prévalence est le nombre de cas dans une population donnée à un moment donné. L'incidence est le nombre de nouveaux cas observés pour une période donnée pour une population donnée.

#### Etudes de cas-témoins

On sélectionne un groupe de patients souffrant de la maladie et puis un autre groupe sans la maladie et on apparie les personnes 1 :1 (ou 1 :2 ou 1 :3) pour avoir deux groupes identiques à l'exception de l'exposition au facteur étudié. L'avantage de type d'étude est le coût faible et des résultats rapides (car la maladie est présente), on travaille sur un nombre plus petit (n = 1000-2000) mais ces études peuvent être entachées d'un biais d'interprétation et parfois un biais de mémorisation. Ces études ne permettent pas de calculer l'excès de risque ni le risque relatif.

#### Etudes de cohortes

On étudie les exposés au risque versus les non-exposés au risque (ex : fumeurs vs non-fumeurs). Notons l'absence de la maladie au départ (ex : cancer du poumon). On enregistre la survenue de la maladie au cours du temps. Ces études sont prospectives mais peuvent aussi être historico-prospectives, encore appelées rétrospectives (si on dispose de toutes les données), elles prennent du temps et nécessitent le suivi d'une très grande cohorte (10.000-100.000 ou plus). Ces études permettent de calculer l'incidence, la prévalence, le risque relatif et l'excès de risque.

### 3. Résumé de l'étude «Dental X-Ray and Risk of Meningioma» publiée online

**Matériel et méthode :** L'exposition aux rayons X, de 1433 patients âgés de 20 à 79 ans souffrant de méningiome diagnostiqués par biopsie entre mai 2006 et mai 2011 dans 5 états des USA a été comparée à celle des 1350 personnes sans méningiome (étude cas-témoins). Les 2 populations sont homogènes sauf pour l'éducation et le niveau salarial. Les données sont collectées par téléphone; le questionnaire couvre les données démographiques, les données de soins dentaires (âge, fréquence, orthodontie, caries, interventions endodontiques, implants, prothèses). Les patients doivent se souvenir du type d'examen radiologique qu'ils ont reçu (bite-wing, status complet, panoramique) ainsi que le nombre d'examens radiologiques pour chaque période de la vie.

**Résultats :** L'âge moyen des 2 groupes est de 57 ans. Le groupe contrôle a consulté pour soins dentaires un an plus tôt que le groupe méningiome et il présente plus d'implants. Dans chaque groupe plus de 90 % reconnaissent avoir eu au moins une radiographie bite-wing, 75 % au moins un « status complet » et 47 % au moins une panoramique. Tout âge confondu, on relève 2 fois plus de procédures intra-orales dans le groupe « méningiome » que dans le groupe contrôle (différence statistiquement significative). En ce qui concerne l'examen panoramique on a observé 5 fois plus d'examen dans le groupe méningiome que dans le groupe contrôle pour la tranche de ceux exposés avant l'âge de 10 ans. Pour les autres examens/périodes la différence n'était pas statistiquement significative.

**Point à noter dans l' « executive summary »**

“An increased risk of meningioma also was associated with panorex films taken at a young age on a yearly basis or with greater frequency and individuals who reported receiving such films at age < 10 years had a 4.9 times increased risk of meningioma ( n= 22 vs 5 ).” En d'autres termes, pour des tranches d'exposition avant l'âge de 10 ans, l'auteur rapporte que le risque de développer des méningiomes est 4.9 X supérieur (=risque relatif)

#### 4. Mise en perspective de cette étude

Cette étude (étude cas-témoins) n'est pas conçue pour calculer un risque relatif ou un excès de risque de développer un méningiome. Rappelons que nous comparons un groupe méningiome (100% de malades) à un groupe témoin (0% de malades). **La seule conclusion qui peut être tirée concerne le nombre d'examens :** il y a eu 2 fois plus d'examens intra-oraux dans le groupe méningiome (tout âge confondu et pour la tranche d'exposition avant l'âge de 10 ans, 4.9 fois plus d'examen panoramique dans le groupe méningiome que dans le groupe témoin ce qui pourrait être associé à une augmentation du risque de méningiome intra-crânien. **Aucun calcul de dose n'a été intégré dans cette publication** et on n'intègre pas l'amélioration du parc radiologique au fil du temps. **L'âge moyen de la population est de 57 ans**, il y a donc plus que vraisemblablement un **biais de mémoire**, de plus les données ne sont pas tirées du dossier médical. Cette étude peut aussi être entachée d'un **biais d'interprétation**, en d'autres termes le patient surestime le lien entre sa pathologie et l'examen et pourrait surestimer le nombre d'examen. On peut aussi se demander si les personnes sont capables de reconnaître le type d'examen radiographique utilisé.

**L'étude est faite par téléphone** ce qui n'est pas idéal. **En 2008 en Belgique on a enregistré 14 cas de méningiomes (10 femmes et 4 hommes).** Le secteur dentaire contribue seulement pour 0.1% de l'exposition de la population aux rayonnements ionisants et seul 0.2 % de la dose des examens radiographiques dentaires est diffusée vers le cerveau.

Il est donc peu vraisemblable que les examens radiographiques dentaires contribuent de manière significative à la survenue de méningiomes en Belgique, en particulier si on considère les **551.000 CT scan de la tête ainsi que les 108.000 radiographies du crâne** effectués chaque année **qui représentent une dose efficace au cerveau 15.000 fois supérieure** à celle générée par tous les examens radiographiques en dentisterie.

Toutefois le mérite de cette publication est de sensibiliser les professionnels de la santé et le patient à l'usage rationnel des rayonnements ionisants. Chaque examen doit être justifié et il faut toujours avoir à l'esprit que les jeunes souvent traités pour des problèmes d'orthodontie forment un groupe plus sensible aux rayons X.

Les Associations professionnelles des dentistes contribuent activement avec l'AFCN depuis plusieurs années à l'amélioration de la radioprotection des patients et des professionnels de la santé. Les actions couvrent entre autres, la formation continuée, les guidelines, le contrôle de qualité ainsi que le contrôle physique de l'installation.

En Belgique, en 2008, seuls quatorze cas de méningiome ont été enregistrés. Le secteur dentaire belge contribue, en moyenne annuelle, à 0,1% de l'exposition de la population aux rayonnements ionisants. Il est donc peu vraisemblable que les examens radiographiques dentaires contribuent de manière significative à la survenue de méningiomes en Belgique, en particulier en comparaison avec le nombre et la dose associés à d'autres types d'examen radiologique.

Néanmoins, cette étude nous rappelle que chaque examen radiologique doit être justifié, en particulier chez les jeunes enfants, qui sont plus sensibles à l'effet des radiations.

L'AFCN tient à souligner que les associations professionnelles de dentistes contribuent activement et de longue date à l'amélioration de la radioprotection des patients et des professionnels de la santé. L'AFCN apporte son soutien aux actions entreprises, notamment la formation continue qui rappelle aux professionnels les guidelines pertinents et l'obligation de contrôle de qualité des appareils et de contrôle physique des installations.

## Des RX pano sous la loupe

Le SECM de l'INAMI (Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux) a commis une étude à propos des panos. Il est vrai que certains praticiens font tourner la pano comme une blanche à billet : RX systématique à tout nouveau patient, RX prise par l'assistante (interdit !), RX prise avant même un examen clinique, RX refaite systématiquement chaque année, etc.

Les patients ne sont pas en reste, puisque le shopping médical peut être source de répétition de clichés, remboursés si à cheval sur 2 années.

S'intéresser à la pratique des prises de RX est pertinent. Que ce soit dans un but de radioprotection des patients ou dans un but de maîtrise des dépenses. Toutefois, comme expliqué dans l'éditorial de notre Président (voir ce numéro), cela doit se faire en concertation avec la profession. A défaut cela aboutit à trouver des mauvaises réponses à de mauvaises questions.

Quoiqu'il en soit, nous devons nous pencher dans les mois qui viennent sur les recommandations de bonnes pratiques en matière de RX pano, ainsi que l'examen de ces soi-disant « guidelines adoptées à l'échelon international », qui pour nous n'ont pas fait l'objet d'une quelconque adoption par une quelconque instance.

C'est une tâche que nous devons accomplir avec nos Universités. Un groupe de travail se réunira à ce propos. Nous vous livrons ci-dessous la littérature du SECM, afin que vous en soyez informés.



### ETUDE DU SECM de l'INAMI à propos des clichés panoramiques dans l'art dentaire

#### Contexte

Le cliché panoramique ou orthopanto(mo)gramme (OPG) de la dentition est une radiographie de l'ensemble des dents sur un seul cliché. Cette prestation est remboursée une seule fois par assuré et par année civile (sauf autorisation préalable du médecin-conseil). Le numéro de code de nomenclature correspondant est fréquemment utilisé par les dentistes et les stomatologues.

Chaque année, on observe une augmentation importante

- du nombre de prestations remboursées : + 42 % entre 2002 et 2008
- et des montants remboursés : + 75 % au cours de la même période.

Cette augmentation s'observe surtout chez les licenciés en sciences dentaires (LSD). 33% des dentistes actifs n'ont jamais facturé de prestation OPG. La moitié des prestations OPG est facturée par 700 dentistes sur 4.730.

#### But

L'objectif était de trouver une explication à l'augmentation progressive du nombre de prestations OPG remboursées.

#### Méthodologie

Nous avons enquêté sur les indications utilisées par les licenciés en sciences dentaires et les raisons de la répétition de ces actes. Nous avons limité l'étude aux LSD qui, en 2008, avaient attesté au moins 50 OPG tout en ayant au total moins de 10% de prestations d'orthodontie.

Dans les données de facturation de ces derniers au cours du premier semestre 2009, un échantillon de 20 OPG par LSD a été sélectionné de manière aléatoire, soit 5.500 prestations au total. Ces dentistes ont reçu, pour chaque OPG attestée, un questionnaire standard relatif aux indications de cette prestation OPG et de l'éventuelle prestation OPG précédente. Au total, nous avons obtenu des informations concernant 5.436 prestations OPG.

Ces indications ont été comparées avec celles contenues dans les directives internationales.

#### Résultats

1.972 prestations OPG ont été effectuées lors du premier contact avec le patient. Les indications très fréquentes sont :

- les caries 2.518 fois
- les dents de sagesse 1.441 fois
- l'état général de la bouche ou la recherche d'affections occultes 3.702 fois.

Dans plus de la moitié des cas, plus d'une indication a été évoquée (jusqu'à 6).

Les indications pour l'ensemble des prestations OPG ont été évaluées à l'aune des « guidelines » adoptées à l'échelon international :

- pour 21,78 % des OPG, l'indication mentionnée était en conformité avec les « guidelines »
- pour 56,20 % des OPG, cela n'était pas le cas
- dans 20,85 % des cas, l'indication n'a pas pu être définie de façon univoque
- et dans 1,16 % des cas, aucune information n'était disponible.

Le même profil d'indications s'observe chez quasi tous les licenciés en sciences dentaires. Une seule différence : une légère augmentation des indications « non conformes aux guidelines » lorsque le volume total des prestations OPG augmente. 2.116 prestations OPG constituaient une répétition de prestations OPG précédentes, effectuées pour une grande part dans les deux années antérieures et pour un tiers avec des indications totalement identiques (dont 88 % « non-conformes aux guidelines »). Par extrapolation, le montant remboursé en 2009 peut être estimé à 11 millions d'euros pour les OPG « non-conformes aux guidelines » et à 3,5 millions d'euros pour la répétition après un ou deux an(s) (dont 1 million pour des indications identiques).

#### Actions possibles

- Campagne d'information pour les dentistes relative aux indications scientifiquement acceptables pour la prestation.
- Limitation des indications remboursables pour les prestations OPG.
- Assujettir la répétition dans les deux ans à l'autorisation du médecin-conseil.
- Formuler des critères à l'intention du médecin-conseil pour qu'il puisse refuser ou autoriser la répétition de prestations OPG pour un ou 2 an(s).

## « A force de sagesse, on peut être blâmable »

### Molière - Le Misanthrope

Le Centre Fédéral d'Expertise (KCE) a rendu en ce début juillet son étude, suggérée par Test-Achats, à propos des dents de sagesse.

Le KCE analyse cet aspect de notre art de façon duale : il y a les dents de sagesse pathologiques et les dents de sagesse saines. Il y a des extractions curatives et d'autres préventives. Blanc ou noir, « on » ou « off ».

Nous avons pourtant expliqué au KCE que tout praticien expérimenté sait que reporter l'extraction d'une dent de sagesse n'est pas une attitude responsable : « accidents d'éruption », antibiothérapie, incapacité de travail, complications de l'extraction d'une dent dont l'édification radiculaire est terminée, etc.

Le KCE n'en a cure. Très clairement, le KCE postule que des dentistes (et les stomatos) « *veulent extraire de manière préventive les dents de sagesse chez tout le monde* ». Et de continuer : « *Les défenseurs de cette pratique estiment qu'il est préférable d'extraire les dents de sagesse chez les jeunes patients, car l'opération deviendrait plus complexe à un âge plus avancé* ». Les termes « *les défenseurs de cette pratique* » en disent long sur l'état d'esprit du KCE... !

On vous passe d'autres aspects très manipulatoires de cette publication du KCE comme laisser croire que les complications des extractions précoces de dents de sagesse sont les mêmes que celles des extractions tardives... ( fracture, etc.)



Le KCE semble avoir oublié que la décision en Evidence Based Medicine repose non seulement sur les données de la recherche, mais également sur l'expertise du clinicien ainsi que sur le patient, son intérêt, ses préférences et... ses droits. Le modus operandi du KCE est de communiquer ses « études » à la presse grand public bien davantage que vers les professionnels de la santé ou les instances de décision. Cela a forcé la SMD à sortir du bois pour dénoncer « ce très mauvais signal donné à la population ».

La profession dentaire se bat depuis des années pour une meilleure prévention des problèmes bucco-dentaires, avec de remarquables succès. Elle ne peut tolérer que le KCE sape ce travail long et difficile de toute une profession. Nous avons donc réagi énergiquement.

Pour votre bonne information, vous trouverez en encadré le communiqué de presse du KCE ainsi que l'article écrit par l'agence Belga enregistrant la réaction de la SMD.



### **Dents de sagesse saines : les extraire malgré tout ?**

Faut-il extraire les dents de sagesse saines de manière préventive afin d'éviter la survenue de problèmes futurs ? Ou vaut-il mieux les laisser en place et les surveiller, et intervenir lorsque cela s'avère nécessaire ? Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a examiné la question selon une approche scientifique. Peu d'études se sont penchées sur cette thématique, et les publications sont de faible qualité. Toutefois, elles révèlent que l'extraction préventive des dents de sagesse chez les adolescents ne permet pas de résoudre ou d'empêcher le chevauchement ou le mauvais alignement des dents de devant. De plus, il n'existe pas suffisamment de preuves établies qui soutiennent que l'extraction préventive des dents de sagesse est plus avantageuse que de laisser ces dents en place. Pour ces raisons, le KCE ne recommande pas l'extraction préventive systématique des dents de sagesse saines.

### **Aucune remise en question de l'extraction curative en cas de pathologie**

Les troisièmes molaires, aussi appelées dents de sagesse font habituellement éruption entre 18 et 24 ans. Lorsque la dent de sagesse est malade ou présente des signes de pathologie tels qu'une carie dentaire non restaurable, le développement d'un kyste ou une inflammation des tissus qui entourent et recouvrent la dent de sagesse, il vaut mieux l'extraire. L'extraction curative ne prête guère à discussion.

### **Raison invoquée pour l'extraction préventive : l'opération devient plus difficile chez un sujet plus âgé**

Toutes les dents de sagesse doivent-elles être extraites de manière préventive chez tout le monde, si aucun problème ne se manifeste ou lorsqu'un traitement orthodontique est initié ? Les défenseurs de cette pratique estiment qu'il est préférable d'extraire les dents de sagesse chez les jeunes patients, car l'opération deviendrait plus complexe à un âge plus avancé. D'autres arguments sont avancés tels que : éviter que les dents de sagesse ne 'poussent' les autres dents, profiter de l'extraction d'une dent de sagesse malade pour extraire les autres dents de sagesse saines et, plus généralement, les dents de sagesse n'auraient aucune utilité particulière. Toutefois, aucune preuve scientifique ne permet d'étayer ces arguments.

### **Une opération douloureuse associée à un risque d'infection, de lésion du nerf et de dommages aux dents voisines**

Extraire une dent de sagesse n'est pas une partie de plaisir. Cette opération génère souvent douleur et gonflement. Les complications les plus fréquentes sont les infections, l'atteinte du nerf inférieur qui peut entraîner une insensibilité, temporaire ou permanente, de la lèvre inférieure ou de la langue, ou un dommage causé aux dents voisines. D'autres complications plus rares, mais plus graves, peuvent aussi survenir telles qu'une fracture de la mâchoire.

### **Intervenir sur une population saine pour éviter des problèmes potentiels dans le futur ?**

Nous faisons face à un dilemme classique qui se pose fréquemment lorsqu'on parle de prévention. Va-t-on occasionner à une large population saine des désagréments et des dépenses (même limités) pour éviter à un petit nombre la survenue de pathologies de cette molaire, sont partisans de cette approche. Toutefois, dans leur pratique quotidienne, ils ne voient pas tous ceux qui ne développeront jamais de problèmes sur ces dents de sagesse. Aussi, n'est-il pas préférable de les laisser en place et de les surveiller, et intervenir lorsque cela s'avère nécessaire ? Le KCE a consulté la littérature scientifique afin d'ormuler ses recommandations.

### **Aucune preuve scientifique pour recommander l'extraction préventive des dents de sagesse**

Les publications scientifiques de bonne qualité sur cette thématique sont rares. Le message qui ressort des données de la littérature est que l'extraction préventive des dents de sagesse ne permet pas de résoudre ou d'empêcher le chevauchement ou le mauvais alignement des dents de devant. De plus, il n'existe pas suffisamment de preuves établies d'éventuels avantages apportés par l'extraction systématique de dents de sagesse saines par rapport à une surveillance continue des ces dents laissées en place. Pour cette raison et en vertu du principe généralement accepté dans le monde médical « primum non nocere » ou « en premier lieu, ne pas nuire », le KCE recommande que l'extraction préventive des dents de sagesse ne soit pas pratiquée de manière systématique sur des dents saines.

Une brochure d'information destinée aux patients devrait être proposée, leur offrant une information claire et nuancée au sujet des avantages potentiels, des risques encourus et des coûts liés à l'extraction préventive des dents de sagesse saines.

Le KCE a réalisé un reportage filmé sur ce thème, qui moyennant une citation de la source, peut être en tout ou en partie, projeté et diffusé. Ce reportage peut être téléchargé en suivant ce lien :

[http://www.youtube.com/watch?v=\\_QpQMgVZiMo&feature=youtu.be](http://www.youtube.com/watch?v=_QpQMgVZiMo&feature=youtu.be)

### **Extraction des dents de sagesse :**

#### **"très mauvais signal du KCE donné à la population" dépêche BELGA (06/07/2012 00:51)**

Le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) au sujet de l'extraction préventive systématique des dents de sagesse est "un très mauvais signal donné à la population" et pourrait avoir "des conséquences négatives pour la santé des patients", juge le président de la Société de médecine dentaire, Michel Devriese. Dans un rapport publié vendredi, le KCE, après avoir examiné la question "selon une approche scientifique", recommande ne pas pratiquer préventivement et systématiquement l'extraction de dents de sagesse saines. "Il n'a jamais été question, chez les dentistes ou les stomatologues, d'enlever systématiquement, chez tous les patients, toutes les dents de sagesse. L'extraction préventive, cela n'existe pas. C'est une pure invention. Si on prend la décision d'intervenir, c'est que la dent de sagesse est pathologique ou à J-1 de le devenir", s'insurge Michel Devriese, contacté par l'agence Belga. "La difficulté du KCE, c'est de comprendre qu'entre des dents de sagesse pathologiques et des dents de sagesse qui n'ont rien, il y a toute une zone grise. Or, dans le texte du KCE, il n'y a que les dents de sagesse pathologiques et celles qui ne le sont pas. Il n'y a pas de nuance. Cela prête à sourire", poursuit le dentiste. Une dent de sagesse peut être extraite préventivement parce qu'elle est couchée, coincée ou parce qu'il manque de la place pour son éruption dans des conditions correctes. Selon le président de la Société de médecine dentaire, si ces cas ne sont pas traités préventivement, cela crée des risques de douleurs et d'infections plus importants. "Le KCE donne un très mauvais message à la population. C'est un message qui est contre-productif et qui peut retarder la surveillance des patients et la prévention", conclut M. Devriese. (BAJ) (NLE) (CYA)

© BELGA

BRUXELLES 06/07 (BELGA)

# In Memoriam



## Un Membre d'Honneur s'en est allé.

Né en 1927, Paul Borgers obtint son diplôme de dentiste à l'ULB en 1953.

Très jeune, il avait montré sa fibre sociale en devenant junior-secouriste au centre d'accueil pour réfugiés belges en Haute Garonne. C'était en mai 1940 (après l'invasion allemande du 10 mai, des milliers de Belges s'étaient réfugiés en France). Revenu au pays, on le retrouva dans les Marolles à Bruxelles, distribuant des tartines et s'essayant à la cuisine pour les défavorisés. Il est alors secouriste au Groupe Mobile de Secours N°6 de la Croix-Rouge de Belgique (C.R.B.) de septembre 1943 à août 1945. Il fut décoré des Palmes 1940-1945 de la C.R.B.

Il poursuivit alors son engagement actif dans un centre de planning familial, à l'Université de Paix du Père Pire et au sein d'Amnesty International Belgique francophone.

Il est, bien sûr, dentiste aussi : assistant dans le service de stomatologie de l'Hôpital d'Ixelles dont il deviendra Chef de Service adjoint et Maître de Stages, consultant au Foyer des Orphelins de Molenbeek, et dans son cabinet privé à Woluwé-St-Pierre. Mais encore - cet homme était ubiquitaire ! - , il est assistant au sein du service du Professeur Jean-François Simon à l'UCL, il est directeur ff. du Centre dentaire des Ministères de l'Education Nationale et de la Culture française et néerlandaise à Bruxelles et il est dentiste consultant, à la clinique Derscheid à Waterloo et aux Deux Alice à Uccle.

Paul Borgers était membre fondateur des Chambres Syndicales Dentaires de Belgique et de la Société Royale Belge de Médecine Dentaire, Secrétaire puis Président de la Chambre Syndicale Dentaire de l'Agglomération bruxelloise, membre effectif de la Commission Médicale du Brabant francophone, Juge assermenté, engagé au sein de l'ADUB (Association des Dentistes de l'ULB, qui a succédé à l'ALSDBr, dont il fut Administrateur et Président d'Honneur.

Homme charmant, discret et très attachant, il laisse derrière lui son épouse, Roswitha, des enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants.

Nous nous souviendrons de cet homme qui incarnait la confraternité et le don de soi.

Patrick Bogaerts

Paul Borgers s'en est allé. Un grand Monsieur disparaît.

Il avait été une cheville ouvrière de la défense de la Profession.

Quand Paul évoquait son départ, il me disait : dans ton *"in memoriam"*, pas de pathos ni de petits violons, je te fais confiance. Que dire de lui sans trahir ce souhait ?

*Pour ce que tu as été, Paul, au nom de tous ceux qui te regrettent, je te dis MERCI !*

*Au nom des membres de l'ADUB qui t'appréciaient beaucoup, je présente à ta famille l'assurance de toute notre sympathie.*

Pierre Vermeire, past-président de l'ADUB

**29 septembre 2012**

# Bienvenue à La Louvière Métropole Culture 2012

## « Décrocher la Lune » - Franco Dragone

Le gouvernement de la fédération Wallonie-Bruxelles a retenu la candidature de la Louvière pour la Métropole Culture cette année. Choix résultant de la mise en valeur de son patrimoine, de la participation de ses citoyens, de la qualité de ses projets culturels et de grands événements qui ponctueront ce projet urbain.

La Louvière met en valeur son patrimoine ancien exceptionnel (ascenseurs à bateaux, site minier du Bois-du-Luc...) et la partie moderne (rénovation du théâtre, le centre de la gravure et de l'image imprimée accueillant de très belles expositions, et le nouveau Hall d'Exposition).

Les visiteurs pourront participer à de nombreux événements, l'opéra urbain, les festivals... Si ça vous chante, 5 sur 5, Si on dansait...

Décrocher la Lune, opéra urbain sous la direction artistique de notre fameux Franco Dragone, est un merveilleux spectacle, un tableau gigantesque, une fresque vivante qui illumine la ville et éblouit des milliers de spectateurs. Luc Petit, chorégraphe de talent collabore avec Franco Dragone pour la réalisation du projet.

Ce spectacle, c'est une histoire d'amour, celle qu'entretient La Louvière avec Sancho Gilles, un géant intrépide qui porte en lui toute la vie, toute la force et l'histoire des Louviérois. (700 Louviérois ont participé au spectacle l'an passé).

Voici le 5ième « Décrocher la Lune » que Franco Dragone dirige dans un geste bénévole pour sa ville, la soirée se déroulera le 29 septembre 2012. Les précédentes éditions se sont déroulées en 2000, 2002, 2006 et 2009.

...signification de décrocher la lune... La lune, astre lumineux et mystérieux, paraît très proche de la terre. Les apparences sont souvent trompeuses puisque le premier pas de l'homme sur la lune remonte à 1969. Toujours est-il qu'elle fascine toujours ! Au seizième siècle, l'expression était de "prendre la lune avec ses DENTS" puis s'est transformée en décrocher la lune pour exprimer que l'on a obtenu quelque chose qui paraît impossible. Sancho Gilles décroche le cœur de La Louvière en tenant dans la main l'inaccessible astre lunaire démontrant à chacun que tout est possible.



**du 30/08 au 06/10/2012**

## Exposition

**Galerie Albert Baronian  
Gilbert et Georges**



Gilbert Proesch et Georges Passmore se rencontrent en 1967. Artistes conceptuels britanniques dont l'image publique très conventionnelle contraste fortement avec le caractère subversif de leurs performances.

Le couple est certainement très connu pour ses photos montages de grand format souvent teintés en couleurs extrêmement vives, contrastées et avec des grilles noires en surimpression, le tout ressemblant à des vitraux. Gilbert et Georges présentent treize œuvres issues de leur dernière série : London Pictures (série de 292 œuvres). Cette série est le fruit d'une collecte de gros titres de journaux qui ont animé l'actualité sur de nombreuses années. De courtes phrases de 2 à 5 mots évoquent la vie urbaine moderne. Le couple revient en Belgique pour la seconde fois depuis 1986, deux expositions eurent lieu à la galerie Baronian et aux Beaux-arts en 2009. A découvrir ! Vernissage le 30 août 18h30.

Galerie Baronian - rue Isidore Verheyden  
Tél : 02/515 92 95 - 1050 Bruxelles

**du 28 septembre au 5 octobre**

# Film francophone

**Festival international à Namur (FIFF)**



Depuis 1986, le FIFF présidé par Olivier Gourmet promeut et diffuse des courts-métrages et longs métrages de fiction, d'animation ou documentaires reflète de la diversité en francophonie. L'édition 2011 fut un succès et cette 27<sup>ème</sup> édition sera certainement une grande réussite. Projections des films, rencontres publiques avec le milieu cinématographique, dédicaces, nombreuses animations, apéros, concerts...

Tango libre, nouveau film de Frédéric Fonteyne sera le film d'ouverture du festival. Le réalisateur boucle par ce film la trilogie autour de la mécanique des femmes et de l'amour après une Liaison pornographique (avec Nathalie Baye) et la femme de Gilles (avec Emmanuelle Devos et Laura Smet). Il nous propose à travers le regard d'un gardien de prison amoureux le portrait d'une femme libre (à l'image du tango) qui accepte les contraintes pour mieux les dépasser. Sortie en salle le 7 novembre 2012.

Parmi la sélection :

**Le jour des corneilles** - de J Christophe Dessain, Long métrage d'animation dont parmi d'autres Jean Reno prête sa voix.

**Everybody is our family** - de Radu Jude, vient de remporté le grand prix du festival de Sarajevo.

**La Pirogue** - de Moussa Touré, film qui prend place dans les milieux des pêcheurs dans la banlieue de Dakar. Présenté en sélection officielle Un certain regard à Cannes.

**Les chevaux de Dieu** - film de Nabil Ayouch - le film s'inspire des attentats terroristes du 16 mai 2003 à Casablanca, également en sélection officielle à Cannes.

**Hors les murs** - film belge de David Lambert - rencontre entre une jeune pianiste à la vie rangée et un bassiste d'origine albanaise, a remporté le prix Grand Rail d'Or à Cannes cette année

**Over my dead** - film de Brigitte Poupart (Quebec) - la réalisatrice nous plonge dans le quotidien de Dave Saint Pierre son ami, danseur et chorégraphe en dévoilant son journal intime, il est atteint de fibrose kystique à 34 ans.

**jusqu'au 30/9/2012**

## Exposition



**MIND-SCAPES** Centrale Electrique, place sainte Catherine

La centrale électrique devient "Centrale for contemporary art". La centrale souhaite déployer une identité bruxelloise dans une perspective internationale. La commissaire Carine Fol nous présente MIND-SCAPES ou comment rendre visible l'invisible. Dans l'exposition le visiteur peut admirer des œuvres de Dirk Braekman, Jacques Charlier (video), David Linch, Man Ray, Stephen Sack, Marc Trivier, Gaël Turine (de la série Voodoo), Sarah Van Marcke. Le travail de cette dernière artiste se concentre sur une recherche de la position du corps humain dans un paysage construit. Stephen Sack (1955) né dans le New Jersey vit et travaille à Bruxelles depuis 1977. L'artiste présente des coupes de fossiles utilisées pour reconstituer l'anatomie des plantes carbonifères pour créer des images qui frôlent la picturalité, comme autant d'incarnations de la mémoire de la terre. Gaël Turine, Marc Trivier, Viviane Joakim, Carl De Keyser ont immortalisé des processus mentaux : le voodoo, la présence de l'être, la folie et la spiritualité. Le titre de l'exposition fait référence à une série de peintures "Paysages du mental" de l'artiste français Jean Dubuffet.

A partir du 4/10 jusqu'au 25/10 Art Contest présentation des œuvres des lauréats du concours annuel d'art contemporain ouvert aux artistes de moins de 35 ans organisé par l'asbl Art Contest. Occasion de découvrir ces œuvres de jeunes talents dans les murs de la Centrale.

# Esthétique sur implants : de la chirurgie à la prothèse, de la recherche à la clinique.

4 octobre 2012 - Van der Valk Hotel Brussels Airport

Les résultats esthétiques en implantologie orale sont déterminés par l'harmonie tissulaire et prothétique. Pour atteindre un résultat optimal, chaque étape du traitement est primordiale : depuis l'analyse esthétique jusqu'à la restauration définitive, en passant par le choix de la technique chirurgicale implantaire, la gestion de la phase provisoire, la chirurgie muco-gingivale, l'appel à des spécialistes dans des disciplines connexes comme l'orthodontie ou encore, le partenariat avec le prothésiste et les étapes de mise en oeuvre au laboratoire.

Cet exposé vise à mettre en lumière le bénéfice du travail d'équipe, de la communication, de la collaboration pluridisciplinaire, de l'analyse pré-implantaire, et des approches chirurgicales et prothétiques systématiques, fondamentales pour la réussite des traitements en zone esthétique. Le choix, le timing et la description des protocoles de traitement seront illustrés par de nombreux cas cliniques et seront argumentés par le biais des résultats de la recherche scientifique.



Enfin le point sera fait sur les nouvelles technologies et les nouveaux matériaux mis à notre disposition d'une part en régénération osseuse et d'autre part en prothèse sur implants, comme la zircone

## SUJETS

Les principaux thèmes envisagés lors de cette conférence seront :

- Approche raisonnée et moins invasive du bucco-dentaire en zone esthétique.
- Gestion des alvéoles d'extraction dans le secteur esthétique
- Choix et indication des biomatériaux dans la régénération osseuse
- Compréhension et prévention des échecs avec la zircone
- Choix et indications des matériaux céramiques
- Description de cas cliniques esthétiques step by step (de la chirurgie à la prothèse)



## ORATRICES

Dr. France Lambert, Dentiste Spécialiste en Parodontologie, PhD  
*Université de Liège, Belgique*

Dr. Amélie Mainjot, Dentiste Spécialiste en Réhabilitation Orale, CES en  
Biomatériaux Dentaires, PhD - *Université de Liège, Belgique & Université de Paris 5, France*



## PROGRAMME

09h00 - 09h30	Accueil
09h30 - 11h00	Conférence (première partie)
11h00 - 11h30	Pause Café
11h30 - 13h00	Conférence (deuxième partie)
13h00 - 14h00	Lunch
14h00 - 16h00	Conférence (troisième partie)
16h00 -	Drink

## FICHE D'INSCRIPTION

PARTICIPANT:  MME.  MR.

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

TITRE:  PROF.  DR.  DRS.  
 .....

JE SUIS:  ITI-FELLOW  ITI-MEMBER

SPÉCIALITÉ:  DENTISTE  
 CHIRURGIEN MAXILLO-FACIAL  
 IMPLANTOLOGUE  
 PARODONTOLOGUE  
 PROTHÉSISTE  
 .....

ADRESSE:  CABINET/ HÔPITAL/LABO  
 PRIVÉ

RUE / NO: \_\_\_\_\_

CODE POSTAL / LIEU: \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

LIEU / DATE: \_\_\_\_\_

J'ai lu et j'accepte les conditions générales.

PLACE/DATE: \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

Je souhaite m'inscrire pour le cours suivant:

04.10.2012 Esthétique sur implants : de la chirurgie à la prothèse, de la recherche à la clinique.

**FRAIS D'INSCRIPTION: € 50**

### CONDITIONS GÉNÉRALES

L'inscription se fait par ordre de réception. Chaque participant reçoit une confirmation de son inscription.

Si le manque d'inscriptions ne permet pas d'atteindre le quota minimum de participants, nous nous réservons le droit d'annuler la formation au plus tard 2 semaines avant son commencement ;

Le paiement doit être réglé 14 jours au plus tard avant le début de la formation ;

En cas d'annulation durant le mois précédant la formation, nous facturons des frais d'administration à hauteur de 25 %. Toute annulation préalable à cette période est gratuite ;

Veillez renvoyer ce formulaire d'inscription dûment complété par courrier, par fax ou par e-mail.

ITI Section Belgium  
PO BOX 10150  
B-1930 Zaventem

Phone: +32 (0)2 790 10 19  
Fax : +32 (0)2 790 10 20  
e-mail: [belgium@itisection.org](mailto:belgium@itisection.org)

# E.S.O.R.I.B.

EUROPEAN SCHOOL of ORAL REHABILITATION IMPLANTOLOGY and BIOMATERIALS



## 19<sup>ÈME</sup> FORMATION COMPLÈTE EN IMPLANTOLOGIE

Cours Intensifs répartis sur une seule année académique

**Rejoignez-nous pour la session  
Octobre 2012 - Juin 2013**

### NOS POINTS FORTS :

- Assistances cliniques de phases chirurgicales et de phases prothétiques
- 2 journées de dissection
- Présence d'un confrère expérimenté lors de votre première pose d'implant(s)



Demande d'informations complémentaires  
**E.S.O.R.I.B.**

Avenue Prékelinden, 167 B - 1200 - Bruxelles

Tél : 02.734.00.33 Fax : 02.736.51.26 E-mail : [marclippert@swing.be](mailto:marclippert@swing.be)





ACADEMIE  
du sourire

Donnez vous les moyens de réussir le sourire de vos patients ...

> Dentisterie esthétique  
Comment l'appliquer tous  
les jours au cabinet

André-Jean FAUCHER - Jean-Christophe PARIS - Jean-Louis BROUILLET - Grégory CAMALEONTE

8 et 9 novembre 2012

Lille 2 jours exceptionnels  
avec les conférenciers  
de l'Académie du Sourire



- Introduction : Présentation, AvantAprès, Rappel des fondamentaux
- Psychologie : Beauté, sourire et psychologie  
Analyse de la demande du patient
- Adhésion : Etat des connaissances - Mécanismes - Etudes comparatives  
Choix de l'adhésif
- La couleur des dents : Règles fondamentales - Teintiers - Spectrophotomètres - Photographie - Communication avec le laboratoire
- Eclaircissement : Techniques actuelles - Dents vitales fauteuil et ambulatoire - Dents non-vitales - Comparatif lampes
- Tableau décisionnel : Critères d'analyse et de succès des réhabilitations du sourire - Canons de beauté
- Reconstitutions coronaradiculaires collées : Techniques actuelles en fonction des indications - Reconstitutions directes ou indirectes ?
- Les provisoires : Matériaux - Assemblage - Astuces
- Esthétique et implants : Analyse des facteurs de risque en implantologie  
Esthétique et placement des implants
- Restaurations des postérieures : Indications - Choix des matériaux  
Techniques d'élaboration
- Inlays/onlays : Comment préparer - Comment temporiser  
Comment coller
- Restauration des antérieures : Choix des matériaux - Méthodologie simplifiée et raisonnée - Stratification - Polissage
- Les céramo-céramiques : Quel matériau choisir en fonction des indications - Comment préparer - Sceller ou coller ?
- Les facettes : Comment anticiper l'esthétique - Comment préparer  
Détramatiser la temporisation - Coller en toute sécurité

Je souhaite m'inscrire aux 2 jours de formation de l'Académie du Sourire des 8 et 9 novembre 2012 à Lille Hôtel Novotel Grand Place.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_

Les confirmations de réservations se feront par Email (merci de renseigner le champ ci-dessus). Veuillez retourner votre règlement à l'adresse ci-dessous.  
Tarif : 658 € (règlement avant le 31/07/2012) ou 768 € (règlement après le 31/07/2012)

Conditions de désistement

En cas d'annulation de la part de l'Académie du Sourire, les frais de participation seront intégralement remboursés au prorata des cours annulés.  
En cas d'annulation de la part d'un stagiaire, seront retenus : 10% des frais de participation jusqu'à 2 mois avant le 1er cours,  
50% jusqu'à un mois avant, 100% au delà. Le tarif indiqué comprend la journée de formation, les pauses et le déjeuner.

Académie du Sourire - Béatrice Bretagne - 12, Cours Sextius - 13100 Aix en Provence - France  
Tel : +[33]6 10 37 86 88 - beatricebretagne@academie-du-sourire.com / www.academie-du-sourire.com



# 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.

**20 novembre 2012 :** La reconstitution d'une incisive centrale au moyen d'une couronne full-céramique, que choisir ? - *Bertrand LAMBERT*

## Bruxelles

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

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

**2 octobre 2012 :** Tabacologie - *Thérèse VAN VYVE*

**4 décembre 2012 :** Sujet à déterminer

## Charleroi

**Lieu : Hôtel Charleroi Airport - Chaussée de Courcelles 115  
6041 Gosselies - 071/ 25 00 50**

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

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

**19 septembre 2012 :** Les maladies parodontales : du diagnostic au traitement - *Selena TOMA*

**21 novembre 2012 :** Le sinus - *Dr PELC, B LOMBART, M GABA*

### 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.

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

**15 novembre 2012 :** L'auriculothérapie - *Véronique VARLET*

## 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.

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

**15 novembre 2012 :** Les maladies parodontales : du diagnostic au traitement - *Selena TOMA*

## 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.

**25 octobre 2012 :** Composites stratifiés et respect tissulaire :  
une nouvelle approche des traitements esthétiques - *Alain PERCEVAL*

**22 novembre 2012 :** sujet à définir

**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 - *Selena TOMA*

**21 mars 2013 :** Les (r)évolutions des empreintes optiques - *Bart VANDENBERGHE*

## 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  
*Xavier DELCORPS*

**12 mars 2013 :** 2 nouveautés en oncologie

## 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.

**20 septembre 2012 :** sujet à définir

**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*

6685 - Diplômée de Liège en 2009, expérience tant sur adultes que sur enfants, cherche collaboration long terme dans un cabinet ou polyclinique ou centre médical de groupe. Toute proposition sera examinée avec toute mon attention. Région Liège et environs jeunedentisteliège@yahoo.fr

6691 - Jeune dentiste de l'Université "Rey Juan Carlos" (Madrid) cherche emploi en Belgique comme généraliste. Avec expérience en endodontie, parodontie et prothèses. Langues parlées : espagnol, anglais, italien, français. inesa03@hotmail.com

## Dentiste - *cherche collaborateur*

9999 - Région hutoise, urgent cherche collaboratrice 3 demi-jours/sem. Tél : 0471 22 36 23 le soir.

6686 - Charleroi : cabinet très agréable, ht potentiel patients, full équipé inform, en fcton depuis 1983 cherche coll ht niveau pr partager horaire à définir envoyer curriculum motivation par mail. myriam.v.c@gmail.com

6680 - Cabinet situé à Uccle cherche à remplacer une collaboratrice, 2 j/sem à partir de 12/2012 pour une durée de 4 mois. remplacementcabinet@gmail.com

6711 - Dinant : cherchons un(e) DG pour travail auprès de 4 orthos et une stomato, ds. villa bord de Meuse. Cab. Équipé pas de reprise de patientèle edouardbastin@skynet.be

6667 - Cabinet privé de groupe à Wavre (Brabant Wallon) cherche pour collaboration temps partiel spécialistes endo, paro et stomato, contact: 010 238787 ou 0495 210505 dentistedewigne@gmail.com

6663 - Mons : cabinet généraliste cherche dentiste pour compléter horaire, 1 ou 2 j/sem, patients en attente, avec secrétaire-assistante, 0476/41 49 89 laurentsophie@skynet.be

6692 - Verviers : cabinet 2 fauteuils, cherche DG pour 1 à 2 j/sem - cadre agréable, patients en attente marthe.th@scarlet.be

6677 - Polyclinique à St-Gilles cherche dentiste, cabinet entièrement neuf, patients en attente, secrétaire et assistante au fauteuil. Tél : 0474 79 59 77 albunni2001@yahoo.fr

6658 - Bruxelles : recherche collab. (H-F) pour cabinet très sympa bien équipé situé près des communautés européennes 4 PM/sem, le samedi (éventuellement), 4, square Marie Louise 1000 - 02 280 03 65

6696 - Bruxelles : cherche un dentiste pour notre centre dentaire 0484 47 74 98 ou 0488 49 84 28 thiery.laitat@hotmail.com

6656 - Cabinet dentaire ouvert 24h/24 7j/7 à Schaerbeek cherche dentiste pour 1 ou 2 garde de nuit/sem. Pour plus d'information veuillez contacter Mr Majon au 02/735.23.38 michelmajon@yahoo.fr

6674 - Le Cabinet Dentaire de Mons cherche un paro pour compléter son équipe de 4 gén., 1 implanto et de 2 secrét. tps plein. 3 Stern récents, informatisé, Pano, digora. Infos : 065 31 81 48 CV à envoyer : phamceline@gmail.com

6700 - Bruxelles : cherche remplaçante ortho compétente du 11 au 14/09 inclus. De plus possibilité d'une collaboration dans le temps si entente prof ortho de qualité. dugris.odf@gmail.com

6672 - Région Mons : recherche DG ou stagiaire (temps partiel ou plein temps) pour renforcer l'équipe soignante. 0494 30 14 42 imodentim.legrand@hotmail.com

6702 - La Louvière : Centre de Santé regroupant divers spécialistes cherche un dentiste pour collaboration à long terme. Horaires à discuter. Contact : Bayram H. 0488 23 10 02 centreduliere@skynet.be

6670 - Somzée : ch DG et spécialistes pour cab pluri; inst neuves, cab inform, parking aisé, bonne patientèle, proche grds axes; bât tot rénové. 0476 87 29 99 hennuy.laurence@gmail.com

6669 - Dinant : cabinet de standing cherche collaborateurs Excellentes conditions. Cabinet digitalisé secrétariat/assistante, tout confort. Stagiaire bien venu (Cabinet agréé maître de stage) jeandore.26@gmail.com

6706 - Région de Namur : DG cherche collaboration, 1 jour/ semaine. cabinet.dentaire82@gmail.com

6707 - Anderlecht : centre dentaire + de 3 années d'existence/plusieurs milliers de dossiers CA+++ sur 1 fauteuil/possibilité de croissance sur un 2<sup>e</sup> fauteuil. Achat de part sociale d'une NOUVELLE société (7/2012). Idéal pour nouveaux dentiste motivé. vassilly@hotmail.be

6693 - Consoeur cherche dentiste sérieux(se) et motivé(e) pour assurer mi-temps ou + (durée de plusieurs mois). Cabinet très bien équipé avec assistante. Possibilité si affinités de collaboration par la suite. cabmed@hotmail.be

## Dentiste - *Cherche assistante, secrétaire*

6687 - Huy : cherche assistante pour accueil physique et tél., agenda, RDV, présentation des devis et ententes financières, le secrétariat courant spécifique au dentaire... Poste en CDI de 38h. Candidature (CV lettre de motivation et photo) par mail cabinetDRG@hotmail.fr

6697 - Cherchons pour cabinet ortho région de Huy une assistante secrétaire. Contact : 0477 583 547 ou nathalie.ortho@gemoets.eu

## Assistante - *cherche emploi*

6679 - Aywaille : Assistante ayant effectué un stage chez un dentiste. Libre immédiatement, expérience au fauteuil secrétariat, souriante et dynamique. aurelie\_cadet@hotmail.com

6654 - Bruxelles : Diplômée du CPSI cherche poste assistante. Minutieuse, souriante, ponctuelle, je sais mettre à l'œuvre mes acquis théoriques et pratiques (stérilisation, assistance au fauteuil, administration, gestion d'appels et de rdv). Contact : 0486 76 93 51 dinnah23@hotmail.com

6698 - Liège : chercher poste d'assistante dentaire, petite expérience dans ce domaine. Ai travaillé au CHU. sconchain@voo.be

6699 - Waterloo : assistante depuis 9 ans, cherche emploi pour le lundi et le mardi janik.dupret@hotmail.com

6704 - Olne : assistante depuis 8 ans, temps partiel et recherche un trois quart temps ou temps pleins. sisimartiny@hotmail.com

6705 - Waterloo : JF 36 ans, active ds le domaine depuis 9 ans cherche emploi à temps partiel en tant que indépendante complémentaire, je maîtrise Baltes et Dentadmin. 0477 455 211 Janik.dupret@hotmail.com

## Cabinet à vendre - *à remettre*

6675 - Bruxelles : TB cabinet entièrement rénové & très bien situé, à céder. Cause: départ à l'étranger. Matériel neuf et haut de gamme, un fauteuil, poss. 2ème. Vente murs (80m<sup>2</sup>) et matériel. Tel : 0483 477 418. riyu@gmx.de

6683 - 1200 Woluwé St Lambert - Cabinet dentaire à céder cse retraite, patientèle fidélisée, cabinet agréable. 0475/54 91 60 cwaterlot@skynet.be

6690 - Virton : cabinet en pleine activité, potentiel important, patientèle jeune et fidèle. Tél 0495 53 88 58 angelique.wanlin@skynet.be

## Cabinet à louer

6676 - Bruxelles : très beau cabinet entièrement rénové & très bien situé, à louer. Cause départ à l'étranger. Matériel neuf et haut de gamme, un fauteuil, poss. 2ème. Tel: 0483 477 418. riyu@gmx.de

## Matériel - *à vendre*

6678 A vendre capteur intra oral Kodak 6100 très peu servi (cause double emploi) avec CD installation. Achat 7200 € chez Arseus revente 3500 € ttc avec facture. Infos 065 31 81 48. phamceline@gmail.com

6657 - AV unit complet avec radio, stérilisateur, meubles, état neuf. Très belle opportunité, parfait pour débiter ou comme 2<sup>ème</sup> cabinet. Tél 0475 48 65 85 pjans@telenet.be

6695 - Cabinet complet : Unit complète fauteuil + compresseur + rx intra buccale, nombreux meubles de rangement petit matériel, PM & CA, lampe UV/à enlever locaux Partena Nivelles. Prix 8000 € Pascale.cohen@base.be Gsm : 0477 33 16 99

## Stage MS

6712 - Dentiste canadienne diplômée juin 2010. 2 ans d'exp clinique et suivi plusieurs formations : Cerec, Protaper, extractions des sagesses complexes. Autorisée à pratiquer en Belgique depuis 09/2011 cherche MS à Bruxelles ou BW. clemence\_rn@hotmail.com

7000 - Cabinet pluridisciplinaire (DO, proth, implants, stomato, chir. Max.) cherche LSD stagiaire ou diplômé(e) 3 j/sem à partir de 09/12. Grosse patientèle assurée. 071 45 06 47 (9 à 12h) ou deligne.scs@scarlet.be

8000 - URGENT !!! - Cabinet pluridisciplinaire (DO, proth., implants, stomato, chir.maxillo-faciale) rech. LSD stagiaire ou diplômé(e) 3 jrs/sem à.p.d 09/12 Grosse patientèle assurée. Pr tt respst, s'adresser : 071/450647 (de 9h à 12h) deligne.scs@scarlet.be

# Agenda



**14 Sept. 28 - Sept. 26 - Oct. 2012**

**Cycle de formation en endodontie**

Lieu : ETC Bruxelles

Info : +32 2 7324146

E-mail : info@endo-brussels.com

www.endo-brussels.com



**13-14 septembre 2012**

**Accédez à l'implantologie par la pratique**

Lieu : SOP Paris

www.sop.asso.fr



**29 septembre 2012**

**Gestion du cabinet**

Lieu : Cercle de Wallonie

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : info@dentiste.be

www.dentiste.be



**6 octobre 2012**

**Peer-review**

Lieu : Hôtel Mercure

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : info@dentiste.be

www.dentiste.be



**11 octobre 2012**

**Ergonomie**

Lieu : Best Western

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : info@dentiste.be

www.dentiste.be



**27 octobre 2012**

**L'endodontie de A à Z**

Lieu : UCL Auditorio central G Bruxelles

Info : EMDS

Avenue E. Mounier, 51 - 1200 Bruxelles

Inscription en ligne à l'adresse suivante :

www.uclouvain.be/407326.html



**20 octobre 2012**

**DENTEX**



**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

P. Tichoux - Trésorier

**Administrateurs :**

A. Bremhorst - H. Grégoir - P. Delmelle

B. Gonthier M. Lippert - A. Mieto

Mbouopda M. Nacar - P. Rietjens

B. Scalesse - Th. van Nuijs - P. Vermeire

A. Wettendorff

**LE POINT :**

O. Custers - Rédacteur en chef

**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 :**

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

**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 locorégionale en pratique odonto-stomatologique.

**POSOLOGIE :**

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 en dessous: posologie de Septanest Normal / Special chez l'enfant. Sujet âgé : Réduction de moitié de la dose réservée à l'adulte.

**MODE D'ADMINISTRATION :**

Injection locale ou régionale 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.



06/2012



Pourquoi les dentistes du monde entier injectent-ils 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**



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® peut être vendu dans certains pays sous la marque Septocaine® / \*\* en cartouches

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
	0,06 ml/kg	2/3 d'une cartouche	1 cartouche	1,3 cartouche
	Procédure complexe	1,4 ml	2,1 ml	1,5 ml
	0,07 ml/kg	3/4 d'une cartouche	1,2 cartouche	1,5 cartouche

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 • Porphyrrie • Enfant âgé de moins de 4 ans • Affections cardio-vasculaires : 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-oxydase 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, tachycardie; Affections de la peau et du tissu sous-cutané: oedème facial; Affections vasculaires: chute de la pression artérielle; Peu fréquent (≥ 1/1000 et < 1/100): Affections gastrointestinales: nausées, vomissements, diarrhée; Affections de la peau et du tissu sous-cutané: prurit; Affections vasculaires: élévation de la pression artérielle; Rare (≥ 1/10000 et < 1/10000): 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 :

Médicaments soumis à prescription médicale.

Date de dernière mise à jour : Mai 2011.

Date de dernière mise à jour publicité: Août 2012.





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

Visitez le site [oralb.com](http://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