

A detailed histological micrograph of oral tissue, likely stained with hematoxylin and eosin (H&E). The image shows a cross-section of the oral cavity, including the stratified squamous epithelium of the mucosa, underlying connective tissue, and various glandular structures. The overall color palette is dominated by shades of pink and purple.

LE FIL DENTAIRE

Partageons Notre Savoir-Faire

Dermatologie buccale

Couronnes tout céramique

Exigez la perfection !



Couronne Céramique sur Zirconium

sans métal, rendu naturel inégalable,
adaptation parfaite (conception CFAO)



104,50€ /élément*

Gamme Perfection



Couronne Full Zirconie®

sans métal, garantie incassable,
adaptation parfaite (conception CFAO)

88€ /élément*

Gamme Perfection

*Prix fixe, de 1 à 14 éléments.

Demandez notre
Kit complet !
(Catalogue, bons de commande,
sachets de conditionnement des empreintes,
boîtes d'emballage etc...)

Prot & Lab

www.protilab.com

N°Azur 0 810 81 81 19

PRIX APPEL LOCAL

Règlements acceptés
par cartes bancaires



La dermatologie buccale : une compétence à part entière



La pathologie de la muqueuse buccale communément appelée dermatologie buccale fait partie intégrante de notre champ de compétence. La sensibilisation de la profession s'intègre à part entière dans la mutation médicale de notre exercice.

Avec près de 40 000 chirurgiens-dentistes, notre devoir est d'assurer cette mission de santé publique trop souvent négligée. La consultation doit être associée à un examen minutieux des muqueuses ainsi qu'à une palpation systématique des adénopathies cervico-faciales.

Cette démarche doit permettre d'objectiver les lésions de la muqueuse buccale passées inaperçues et de poser un diagnostic précoce, crucial pour le pronostic et le devenir de nos patients. Le sevrage tabagique fait également partie de notre arsenal thérapeutique mais il est rarement prescrit. Vous avez de fait un rôle majeur et charnière, tant sur le plan préventif que diagnostique.

Nul n'a besoin d'être spécialiste émérite pour remplir ce rôle : l'objet de ce numéro est de donner les éléments nécessaires afin de distinguer les lésions bénignes de celles malignes, d'appréhender la conduite à tenir concernant les pathologies les plus courantes et d'orienter si besoin les patients vers une consultation spécialisée.

Enfin, une autre facette de notre profession concerne les doléances esthétiques auxquelles nous sommes quotidiennement confrontés. Le Conseil de l'Ordre a récemment réaffirmé sa position sur la question de l'esthétique péri-buccale. Il existe cependant d'autres moyens que ceux apportés par les injections d'acides hyaluroniques, lesquels soulèvent différentes interrogations. S'agit-il d'extraction animale ou de génie génétique bactérien ? La synthèse bactérienne nécessite-t-elle une co-culture de tissu animal ? Les produits d'extraction sont-ils nocifs, cette toxicité est-elle dose dépendante ? Existe-t-il une traçabilité, non des produits commercialisés mais de l'acide hyaluronique, en tant que matière première, et d'autres tissus d'origine animale nécessaires à leur production ? L'absence d'AMM est également à souligner et ajoute d'autres interrogations à l'absence de contrôle contraignant concernant ces produits.

Les lasers dentaires disposent quant à eux d'indications majeures et non iatrogènes permettant de répondre parfaitement à la demande des patients : gestion des télangiectasies (couperose), exérèse de fibrome et *naevus*, peeling et réjuvenation. Ils répondent principalement à de nouvelles indications dentaires en parodontologie, endodontie... et peuvent être indiqués en esthétique péri-buccale, accompagnant l'évolution de notre profession.

Je vous invite à découvrir une journée exceptionnelle le jeudi 31 mai à Paris, Alma Marceau : les rendez-vous internationaux du laser dentaire organisée par la Dental Laser Academy. Enfin, nous sommes fiers d'accueillir en juin 2014, 45 pays pour le prochain congrès mondial WFLD. Nous comptons sur votre soutien pour faire de ces journées des lieux d'échange et de débats.

Dr Frédéric GAULTIER

MCU-PH Paris Descartes

Directeur DU Implantologie Orale Paris Descartes

co-Président Dental Laser Academy

Sur le Fil

> 4 à 9

Actualités France et International

Nouveaux produits – Revue de presse

Clinic Focus

> 10 à 25

- La pemphigoïde cicatricielle : prise en charge en odontologie

- Les leucoplasies buccales : des lésions potentiellement malignes

- Carcinome épidermoïde de la cavité buccale

- Candidose buccale : diagnostic et prise en charge

- Le lichen plan buccal

Zoom Congrès

> 26

- La dentisterie dans le monde numérique en 3D

Clinic Focus

> 32 à 36

- La dermatologie esthétique péri-buccale laser assistée

Clinic Etude

> 38 à 42

- Remplacement du vasoconstricteur des anesthésiques par un gel de hyaluronate de sodium

Conseil Organisation

> 44 et 45

- La gestion : clé du fonctionnement d'un cabinet moderne

Conseil Management

> 46 à 48

- Développer la parodontologie en exercice exclusif

Conseil Juridique

> 50 et 51

- Les responsabilités en implantologie

Conseil Éco

> 52 et 53

- Des revenus fonciers fortement taxés : les solutions !

Au Fil du Temps

> 54 à 56

- Agenda des manifestations

Petites Annonces

> 57 et 58

ERRATUM

Les auteurs Yann Moal et Thierry Brincat présentent leurs excuses au Dr Franck Bonnet pour l'utilisation d'une de ses images pour illustrer l'article « Intérêt esthétique du Pilier Atlantis dans le secteur antérieur » paru dans le dernier Fil Dentaire (n°72 - avril 2012) sans en avoir mentionné la source - Il s'agit du schéma 1 intitulé « Pink Esthetic Score et White Esthetic Score » présenté en page 24 dont les droits appartiennent en fait au Dr Franck Bonnet (Cannes).

Revue mensuelle

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

Directrice de la publication :

Patricia LEVI
patricialevi@lefildentaire.com

Une publication de la société COLEL

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

Rédacteur en chef :

Dr Norbert COHEN
norbertcohen@lefildentaire.com

Rédacteur en chef exceptionnel pour ce numéro :

Dr Frédéric GAULTIER

Direction artistique :

Studio Zapping

Rédaction :

Dr Adriana AGACHI, Catherine BEL, Dr Steve BENERO,
Dr Marie-Ève BEZZINA, Dr Edmond BINHAS, Georges BLANC,
Alain CARNEL, Dr Jean-Pierre CHETRY, Rodolphe COCHET,
Dr Thierry COLLIER, Dr Sophie-Myriam DRIDI,
Dr François DURET, Dr Anne-Laure EJEIL, Dr Angela GILET,
Dr Thibault MAIRE, Dr Hélène MEURISSE, Dr Stéphane MILLIEZ,
J. MIRLAND, Dr Gentiane MONSEL, Dr Nathan MOREAU,
Dr Gérard NAVARRO, Dr Saskia ORO, Yves ROUGEAUX,
Dr Ihsene TAIHI, Dr Alain VILLETTE

Conseiller spécial :

Dr Bernard TOUATI

Comité scientifique :

Dr Fabrice BAUDOT (endodontie, parodontologie)
Dr Eric BONNET (radiologie numérique, blanchiment)
Dr Alexandre BOUKHORS (chirurgie, santé publique)
Dr Nicolas COHEN (microbiologie, endodontie, parodontologie)
Dr François DURET (CFAO)
De Georges FREEDMAN (cosmétique) (Canada)
Dr David HOEXTER (implantologie, parodontologie) (USA)
Dr Georges KHOURY (greffes osseuses)
Dr Alexandre MIARA (blanchiment)
Dr Hervé PEYRAUD (dentisterie pédiatrique et prophylaxie)
Dr Philippe PIRNAY (éthique)
Dr René SERFATY (dentisterie restauratrice)
Dr Raphaël SERFATY (implantologie, parodontologie)
Dr Stéphane SIMON (endodontie)
Dr Nicolas TORDJMANN (orthodontie)
Dr Christophe WIERZELEWSKI (chirurgie, implantologie)

Secrétaire de direction :

Marie-Christine GELVÉ
mcg@lefildentaire.com

Imprimerie :

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

Couverture :

© Dermatology Online Journal

Publicité :

Directrice commerciale : Patricia Levi : 06 03 53 63 98
Chef de publicité : Nathalie Morel d'Arleux : 06 78 52 16 54

Annonces :

Carestream - Curaio - Dental Care Products - Dental Hi Tec - Dental
Laser Academy - Groupe Edmond Binhas - Implant Discount - Itena -
Kuraray - Laserical - NF Diffusion - Paroconcept - Pierre Fabre Santé -
Protilab - Sunstar - Tecalliage

Encarts :

Axel Dentaire - Ivoclar Vivadent - Vitale

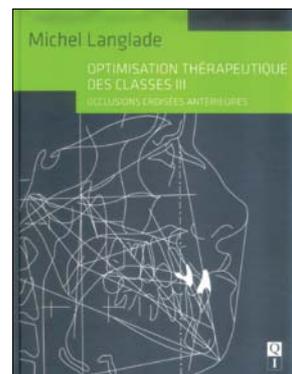


À LIRE

Optimisation thérapeutique des classes III

Occlusions croisées antérieures

Par Michel Langlade



Avec les questions cliniques que posent les occlusions croisées antérieures, l'auteur évoque tout d'abord leur prévalence, leur étiopathogénie et leur classification. La caractérisation des OCA est particulièrement développée : synthèse des analyses céphalométriques, dimensionnelles, angulaires, structurales et proportionnelles dont l'évaluation est indispensable. Une revue des options thérapeutiques est présentée : appareils amovibles, fronde mentonnière, TTBA ou masque facial. De plus, les incidences de ces options sur la croissance sont minutieusement analysées. De nouveaux concepts renouvellent l'emploi de ces choix thérapeutiques tant avec les élastiques de classe III qu'avec les extractions ou encore l'expansion. La chirurgie orthognathique ainsi que l'application de la philosophie bio-prospective sont abordées, permettant au lecteur de suivre le raisonnement décisionnel et le résultat clinique. Cet ouvrage interroge le clinicien sur les doutes et les certitudes, bouleversant les habitudes de la pensée unique. ◆

ÉDITIONS QUINTESSANCE INTERNATIONAL

312 pages - 516 illustrations - Prix : 195 €

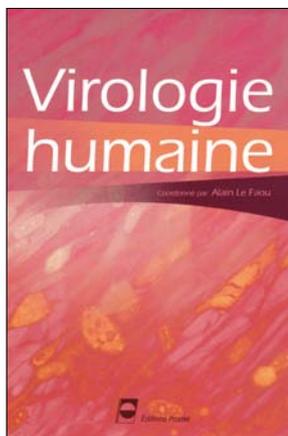
Tél. : 01 43 12 88 11 - Fax : 01 43 12 88 08 - www.quintessence-international.fr

À LIRE

Virologie humaine

Coordonné par Alain Le Faou

Depuis 1950, l'étude des virus a été rendue possible grâce aux développements technologiques et à la possibilité d'obtenir aisément des particules virales *in vitro* en culture cellulaire. Fruit d'une collaboration entre les responsables des laboratoires de virologie des centres hospitaliers et universitaires et les hôpitaux de la grande région nord-est - groupe baptisé GVGE (groupement des virologistes du Grand-est), cet ouvrage est destiné aux étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, classes préparatoires de BCPST, biologie humaine et aux vétérinaires se destinant à la biologie médicale. Composé de deux



parties, la première est consacrée aux généralités sur les infections virales et leur diagnostic et à la sécurité et l'hygiène dans les laboratoires de virologie. À noter le chapitre deux, déclinant chaque virus sous forme de fiche détaillée fournissant pour chacun les données essentielles. La seconde partie étudie les infections virales par tissu ou organe, par situation médicale particulière ou par réservoir de virus. Les virus des hépatites B et C et les virus de l'immunodéficience humaine ont été individualisés du fait de leur importance en santé publique. L'iconographie est particulièrement soignée et les nombreux schémas ainsi que le glossaire très détaillé et l'indispensable index, aideront les étudiants. ◆

ÉDITIONS PRADEL

432 pages - Prix : 37 €

01 76 73 41 59 - www.librairie-sante.fr



La nature enfin égalée !
Reflectys, le parfait reflet de la dent naturelle

REFLECTYS

Nouveau composite de restauration
antéro-postérieur nano-hybride

- La référence internationale en esthétique
- Réel pouvoir de mimétisme
- Disponible en 16 teintes, en compules, seringues et Flow
- Indice de rétraction identique à celui de l'émail naturelle
- Excellente malléabilité, ne colle pas à la spatule



Echantillons gratuits au :
0145 916140

 **ITENA**[®]
CLINICAL PRODUCTS

Laboratoire Français - www.itena-clinical.com



reddot design award
winner 2012

SIRONA

Le Sinius : trophée du design 2012

Red dot design award

Lancé sur le marché fin 2011 (cf. page 8 du numéro 66 d'octobre 2011 de LE FIL DENTAIRE), le poste de traitement SINIUS de Sirona vient de remporter le prestigieux *red dot design award 2012*, décerné par un jury international réunissant 30 personnalités.

Entièrement axé sur l'efficacité des soins, il offre un maximum de qualité et de confort. Certaines de ses fonctions et caractéristiques sont uniques pour un équipement de cette catégorie et apportent une aide majeure dans le déroulement du travail thérapeutique. Citons à titre d'exemple la commande intuitive *via* le panneau tactile EasyTouch, le nouveau système d'élévation conférant au fauteuil modernité et légèreté, ou encore la fonction intégrée Endodontie avec sa bibliothèque de limes et le localisateur d'apex

(ApexLocator).

Le SINIUS figurait parmi les 4 515 produits présentés au concours 2012 par des constructeurs de 58 pays. La remise officielle des prix aura

lieu le 2 juillet 2012 au théâtre Aalto d'Essen, en présence de plus de 1 000 invités venus du monde entier. Tous les produits primés feront l'objet d'une exposition spéciale au musée *red dot design* d'Essen, érigé sur le site de l'ancienne mine de charbon *Zeche Zollverein* classée au patrimoine culturel mondial. ◆



SIRONA DENTAL SYSTEMS GMBH

Tél. : +49 (0) 6251 / 16 29 01 – Fax : +49 (0) 6251 / 16 32 60

contact@sirona.de – www.sirona.com

KURARAY FRANCE

CLEARFIL™ S3 BOND PLUS

Nouvel adhésif en une étape



Développé sur la base du CLEARFIL™ S3 BOND, cet adhésif en une étape, photo-polymérisable, contient le monomère adhésif MDP qui garantit une liaison chimique avec l'hydroxyapatite, en plus de l'adhésion mécanique classique. La Technologie de Dispersion Moléculaire de Kuraray (composants hydrophiles et hydrophobes combinés de façon homogène et stable dans le temps) lui donne une performance d'adhésion exceptionnelle. Avantages :

durabilité et fiabilité ; propriété libératrice de fluorure - renforcement de l'interface adhésif-dentine ; rapidité - une seule étape d'application ; simplicité d'utilisation - peu d'erreurs techniques ; dosage précis et économique ; large éventail d'indications. ◆

CLEARFIL™ DC CORE PLUS

Reconstitutions coronaires et restaurations esthétiques fiables

CLEARFIL™ DC CORE PLUS est un matériau de reconstitution coronaire à deux composants et à polymérisation double, présenté sous forme d'un système auto-mélangeur. La propriété auto-polymérisable est la solution parfaite pour les zones d'obturation des canaux radiculaires d'accessibilité complexe. Avantages : facile à utiliser, un procédé clinique sans contrainte – 3 minutes de temps de travail ; un risque réduit de fracture grâce à un module d'élasticité et des propriétés mécaniques appropriées ; un risque diminué de décollement et un endommagement moindre de la dentine grâce à la technique d'adhésion. ◆



KURARAY FRANCE

01 56 45 12 52 – dental-fr@kuraray.eu – www.kuraray-dental.eu

VOCO GMBH

Structur 3

Matériau polymérisant à froid pour couronnes et bridges

Structur 3 sert à réaliser couronnes et bridges provisoires de haute qualité ainsi qu'inlays, onlays, couronnes partielles, facettes prothétiques, restaurations provisoires avec pivot ou de longue durée, couronnes provisoires préfabriquées en matériau composite, polycarbonate ou métal.

Son application est optimale grâce au système de mélange 1:1, il peut être appliqué rapidement dans l'empreinte, sans erreur. Le durcissement en bouche ne dure que 45 s, puis, légèrement élastique, la solution provisoire peut être retirée. Le durcissement est achevé en 4 mn. Une fois la couche inhibitrice retirée, la solution provisoire présente un brillant proche de celui de la dent naturelle, sans aucun polissage.

Les restaurations sont très esthétiques grâce à leur brillant naturel et leur fluorescence. Le large spectre de couleurs contribue à ce résultat : cartouches de huit teintes Vita ou seringues QuickMix pour des corrections nécessitant des quantités minimales de produit, de quatre teintes.

Une restauration provisoire doit être stable, protéger la dent préparée et garantir une mastication sans gêne. Structur 3 a une résistance à la compression de plus de 500 Mpa. Sa surface lisse réduit efficacement l'éventualité de dyschromies dues au café, au thé, à la nicotine, etc. ◆



VOCO GMBH

Tél. : +49 4721 719-0 – Fax : +49 4721 719-169

www.voco.fr

J'arrête la Spix !



***Passez à l'anesthésie ostéocentrale avec QuickSleeper.
Contactez notre équipe au
02 41 56 05 10 ou mail@dentalhitec.com***



*Finis les échecs, le temps perdu, l'engourdissement,
les morsures...*

*Grâce à son injection au plus près des apex, l'anesthésie
ostéocentrale supprime définitivement tous ces inconvénients,
y compris sur les molaires mandibulaires en pulpite.*

*Découvrez des anesthésies en vidéo, des commentaires
de praticiens... sur www.dentalhitec.com.*

QuickSleeper⁴



une innovation **DENTAL HI TEC**

Développé et fabriqué
en France 

ITENA

Reflectys

Composite de restauration nano-hybride

Les performances de ce composite ont été optimisées pour offrir un rendu esthétique de très haute qualité. Sa formule enrichie en nano-particules lui procure une remarquable résistance mécanique pour des restaurations durables et de qualité. Grâce à sa texture et son système de teintes (16 teintes disponibles) avoisinant celui des tissus dentaires, il confère à la restauration un mimétisme parfait – véritable reflet de la dent naturelle. L'excellente malléabilité du matériau permet de faciliter sa mise en forme. Il ne colle pas aux instruments, ni aux gants. Il peut être aisément sculpté et son polissage est facile et rapide : le rendu est parfaitement lisse. Sa manipulation agréable assure un résultat professionnel d'une

grande précision. Universel, REFLECTYS sert à la restauration esthétique à la fois des dents antérieures et des dents postérieures, de tous types, pour de multiples indications comme la réparation de couronnes provisoires bis-acryliques, l'obturation courante de composites et des inlays, mais aussi le scellement des puits et des sillons... Il est également radio-opaque à 220 % d'Al ce qui facilite le contrôle de son adaptation au fond de la cavité.

Échantillons gratuits disponibles au 01 45 91 61 40. ◆

ITENA

www.itena-clinical.com

ULTRADENT PRODUCTS, INC.

UltraTemp REZ

Cimentation temporaire et petits comblements

UltraTemp REZ est un ciment résineux temporaire formulé de façon à ce que le clinicien puisse obtenir la dureté idéale ainsi que la quantité adéquate requise pour ses cimentations provisoires. Hydrophile, il est formulé à base de résine induisant une rétention supérieure. Sans eugénol, il ne crée pas d'interférence avec l'adhésion des résines. Sa formule et sa présentation en double seringue permettent un mélange parfait grâce à l'embout mélangeur. Une fois prêt, les caractéristiques de comblement sont optimales. Sa dureté est suffisante pour supporter les mouvements de mastication et de morsure tout en facilitant le retrait en larges copeaux au moment souhaité. UltraTemp REZ est recommandé dans les cas de rétention des restaurations provisoires sur implants où sur des restaurations provisoires de plus longue durée. Il est disponible en Fast Set (1 à 2 minutes de prise) et Regular Set (2 à 3 minutes de prise). ◆



ULTRADENT FRANCE

Tél. : +33 472 177 171 – Fax : +33 472 247 042
france@ultradent.com - www.ultradent.fr

THOMMEN MEDICAL FRANCE

La colle PeriAcryl®90 de Glustitch

Thommen France élargit sa gamme de produits et propose aujourd'hui le PeriAcryl®90 haute viscosité qui appartient à la famille des cyanoacrylates.



Ce composé monomère présenté sous forme de flacon, se polymérise très rapidement au contact d'anions et tout spécialement au contact des ions hydroxydes (par la présence d'eau). Il a la propriété d'adhérer aux tissus humides et son action est rapide. Cette colle a une excellente réponse tissulaire sans montrer de réaction toxique ou de rejet. Ses caractéristiques :

- biocompatible et non toxique
- coloration mauve : meilleure visibilité
- dispositif médical approuvé par la FDA, conformité CE
- formule améliorée : 9 fois plus épais que PeriAcryl®90 viscosité standard
- écoulement précis facilitant l'application et limitant la perte
- excellente alternative aux sutures pour la chirurgie des tissus mous. ◆

THOMMEN MEDICAL FRANCE

Tél. : 01 83 64 06 35 – Fax : 03 89 33 52 53
commande@thommenmedical.fr – www.implant-thommen.fr

POLYDENTIA SA

Matrices bombées transparentes

Pour une polymérisation intégrale du composite

Polydentia présente les nouvelles matrices bombées transparentes qui complètent désormais la déjà très large gamme de matrices et coins inter-dentaires transparents. Caractéristiques de cette nouvelle matrice de type Tofflemire :

- en polyester fin : disponible avec deux hauteurs (6,3 mm et 5,5 mm)
- préformée : pour une restauration qui respecte l'anatomie de la dent



- universelle : compatible avec le tendeur ergonomique « Maximat Plus » de Polydentia SA ou avec tout autre système de serrage pour matrice
- complémentaire : idéalement appliquée avec « The Wedge », le coin inter-dentaire transparent disponible en 4 tailles différentes (ultra-fine, fine, moyenne, grande)
- qualité suisse : rapport qualité/prix optimal



Ces produits dentaires transparents assurent une polymérisation intégrale du composite. ◆

POLYDENTIA SA

Tél. ; +41 (0)91 946 29 48 – Fax +41 (0)91 946 32 03
info@polydentia.com - www.polydentia.com

CARESTREAM DENTAL

Carestream Dental annonce l'identité de marque CS

Carestream Dental a annoncé le déploiement d'une importante campagne publicitaire européenne pour présenter sa nouvelle identité institutionnelle. Cette campagne s'appuie sur les 3 piliers qui constituent les valeurs de Carestream Dental : L'excellence diagnostique - L'intégration du travail – Une technologie humanisée. La campagne retracera la richesse de son passé ainsi que l'héritage de confiance apportée successivement par chacune des marques entrées dans Carestream Dental. Cette campagne est soutenue par une démarche stratégique de changement de marque : la société va renommer plusieurs produits sous la marque Carestream Dental par son signe « CS ».

Carestream Dental commercialisait jusqu'à présent ses produits sous diverses marques, notamment PracticeWorks, Kodak, RVG, et Trophy. Bien que reconnus comme des produits de premier rang dans chacune de leur spécialité, ces différentes marques peuvent



masquer aux yeux du public les rapports réels qui existent entre ces produits ainsi que la parfaite intégration de leurs fonctionnalités. Premier produit à porter la marque CS : le CS 9300, cone beam à champ variable, a été lancé avec succès depuis printemps 2011. Suivi du CS 7600, premier système intelligent d'imagerie à plaques, lancé lors du dernier ADF. La plupart des produits du portefeuille seront renommés sous la marque CS tout en conservant leur numéro de modèle. Seuls les films et les produits chimiques seront vendus sous la marque Kodak. Carestream Dental continuera à assurer le support technique et la fourniture de pièces et d'accessoires pour l'ensemble de ces produits. ◆

CARESTREAM DENTAL
www.carestream.com

CHARLY ROBOT

Charlydental 5X

Usineuse numérique 5 axes

Véritable concentré de performances, avec un volume de (L)140 x (P)79 x (H)195 cm, la Charlydental 5X est conçue pour l'usinage intensif du chrome-cobalt et du titane en 5 axes continus, pour la réalisation d'armatures de prothèses fixes, de barres implantaire ou de piliers personnalisés. Cet équipement vient compléter la gamme existante des 3 usineuses 4lab, 4X et 5Lab. La puissance de la broche de 4,0 kW réduit fortement les



temps d'ébauche (CrCo), la vitesse de 50 000 tr/min permet l'utilisation d'outils jusqu'à 0,5 mm de diamètre pour les très petits détails. Elle présente un changeur d'outil automatique 10 positions (ou 15 positions avec le changeur de disques en option), la possibilité d'utiliser soit des matériaux bruts en disques, en blocs (lingots) ou en barres. La lubrification par huile, huile soluble, eau ou à sec (aspiration), lui permet de travailler la zircone pré-frittée, les résines pour provisoires, le disilicate de lithium et même les cires calcinables (châssis pour prothèses mobiles).

Les produits Charlydental traitent automatiquement les fichiers STL ouverts des principaux scanners du marché comme 3shape®, Smart-Optics®, Denta-lings®, Exocad®, AmannGirrbach®, Imetric®... ◆

CHARLYROBOT MECANUMERIC GROUP
Tél. : 04 50 32 80 00 – Fax : 04 50 44 00 41
www.charlyrobot.com

PROTILAB

Opération humanitaire Protilab

Zambie 2012

Sourires d'Afrique

En février dernier, 3 chirurgiens-dentistes bénévoles fraîchement diplômés de l'Université Paris Descartes (Montrouge), Maxime Ghighi, Olivier Le Khac et Yassine Harrichane, se sont envolés vers Lusaka, capitale de la Zambie, pour un projet humanitaire d'une semaine.

Cette ancienne colonie britannique de 12 millions d'habitants, dont 73 % vit en dessous du seuil de pauvreté, fait face à deux véritables fléaux sanitaires : le paludisme et surtout le SIDA (taux de prévalence estimé à 16,5 % des adultes entre 16 et 49 ans). Autant dire que la santé bucco-dentaire n'étant pas la priorité des autorités, la formation de chirurgiens-dentistes et l'offre de soins sont largement insuffisantes par rapport aux besoins de la population.

Ce programme humanitaire a essentiellement consisté à prendre en charge des patients de la « Living Hope Clinic », un établissement offrant l'accès des soins à tous. Nos 3 dentistes ont pu y soigner de nombreux patients en attente de soins urgents, notamment liés à de sévères attaques carieuses qui ont nécessité de nombreuses extractions.

Leur action les a également conduits dans un orphelinat où ils ont pu réaliser des dépistages bucco-dentaires, diffuser un message de prévention à des dizaines d'enfants et leur offrir différents produits de soins dentaires.

Ce projet a été financé intégralement par le laboratoire Protilab, qui consacre chaque année plus de 50 000 € à différentes actions caritatives au profit de personnes en difficulté en France et à l'étranger. ◆



PROTILAB
www.protilab.com

La pemphigoïde cicatricielle : prise en charge en odontologie



Dr Sophie-Myriam DRIDI*

Dr Saskia ORO**

Dr Gentiane MONSEL***



Dr Anne-Laure EJEIL**



Dr Frédéric GAULTIER*

La pemphigoïde cicatricielle (PC) appartient au groupe hétérogène des dermatoses bulleuses auto-immunes. L'adjectif « cicatricielle » est employé car les lésions cutanées ou muqueuses, et notamment oculaires, laissent des cicatrices irréversibles. Elle appartient au groupe des pemphigoïdes des muqueuses, comportant également les atteintes muqueuses de l'épidermolyse bulleuse acquise ou de la dermatose à IgA linéaire.

Rare, son incidence en France serait de 70 nouveaux cas, avec un âge d'apparition aux alentours des 60-70 ans et une prédominance féminine. La cause de la maladie est auto-immune ; les auto-anticorps sont dirigés contre des protéines de la membrane basale dermo-épidermique, et notamment la BP180. La membrane basale, qui assure la cohésion dermo-épidermique, n'est plus ancrée aux kératinocytes. Ces derniers se détachent, générant l'apparition d'une bulle sous-épidermique dont le toit se rompt laissant rapidement place à une érosion.

Les caractéristiques cliniques

Les caractéristiques cliniques de la PC sont assez bien définies. Il s'agit d'une maladie chronique évoluant par poussées. Les formes cliniques sont

variées ; une seule muqueuse peut être la cible du processus auto-immun (formes buccale ou oculaire pures), ou plusieurs muqueuses et/ou la peau peuvent être affectées.

L'atteinte de la muqueuse buccale est prédominante (80 à 90 % des cas) volontiers inaugurale. Les patients consultent le plus souvent pour des douleurs buccales en particulier gingivales associées à l'apparition « d'aphtes » qui ne cicatrisent pas, les empêchant de manger correctement ou de se laver les dents. Cette « gingivite » est réfractaire au traitement conventionnel. Les lésions buccales sont en réalité des érosions post-bulleuses chroniques, dont l'apparition ne peut pas être expliquée par la prise récente d'un médicament ou par un trauma d'origine chimique ou physique. Les érosions sont couramment localisées sur les muqueuses kératinisées (gencive attachée surtout, palais dur), mais peuvent toucher toute la sphère buccale. Concernant la gencive, le tableau clinique est celui d'une gingivite érosive, douloureuse, associée à un indice de plaque élevé (Fig. 1a à 1c et 2a à 2f).

L'atteinte oculaire (50 à 70 % des cas) est préoccupante, elle est décrite comme une conjunctivite chronique d'évolution synéchiante avec menace à terme du pronostic fonctionnel visuel. Lors de la première



Fig. 1a, 1b, 1c : pemphigoïde cicatricielle chez un patient âgé de 65 ans, dont l'expression clinique est uniquement buccale. Présence de plusieurs foyers d'érosion gingivale et de pseudomembrane (toit de la bulle, flèches noires).

Le signe de la pince est positif (avec une précelle de bouche, il est possible de décoller facilement sur plusieurs mm l'épithélium gingival).

L'examen buccal a permis une prise en charge précoce du patient par un médecin hospitalier référent

* Maître de conférences des universités.
Praticien hospitalier groupe hospitalier Albert Chenevier - Henri Mondor, Créteil.
Service d'odontologie

** Maître de conférences des universités.
Praticien hospitalier Bretonneau, Paris. Service d'odontologie

*** Service de dermatologie, hôpital Henri Mondor, Créteil.
Centre de référence des dermatoses bulleuses auto-immunes

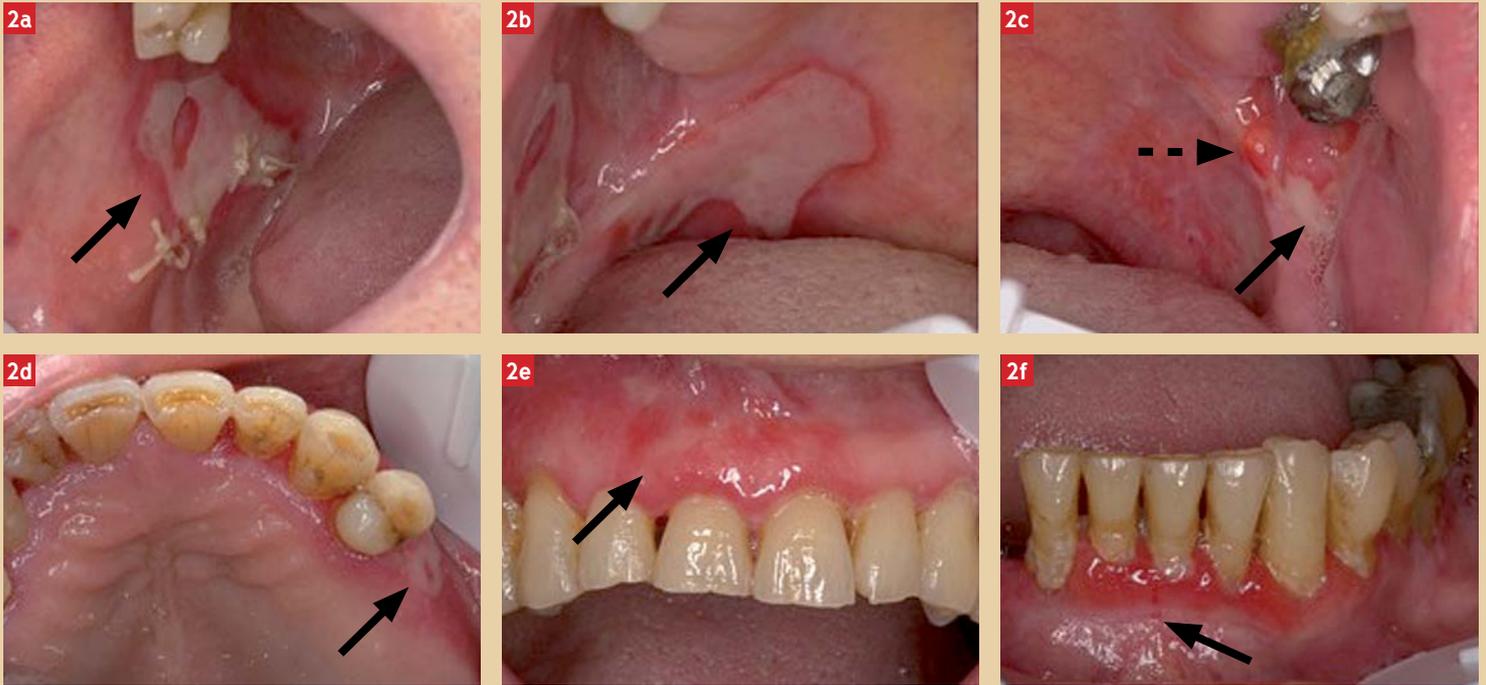


Fig. 2a à 2f : pemphigoïde cicatricielle chez un patient âgé de 72 ans, présentant une atteinte des muqueuses buccales, des muqueuses oculaire et laryngée. Au niveau buccal : présence d'une gingivite érosive, de multiples foyers érosifs et de pseudomembrane au niveau de la gencive, des joues, du palais dur et mou (flèches noires pleines) et d'une bulle (flèche noire pointillée).

consultation, les patients se plaignent de picotements ou de douleur oculaire. La baisse d'acuité visuelle témoigne d'une atteinte déjà sévère.

L'atteinte des muqueuses pharyngo-laryngée (8 à 20 % des cas) et œsophagienne (4 % des cas) provoquent une dyspnée ou une dysphagie avec perte de poids et mettent en jeu le pronostic vital dans les cas sévères.

L'atteinte cutanée (25 % des cas) siège classiquement au niveau de la tête, du cou et du thorax. Les cicatrices sont atrophiques et irréversibles.

L'atteinte génitale et/ou anale (15 % des cas) concerne les deux sexes.

Diagnostic

Quand l'expression clinique initiale de la maladie est buccale, l'odontologiste a un rôle crucial dans l'établissement précoce du diagnostic. L'errance médicale du patient et son contingent de souffrances physiques et morales doivent être évités.

L'entretien médical permet le recueil des données cliniques précisant en outre les antécédents médicaux, les circonstances d'apparition des lésions et l'importance des signes fonctionnels. L'examen clinique buccal révèle l'existence d'érosions muqueuses (en bouche, les bulles sont fugaces et sont rapidement transformées par le décollement du toit de la bulle). Un test clinique caractéristique de la PC, appelé « signe de la pince », permet d'orienter le diagnostic. Il suffit de tirer avec une précelle sur la muqueuse péri-lésionnelle, laquelle se détache facilement sur plusieurs mm en cas de PC (Fig 1a à 1c).

Même si l'examen clinique est essentiel, le diagnostic impose obligatoirement des examens complémentaires. Les principaux sont les suivants :

L'examen anatomo-pathologique et l'immunofluorescence directe

Une biopsie gingivale est réalisée aux limites de l'érosion. Elle est destinée à l'histologie standard qui montre un soulèvement sous-épithélial avec absence d'acantholyse et de nécrose des kératinocytes, ainsi que la présence d'un infiltrat inflammatoire de polynucléaires neutrophiles et/ou éosinophiles dans le conjonctif.

Une autre biopsie est réalisée à distance de la lésion, dans la gencive ou la muqueuse alvéolaire saine non décollée (une fois prélevée, la pièce tissulaire doit être congelée ou placée dans un milieu de survie adéquat comme le milieu de Michel). Elle est destinée à l'immunofluorescence directe qui objective des dépôts linéaires d'IgG et/ou de C3 le long de la membrane basale. Des dépôts d'IgA prédominants orientent plutôt vers une dermatose à IgA linéaire.

L'immunomicroscopie électronique

À ce jour, cet examen est le seul qui permette un diagnostic de certitude. Il est réalisé uniquement dans les laboratoires hospitaliers de référence, avant toute corticothérapie, même locale. Il permet de localiser avec précision les dépôts d'auto-anticorps.

L'immunofluorescence indirecte

Les auto-anticorps circulants sont inconstamment détectés par immunofluorescence indirecte (20 % des cas de PC) et sont à des taux généralement faibles.

Fig. 3a à 3d : pemphigoïde cicatricielle chez une femme de 56 ans, présentant une atteinte buccale et oculaire

3a et 3b : situation avant traitement parodontal et médical : gingivite érosive à plusieurs endroits, prononcée dans le secteur 24-25 où les dents sont couronnées par des prothèses iatrogènes (flèches noires pleines).

3c et 3d : situation 1 an après le traitement médical et parodontal (préparation initiale parodontale incluant l'enseignement d'une technique d'hygiène orale adaptée, des détartrages surfaces radiculaires généralisés non agressifs, la réalisation de prothèses conjointes provisoires pour 24 et 25). La PC n'est toujours pas stabilisée mais l'amélioration de la situation buccale est notable, la patiente ne ressent plus de douleur. Il persiste toutefois des zones limitées d'érosion (flèches noires pointillées).

La thérapeutique prothétique définitive ne pourra être entreprise qu'un an après totale stabilisation de la PC.



Sur peau humaine normale clivée par le NaCl, les dépôts sont fixés au toit ou plus rarement au plancher de la bulle ainsi créée.

Conduite à tenir en odontologie

Dès qu'une PC est cliniquement suspectée, il est possible de réaliser des biopsies pour l'examen histologique standard et l'immunofluorescence directe. Si les résultats confirment l'hypothèse diagnostique de PC, le patient doit être alors impérativement dirigé vers un dermatologue hospitalier référent pour bilan

d'extension et prise en charge thérapeutique. Le traitement de première intention repose sur la dapsonsone. En cas d'atteinte pluri-muqueuse sévère, et notamment oculaire, des immunosuppresseurs sont envisagés. La liste des centres hospitaliers de référence et le protocole national de diagnostic et de soins sont disponibles sur le site www.has-sante.fr et publiés (réf. revue littérature et PNDS Annales Dermatol).

Avant la prise en charge médicale, il est formellement contre-indiqué de prescrire des corticoïdes (locaux ou *per os*) sous peine d'empêcher la réalisation des examens immunologiques complémentaires (faux négatifs lors de la réalisation de l'immunomicroscopie électronique).

En première intention, l'odontologiste doit établir un bilan dentoparodontal qui doit être remis au patient pour le médecin référent.

Une fois la prise en charge médicale effective, l'odontologiste peut proposer des soins de parodontie non chirurgicaux adaptés à la situation clinique (pas de brosse à dents électrique, brossage manuel avec une brosse à dents douce et suivant la technique du rouleau, bain de bouche sans alcool, pas de polissage dentaire après les ultra-sons et le passage des curettes). La prise en charge parodontale permet de réduire significativement les douleurs gingivales et accélère la cicatrisation de la gencive (Fig. 3a à 3d). Les soins de dentisterie peuvent être programmés parallèlement (les anesthésies locales doivent être réalisées le plus lentement possible pour éviter l'apparition de bulles muqueuses). Cependant, tous les actes qui provoquent un frottement des muqueuses buccales sont contre-indiqués pendant la phase évolutive de la PC. Ainsi, la prise d'empreinte et la réalisation d'une prothèse adjointe ne sont pas envisageables tant que la PC n'est pas stabilisée (il faut attendre au moins 1 an de rémission avant de réaliser ces actes). L'odontologiste doit également participer à l'éducation thérapeutique du patient en insistant sur le respect des règles d'hygiène buccodentaire et sur la nécessité d'un suivi parodontal et médical. ♦

Bibliographie

1. C. Bédane, P. Bernard, J. M. Bonnet-Blanc. Dermatoses bulleuses auto-immunes de la jonction. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 98-245-A-10.
2. Bedane C, Prost C, Ingen-Housz-Oro S, Joly P, Bernard P; Centres de référence des maladies bulleuses auto-immunes. Société Française de Dermatologie. [Mucous membrane pemphigoid. Guidelines for the diagnosis and treatment. Centres de référence des maladies bulleuses auto-immunes. Société Française de Dermatologie]. *Ann Dermatol Venerol.* 2011; 138: 259-63.
3. Bédane C, DoffoelHantz V. [Mucous membrane pemphigoid: a review]. *Ann Dermatol Venerol.* 2011; 138: 201-8.
4. C Bedane. Pemphigoïdes des membranes muqueuses. *www.orpha.net* 2007.
5. Maladies bulleuses auto-immunes. Pemphigoïde cicatricielle. Protocole national de diagnostic et de soins pour les maladies rares. *HAS 2011. www.has-sante.fr.*

Consultation spécialisée de dermatologie buccale
Hôpital Bretonneau,
Paris, 01 53 11 14 15
Hôpital Henri Mondor,
Créteil, 01 49 81 21 11
Centre de référence des dermatoses bulleuses auto-immunes,
Tel : 01 49 81 25 07

INAVA

INNOVATION

Bien plus
qu'une brosse
à dents...

INAVA 7/100 DM

1ère brosse à dents

**DISPOSITIF MÉDICAL
STÉRILISABLE**



PARCE QUE
CHEZ CERTAINS PATIENTS,
LE BROSSAGE EST PLUS
QUE DE L'HYGIÈNE,
IL FAIT PARTIE
DU TRAITEMENT !

**Brosse ultra-souple indiquée
chez les patients présentant
certaines lésions
de la muqueuse buccale,
notamment en cas de :**

- Gingivites et parodontites
ulcéro-nécrotiques,
- Lésions desquamatives
érosives,
- Dermatoses bulleuses,
- Mucites radio
ou chimio induites...



Les leucoplasies buccales : des lésions potentiellement malignes



Dr Nathan MOREAU ***



Emilie VAUCARD ****



Dr Anne-Laure EJEIL **



Dr Frédéric GAULTIER *



Dr Sophie-Miriam DRIDI *

Les leucoplasies buccales sont considérées comme les affections potentiellement malignes les plus fréquentes de la cavité buccale. Elles définissent des lésions blanches, non détachables, pouvant apparaître sur toutes les muqueuses (kératinisées ou non kératinisées) et qui ne sont pas rattachées à une maladie connue ou à un traumatisme. Ce terme est donc employé pour distinguer les lésions blanches idiopathiques ou provoquées par le tabac fumé, prisé ou chiqué.

La prévalence des leucoplasies varie de 1 à 11 % selon les régions du monde ; en Europe elle serait inférieure à 4 %. Les hommes sont plus touchés que les femmes et les fumeurs plus que les non fumeurs ;

un individu fumeur a six fois plus de risque de développer une leucoplasie qu'un individu non fumeur. Une relation positive est également établie entre la quantité de tabac consommé et le risque de développer une leucoplasie.

Diagnostic des leucoplasies buccales

Le diagnostic des leucoplasies buccales est clinique, il est posé après avoir écarté toutes les autres hypothèses diagnostiques des lésions blanches (Fig. 1). Il s'agit d'un diagnostic d'élimination. En plus du facteur étiologique, de l'absence de signe

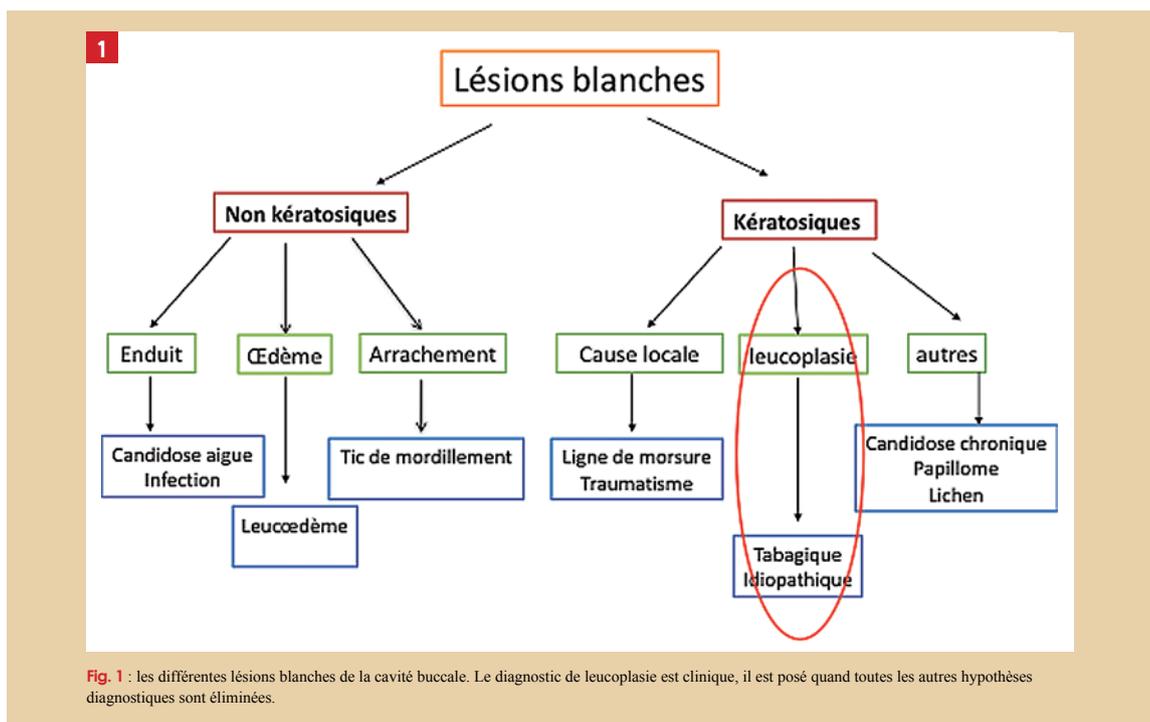


Fig. 1 : les différentes lésions blanches de la cavité buccale. Le diagnostic de leucoplasie est clinique, il est posé quand toutes les autres hypothèses diagnostiques sont éliminées.

Tableau 1

Macule blanche	Lésion blanche plane peu étendue (< 1 cm), bien délimitée, non infiltrée
Plage blanche	Lésion blanche plane étendue (> 1 cm), plus ou moins bien délimitée, non infiltrée
Papule blanche	Lésion blanche surélevée peu étendue (> 1 cm), ferme, bien délimitée, non infiltrée
Plaquette blanche	Lésion blanche surélevée étendue (> 1 cm), ferme, plus ou moins bien délimitée, non infiltrée, pouvant apparaître d'emblée ou résulter de la confluence de plusieurs papules
Excroissance blanche	Protubérance blanche dont la surface peut présenter différents aspects

Tableau 1 : les lésions élémentaires des leucoplasies

* Maître de conférences des universités.
Praticien hospitalier groupe hospitalier Albert Chenevier - Henri Mondor, Créteil. Service d'odontologie

** Maître de conférences des universités.
Praticien hospitalier Bretonneau, Paris. Service d'odontologie

*** Interne des hôpitaux de Paris, hôpital Bretonneau Paris, service d'odontologie

**** Étudiante en DCEO 3, hôpital Bretonneau Paris, service d'odontologie

fonctionnel (les leucoplasies sont asymptomatiques) et de l'ancienneté des lésions, cinq paramètres principaux sont à prendre en compte.

La topographie des lésions

Toutes les muqueuses buccales peuvent être concernées par le processus pathologique mais les sites les plus couramment atteints sont les lèvres, le palais, la langue, le plancher buccal, les joues et la gencive vestibulaire. **La face ventrale de la langue et le plancher buccal sont considérés comme des sites à risque élevé de transformation maligne.**

La morphologie des lésions

La lésion élémentaire, traduisant le processus lésionnel initial, peut être une macule, une plaque, une papule, une plaque ou une excroissance (Tableau 1).

La distribution des lésions

L'examen clinique peut mettre en évidence une ou plusieurs lésions multifocales, isolées ou associées.

Le degré d'inhomogénéité

Ce critère est essentiel car il conditionne le pronostic et la démarche thérapeutique. Une lésion blanche est dite homogène si aucune variation n'existe concernant sa couleur et/ou son épaisseur (Fig. 2 et 3). À l'inverse, une lésion blanche est dite inhomogène si elle présente des zones d'épaisseur différente ou si la partie blanche est associée à un érythème, une érosion ou une ulcération (Fig. 4 à 8). Une érosion est une perte de substance superficielle sans destruction du chorion sous-jacent. Une ulcération est une perte de substance profonde intéressant tout ou partie du chorion.

Les leucoplasies inhomogènes sont de moins bon pronostic que les leucoplasies homogènes car elles



Fig. 2 : leucoplasie homogène idiopathique (patiente non fumeuse). Plaque blanche sur la muqueuse alvéolaire débordant sur la crête édentée, secteur postérieur gauche. La prothèse amovible complète est parfaitement ajustée.

Fig. 3 : leucoplasie homogène d'origine tabagique. Papule en zone pelvi-linguale gauche.



Fig. 4 et 5 : leucoplasie inhomogène (en épaisseur), pluri-focale, étendue, d'origine tabagique. Plaque blanche présentant des zones d'épaisseur variable sur la face ventrale de la langue et le plancher buccal secteur antérieur + papules blanches sur la pointe et le bord latéral gauche. Une première biopsie ne révélera pas de dysplasie. Une surveillance régulière clinique et histologique (à la moindre modification clinique) est instaurée (au moins tous les 6 mois).



Fig. 6 : leucoplasie inhomogène associant une plaque blanche et une ulcération en zone pelvi-linguale gauche ; la biopsie révélera une dysplasie sévère

Fig. 7 : leucoplasie inhomogène associant une plaque blanche et des petites zones d'érosion en zone pelvi-linguale droite ; la lésion est indurée à la palpation, la biopsie révélera un carcinome épidermoïde

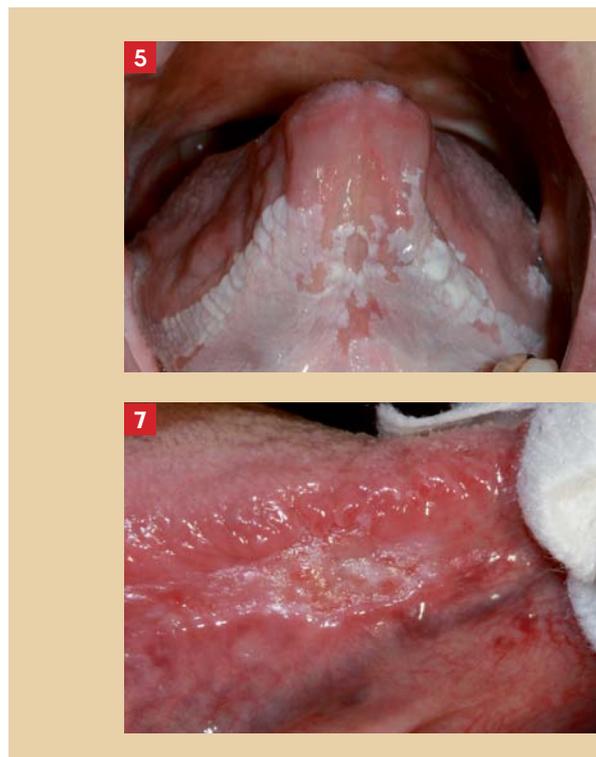


Fig. 8 : leucoplasie homogène au niveau du voile du palais à gauche sous la forme d'une plaque blanche et leucoplasie inhomogène au niveau d'une ancienne plaie d'extraction secteur 28 sous la forme d'une excroissance présentant une surface papillomateuse ; l'exérèse de cette dernière lésion révélera un carcinome *in situ*

Fig. 9 : leucoplasie inhomogène en épaisseur au niveau de la gencive vestibulaire de 15

Fig. 10 : situation après 1 an de sevrage tabagique ; la lésion leucoplasique a très nettement régressé ; la surveillance clinique reste cependant impérative



présentent un risque de transformation maligne plus élevé.

La présence d'une induration (durcissement de la muqueuse dévoilé par la palpation)

Ce signe clinique est péjoratif, il traduit un envahissement cellulaire du chorion donc la transformation d'une leucoplasie en cancer.

Histologiquement, la lésion leucoplasique ne présente pas de spécificité. L'aspect histologique est comparable quelle que soit l'origine de la leucoplasie (tabagique ou idiopathique) et ne permet pas de distinguer une leucoplasie d'une lésion blanche d'origine traumatique. La couleur blanche correspond à une hyperkératose (augmentation de la couche épithéliale ortho ou para-kératinisée pour les muqueuses physiologiquement kératinisées comme le palais, la gencive et la face dorsale de la langue ; apparition d'une couche épithéliale ortho ou para-kératinisée pour les muqueuses physiologiquement non kératinisées comme les joues, la face ventrale de la langue et le plancher buccal).

Évolution des leucoplasies buccales

L'évolution des leucoplasies buccales n'est pas prévisible et dépend de nombreux paramètres liés à la personne. De grandes tendances peuvent néanmoins se dégager.

Une leucoplasie idiopathique peut régresser sans raison apparente. Elle peut aussi s'étendre ou se modifier comme la plupart des leucoplasies d'origine tabagique (hors contexte de sevrage).

Le risque de transformation en carcinome n'est pas négligeable. L'incidence de la transformation maligne des lésions leucoplasiques se situe entre 0,1 et 17 % selon les études.

Le tabagisme associé à l'alcoolisme augmente significativement la probabilité d'apparition d'un carcinome.

Ainsi, l'apparition d'une douleur, d'une adénopathie, d'une induration, d'une modification de la texture, de l'aspect, du relief et de l'étendue de la lésion blanche initiale doit faire craindre une transformation cancéreuse et impose une biopsie pour rechercher au mieux une dysplasie (Tableau 2), au pire un carcinome (Fig. 9 et 10).

Toutefois, il est important de noter que la dysplasie n'est pas une condition nécessaire à la transformation maligne, cette dernière peut apparaître en l'absence de dysplasie. De même, un carcinome peut apparaître d'emblée sur une leucoplasie homogène ou sur une muqueuse saine sans modification tissulaire intermédiaire.

Conduite à tenir

La prise en charge des leucoplasies repose sur une démarche thérapeutique simple mais qui doit être systématique.

L'incitation au sevrage tabagique est essentielle. Les experts en cancérologie sont unanimes, le sevrage tabagique augmente les chances de réversibilité des leucoplasies.

La surveillance clinique est constante, les caractéristiques de la lésion initiale doivent être notées dans

Tableau 2

Dysplasie légère	Trouble ne dépassant pas le tiers de la hauteur de l'épithélium. Atypies cellulaires discrètes, mitoses normales.
Dysplasie modérée	Trouble intéressant plus du tiers et jusqu'à 70 % de la hauteur de l'épithélium. Atypies cellulaires modérées, mitoses normales ou anormales.
Dysplasie sévère Carcinome <i>in situ</i>	Trouble > à 70 % de la hauteur de l'épithélium. Atypies cellulaires marquées, mitoses souvent anormales. Le terme carcinome <i>in situ</i> est employé quand toute la hauteur de l'épithélium est atteinte mais en présence d'une membrane basale encore intacte.

Tableau 2 : les degrés de la dysplasie (trouble de la différenciation cellulaire). Le degré de dysplasie est déterminé par rapport à la hauteur de la zone épithéliale affectée, de l'importance des atypies cellulaires et de l'aspect des mitoses

le dossier du patient afin de pouvoir détecter toute modification des données au cours du temps.

Une biopsie est indiquée au moindre doute (surveillance histologique). Ses indications sont les suivantes :

- leucoplasie idiopathique
- leucoplasie homogène d'origine tabagique de plus de 3 cm ou ne régressant pas malgré un sevrage (au moins 3 mois d'arrêt)
- leucoplasie inhomogène
- modification clinique d'une leucoplasie entre deux séances de contrôle

La présence d'une dysplasie (modérée ou sévère) ou d'une infiltration cellulaire dans le chorion impose d'orienter le patient vers un service hospitalier de stomatologie ou de chirurgie maxillo-faciale.

Dans ces situations histologiques, l'exérèse chirurgicale de la leucoplasie, l'analyse anatomopathologique de tout le prélèvement et la surveillance au long cours (le risque de récurrence existe) sont indiqués.

Conclusion

Le chirurgien-dentiste doit être attentif à la présence et à l'évolution des leucoplasies. Sa responsabilité médicale est pleinement engagée.

Un examen clinique systématisé et une surveillance régulière permettent une détection et une prise en charge précoce de ces lésions considérées comme fréquentes et potentiellement malignes. ◆

Bibliographie

1. Tobacco-induced changes in oral leukoplakic epithelium. JJ Pindborg, J Reibel, B Roed Peterson, FS Mehta. *Cancer* 1980 ; 45 : 2330-2336.
2. Tobacco Use and Oral Leukoplakia. J Bánóczy, Z Gintner, C Dombi. *J Dental Education* 2001 ; 65 : 322-327.
3. Systematic review of randomized trials for treatment of oral leukoplakia. G Lodi, A Sardella, C Bez, F Dermarosi, A Carrasi. *J Dent Educ* 2002 ; 66 : 896-902.
4. Epidemiological and clinicopathological study of oral leukoplakia. M Mishra, J Mohanty, S Sengupta, S Tripathy. *Indian J Dermatol Venerol Leprol.* 2005 ; 71 : 161-165.
5. Lésions blanches de la cavité buccale, diagnostics anatomo-cliniques et controverses. S Boisnic, H Szpirglas, S Haddad Roche. *Bulletin de la division Française de l'AIP* 2006 ; 44 : 36-48.
6. Management of potentially malignant disorders evidence and critique. G Lodi, S Porter. *J of Oral Pathol Med* 2008 ; 37 : 63-69.
7. Potentially malignant disorders of the oral and pharyngeal mucosa, terminology, classification and present concepts of management. I Van der Waal. *Oral Oncol* 2009 ; 45 : 317-323.
8. Affections potentiellement malignes de la muqueuse buccale : nomenclature et classification. L Ben Slama. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2010 ; 111 : 208-211.

Consultation spécialisée de dermatologie buccale

Hôpital Brefonneau, Paris, 01 53 11 14 15

Hôpital Henri Mondor, Créteil, 01 49 81 21 11

Disponible en pharmacie fin Mai 2012

OlivaFix
Crème fixative dentaire révolutionnaire

Préférez-vous une crème aux huiles issues de la pétrochimie ou à l'huile d'olive ?

Maintenant une alternative plus saine



OLIVAFIX

12H de Forte Adhérence* - Ultra Soyeuse

plus

UNE APPROCHE SANTE

Toute application d'une crème fixative implique une absorption de cette crème par l'organisme. C'est pourquoi nous avons remplacé les huiles issues de la pétrochimie par une alternative saine et reconnue pour ses propriétés** : "L'HUILE D'OLIVE"

- ✓ Crème soyeuse à effet pansement protecteur de la gencive
- ✓ Sans huile issue de la pétrochimie
- ✓ Sans Zinc, sans conservateur, et sans colorant
- ✓ Hypoallergénique
- ✓ Goût neutre
- ✓ Testé cliniquement



Distribué par:



Disponible en pharmacie
Code ACL: 5172906

FABRICATION SUISSE

Un produit BONYPLUS®



* Dépend du type d'appareil

** Riche en vitamines E et D, provitamine A & acide oléique, antibactérienne & anti-candidose

Carcinome épidermoïde de la cavité buccale



Dr Anne-Laure EJEIL

■ Maître de conférences des universités.
Praticien hospitalier Bretonneau, Paris.
Service d'odontologie



Dr Frédéric GAULTIER

■ Maître de conférences des universités.
Praticien hospitalier groupe hospitalier Albert Chenevier - Henri Mondor, Créteil.
Service d'odontologie



Dr Sophie-Myriam DRIDI

■ Maître de conférences des universités.
Praticien hospitalier groupe hospitalier Albert Chenevier - Henri Mondor, Créteil.
Service d'odontologie

Consultation spécialisée de dermatologie buccale

Hôpital Bretonneau, Paris, 01 53 11 14 15

Hôpital Henri Mondor, Créteil, 01 49 81 21 11

Introduction

En France environ 7 500 nouveaux cas de cancers de la cavité buccale sont diagnostiqués par an. Ils se placent au 5^e rang chez l'homme et au 14^e rang chez la femme. L'âge moyen d'apparition est entre 50 et 60 ans. La survie à 5 ans reste inchangée malgré les progrès de la prise en charge des patients ; elle est de 38 % pour les hommes et de 53 % pour les femmes (InVs). La principale raison de cette faible survie est probablement liée au diagnostic tardif de ces tumeurs peu symptomatiques à un stade précoce. Une détection précoce pourrait réduire l'incidence ainsi que la mortalité car le taux de survie à 5 ans est directement lié au stade au diagnostic (Neville et al, 2002). Les principaux facteurs de risque sont bien connus : le tabac et l'alcool en sont les chefs de file. À l'histologie, 90 % des cancers de la cavité buccale sont des carcinomes épidermoïdes (Johnson et al, 2005). Les autres diagnostics sont principalement les cancers des glandes salivaires et les hémopathies.

Diagnostic

Le diagnostic de carcinome épidermoïde est anatomo-pathologique. Sur le plan médico-légal, seul un résultat histologique permet de poser le diagnostic. La démarche clinique qui permet d'établir un diagnostic se compose de l'anamnèse et de l'examen clinique. Elle aboutira à la

décision de réaliser ou non une biopsie afin de confirmer ou d'infirmar la ou les hypothèses diagnostiques.

L'anamnèse

C'est le recueil de toutes les informations concernant le patient (Gorin C et col 2010). L'enquête médicale s'attardera sur les pathologies du patient et ses médicaments. Une attention particulière sera portée aux facteurs de risque inhérents aux cancers de la cavité buccale comme la consommation actuelle ou passée de tabac et d'alcool (Dridi SM et col 2008, Dridi SM et col 2010). L'histoire de la lésion buccale sera détaillée : date d'apparition de la lésion, symptomatologie associée (douleur, saignement, dysphagie, dysphonie, trismus, perte de la mobilité de la langue ou déviation à la protraction...), traitements locaux ou généraux entrepris, existence d'une lésion à risque de transformation.

L'examen clinique

Il doit être rigoureux et minutieux. Il comprend un examen exobuccal, à la recherche d'adénopathies, et un examen endobuccal (Ejeil AL 2008). La lésion sera rapportée sur un schéma éclaté de la bouche et toutes ces données seront consignées dans le dossier médical du patient (Bernard JP et col 1997).

Certains signes doivent tout particulièrement alerter le praticien. Une lésion qui ne disparaît pas après élimina-

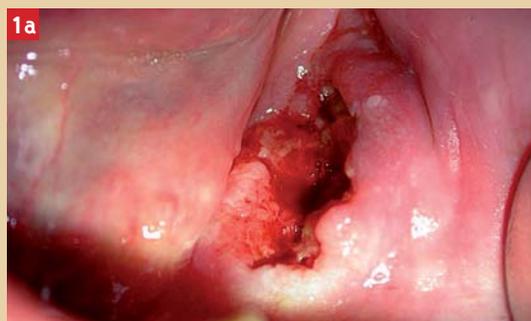


Fig. 1 : forme végétante d'un carcinome épidermoïde de la crête édentée mandibulaire gauche chez une patiente de 75 ans porteuse d'une PAP mandibulaire



Fig. 2 : ulcération palatine chez une patiente de 65 ans qui saigne au contact : carcinome épidermoïde



Fig. 3 : adénopathie sous-angulo-mandibulaire chez un patient atteint d'un carcinome épidermoïde pelvi-mandibulaire

Tableau

Peu symptomatique	Le diagnostic doit être évoqué devant tout symptôme unilatéral et persistant, en particulier devant une adénopathie cervicale isolée
Intoxication alcoolo- et/ou tabagique	Principal facteur de risque Son absence ne doit pas faire éliminer le diagnostic
Inspection et palpation systématique	Endobuccales Des aires ganglionnaires
Recherche d'une lésion ulcérée	Bords surélevés Base indurée Évolutive Saignant au contact Biopsie

Tableau : points clés des cancers de la cavité buccale

tion du facteur supposé doit être considérée comme suspecte (Fig. 1a et 1b) surtout si elle s'est modifiée dans le temps ; une lésion qui devient inhomogène, qui devient symptomatique alors qu'elle ne l'était pas à son début (Fig. 2), l'apparition d'une induration, d'un saignement ou d'une adénopathie (Fig. 3).

Formes cliniques des cancers épidermoïdes

Classiquement, le carcinome épidermoïde est décrit comme une lésion ulcérée avec des bords surélevés, éversés plus ou moins réguliers. La lésion repose sur une base indurée qui dépasse ses limites et le fond saigne au contact (Fig. 4). Cette description clinique ne rend compte que d'une partie des formes cliniques possibles. Elle est surtout synonyme d'un stade relativement avancé de la lésion. Des lésions sous formes bourgeonnantes ou végétantes peuvent exister, elles sont plus rares et se présentent sous la forme d'un nodule exophytique (Fig. 5) en relief par rapport à la muqueuse saine adjacente. La forme ulcéro-végétante associe une ulcération à une lésion bourgeonnante (Fig. 6).

À côté de ces formes existent des formes fissuraires ou infiltrantes plus difficiles à diagnostiquer.

Toutes les muqueuses buccales peuvent être atteintes avec une préférence pour les 2/3 antérieurs de la langue et le plancher buccal.

Conduite à tenir

Face à une lésion présentant toutes les caractéristiques cliniques d'un carcinome épidermoïde, le praticien devra orienter son patient vers un service spécialisé (Tableau). Une biopsie ne doit pas être réalisée par le praticien. L'oncologue à qui sera adressé le patient réalisera un bilan d'extension comprenant des radiographies (panoramique, des poumons, scanner et IRM), une panendoscopie au cours de laquelle sera réalisée une biopsie, une échographie hépatique (les patients sont souvent des malades alcooliques) et un bilan de l'état général (Girod A et col 2008).

Conclusion

Le chirurgien-dentiste est en première ligne pour détecter les cancers de la cavité buccale. Sa responsabilité est

engagée lorsqu'il passe à côté d'une lésion cancéreuse car le pronostic du patient peut être aggravé du fait du retard diagnostique. Des données américaines, reprises par l'Institut National du Cancer, montrent un taux de survie à 82,7 % pour un cancer localisé, à 54,3 % pour un cancer avec une atteinte régionale et à 31,8 % pour un cancer métastaté (rapport de l'INCa 2010). D'où l'importance d'une détection précoce de ces lésions malignes voire à un stade de lésions « précancéreuses ».

Bibliographie

1. Ferlay J., Parkin D.M., Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer* 2010 ;46(4):765-81.
2. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin* 2002 Jul ;52 (4):195-215.
3. Johnson N, Franceschi S, Ferlay J, et al. Tumours of the oral cavity and oropharynx - Squamous cell carcinoma. In : Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. *Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours*. Lyon : World Health Organization ; IARC Press ; 2005. p. 168-75.
4. Bernard JP, Carrel JP, Kuffer R. Démarche diagnostique en médecine buccale. *Réalités cliniques* 1997 ; 8 (2) : 115-124.
5. Gorin C, Dridi SM, Wierzbica CB, Ejeil AL. L'enquête médicale en odontostomatologie : nécessité, applications, obligations. *AOS* 2011 ;253.
6. Dridi SM, Gaultier F. Facteurs de risque et cancers de la bouche : l'impact des facteurs exogènes. *AON*. 2008 ; 117 : 7-10.
7. Dridi SM., Gaultier F., Maire T., Ejeil AL. Cancer de la bouche et tabac : un lien indiscutable. *AON* 2010 ; 137 : 28-30.
8. A.L Ejeil, S.M Dridi. L'examen clinique des muqueuses buccales. Examen systématique de la muqueuse buccale : comment faire ? *ROS* ; 2008 ; 37 (3) : 238-240.
9. Girod A, Jouffroy T., Rodriguez J. Traitements des cancers de la cavité buccale. *AON*. 2008 ; 117 :20-22.
10. Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux. *Collection Rapports & synthèses INCa* 2010.



Fig. 5 : modification de la lésion ulcérée : Fig. 1, 3 semaines après



Fig. 4 : forme ulcérée d'un carcinome épidermoïde de la joue gauche chez un patient de 78 ans



Fig. 6 : forme ulcéro-végétante d'un carcinome épidermoïde du plancher buccal et de la face ventrale de la langue chez une patiente de 65 ans



Dr Ihsene TAIHI ****



Dr Stéphane MILLIEZ **



Dr Anne-Laure EJEIL **



Dr Frédéric GAULTIER *



Dr Sophie-Miriam DRIDI *

Candidose buccale : diagnostic et prise en charge

Introduction

L'incidence des infections fongiques a significativement augmentée ces dernières années. Ceci est dû à l'avènement de nouvelles médications antibiotiques et à la prise d'immunosuppresseurs chez les patients transplantés ainsi que l'augmentation de la survie des patients immunodéprimés. Les mycoses buccales les plus fréquentes sont les candidoses.

Les candidoses buccales, généralement bénignes, se présentent sous différentes formes cliniques. Chez certains patients, ces infections fongiques peuvent s'avérer plus sérieuses, notamment pour les patients immunodéprimés ; la candidose devient alors systémique, passant par des formes intermédiaires chroniques et extensives. Elle peut engager le pronostic vital du patient.

Le chirurgien-dentiste, souvent confronté aux infections dans sa pratique quotidienne, doit savoir diagnostiquer une candidose et la prendre en charge.

Définition

La principale espèce de levure est le *Candida*, dont l'agent pathogène le plus retrouvé est le *Candida albicans* (isolé dans plus de 80 % des lésions) ; plus rarement : *C. krusei*, *C. parakrusei*, *C. guilliermondii*, *C. pseudotropicalis*.

Les *Candida* sont saprophytes du tube digestif, muqueuses et peau et colonisent la flore buccale de la majorité des sujets sains.

Démarche diagnostique

Rechercher les facteurs de risque

Certains facteurs favorisent le passage du *Candida albicans* du saprophytisme au parasitisme, en perturbant la flore commensale.

Les *Candida* vont proliférer et envahir l'épithélium. Dans certains cas sévères, ces levures traversent le tissu conjonctif et les parois capillaires pour se disséminer dans l'organisme.

- diabète : l'augmentation des carbohydrates favorise l'adhésion des *Candida* à l'épithélium : le diabète mal équilibré favorise l'hyposialie et réduit le pH salivaire
- dénutrition et hypovitaminose : déficit en fer, déficit en vitamine C et B (réduction des défenses et de l'intégrité des muqueuses orales)
- immunodéficience et VIH : l'infection candido-

sique est appelée opportuniste, car elle est associée à ce terrain particulier

- cancer : chimiothérapies et radiothérapies induisent des mucites ; la neutropénie prolongée favorise l'apparition de ces lésions
- antibiothérapie à spectre large : l'antibiothérapie réduit les bactéries commensales au profit du *Candida*
- certains médicaments : la corticothérapie, les immunosuppresseurs génèrent une perturbation de la flore orale
- hyposialie/asialie : physiologique chez les personnes âgées ; pathologique liée à un syndrome sec ou à des traitements médicamenteux : antidépresseurs, anticholinergiques... très largement prescrits ; la réduction du flux salivaire contenant des agents antifongiques : immunoglobulines, lysozymes... favorise la candidose
- grossesse : modification hormonale
- port de prothèses : prolongé, mauvaise hygiène ; ceci réduit l'effet salivaire et permet au *Candida* d'adhérer aux surfaces de résines
- diminution de la dimension verticale d'occlusion (DVO)

Rechercher les signes cliniques

La candidose est généralement asymptomatique. Le patient peut cependant présenter une sensation de sécheresse buccale dans les stades initiaux des candidoses aiguës, des douleurs de type cuisson associée à un goût métallique et une gêne à la mastication voire à une dysphagie. Les symptômes diminuent au bout de 2 à 3 jours.

Reconnaître les formes cliniques, rechercher une lésion élémentaire

Formes aiguës

Pseudomembraneuse dite « muguet »

C'est la forme la plus fréquemment rencontrée, elle touche les enfants et les personnes âgées, les patients traités par chimio/radiothérapie et les patients immunodéprimés.

Elle se présente sous forme de stomatite érythémateuse avec apparition rapide de plaques blanches confluentes détachables à l'abaisse-langue (pseudomembranes) qui découvrent une muqueuse érythémateuse parfois hémorragique (Fig. 1).

La phase initiale, qui dure 2 à 3 jours, est caractérisée par un érythème diffus, suivi d'une phase d'état avec apparition de granulations blanchâtres qui confluent.

* Maître de conférences des universités.
Praticien hospitalier groupe hospitalier Albert Chenevier - Henri Mondor, Créteil.
Service d'odontologie

** Maître de conférences des universités.
Praticien hospitalier Bretonneau, Paris. Service d'odontologie

*** Praticien attaché groupe hospitalier Albert Chenevier Henri Mondor, Créteil, service d'odontologie

**** Interne en odontologie groupe hospitalier Albert Chenevier Henri Mondor, Créteil

Les signes fonctionnels réduisent avec l'apparition des pseudomembranes.

Cette forme répond généralement bien au traitement et peut guérir sans y avoir recours, mais avec un risque de passage à la chronicité et d'extension.

Forme érythémateuse

Le diagnostic est moins évident. Les macules rouges sont fréquemment retrouvées au niveau de la face dorsale de la langue, au niveau du palais, pas de plaques blanches. On retrouve cette forme chez les patients sous antibiothérapie prolongée à large spectre.

Formes chroniques

Hyperplasique (ou granulome moniliasique)

Elle présente un aspect pseudo-tumoral, une lésion blanche surélevée, adhérente, avec ou sans érythème, homogène unique ou des nodules multiples. Elle est souvent localisée sur la face interne des joues dans la zone rétro-commissurale (Fig. 2) et moins retrouvée sur la face dorsale de la langue ou le palais.

Perlèche (chéilite angulaire)

Localisée préférentiellement au niveau de la commissure mais également sur le vermillon, la perlèche revêt un aspect érythémateux parfois ulcéré sous forme de fissure. Elle se prolonge en arrière au niveau de la muqueuse rétro-commissurale et la face interne des joues. Volontiers bilatérale et récidivante, il existe des localisations unilatérales. La perlèche est généralement associée à un tableau d'hypovitaminose, d'hyposialie et de diminution de la DVO.

Glossite losangique médiane

Généralement asymptomatique, elle se situe en avant du V lingual, zone médiane dépapillée, plane, plus ou moins indurée en superficie. Une ouranite caractérisée par une plage érythémateuse palatine en « miroir » est souvent observée.

Prothétique

Elle présente un aspect muqueux rouge vif avec une surface veloutée rarement cartonnée. De petites vésicules confluentes et des érosions apparaissent dans les cas sévères (Fig. 3). Cette forme est à distinguer d'un simple érythème sous-prothétique due à une prothèse iatrogénique.

La langue noire vilieuse

Associée à tort aux candidoses, il s'agit d'une oxydation des papilles filiformes de la face dorsale de la langue, avec hyper-kératinisation (Fig. 4). Des lésions candidosiques y sont rarement retrouvées.

Les diagnostics différentiels doivent être posés : kératoses tabagique, lichen plan... Les formes érythémateuses sont à différencier des brûlures, lichen érosif, anémie...



Fig. 1 : candidose aiguë palatine caractérisée par des dépôts blanchâtres détachables laissant apparaître une fibro-muqueuse palatine érythémateuse

Fig. 2 : kératose chronique rétro-commissurale typique d'un foyer candidosique chronique, en dehors d'une poussée aiguë

Fig. 3 : candidose sous-prothétique

Fig. 4 : langue vilieuse noire avec surinfection candidosique après traitement antibiotique amoxicilline + acide clavulanique de 3 semaines

Examens complémentaires

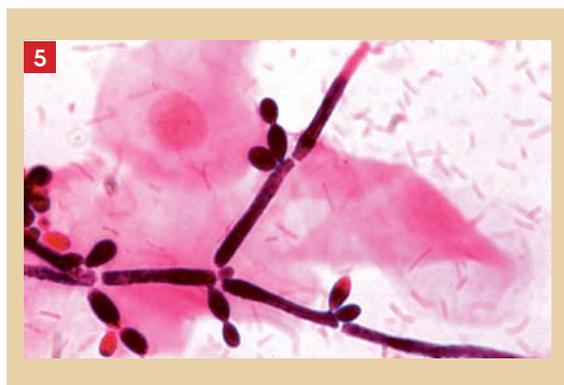
Examen histologique

L'examen histologique n'est pas systématiquement indiqué. Il révèle une acanthose (augmentation de l'épaisseur des couches épithéliales), avec invasion par des hyphes mycéliens. La présence de ces filaments mycéliens est mise en évidence par des colorations comme le PAS (Periodic Acid Schiff) (Fig. 5).

Examen mycologique

Le prélèvement est réalisé par écouvillonnage afin de mettre en évidence le *Candida* par examen direct et culture.

Fig. 5 : filaments et spores de *Candida albicans* à l'examen direct d'un frottis après coloration à l'acide périodique Schiff



- L'examen direct au microscope, sans fixation, avec coloration Gram ou MGG (May Grunwald Giemsa) révèle les levures, de petites cellules de 2 à 4 microns, ovales ou bourgeonnantes, accompagnées ou pas de filaments mycéliens.
- La culture en milieu spécifique nous permet un comptage des colonies qui doit être supérieur à 30 pour confirmer le diagnostic.
- La réalisation d'un antifongogramme reste exceptionnelle. Cet examen est indiqué pour les formes atypiques, chroniques, les lésions récidivantes ou résistantes aux traitements antifongiques de première intention.

Traitement

L'objectif premier consiste à supprimer ou moduler le facteur de risque :

- général : traitement antibiotique, corticothérapie, nutrition, diabète non équilibré...
- local : hyposialie, asialie, mauvaise hygiène bucco-parodontale, inadaptation prothétique... auquel on adjoint une prescription antifongique locale ou systémique, d'autant plus qu'il existe un contexte général (HIV, transplantation...)

Prescription locale : sous forme de gel, suspension buvable ou pastille

Il existe deux familles principales :

- les polyènes (dérivés des actinomycètes)
Les polyènes agissent sur la membrane plasmique des *Candida* en diminuant la perméabilité membranaire de ces cellules. Leur spectre d'action est large. Les résistances sont rares mais peuvent survenir lors de traitement prolongé chez les patients immunodéprimés.
- les azolés (synthétiques)
Les azolés agissent sur la synthèse de la membrane du *Candida*. Leur spectre d'action est très large, en application locale, leur concentration est très importante et ils ont une action sur les bactéries

Gram + cocci. Les résistances sont très exceptionnelles et rares.

Si le diagnostic est confirmé, on prescrit l'une des molécules suivantes :

- Amphotéricine B : (Fungizone)
De la famille des polyènes, son spectre antifongique est large.
Voies d'administration : administrée en *per os*, non toxique, elle ne traverse pas la muqueuse buccale et digestive.
Posologie : suspension buvable (100 mg/ml) 10 % : 3 à 4 cuillérées à café en bain de bouche pendant 15 à 20 jours.
- Miconazole : (Daktarin®)
Il s'agit du premier azolé utilisé comme antifongique. Le miconazole a une action locale sur les candidoses, mais plusieurs interactions médicamenteuses sont à prendre en compte : les AVK, les hypoglycémiantes (sulfamides), femme enceinte et allaitant.
Il a plusieurs effets indésirables : diarrhées, nausées, hallucinations.
Il existe sous forme de gel buccal : Daktarin® 2 % à garder en bouche pour augmenter son efficacité ; ou de gélules (125 mg) pour les candidoses digestives, 1 à 2 g par jour en 3 à 4 prises.

Prescription systémique

Dans les cas de lésions muqueuses étendues, inaccessibles au traitement local, qui surviennent dans un contexte de déficit immunitaire génétique ou acquis, le recours à des traitements antifongiques systémiques est indiqué.

Conclusion

Les candidoses buccales sont des infections très fréquentes qui nécessitent une attention particulière de l'omnipraticien, le diagnostic est souvent clinique, guidé par les éléments du questionnaire médical et de l'examen clinique. Il nécessite parfois un examen mycologique voire histologique pour les formes atypiques et récidivantes. Le traitement de ces lésions est souvent local, dans certains cas d'immunodépression importante on associe un traitement systémique. ♦

Bibliographie

1. S. Agbo-Godeau, A. Guedj ; Mycoses buccales, EMC 2005 Elsevier SAS.
2. David W. Williams, Tomoari Kuriyama, Sonia Silva, Sladjana Malic & Michael A. O. Lewis ; Candida biofilms and oral candidosis : treatment and prevention ; *Periodontology* 2000, Vol. 55, 2011, 250-265.
3. Vigué-Vallanet C. Traitements antifongiques en dermatologie. *Encycl. Méd. Chir.* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Dermatologie, 98-906-A-10, 2001, 16 p.

Consultation
spécialisée de
dermatologie buccale

Hôpital Bretonneau,
Paris, 01 53 11 14 15

Hôpital Henri Mondor,
Créteil, 01 49 81 21 11

PROMOTION VALABLE JUSQU'AU 30 JUIN 2012

~~3020 € TTC~~
2400 € TTC
 SEULEMENT

Retrouvez-nous au
 Dental Laser Academy
 31 mai 2012



**GRANDE MANIABILITÉ
 GRANDE PRÉCISION
 MAIS**

**PETIT
 PRIX!**

**LA PERFORMANCE
 EN TOUTE SIMPLICITÉ !**

Sapphire®

PORTABLE DIODE LASER

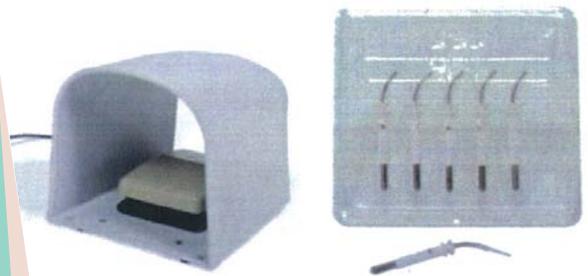
L'IMPORTANCE DU STM

Le laser à diode portable vous donne la possibilité d'effectuer des incisions précises et très peu invasives, ce qui minimise les saignements et améliore le temps de guérison. Vous pourrez effectuer jusqu'à 20 types de soins différents, tels que :



LES PLUS TECHNIQUES

- + Laser portable de classe 4
- + **Puissance continue de 3 W**
- + **Puissance maxi de 5 W** (impulsion)
- + Durée d'impulsion 0,125 s
- + Fréquence en mode impulsion 4 Hz
- + Longueur d'onde 808 nm (+/- 5 nm)



Pédale au pied (optionnel)

Embouts à usage unique

Sapphire Portable Diode Laser est un produit DenMat Holding LLC



Dr Hélène MEURISSE

■ Interne en odontologie
groupe hospitalier Albert
Chenevier Henri Mondor,
Créteil



Dr Thibault MAIRE

■ Assistant hospitalo-
universitaire groupe
hospitalier Albert Chenevier
Henri Mondor, Créteil,
service d'odontologie



Dr Stéphane MILLIEZ

■ Praticien attaché groupe
hospitalier Albert Chenevier
Henri Mondor, Créteil,
service d'odontologie



Dr Frédéric GAULTIER

■ Maître de conférences des
universités.
Praticien hospitalier groupe
hospitalier Albert Chenevier
- Henri Mondor, Créteil.
Service d'odontologie



Dr Sophie-Myriam DRIDI

■ Maître de conférences des
universités.
Praticien hospitalier groupe
hospitalier Albert Chenevier
- Henri Mondor, Créteil.
Service d'odontologie

Le lichen plan buccal

Introduction

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire bénigne d'évolution chronique de prévalence 0,5 à 1 % de la population chez l'adulte entre 30 et 60 ans.

C'est une lésion blanche d'aspect variable qui peut atteindre la peau, les muqueuses malpighiennes et les phanères. Le lichen plan buccal (LPB) est 6 fois plus fréquent que le lichen plan cutané (LPC). L'expression clinique varie selon la localisation.

L'étiologie du lichen plan reste inconnue : le lichen résulterait d'une dysrégulation immunitaire pouvant être associée à des facteurs aggravants tels que le tabac, les infections dentaires, les restaurations inadaptées, les irritations prothétiques.

L'expression clinique LPB peut être isolée ou faire partie d'un tableau clinique complexe : polyarthrite rhumatoïde, hépatite C, pathologies thyroïdiennes, greffe de moelle osseuse. Il peut aussi être induit par des médicaments (antipalludéens, antihypertenseurs tels les β -bloquants, AINS, sels d'or, D-pénicillamine, allopurinol), ou bien par le contact avec des matériaux intra-buccaux (amalgames, or, platine, résine).

Aspects cliniques

Le lichen plan évolue par poussées inflammatoires successives alternant avec des périodes de quiescence. Les différentes formes observées dans la cavité buccale sont décrites dans l'encadré. L'aspect le plus classique est celui d'un réseau blanchâtre sur une muqueuse légèrement érythémateuse. Plus le lichen est ancien, plus il est étendu et épais voire atrophique.

Il peut atteindre toute la cavité buccale, mais se localise préférentiellement au niveau de la face dorsale de la langue, de la face interne des lèvres, du fond du vestibule et de la zone postéro-inférieure de la joue. L'atteinte est souvent symétrique.

La localisation au niveau du plancher et du palais est rare.

Au niveau gingival, la forme est volontiers réticulée (Fig. 2).

Les patients décrivent des douleurs à type de brûlure, d'intensité assez élevée avec un retentissement sur leurs activités quotidiennes.

Les formes dites « actives » sont les formes érythémateuses, érosives ou bulleuses.

Les formes cicatricielles dites post-lichéniennes correspondent à une altération irréversible de la muqueuse buccale : formes pigmentée, atrophique, fibrose et hyperkératose.

Diagnostic positif

Le diagnostic passe par la recherche de la lésion élémentaire, à savoir un réseau blanc.

Une biopsie permet un diagnostic de certitude et de traiter le lichen seulement dans ses formes actives.

L'étude histologique est très caractéristique : un infiltrat lymphocytaire en bande, sous-épithélial. On note aussi un épithélium hyperacanthosique avec ortho ou parakératose.

Aspects du lichen plan buccal :

- **forme pointillée** : papules blanches séparées par de la muqueuse saine (lichen récent ou bien poussée récente sur un lichen plus ancien)
- **forme réticulée** (Fig. 1a, 1b) : lichen plus ancien d'aspect strié en « filet de pêche »
- **forme dendritique** : nervure centrale avec des stries latérales, aspect de « feuille de fougère »
- aspect en **plaques de kératose**



Fig. 1a : lichen plan buccal jugal



Fig. 1b : lichen plan lingual (même patient)



Fig. 2 : lichen plan gingival



Fig. 3 : lichen plan lingual atrophique

Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels doivent être écartés.

Par rapport à une **lésion blanche** :

- la candidose aiguë (ou muguet) : enduit blanchâtre se détachant avec l'abaisse-langue
- les kératoses traumatiques ou candidose chronique : muqueuse épaissie, blanche, ne se détachant pas à l'abaisse-langue et indolore

Par rapport à une **lésion bulleuse ou érosive** :

- une pemphigoïde cicatricielle
- un pemphigus vulgaire

Complications

Les complications peuvent être mineures : c'est la survenue d'érosions ou d'ulcérations plus ou moins douloureuses.

La complication majeure est le risque de **transformation maligne** en carcinome épidermoïde (0,4 à 2,5 % des cas). Ces transformations surviennent généralement sur un lichen ancien, généralement un état post-lichénien de type atrophique. La présence de facteurs de risques (maladie parodontale, tabac, alcool, Bétel, HPV) est déterminante.

Une surveillance régulière et des biopsies en cas de doute sont indispensables pour éviter ou prévenir le risque de transformation maligne.

Traitement

Les objectifs du traitement sont :

- soulager le patient
- prévenir et reverser les poussées du lichen, afin de prévenir
 - le risque de transformation maligne
 - éliminer les facteurs de risque

Le traitement peut se décomposer selon trois axes.

1) la suppression des facteurs irritants éventuels

La suppression des facteurs irritants fait partie intégrante du traitement : arrêt du tabac, alcool, traitement dentoparodontal, réfection de prothèse iatrogène.

2) réversion des poussées inflammatoires

La corticothérapie locale avec **des bains de bouche au Solupred® (1-3 comprimés de 20 mg à dis-**

soudre dans un demi-verre d'eau, matin et soir pendant 3 mois, à ne pas avaler).

Une réévaluation sera faite au bout d'un mois de traitement pour envisager de diminuer les doses de Solupred® progressivement jusqu'à trouver la dose minimale active. Les corticoïdes ne doivent en aucun cas être arrêtés brutalement sous peine d'une récurrence rapide du lichen.

Une application topique de **crème ou pommade à base de corticoïdes** type Dermoval® ou Diprosone® peut être associée.

Un lichen plan faiblement ou pas du tout actif ne doit pas être traité.

3) la surveillance régulière

Même en l'absence de traitement, la surveillance trimestrielle puis annuelle est obligatoire.

En effet, le lichen, notamment les formes quiescentes et les formes atrophiques, ont un potentiel de transformation maligne (Fig. 3). Les langues atrophiques sont à surveiller en raison d'une sécheresse associée, d'une dépapillation et d'un inconfort pour les patients.

Conclusion

Le lichen plan est une affection fréquente de la cavité buccale. Le diagnostic est posé en recherchant la lésion élémentaire, le réseau blanchâtre. Celui-ci est confirmé ensuite par l'analyse anatomopathologique.

Une vigilance particulière doit être instaurée pour les lichens de formes érythémateuse, érosive et bulleuse ; celle-ci ayant un potentiel de dégénérescence tumorale plus importante. Le moindre doute sur la lésion doit conduire à l'orientation du patient vers un service spécialisé.

Une surveillance régulière est indispensable. ◆

Bibliographie

1. Vaillant L, Goga D : Dermatologie Buccale. 1997 ; 42-44 ; 278-284.
2. R Kuffer et al, La muqueuse buccale de la clinique au traitement. 2009; 77-86;
3. van der Meij EH, Mast H, van der Waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective five-year follow-up study of 192 patients. *Oral Oncol.* 2007 Sep;43(8):742-8.

Consultation spécialisée de dermatologie buccale

Hôpital Bretonneau, Paris, 01 53 11 14 15

Hôpital Henri Mondor, Créteil, 01 49 81 21 11

La dentisterie dans le monde numérique en 3D

Retour sur le congrès Imagina 2012
avec François Duret

Précurseur mondial de la 3D en dentisterie, le Professeur François Duret a été l'invité d'honneur de ce congrès qui s'est déroulé en février 2012. Cet expert peut épiloguer sans fin sur les enjeux à attendre de l'essor des nouvelles technologies.

La dentisterie du futur sera numérisée et interactive. Nous ne sommes qu'à l'aube des découvertes technologiques : « Il y aura des matériaux nouveaux, ainsi qu'un moindre coût des prothèses réalisées plus vite. La 3D traduit les trois dimensions de l'espace cartésien (x, y et z). Une quatrième dynamique sera ajoutée : elle sera le résultat d'un suivi enregistré du patient pendant par exemple une semaine. La prothèse finale tiendra compte des mouvements du patient. Les dentistes bénéficieront d'informations précises dans le but d'affiner les réalisations prothétiques ».

Pourquoi ce congrès dédié à la dentisterie 3D ? De qui l'idée et pourquoi à Monaco ? Cette entreprise sera-t-elle renouvelée ?

C'est le premier congrès exclusivement 3D dédié aux dentistes qui n'est pas soutenu « par une firme industrielle » mais par « toutes les firmes et les confrères ». Les prothésistes ont depuis 25 ans le congrès 3D à Chambéry, devenu il y a 6 ans le célèbre ARIA.

L'idée en revient au Docteur Ebru Ozkan (avec le soutien du Dr Bernard Marquet de Monaco). Ce sont des confrères très compétents, de surcroît particulièrement sympathiques. Sur 350 inscriptions, 150 ont été validées, malgré des conditions intéressantes dues aux efforts de chacun et au concours des professionnels d'Imagina, très connus dans le milieu des manifestations de haut niveau.

Le mauvais temps, les grèves, les vacances et surtout la présence de Dental Forum à Paris ont eu un effet négatif sur l'affluence des congressistes. Ceci sera pris en compte pour la deuxième édition. Cela me rappelle le démarrage il y a une trentaine d'année d'un congrès parisien célèbre aujourd'hui.

Monaco est en passe de devenir la référence des modélisations 3D, comme Cannes l'est pour le cinéma et Angoulême pour la BD. Le deuxième atout est l'extraordinaire accueil de son Altesse le Prince de Monaco qui nous reçoit et nous soutient dans cet effort de santé publique. Le troisième, enfin, est le cadre particulièrement agréable.

Tous les organisateurs sont décidés à réitérer ce congrès sur la 3D. La présence cette année de conférenciers de

très haut niveau en provenance de toute l'Europe et même du Canada, a encouragé les organisateurs à le promouvoir vers l'international à l'avenir.

Ce congrès a-t-il été la reconnaissance qu'au niveau mondial la 3D a de l'avenir dans les différents domaines de la dentisterie ?

Absolument et sans équivoque. Ce congrès a eu le grand mérite d'une part, de lancer un mouvement multi-disciplines et multi-systèmes en opposition avec les congrès « usine », plus commerciaux que scientifiques, mais aussi, de faire prendre conscience d'un manque très important dans les formations proposées aux praticiens : la dentisterie du futur. Certes, le côté commercial se sentait encore dans certaines présentations mais cela va changer, j'en suis sûr, pour le bonheur de nos confrères.

Quel est l'avenir de la 3D ?

L'avenir de la 3D (et plus) va être un véritable raz-de-marée. Les outils vont se perfectionner, gagner en convivialité. Une immense toile informatique va réunir les praticiens, les universitaires (télé-diagnostic) et les prothésistes du monde entier, faisant voler en éclat les barrières culturelles et technologiques. Pourrions-nous aujourd'hui imaginer travailler sans ordinateur ? La nouvelle génération se tournera de gré ou de force vers ces technologies nécessaires pour assurer à nos patients de meilleurs diagnostics, donc de bonnes thérapeutiques. Le train 3D a quitté la gare. Il y a 10 ans, il était encore possible de le conduire, aujourd'hui il nous faudra le prendre en tant que voyageurs.

Les dentistes, surtout les plus isolés, ne passeront plus des heures à établir un plan de traitement ; communiquer en temps réel avec le prothésiste pendant la préparation des dents ou en implantologie pendant la phase chirurgicale pour la pose des implants sera désormais facile.

Cette communication entre les différents acteurs permettra d'obtenir des prothèses à la fois esthétiques et fonctionnelles.

En conclusion, ce fut un congrès réussi pour son cadre agréable et son organisation très professionnelle mais qui a cruellement manqué de fréquentation malgré le support de nombreux confrères et le parrainage du Professeur Duret. La médecine est en constante évolution, via la bio-informatique, l'informatique médicale et la robotique : à nous d'accueillir et d'intégrer ces avancées dans notre pratique pour y contribuer. ◆

Propos recueillis par le Dr Adriana AGACHI

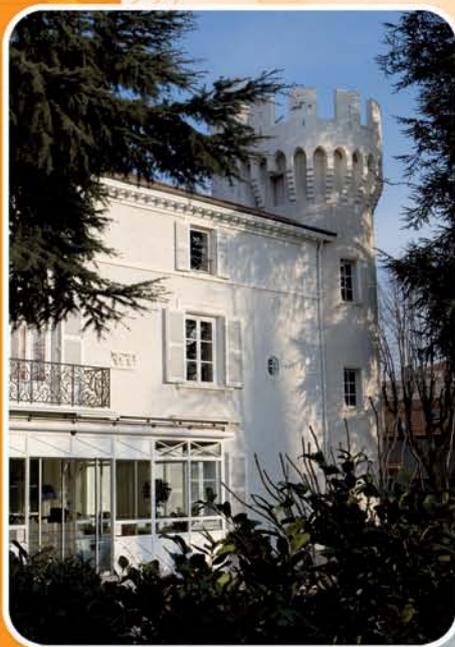




ATTESTATION D'ETUDES EN IMPLANTOLOGIE



année universitaire
2012-2013



SESSION 1

CONNAISSANCES FONDAMENTALES



JEUDI 18 OCTOBRE 2012

8 h 30 - 8 h 45

PRÉSENTATION DU CYCLE

Dr. Christophe MEDARD - Dr. Michel BRUNEL
Dr. Pascal PALDINO

8 h 45 - 12 h 00

ANATOMIE MAXILLAIRE ET MANDIBULAIRE APPLIQUÉE À L'IMPLANTOLOGIE

Dr. Thierry GORCE

Déjeuner sur place au Château de Montchat

14 h 00 - 16 h 00

INTÉGRATION TISSULAIRE DES IMPLANTS

Dr. Christophe MEDARD

16 h 30 - 18 h 30

LA CICATRISATION OSSEUSE PÉRI-IMPLANTAIRE

Dr. Christophe MEDARD

VENDREDI 19 OCTOBRE 2012

8 h 30 - 10 h 30

LES BIO-MATÉRIAUX IMPLANTAIRES

Pr. Jacques DEJOU

11 h 00 - 12 h 30

LE CHOIX DES SITES IMPLANTAIRES

Dr. Jacques FOURNIER

Déjeuner sur place au Château de Montchat

13 h 30 - 16 h 00

ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX EN IMPLANTOLOGIE

Dr. Jean-Pierre CHÉTRY

16 h 00 - 18 h 00

LES EXAMENS RADIOLOGIQUES

Dr. Jean-Christophe BOUSQUET

SAMEDI 20 OCTOBRE 2012

8 h 30 - 9 h 00

LES IMPLANTS : INDICATIONS ET CAHIER DES CHARGES

Dr. Gilles EDOUARD

9 h 00 - 10 h 00

LE DOSSIER CLINIQUE IMPLANTAIRE - BILAN MÉDICAL

Dr. Gilles EDOUARD

10 h 30 - 12 h 00

FACTEURS D'INFLUENCE POUR LA PRÉSERVATION DE L'OS MARGINAL PÉRI-IMPLANTAIRE

Dr. Thierry BRINCAT

Déjeuner sur place au Château de Montchat

13 h 30 - 15 h 30

TRAITEMENTS DES AGENESIES

Dr. Thierry BRINCAT

16 h 00 - 18 h 00

L'IMPLANT ASTRA TECH® : TRAVAUX PRATIQUES DE CHIRURGIE

Dr. Thierry BRINCAT



SESSION 2

CHIRURGIE



MERCREDI 5 DÉCEMBRE 2012

9 h 00 - 10 h 30

INCISIONS ET SUTURES EN IMPLANTOLOGIE

Dr. Michel BRUNEL

11 h 00 - 12 h 00

TRAVAUX PRATIQUES : SUTURES EN IMPLANTOLOGIE

Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO
Dr. Jean-Michel LAIR - Dr. Michel. PERRIAT

Déjeuner sur place au Château de Montchat

14 h 00 - 17 h 00

TRAVAUX PRATIQUES : ANATOMIE ET DISSECTION SUR PIÈCES HUMAINES / POSE D'IMPLANTS

Dr. Jean-Michel LAIR - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Michel BRUNEL



JEUDI 6 DÉCEMBRE 2012

8 h 30 - 12 h 00

CHIRURGIE EN DIRECT : POSE D'IMPLANT ET MISE EN CHARGE

Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO

Déjeuner sur place au Château de Montchat

14 h 00 - 16 h 00

TEMPORISATION ET MISE EN CHARGE IMMÉDIATE AVEC LE SYSTÈME REPLACE®

Dr. Michel BRUNEL

16 h 30 - 18 h 00

TRAVAUX PRATIQUES : SYSTÈME REPLACE®

Dr. Michel BRUNEL



VENDREDI 7 DÉCEMBRE 2012

8 h 30 - 9 h 30

TABLES CLINIQUES : ÉTUDE DE PLANS DE TRAITEMENT

Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Christophe MEDARD

10 h 00 - 12 h 30

APPROCHE BIOLOGIQUE ET CLINIQUE AVEC LES IMPLANTS NOBEL ACTIVE®

Dr. Carole LÉCONTE

Déjeuner sur place au Château de Montchat

14 h 00 - 16 h 00

EXTRACTION IMPLANTATION IMMÉDIATE : INTÉRÊT DES IMPLANTS FRIADENT®

Dr. Pascal PALDINO

16 h 30 - 18 h 00

TRAVAUX PRATIQUES : TEMPORISATION IMMÉDIATE SUR IMPLANTS FRIADENT®

Dr. Pascal PALDINO



SAMEDI 8 DÉCEMBRE 2012

8 h 30 - 12 h 00

PARTAGER TRENTE ANS D'EXPÉRIENCE EN IMPLANTOLOGIE

Dr. Gérard SCORTECCI

Déjeuner sur place au Château de Montchat

13 h 30 - 15 h 30

IMPLANTOLOGIE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR : SYSTÈME SIMPLANT

Dr. Dominique CASPAR

16 h 00 - 18 h 00

TRAVAUX PRATIQUES : MATERIALISE®

Dr. Dominique CASPAR



SESSION 3

PARODONTOLOGIE IMPLANTS, PROTHESE 1



JEUDI 24 JANVIER 2013

8 h 30 - 10 h 30

LES AMÉNAGEMENTS TISSULAIRES PÉRI-IMPLANTAIRES
(CHIRURGIE MUCCO-GINGIVALE)

Dr. Virginie MONNET-CORTI

11 h 00 - 13 h 00

INTÉRÊT CLINIQUE DE L'ÉVOLUTION STRAUMANN®

Dr. Jean-Pierre BERNARD

Déjeuner sur place au Château de Montchat

14 h 00 - 15 h 30

MALADIE PARODONTALE ET IMPLANTS

Dr. Philippe COLIN

16 h 00 - 18 h 00

EXPANSION OSSEUSE : FRONTIÈRE ENTRE GREFFE OSSEUSE
ET RÉGÉNÉRATION OSSEUSE GUIDÉE (R.O.G.)

Dr. Philippe COLIN

VENDREDI 25 JANVIER 2013

8 h 30 - 10 h 30

LES FACTEURS DE CROISSANCE PLAQUETAIRES PRF : MODE D'EMPLOI

Dr. Joseph CHOUKROUN

11 h 00 - 12 h 30

LES ÉCHECS EN IMPLANTOLOGIE ET LEURS SOLUTIONS

Dr. Marc BERT

Déjeuner sur place au Château de Montchat

14 h 00 - 16 h 00

LES ÉCHECS EN IMPLANTOLOGIE ET LEURS SOLUTIONS (SUITE)

Dr. Marc BERT

16 h 30 - 18 h 00

TECHNIQUES CHIRURGICALES AVANCÉES

Dr. Philippe LECLERCQ

SAMEDI 26 JANVIER 2013

8 h 30 - 11 h 00

L'OCCCLUSION FONCTIONNELLE EN IMPLANTOLOGIE

Dr. Marc BERT

11 h 00 - 12 h 00

IMPLANTS COURTS - IMPLANTS ANGULÉS

Dr. Thomas FORTIN

Déjeuner sur place au Château de Montchat

13 h 30 - 15 h 30

CONSERVER OU EXTRAIRE ET IMPLANTER ?

Dr. Jean-Pierre OUHAYOUN

16 h 00 - 18 h 00

TRAVAUX PRATIQUES : IMPLANTS STRAUMANN®

Dr. Michel BRAVARD



SESSION 4

IMPLANTS ET PROTHESE 2



JEUDI 14 MARS 2013

8 h 30 - 12 h 00

IMPÉRATIFS DE LA PROTHÈSE SUR IMPLANTS

Pr. Bernard PICARD

Déjeuner sur place au Château de Montchat

14 h 30 - 16 h 00

PROTHÈSE UNITAIRE, PROTHÈSE SECTORIELLE
ET BRIDGE DE GRANDE ÉTENDUE SUR IMPLANTS

Dr. Pascal PALDINO

16 h 30 - 17 h 30

VIDÉO EN DIRECT : PRISE D'EMPREINTE

Dr. Pascal PALDINO - Dr. Michel BRUNEL



VENDREDI 15 MARS 2013

8 h 30 - 10 h 30

LES CLÉS DU SUCCÈS EN SECTEUR ANTÉRIEUR

Dr. Thierry BRINCAT

11 h 00 - 12 h 30

TABLES CLINIQUES : ÉTUDE DE PLANS DE TRAITEMENT

Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO

Dr. Thierry BRINCAT - Dr. Christophe MEDARD

Déjeuner sur place au Château de Montchat

14 h 00 - 15 h 30

MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN IMPLANTOLOGIE

Dr. Christian RIBAUUX

16 h 00 - 18 h 00

CHOIX DU MATÉRIAU ET DE LA TECHNIQUE D'EMPREINTE
EN IMPLANTOLOGIE

APPORT DES NOUVELLES TECHNIQUES POUR LA PASSIVATION
DES ARMATURES DE GRANDE ÉTENDUE

Dr. Christophe MEDARD



SAMEDI 16 MARS 2013

8 h 30 - 10 h 00

CONNECTIQUE ET ESTHÉTIQUE

Dr. Thierry GOTUSSO

10 h 30 - 12 h 30

GREFFES OSSEUSES PRÉ-IMPLANTAIRES : ACQUIS ET PERSPECTIVES

Dr. Michel JABBOUR

Déjeuner sur place au Château de Montchat

14 h 00 - 16 h 00

IMPLANTATION SOUS-SINUSIENNE :
TECHNIQUE DES OSTEOTOMES - ABORD VESTIBULAIRE

Dr. Michel PERRIAT

SESSION 5

TRAVAUX PRATIQUES ET CHIRURGIE EN DIRECT



JEUDI 30 MAI 2013

8 h 30 - 12 h 00



CHIRURGIE IMPLANTAIRE EN DIRECT

Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO
Dr. Christophe MEDARD - Dr. Michel. PERRIAT
Centre de soins dentaires - 6 rue de l'Université - LYON 7

Déjeuner sur place au Château de Montchat à 12h30

14 h 00 - 16 h 00

PIEZOCHIRURGIE

Dr. Jean-François MICHEL

16 h 30 - 18 h 00



TRAVAUX PRATIQUES : IMPLANTS EUROTEKNIKA®

Dr. Jean-François MICHEL

VENDREDI 31 MAI 2012

8 h 30 - 10 h 00



TRAVAUX PRATIQUES : ÉTUDES DE SCANNERS

Dr. Michel PERRIAT - Dr. Michel BRUNEL
Dr. Christophe MEDARD

10 h 30 - 12 h 30



TRAVAUX PRATIQUES : LE NOBEL GUIDE®

Dr. Michel BRUNEL - Dr. Gilles EDOUARD
Dr. Jacques FOURNIER

Déjeuner sur place au Château de Montchat

14 h 00 - 16 h 00

IMPLANTOLOGIE POST-EXTRACTIONNELLE : IMMÉDIATE OU DIFFÉRÉE ?

Dr. Anne BENHAMOU

16 h 30 - 18 h 00

INTÉRÊT DE LA CHIRURGIE GUIDÉE : COMMENT ÉVITER LES GREFFES ?

Dr. Michel PERRIAT - Dr. Michel BRUNEL
Dr. Maxime BRUNET

SAMEDI 1^{er} JUIN 2013

9 h 00 - 9 h 15

PHOTO DE LA PROMOTION

9 h 15 - 11 h 15

EXAMEN ÉCRIT (2 SUJETS D'UNE HEURE)

11 h 30

COCKTAIL DE FIN DE STAGE

TP TRAVAUX PRATIQUES

TABLE RONDE

INTERVENTION FILMÉE

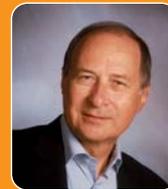
Ce programme de l'année universitaire 2012-2013 est à titre indicatif.
De légères modifications peuvent intervenir au cours du prochain cycle.



Christian CHAVRIER
Président Fondateur



Christophe MEDARD
Président



Michel BRUNEL
Trésorier



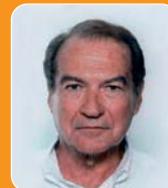
Pascal PALDINO
Secrétaire



Jean-Vincent
HABOUZIT
Secrétaire Général



Thierry BRINCAT
Trésorier Adjoint



Michel PERRIAT
Membre du Conseil
d'Administration



COLLEGE POST-UNIVERSITAIRE RHONE-ALPES D'IMPLANTOLOGIE ORALE

Inscription Préfecture Rhône-Alpes : 82 69 05343 69

Accréditation CNFCO : 07690102-37

N° SIRET : 398 911 479 00028

Secrétariat : Jean-Vincent HABOUZIT

92 rue Masséna - 69006 Lyon

Tél. : (33) 04 72 82 94 70

Site Internet : www.curaio.net

E-mail : curaio@wanadoo.fr

L'ensemble des prestations et déjeuners se déroule au
Château de MONTCHAT, Place du Château, 69003 Lyon.

Tél. 04 72 34 58 66 (parking privatif assuré)

A chaque pause, nos major sponsors seront présents dans l'orangerie du Château

DENTSPLY
FRIADENT

Nobel
Biocare™

straumann

LE **FIL** DENTAIRE

ASTRA
ASTRA TECH

euro **teknika**

BIOMET 3i™

oserf
dedienne santé
IMPLANTS ORTHOPÉDIQUES & DENTAIRE

Keystone
dental

Materialise
Dental



LES RENDEZ-VOUS INTERNATIONAUX DU LASER DENTAIRE

Le 4ème évènement international organisé par la **Dental Laser Academy**

Le laser, un atout incontournable au quotidien

Journée 60 points CNFCO

 **Pr NAMMOUR Samir**
PU-PH, Directeur EMDOLA, Université de Liège, BELGIQUE
Modérateur

 **Pr ROCCA Jean-Paul**
PU-PH, Directeur EMDOLA, Université de Nice
Modérateur

 **Dr MARESCI Sylvain**
DDS, EMDOLA, Nice
"Les lasers : Généralités, caractéristiques, effets"

 **Dr CHAUMANET Gilles**
DDS, Président France International Society of Oral Laser Applications
"Les lasers en chirurgie implantaire et péri-implantaire :
une solution mini-invasive"

 **Pr FORNAINI Carlo**
DMD, Prof. Unité de Médecine orale et chirurgie laser-assistée,
Université de Parme, ITALIE
"Soudures en bouche à l'aide du laser Néodyme-YAG"
"Applications des lasers en orthodontie"

 **Dr SEMEZ Gianfranco**
DMD, Prof. Pathologie Orale, Université de Parme, ITALIE
"Utilisation du laser Erbium-YAG en prothèse fixée
et en implantologie"

JEUDI 31 MAI 2012

AUDITORIUM PARIS CENTRE MARCEAU
12 AVENUE MARCEAU - 75008 PARIS

 **Dr BUFFLIER Pascal**
DDS, EMDOLA, Université de Nice
"Utilisation du Laser Erbium en Parodontie : non chirurgical versus chirurgical"

 **Pr CHARTRAND André**
DMD, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal, CANADA
"Esthétique des lèvres et Chirurgie péri-buccale à l'aide des lasers"

 **Pr DE MOOR Roeland**
DDS, MSc, PhD; Dir. département d'endodontie,
Université de Ghent, BELGIQUE
"Application de l'effet photo-acoustique
du laser Erbium-YAG et de la Photothérapie dynamique en endodontie"

 **Dr SAADI Schéhérazade**
DDS, Paris, Service douleurs oro-faciales, Pitié-Salpêtrière
"Les effets du laser Néodyme-YAG dans le traitement des douleurs oro-faciales"

 **Dr LEVY Jean-Luc**
DMD, Dermatologue, Marseille
"Application des lasers dentaires en Dermatologie esthétique péri-buccale"

Bulletin d'inscription

Nom / Prénom

Tarif avant le 30/04/2012

450 €

Adresse

Tarif après le 30/04/2012

500 €

Tél.

eMail

Chèque à adresser à DENTAL LASER ACADEMY 24, rue Boissière - 75116 Paris

ou inscription en ligne sur www.dental-laser-academy.com rubrique "congrès 2012"

DENTAL LASER ACADEMY

La dermatologie esthétique péribuccale laser assistée



Dr Gérard NAVARRO

- Master européen d'applications lasers en odontologie EMDOLA
- co-Président de la Dental Laser Academy



Dr Frédéric GAULTIER

- Maître de conférences des universités. Praticien hospitalier groupe hospitalier Albert Chenevier - Henri Mondor, Créteil. Service d'odontologie
- co-Président Dental Laser Academy

Le conseil national a obtenu une avancée extraordinaire concernant la compétence élargie des chirurgiens-dentistes à l'esthétique médicale. Nous avons ainsi la possibilité de proposer à nos patients des traitements péribuccaux, après avoir réhabilité leur sourire.

Cette nouvelle compétence reconnue des chirurgiens-dentistes nous offre l'opportunité de réaliser des comblements de rides à l'aide d'injections d'acide hyaluronique mais également de **parfaire l'esthétique péribuccale à l'aide des lasers dentaires utilisables dans les traitements esthétiques**. Chaque laser est caractérisé par une valeur de longueur d'onde précise. À chaque longueur d'onde correspond un tissu cible précis.

Plusieurs longueurs d'ondes sont proposées en dentisterie : néodyme/YAG, néodyme/YAP, KTP, erbium/YAG, CO₂, diodes, lasers de basse énergie.

L'énergie du laser est délivrée sous forme de spots qui induisent l'évaporation tissulaire, la coagulation et une zone nécrose plus ou moins profonde (50 µm à 500 µm).

La pénétration dans le tissu est différente selon la longueur d'onde et l'énergie utilisée.

La régénération de l'épiderme et du derme est spectaculaire, elle ne nécessite aucune suture.

Plusieurs types d'interventions sont réalisables à l'aide des lasers.

Le peeling

Indications : acné, pores dilatés, rides, ridules.

Les lasers utilisés sont l'Er/YAG, le CO₂ de préfé-

rence. Le Nd/YAG, le KTP peuvent également être utilisés pour les lésions pigmentées. C'est une dermabrasion des couches superficielles.

Le peeling laser permet d'améliorer la qualité de la peau par élimination des cellules mortes, de l'épiderme et des couches superficielles du derme.

Il stimule le renouvellement cellulaire et régénère la peau en surface et en profondeur. L'amélioration est totale par comparaison avec la méthode progressive aux acides, utilisée fréquemment en médecine esthétique.

Le laser redonne de la luminosité à une peau terne, chargée en toxines dues à la fatigue, la fumée, l'alcool, l'agression thermique etc. Cette peau déshydratée, où s'accumulent des cellules mortes superficiellement, est éliminée radicalement.

Les suites opératoires du peeling

Légères rougeurs pendant 30 minutes pour le peeling superficiel. Croûtes et rougeurs pendant 1 semaine pour un peeling plus profond (Fig. 1).

L'épilation laser

Les lasers néodyme permettent d'éliminer la pilosité sur le visage, en particulier la « moustache » invalidante des dames. Plusieurs séances espacées sont nécessaires et plus les poils sont foncés, plus ils s'éliminent facilement (80 à 95 % des poils traités sur 5 ans).

Plusieurs séances d'une durée de 10 mn (pour l'épilation du tour de la bouche) sont nécessaires. Espacées de 1 à 6 mois.



Fig 1 : peeling profond réalisé au laser Er/YAG ; situation initiale et postopératoire

Dental Laser Academy

Info@dental-laser-academy.com

Tél. 01 55 73 10 10



Fig 2a, 2b et 2c : lentigo actinique pré/peropérateur et à 15 jours postopérateur, traité par un laser Er:YAG (FOTONA Lightwalker)

Ce laser Nd-YAG, cible la mélanine et détruit la racine du poil par conduction de l'énergie. L'amélioration est progressive pendant le traitement, car les poils ne sont pas tous accessibles au rayonnement, en fonction de leur stade de pousse.

Les suites de l'épilation laser

De simples rougeurs pendant quelques heures et un léger gonflement. Le risque de croûtes et de cicatrices hyperpigmentées (brunes) existe en particulier lorsque le laser est appliqué sur un bronzage récent ou en cas de mauvais paramétrage.

Les lésions pigmentaires (mélasma, lentigo solaire....)

Le laser erbium, par un mécanisme photo-acoustique, disperse les particules de pigments incluses dans le derme qui peuvent être de la mélanine ou des pigments de couleurs (bleu, noir, vert, jaune, rouge) utilisés dans le tatouage ou le maquillage permanent.

Les indications esthétiques

Les taches, les naevi pigmentaires congénitaux, le mélasma, le lentigo actinique, les tatouages.



Laserical™-D

Optimisez vos actes en toute simplicité grâce à l'accompagnement scientifique LASERICAL

- . Formation
- . Fiches pratiques
- . Book scientifique
- . Newsletter clinique



Quelques applications cliniques

Parodontie

- . Décontamination des poches parodontales
- . Décontamination des péri-implantites

Endodontie

- . Décontamination des canaux dentaires
- . Décontamination de la dentine infiltrée

Chirurgie & Esthétique

- . Gingivectomie
- . Frénectomie
- . Excision des tumeurs pour biopsie
- . Blanchiment

Thérapie Laser

- . Aphtes, herpès
- . Gingivites
- . Brûlures
- . Candidoses
- . Lichen plan

279 €

TTC / mois *

GARANTIE 2 ans (3 en option)

FORMATION INCLUSE

Laser diode 810 ou 980 nm, Pmax 7 W

Contactez **LASERICAL** au **01.53.58.14.91**

Le spécialiste du laser médical

LASERICAL, 30 Bd Pasteur 75015 / Tél: + 33 1 53 58 14 91 / info@laserical.com / www.laserical.com

* Prix à partir de, pour leasing par CMV Mediforce, sous réserve d'acceptation du dossier de financement, base 3 ans. Pour plus de précisions, veuillez contacter Laserical ou ses distributeurs.



Fig 3a et 3b : télangiectasies traitées au laser Nd/YAG (FOTONA Lightwalker) ; situation initiale et à 1 mois postopératoire après deux séances

Fig 4a, 4b et 4c : angiome traité au laser diode ; situation clinique pré/peropératoire et à 1 mois postopératoire

Les impacts de laser sont ressentis comme des picotements. Immédiatement après la séance on observe des spots blancs voire un léger saignement punctiforme (Fig. 2a à 2c).

Les lésions vasculaires

Il existe plusieurs types de lésions vasculaires : les angiomes (Fig 4a à 4c), les télangiectasies (Fig. 3a et 3b)...

Les **télangiectasies (couperose)** se localisent sur les joues, le nez. Elles correspondent à une dilatation de petits vaisseaux sanguins superficiels, de couleur rouge parfois violette sur le visage.

Les **télangiectasies** sont parfois la conséquence d'une pathologie sous-jacente qui doit être diagnostiquée et prise en charge.

Les **lasers vasculaires** constituent le traitement de choix de cette dermatose. Ils ont supplanté l'électrocoagulation plus douloureuse et moins efficace.

Les lasers dentaires utilisés : Le KTP, le néodyme/YAG long pulse.

La longueur d'onde a pour cible le pigment rouge de l'oxyhémoglobine.

Les impacts de laser vont provoquer une coagulation des vaisseaux avec ou sans altération de leur paroi, qui peut se rompre si la montée en température est brutale.

Ainsi, la zone est balayée progressivement par le faisceau laser. Un refroidissement de l'épiderme prévient (glace, gel) la nécrose de l'épithélium et contrôle la douleur.

Deux à cinq séances espacées de 4 à 6 semaines sont nécessaires. Les lésions profondes peuvent nécessiter un plus grand nombre de séances.

En fin de séance, une rougeur est observable et dans les 2 à 3 jours suivants, un léger œdème.

Tous les 2 à 3 ans, des séances d'entretien sont conseillées.

Exérèse, tumeur bénigne et naevus

Une consultation préalable chez le dermatologue est obligatoire. Il s'agit d'écarter toute tumeur maligne cutanée : carcinome basocellulaire, carcinome spinocellulaire, mélanome.

Parmi les tumeurs bénignes cutanées, la kératose séborrhéique d'aspect mûriforme est fréquemment rencontrée.

L'exérèse peut être réalisée par vaporisation ou excision permettant de réaliser un examen anatomopa-



laser & technology
diffusion
 www.nf-diffusion.com

BIOLASE France

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



MICROSCOPE

ZUMAX OMS2350

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

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



iPLUS-WATERLASE

600 mJ - 10 W

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



LASER DIODE EPIC

940 nm - 10 W

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

Besoin d'informations ?

Rendez-vous sur www.nf-diffusion.com

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

Nom _____
 Prénom _____
 Adresse _____
 CP _____ Ville _____
 Téléphone _____
 E-mail _____



laser & technology
diffusion
 www.nf-diffusion.com

BP 10 201 - 60 631 Chantilly
 Mobile: +33 (0) 611 417 010
 Fax: +33 (0) 344 631 408
 mail: contact@nf-diffusion.com

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

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



Fig 5a et 5b : exérèse d'une kératose séborrhéique au laser CO₂ et pièce opératoire pour examen anatomopathologique

Fig 5c et 5d : situation postopératoire et à 15 jours

thologique qui peut s'avérer nécessaire (Fig 5a à 5d).

Conclusion

L'usage des lasers dentaires est parfaitement indiqué en esthétique péri-buccale.

L'évaluation des lasers à utiliser doit se faire :

- de manière pertinente par rapport aux défauts ou aux lésions à traiter selon le but recherché
- en associant les techniques et les différentes longueurs d'onde (pénétrations différentes, cibles différentes)

Attention, avant tout acte, il y est impératif de poser un diagnostic ou d'adresser le patient à un dermatologue si vous n'êtes pas en mesure de poser un diagnostic dermatologique.

Une formation, comme celle dispensée par la Dental Laser Academy, est absolument nécessaire pour appréhender la dermatologie associée à l'utilisation des lasers. ♦



Fig 6a et 6b : exérèse d'un botryomycome au laser CO₂ (DIASTEM MEDICLASE)

Fig 6c et 6d : cicatrisation à 2 semaines et 3 semaines



Traitement d'appoint
des infections buccales
et des soins
post-opératoires
en stomatologie.

PAROEX

0,12%

UNIQUE SOLUTION POUR BAIN DE BOUCHE SANS ALCOOL*



Redonnons le sourire
à vos patients



DIGLUCONATE DE CHLORHEXIDINE À 0,12%
PRÊT À L'EMPLOI

* parmi les médicaments de la même classe pharmaco-thérapeutique comparables.

PAROEX 0,12 POUR CENT, solution pour bain de bouche. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** : Digluconate de chlorhexidine à 20% (m/v) : 0,6360g (quantité correspondant à digluconate de chlorhexidine : 0,12g) pour 100 ml de solution pour bain de bouche. Excipients : glycérol, acésulfame potassique, huile de ricin polyoxyéthylénée, propylène glycol, azorubine, arôme, eau purifiée. **FORME PHARMACEUTIQUE** : Solution pour bain de bouche. **DONNEES CLINIQUES** : **Indications thérapeutiques** : Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie. **Posologie et mode d'administration** : RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bains de bouche. NE PAS AVALER. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser Paroex. Cette solution doit être utilisée pure, non diluée. Pour chaque bain de bouche, utiliser le contenu d'un demi-godet (12ml) ; si la présentation ne contient pas de godet, utiliser une cuillère à soupe soit environ 15 ml. Le nombre de bains de bouche est de 1 à 3 par jour, d'une minute environ chacun (après le repas et de préférence, après le brossage des dents). **Contre-indications** : Hypersensibilité à la chlorhexidine ou à un autre constituant de la solution. **Mises en gardes et précautions d'emploi** : Mises en garde : L'indication ne justifie pas un traitement prolongé, d'autant qu'il pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne ou fongique (candidose). En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée et une antibiothérapie par voie générale envisagée. Interrompre le traitement en cas de gonflement des parotides. Précautions d'emploi : Ne pas mettre le produit au contact des yeux ou du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions** : L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation). **Effets indésirables** : - Coloration brune de la langue et des dents, réversible à l'arrêt du traitement (particulièrement chez les consommateurs de thé et de café) - Risque de sensibilisation à l'un des constituants de la solution (parotidite, irritation cutanéomuqueuse, réaction allergique cutanée voire générale, gonflement des glandes salivaires), nécessitant l'arrêt du traitement - Occasionnellement, dysgueusie ou sensation de brûlure de la langue en début de traitement - Occasionnellement desquamation de la muqueuse buccale. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES** : **Propriétés pharmacodynamiques** : STOMATOLOGIE/TRAITEMENT LOCAL A VISEE ANTISEPTIQUE (A : appareil digestif et métabolisme). **DONNEES PHARMACEUTIQUES** : **Durée de conservation** : Avant ouverture du flacon : 3 ans - Après ouverture du flacon : 30 jours. **Nature et contenance de l'emballage extérieur** : 50 ml, 100 ml, 500 ml et 5000 ml en flacons (polytéréphtalate d'éthylène) avec bouchon VISTOP (polypropylène) et cape (PE). 300 ml en flacon (polytéréphtalate d'éthylène) avec bouchon VISTOP (polypropylène) et cape (PE) avec godet doseur (polypropylène). **AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** : AMM n° 344 640-0 : flacon de 50 ml. AMM n° 364 343-1 : flacon de 100 ml (Agréé Collectivités), AMM n° 344 641-7 : flacon de 300 ml avec godet doseur (Remboursement Sécurité Sociale à 15% - Agréé Collectivités - Prix : 4,04 € - CTJ : 0,16 à 0,61 €). AMM n° 344 642-3 : flacon de 500 ml. AMM n° 356 355-4 : flacon de 5000 ml. **TITULAIRE DE L'AMM** : SUNSTAR France - 16, rue Baudin - 92300 Levallois-Perret. **EXPLOITANT DE L'AMM** : C.S.P - 76, avenue du Midi - 63800 Courmon d'Auvergne. **DATE DE REVISION DE L'AMM** : Août 2009.

SUNSTAR France

Remplacement du vasoconstricteur des anesthésiques par un gel de hyaluronidate de sodium



Dr Alain VILLETTE

- DSO
- DCD



Dr Thierry COLLIER

- DCD

Premiers éléments de réponse avec l'articaïne 4 % en anesthésie transcorticale palatine

Objectifs de l'étude

En technique diploïque transcorticale au maxillaire :

- comparer l'efficacité, en termes de durée et de puissance de l'anesthésie, d'une solution d'articaïne à 4 % sans adrénaline et d'une solution d'articaïne à 4 % additionnée de hyaluronidate de sodium (viscosité de 16 815 MPa/seconde)
- secondairement, évaluer la douleur ressentie lors des anesthésies réalisées

Type d'étude : double aveugle, prospective, en bouche partagée, sur sujets sains volontaires.

Résultats

1. le taux de succès de l'anesthésie a été de 91,3 % avec la solution d'articaïne 4 % gélifiée, contre 84,8 % pour l'articaïne simple : l'adjonction de gel divise par deux le nombre d'échecs
2. la durée moyenne d'anesthésie pulpaire obtenue était nettement plus longue pour l'articaïne gélifiée (44,3 minutes) que pour la solution simple (19 minutes) : la différence, statistiquement significative ($p < 0,001$), correspond à une durée d'anesthésie multipliée par 2,3 en faveur de l'articaïne gélifiée
3. les durées d'anesthésie obtenues avec l'articaïne gélifiée sont très variables selon les individus
4. la solution gélifiée permet d'envisager un soin effectif d'au *minimum* une demi-heure
5. aucun effet indésirable n'a été noté pour les deux solutions
6. la perception globale de l'anesthésie par les sujets est sensiblement la même quelle que soit la solution anesthésique

Introduction

Remplacer le vasoactif dans les anesthésies dentaires est une évolution que chacun souhaite pour minorer voire supprimer les problèmes posés par les vasoactifs, au premier rang desquels l'adrénaline, à savoir :

- au plan général : tachycardie, hypotension suivie d'hypertension, arythmie, allergies liées à l'adjonction de conservateurs et d'antioxydants : le vieillissement des populations entraîne la présence dans les cabinets dentaires de sujets porteurs de pathologies multiples, singulièrement cardio-vasculaires, et bénéficiant de traitements médicamenteux lourds et au long cours, présentant des inconvénients associés aux vasoactifs des solutions anesthésiques d'usage dentaire
- localement : vasoconstriction chimique puissante (risques de nécrose tissulaire), abaissement du pH

Cependant, la suppression des vasoactifs sous-entend, évidemment, qu'on dispose de solutions anesthésiques qualitativement équivalentes à celles contenant de l'adrénaline avec tous les avantages qu'elle apporte :

- augmentation de la durée et de la puissance pour des doses moindres
- diminution de la toxicité générale de la molécule anesthésique
- diminution des saignements pour la chirurgie

Cette évolution vers des solutions anesthésiques moins adrénalinées transparaît dans le fait qu'on disposait d'anesthésiques dosés à 1/50 000^e d'adrénaline (pas utilisés en France), 1/80 000^e, 1/100 000^e, 1/200 000^e et qu'apparaissent maintenant des solutions au 1/400 000^e d'adrénaline [3].

Par quoi remplacer le vasoactif, pour obtenir les mêmes effets sans avoir les inconvénients ?

Nous proposons de remplacer la vasoconstriction chimique par une vasoconstriction mécanique, par « épaissement » de la solution anesthésique, avec un gel. L'amidon, l'acide alginique, la bétacyclodextrine, la carboxyméthylcellulose, le carboxyméthyl-dextrane, capryldextrane...ont été utilisés par divers auteurs précédemment [10].

Nous avons opté pour un gel de hyaluronidate de sodium, mucopolysaccharide à haut poids moléculaire, consti-

tuant naturel de la substance fondamentale, non immunogène, biocompatible. Il est utilisé, tel quel, en ophtalmologie, rhumatologie et en médecine esthétique pour le comblement de rides, ceci depuis une dizaine d'années.

Des études préliminaires [8] nous ont montré qu'il n'y avait pas d'obstacle majeur à poursuivre la recherche avec l'acide hyaluronique et ont permis de définir des viscosités adaptées à chaque technique anesthésique.

Une première étude [2] utilisant comme technique anesthésique le bloc du nerf alvéolaire inférieur ayant montré son inadaptation à la comparaison de solutions anesthésiques, nous avons choisi les techniques diploïques ou para-apicales pour nos études.

Matériel et méthode

Nous en rappelons seulement les points principaux indispensables, les détails pratiques étant consultables dans notre précédente étude [9].

La technique d'injection

Technique diploïque transcorticale palatine, réalisée entre la première molaire et la deuxième prémolaire maxillaires, permettant de placer la solution anesthésique au plus près des apex et limitant au mieux l'effet des variations anatomiques (Fig. 1).

Les solutions anesthésiques retenues

L'articaine à 4 % sans vasoconstricteur.

L'articaine à 4 % additionnée d'un gel de hyaluronidate de sodium, avec une viscosité adaptée à la technique diploïque (16 815 MPa/seconde), comme défini dans les études préliminaires.

La quantité injectée

Une demi-cartouche soit 0,9 ml : utilisée en anesthésie diploïque, elle permet au *minimum*, d'anesthésier les deux dents proximales au point d'injection.

La méthodologie

Cette étude prospective a été réalisée par un seul praticien en double aveugle, en bouche partagée, sur sujets volontaires sains. Le succès anesthésique est défini par l'absence de douleur ressentie pour une valeur de 80 au pulp-tester.

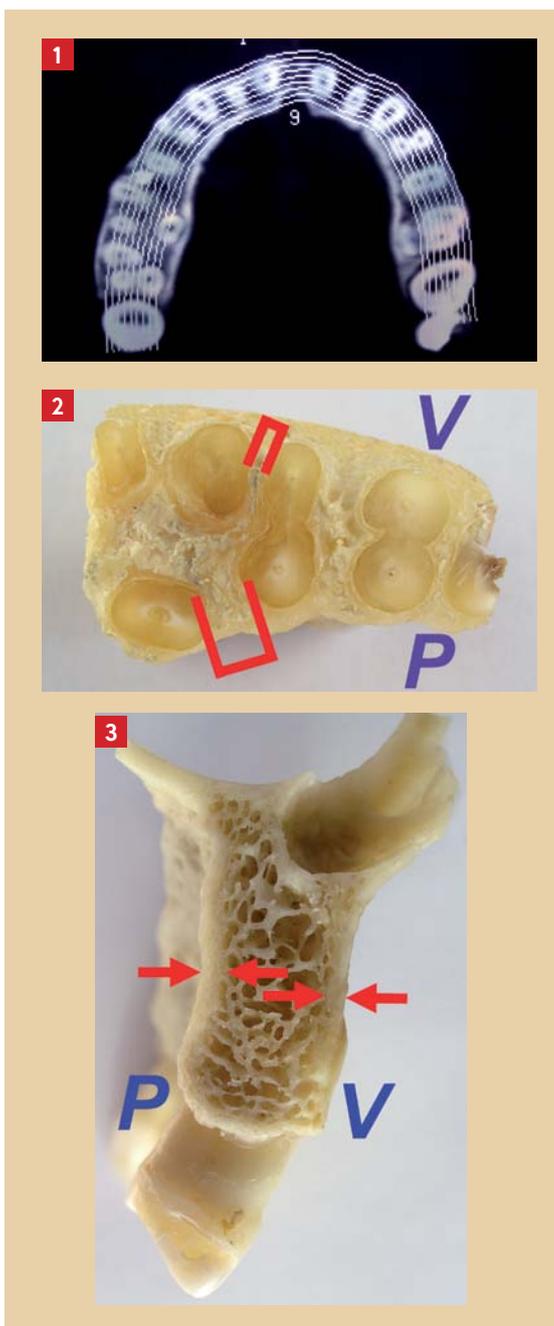


Fig. 1 : anatomie radiologique des espaces inter-radicaux palatins
Fig. 2 : anatomie de l'espace inter-radicaux palatin entre 5 et 6
Fig. 3 : similitude d'épaisseur des corticales vestibulaire et palatine

Critères d'inclusion

L'étude a été réalisée sur des sujets volontaires sains, hommes et femmes, âgés d'au moins 18 ans, sans pa-

Kodak Dental **stream**
DENTAL

WHO CARES?*



Tout voir et
tout comprendre ?

* QUI S'EN SOUCIE ?

thologie générale connue, ne prenant pas de médicament susceptible d'influer sur la perception douloureuse, et présentant un environnement parodontal sain.

Les dents concernées, prémolaires et molaires maxillaires devaient être vivantes.

Critères d'exclusion

Avant l'étude on a mesuré avec un pulp-tester (Denjoy Dental Co DY 310) et noté le niveau de sensibilité initiale des dents concernées pour exclure les sujets présentant un niveau de sensibilité initiale supérieur à 60 : aucun sujet n'a été exclu sur ce critère.

Une radio préopératoire était inutile : l'espace injectable retenu est toujours suffisamment large, la première molaire n'ayant qu'une racine palatine [7] (Fig. 2 et 3).

Matériel

L'injection a été réalisée à l'aide du système Quicksleeper® (société DENTALHITEC – France) avec des aiguilles 30/100° de 16 mm de long, à double biseau (société DENTALHITEC – France).

Réalisation de l'anesthésie diploïque transcorticale

Sans anesthésie de contact préalable, on a infiltré la muqueuse palatine inter-dentaire jusqu'à percevoir son léger blanchiment par vasoconstriction mécanique. L'anesthésie transcorticale a été réalisée perpendiculairement à la corticale palatine [7], sur une verticale à la papille, 8 mm environ au-dessus de la ligne des collets (Fig. 4 et 5).

La corticale a été franchie par la mise en rotation de l'aiguille, poussée presque jusqu'au contact de son embase sur la muqueuse, soit une pénétration intraosseuse d'environ 11 mm.

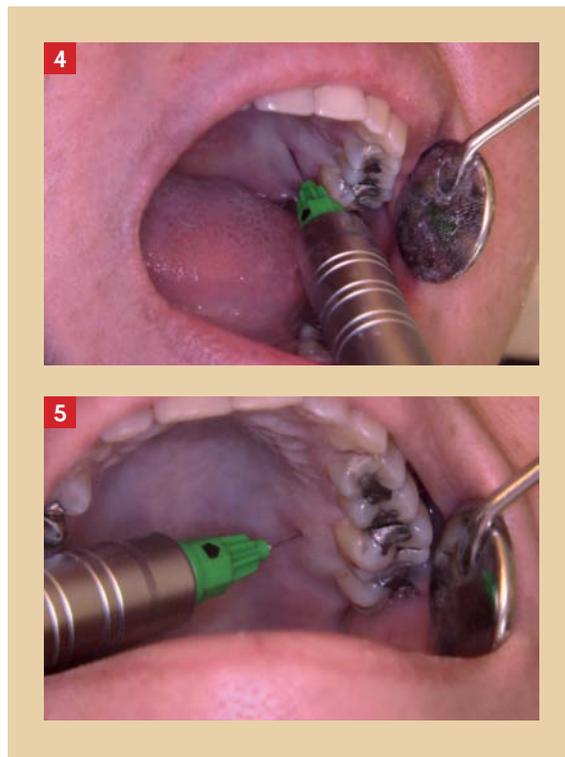


Fig. 4 : anesthésie muqueuse palatine

Fig. 5 : anesthésie transcorticale

L'injection a débuté en vitesse progressive jusqu'au premier quart de cartouche, puis en vitesse rapide pour le deuxième quart.

Collecte des données

Sitôt l'aiguille retirée, le chronomètre pour le côté droit a été déclenché, et le moment exact de l'injection noté. Un test de sensibilité des deux dents a été immédiatement réalisé, puis répété toutes les cinq minutes jusqu'à ce que le niveau de sensibilité des dents concernées repasse au-dessous de 80, pour évaluer la durée d'anesthésie pulpaire produite.

L'injection du côté gauche et les tests ont été réalisés identiquement.

Le sujet a été interrogé sur les éventuels problèmes immédiats ressentis, puis contacté sous quatre jours pour signaler des suites postopératoires éventuelles, par exemple, desmodontite (localisation et durée).

Les injections droite et gauche réalisées, sur une échelle EVA de 100 mm, les sujets ont indiqué le niveau global de désagrément perçu lors des anesthésies, en plaçant le curseur sur la graduation décrivant le mieux la douleur.

Analyse statistique (réalisée par le laboratoire spécialisé Qualilab)

Description des données sources

L'étude porte sur 46 sujets dont 26 femmes et 20 hommes (répartition par sexe presque homogène), dont l'âge se situait entre 18 et 77 ans.

Les échecs d'anesthésie s'établissent comme suit sur 46 sujets : pour la solution d'articaïne gélifiée, 4 sujets, soit 8,7 % (3 femmes, 1 homme) et pour l'articaïne sans vasoconstricteur, 7 sujets, soit 15,2 % (4 femmes, 3 hommes). Un seul sujet (femme, #35) présente un échec avec les deux solutions.

Après ces exclusions, les statistiques descriptives montrent :

- pour l'articaïne gélifiée, pour un effectif de 42 sujets, un temps moyen d'anesthésie d'environ 40 minutes, avec un écart-type proche de 29 minutes ; les durées comprises entre 10 et 130 minutes donnent une étendue très large (120 minutes soit deux heures), la médiane s'établit à 34,5 et 75 % des données sont entre 10 et 52 minutes
- pour l'articaïne sans vasoconstricteur, pour un effectif de 39 sujets, le temps moyen est de 18 minutes, l'écart-type est de 15 ; les temps sont compris entre 3 et 60 minutes, soit une étendue de près d'une heure (57 minutes), la médiane est à 14 (proche du premier quartile de l'articaïne gélifiée : 15) et 75 % des données sont entre 3 et 20 minutes

Avec l'articaïne gélifiée, la durée moyenne est rallongée de 2,3 fois par rapport à la solution sans vasoconstricteur. La dispersion paramétrique des résultats exprimée sous forme d'écart-type est de 28,6 pour l'articaïne gélifiée et de 15,3 pour la solution sans vasoconstricteur. Le *ratio* des écarts-types entre les deux solutions est environ de 1,9 et le *ratio* de variance, plus rigoureux,

est de 3,5 : ceci traduit une forte hétérogénéité entre les variances des deux solutions.

Les exclusions ne déséquilibrent pas le plan expérimental mais le réduisent de fait : 4 avec l'articaïne gélifiée et 7 avec l'articaïne sans vasoconstricteur.

Description des données exploitées

Pour appliquer un modèle statistique approprié à l'étude, on a exclu tout sujet ayant présenté un échec avec une des solutions. Ceci conduit à une exploitation finale comparative de durée d'anesthésie sur 36 sujets (20 femmes et 16 hommes). Avec l'articaïne gélifiée, la moyenne est de 44,3 (40,1 avant l'exclusion), et 19,0 pour l'articaïne sans vasoconstricteur (18,0 avant exclusion). Les écarts-types demeurent comparables, ainsi que les trois quartiles. Ces dernières exclusions entraînent un décalage positif d'environ + 5 minutes pour l'articaïne gélifiée et + 1 minute pour l'articaïne sans vasoconstricteur, d'où un biais d'environ + 4 minutes sur les différences en faveur de la solution gélifiée.

Description des différences observées

Sur les 36 sujets dont les données sont exploitables avec les deux solutions, la différence observée entre les temps d'anesthésie pour l'articaïne gélifiée et l'articaïne sans vasoconstricteur, donne une moyenne de + 25 minutes et un écart-type associé d'environ 19 minutes.

L'étendue des différences est de 86 minutes (4 à 90 minutes) : 25 % des sujets (Q1) donnent une différence inférieure ou égale à + 7,5 minutes ; la médiane des différences se situe à + 22 minutes et le Q3 (75 %) se situe à 34 minutes (75 % des données sur les différences sont comprises entre + 4 minutes et + 34 minutes).

La durée avec l'articaïne gélifiée est plus longue qu'avec l'articaïne sans vasoconstricteur (différences observées entre + 4 minutes et + 90 minutes). Sans les exclusions, les différences seraient situées entre 0 et 85 minutes, donc sans effet sur les conclusions statistiques.

Résultats des tests statistiques

L'analyse statistique par les tests conforte les statistiques descriptives.

Au seuil de 5 %, voire de 1 %, il n'y a pas de raison d'accepter l'hypothèse nulle d'égalité des durées entre les deux solutions.

Le test paramétrique de Student pour séries appariées, et

le test non paramétrique des rangs signés, assimilé à un test de Wilcoxon conduisent à une probabilité observée p inférieure à 0,001.

L'articaïne gélifiée présente une différence statistiquement significative de durée d'anesthésie par rapport à l'articaïne sans vasoconstricteur ($p < 0,0001$), en utilisant l'anesthésie transcorticale palatine pour 36 sujets retenus.

Le biais de 4 minutes issu des exclusions et favorisant l'allongement de la durée pour la solution gélifiée ne change pas, *a priori*, le sens des conclusions. **Pour l'articaïne gélifiée**, le nombre d'échecs présente un taux modéré (inférieur à 7 %), mais **l'amplitude des durées d'anesthésie montre une dispersion élevée.**

Discussion

Quantité

La quantité retenue pour toutes les techniques (bloc du nerf alvéolaire inférieur, para-apicale ou diploïque) pendant et après nos études préliminaires, est de 0,9 ml. **Elle est inférieure à celles habituellement utilisées en clinique, en général une cartouche.** Cela a évidemment une répercussion sur la durée, la puissance et éventuellement les échecs [9].

Durée

L'injection d'une demi-cartouche d'articaïne sans vasoconstricteur procure une anesthésie de 19 minutes, insuffisante pour un travail courant : en effet, à titre d'exemple, aux USA, en moyenne, pour une heure de rendez-vous, la durée effective des soins dentaires au fauteuil est de 44 minutes [1].

Par contre, l'injection d'une demi-cartouche d'articaïne gélifiée permet une anesthésie de 44 minutes, suffisante pour un travail courant correspondant au rendez-vous type, selon les critères précédents.

Le gel apporte donc 25 minutes de supplément d'anesthésie. Comme la puissance de l'anesthésie est liée à sa durée, la solution anesthésique gélifiée est 2,3 fois plus performante que la solution sans vasoconstricteur.

Échecs

On observe 4 échecs avec l'articaïne gélifiée soit 8,69 % et 7 échecs avec la solution sans vasoconstricteur soit 15,2 % : **le gel divise approximativement par deux le**



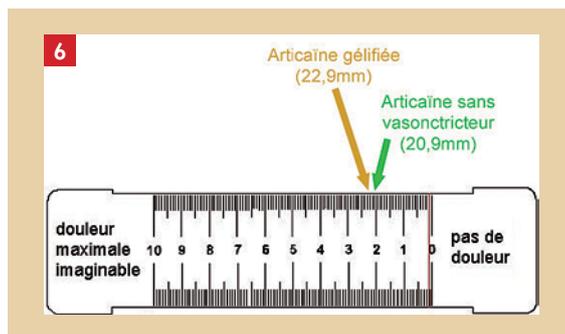
CARESTREAM DENTAL CARES

Pour établir rapidement des diagnostics précis, vous devez disposer de toute l'information nécessaire. Nous développons des technologies et des systèmes qui donnent les vues les plus étendues et les plus complètes : toute une gamme de systèmes 3D, panoramiques, céphalométriques, intra-oraux et à plaques qui simplifient le travail au sein du cabinet et optimisent les soins apportés aux patients.

Vous nous connaissiez sous le nom de Kodak Dental Systems. Nous sommes désormais Carestream Dental, le leader mondial de l'imagerie dentaire.



Fig. 6 : échelle visuelle analogique (EVA)



nombre d'échecs. Cependant, les échecs auraient été moindres si la quantité injectée avait été doublée.

Confort

L'évaluation donnée par les sujets n'était ni opérateur-dépendante, ni technique-dépendante, car les anesthésies transcorticales ont toutes été faites par le même praticien : une valeur nulle sur l'échelle d'évaluation de la douleur EVA, a été donnée 6 fois pour l'articaïne sans vasoconstricteur et 8 fois pour l'articaïne gélifiée, soit 15,2 % d'anesthésies totalement indolores. Dans 19 cas les évaluations étaient identiques pour les deux solutions. Dans 16 cas l'articaïne gélifiée a été considérée comme plus désagréable que l'articaïne sans vasoconstricteur et 11 cas inversement.

On obtient des moyennes 20,9 mm pour l'articaïne sans vasoconstricteur et 22,9 mm pour l'articaïne gélifiée. En valeurs millimétriques, la solution gélifiée est 2 % plus désagréable que la solution sans vasoconstricteur, donc négligeable (Fig. 6).

Aucune évaluation ne dépasse 25 mm, soit le premier quart de l'échelle EVA, ce qui modère la réputation douloureuse de l'anesthésie palatine, d'autant plus qu'elle a été faite ici sans anesthésie topique préalable.

Le hyaluronidate de sodium

Si Hassan et al. (1985) ont montré l'augmentation de durée de l'anesthésie du nerf sous-orbitaire sur le rat, Johansson et al. (1985) n'ont pu démontrer de supériorité de la solution visqueuse sur le nerf ulnaire chez l'homme [4,6]. Pour Ito et al, en injection diploïque sur le lapin, une solution de lidocaïne à 2 % gélifiée avec 10 % de dextrans, produit la même durée d'anesthésie que la lidocaïne 2 % avec 1/160 000^e d'adrénaline [5].

Mode d'action du hyaluronidate de sodium

Il reste hypothétique et pourrait être lié :

- au pH : le gel abaisserait le pH de la solution, ce qui prolongerait la durée d'anesthésie
- à la viscosité qui entraînerait un effet vasoconstricteur mécanique strictement local
- aux liaisons chimiques formant un complexe macromoléculaire avec l'anesthésique local, ce qui produirait une libération progressive de la molécule anesthésique

Conclusion

Cette étude comparative évalue l'influence de l'adjonction d'un gel de hyaluronidate de sodium à une solution

d'articaïne 4 % sans vasoconstricteur, en anesthésie diploïque ; il en ressort que :

- le taux de succès anesthésique a été de 91,3 % avec la solution d'articaïne 4 % gélifiée, contre 84,8 % pour l'articaïne simple : **l'adjonction de gel divise par deux le nombre d'échecs**
- la durée moyenne d'anesthésie pulpaire obtenue était nettement plus longue pour l'articaïne gélifiée (44,3 minutes) que pour la solution simple (19 minutes) : la différence est statistiquement significative ($p < 0,001$) ; **la durée d'anesthésie est multipliée par 2,3 avec l'articaïne gélifiée**
- l'amplitude des durées d'anesthésie obtenues avec l'articaïne gélifiée suggère une forte variabilité individuelle liée au sujet
- **la solution gélifiée permet d'envisager un soin effectif d'au minimum une demi-heure**
- **aucun effet indésirable n'a été noté**
- la perception globale de l'anesthésie par les sujets est sensiblement la même quelle que soit la solution anesthésique

Tous ces éléments rassemblés, sont les premiers qui nous permettent de dire que le gel de hyaluronidate de sodium peut remplacer avantageusement l'adrénaline dans les solutions anesthésiques.

Ce travail sur l'articaïne en technique diploïque sera suivi d'études avec d'autres molécules et techniques. Nous évaluerons ensuite l'aptitude des solutions gélifiées à remplacer les solutions classiques adrénalinées en exercice clinique quotidien. ◆

Bibliographie

1. American Dental Association, 2002 Survey of Dental Practice - Characteristics of dentists in private practice and their patients. *American Dental Association*, Chicago, IL; 2004.
2. Collier T, Villette A. Analyse critique des méthodes de comparaison des solutions anesthésiques à partir d'une étude clinique -1ère partie : *Le Fil Dentaire*, 2011, (61) : 40-4 -2ème partie : *Le Fil Dentaire*, 2011, (64) : 50-3.
3. Daubländer M, Kämmerer PW, Willershausen B, Leckel M, Lauer HC, Buff S, Rösl B. Clinical use of an epinephrine-reduced (1/400,000) articaïne solution in short-time dental routine treatments-a multicenter study. *Clin Oral Investig*. 23 Août 2011[medline].
4. Hassan HG, Renck H, Lindberg B, Lindquist B, Akerman B. Effects of adjuvants to local anaesthetics on their duration. II. Studies of some substituted dextrans and other macromolecules in rat infraorbital nerve block. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1985;29(4):380-3.
5. Ito E, Ichinohe T, Shibukawa Y, Aida H, Kaneko Y. Anesthetic duration of lidocaine with 10% dextran is comparable to lidocaine with 1:160,000 epinephrine after intraosseous injection in the rabbit. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;104(3):26-31.
6. Johansson A, Hassan H, Renck H. Effects of adjuvants to local anaesthetics on their duration. IV. Effect of hyaluronic acid added to bupivacaine or prilocaïne on the duration of nerve blockade in man. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1985;29:736-8.
7. Villette A. Une nouvelle voie pour l'anesthésie maxillaire. *Inform. Dent*. 2006; 88 : (39)2513-8.
8. Villette A. Évolution des solutions anesthésiques. *Le Fil Dentaire*. 2010 ;(57) :58-62.
9. Villette A, Collier T. Comparaison de deux solutions d'articaïne à 4% et de lidocaïne à 4% au moyen d'une technique diploïque. *Le Fil Dentaire*. 2011 ;(68) :12-8.
10. Weiniger CF, Golovanevski M, Sokolsky-Papkov M, Domb AJ. Review of prolonged local anesthetic action. *Expert Opin Drug Deliv*. 2010;7(6):737-52.



Dr E. Binhas,
Président & Fondateur

OBTENIR DES RESULTATS CONCRETS

CE N'EST PAS UN LUXE

**Des résultats tangibles. C'est ce que vous voulez.
C'est ce que nous vous proposons.**

NOS PROCHAINS SEMINAIRES

OMNIPRATIQUE

BORDEAUX

7 & 8 JUIN 2012

VITROLLES

21 & 22 JUIN 2012

NANTES

20 & 21 SEPTEMBRE 2012

ORTHODONTIE

STRASBOURG

31 MAI 2012

PARIS

13 & 14 SEPTEMBRE 2012

Au-delà des systèmes éprouvés que nous enseignons, les consultants du Groupe Edmond Binhas vous apportent une véritable expertise et un accompagnement dédié. Depuis 15 ans, nous aidons les chirurgiens-dentistes à pérenniser leur exercice tout en réduisant leur stress. De fait, 98% de nos praticiens constatent des résultats concrets dès les six premiers mois du programme.

Le consulting, un luxe ? Loin de là. Le consulting est l'investissement le plus rentable que vous ferez pour votre cabinet !

TRAVAILLEZ MIEUX, VIVEZ PLUS

Obtenez des résultats !

Contactez-nous au :

+33 (0)4 42 108 108

contact@binhas.com



GRUPE
EDMOND
BINHAS



www.binhas.com

La **GESTION** : clé du fonctionnement d'un cabinet moderne



Dr Edmond BINHAS
■ Fondateur
du Groupe Edmond
Binhas

La plupart n'entre vous n'ont sûrement pas choisi le métier de chirurgien-dentiste par amour de la gestion. Peut-être l'avez-vous fait car vous étiez séduit par le côté médical, par le côté manuel ou par les aspects relationnels mais certainement pas par amour des chiffres. Malheureusement, qu'on le veuille ou non l'exercice actuel de notre profession exige un *minimum* de gestion. Sinon, nous pilotons notre cabinet (et donc notre vie) à l'aveugle. À mes yeux, il n'est certes pas question de devenir un gestionnaire professionnel : cela serait inutile et disproportionné mais de mettre en place un *minimum* d'indicateurs de vitalité du cabinet, simples à comprendre et à utiliser.

La nécessité d'un cadre de gestion pour les cabinets libéraux

Face à l'évolution rapide de notre profession, au développement du battage médiatique et à l'apparition d'une nouvelle forme de concurrence, il est utile de rappeler que gérer c'est prévoir et qu'une bonne gestion n'est pas contraire à la qualité des soins. **Bien au contraire, elle est devenue l'une des conditions de cette qualité.** Certains oublient que l'instruction comptable des cabinets libéraux s'appuie sur le plan comptable général (celui des entreprises). Cet alignement sur les principes et les règles de la comptabilité d'entreprise est bien **la preuve que l'État considère les cabinets comme des entreprises.** D'ailleurs, les évolutions légales actuelles vont encore plus loin (SEL, possibilités de nouvelles formes d'exercice, etc.)

Un cadre de gestion doit exister aujourd'hui pour les cabinets. Ce cadre est indispensable pour la survie des cabinets libéraux et l'une des conditions essentielles au maintien de la qualité des soins. Toute autre approche passéiste serait suicidaire pour l'exercice libéral.

L'existence de ce cadre permet notamment de faire face à l'une des contraintes majeures qui s'imposent inexorablement : la contrainte de l'équilibre financier. La satisfaction de cette contrainte s'impose tant pour les cabinets libéraux que pour les hôpitaux ou les centres mutualistes. Ces derniers l'ont d'ailleurs compris depuis fort longtemps.

Parmi les nombreuses définitions que l'on peut trouver dans les ouvrages, j'ai retenu que : « **le projet principal de la gestion est l'amélioration continue du fonctionnement et des performances des organisations** ».

Il faut pour cela reconnaître, comme j'en ai la preuve tous les jours en me rendant dans les cabinets, que la plupart des praticiens pratiquent ce qu'on appelle communément la « **gestion au rétroviseur** ». Ce sont les données du passé qui constituent le principal outil de pilotage. Certains consacrent même une énergie considérable à « régler leur rétroviseur », à travers divers logiciels de

comptabilité ou de gestion. Ceci dit, il n'est pas rare qu'un praticien découvre son niveau de revenu au mois d'avril ou de mai de l'année suivant son exercice lorsque l'expert-comptable lui remet sa déclaration 2035. Il s'agit bien entendu d'un comportement totalement irrationnel puisque généralement les investissements ont été réalisés au mois de novembre ou décembre, alors même que le praticien n'a aucune idée encore de ses revenus.

C'est pourquoi, l'un des concepts clés dans la gestion actuelle d'un cabinet réside dans l'acceptation de réaliser une **gestion prévisionnelle**. Il s'agit là de **l'une des clés absolues** pour exercer avec plus de sérénité au XXI^e siècle.

GÉRER C'EST PRÉVOIR « Ne pas prévoir c'est déjà gémir ! » - Léonard de Vinci

Première étape : la gestion prévisionnelle

On mesure pour piloter

Pourquoi est-il si important de mettre en place une gestion prévisionnelle ?

Tout simplement pour se projeter dans l'avenir ! Et tous les outils qui le permettront sont importants pour le développement du cabinet. Et l'on peut dire que la maturité de gestion d'un cabinet se mesure à :

- l'importance qu'il accorde aux prévisions et à l'anticipation sur les périodes futures
- la qualité des outils de mesure
- la façon dont ces informations sont partagées avec l'équipe

Mon *credo* est simple : il faut connaître pour agir et agir en toute connaissance de cause. Car agir sans connaître, c'est comme plonger dans une piscine sans savoir s'il y a de l'eau : on peut au mieux prendre un bon bain s'il s'avère qu'il y en a. Mais on peut, au pire, subir des conséquences catastrophiques sur du long terme. La faculté nous apprend à réaliser des traitements dentaires mais apprendre à gérer est une autre gymnastique. Ceci dit, avec un peu d'entraînement et des outils adaptés, les résultats peuvent être améliorés.

Deuxième étape : le contrôle de gestion

Une fois acceptée la notion de gestion prévisionnelle, intervient alors une seconde notion : celle du contrôle de gestion. Elle complète celle de gestion prévisionnelle. De plus en plus, les praticiens demandent à leur centre de gestion ou à leurs experts-comptables de les aider dans leurs choix économique, financier, juridique et social. Cependant, ces derniers ne sont pas toujours les mieux placés pour établir des recommandations prévisionnelles.

De quoi s'agit-il ? De trop nombreux outils existent dans les logiciels dentaires. Ils présentent des niveaux de complexité très différents. Je considère que le plus efficace sur un plan pratique consiste dans une approche **simplifiée** qui peut apporter de bons éclairages sur la santé d'une activité avec, par exemple :

- l'étude des coûts des traitements et des coûts de revient,
- le calcul des bénéfices par traitement...

Les coûts de production

Calculer ses coûts de production permet de déterminer le seuil au-dessous duquel le praticien ne peut dégager le revenu qu'il souhaite. Aussi, est-il critique de connaître le concept de point d'inflexion. Il s'agit du total des dépenses fixes et variables auxquelles il faut rajouter le salaire du praticien. En d'autres mots, le **point d'inflexion** est le montant total, en euros, nécessaire pour :

- couvrir les dépenses (fixes et variables) du cabinet
- couvrir le salaire du praticien (avant impôts)

Ce n'est qu'au-delà que le cabinet est bénéficiaire (pas le praticien).

Pour dégager des bénéfices, il faut contrôler, au *minimum* mensuellement, ses dépenses, ses investissements de manière à ne pas dépenser inutilement et entretenir correctement son matériel.

Le tableau de bord de contrôle

Le tableau de bord est un outil de collecte des données et d'informations mises à jour de manière permanente ou régulière. Il doit intégrer des données financières et non financières sur les différentes composantes du cabinet (nombre de nouveaux patients, volume et montant de présentation des plans de traitement, satisfaction de la patientèle, chiffre d'affaires, nombre de patients, durée moyenne des rendez-vous, efficacité, masse salariale, organisation, etc.).

Le choix des indicateurs est étroitement lié aux objectifs du cabinet.

Le tableau de bord doit être tenu en temps réel

Un indicateur doit rester un outil d'aide à la décision. C'est pourquoi, il doit être collecté quotidiennement et analysé mensuellement. Ce n'est qu'ainsi qu'il sera possible au praticien de prendre suffisamment tôt les décisions qui s'imposent. En effet, sans la tenue régulière de tableaux de bord, un délai important peut s'écouler avant que le praticien ne constate un problème. C'est pourquoi les indicateurs et ratios de suivi de votre exercice permettent objectivement de mesurer, de réagir aussitôt pour apporter les corrections nécessaires. Ils permettent à partir du suivi en temps réel de vos indicateurs non seulement de réagir rapidement mais également et peut-être surtout de planifier les 12 mois à venir.

Un phénomène itératif

En gestion, ce terme signifie que les résultats cumulés depuis le début de l'année sont en permanence réajustés (exemple : le nombre total de nouveaux patients depuis le début de l'année). Ce suivi cumulé permet une analyse plus précise car indépendante des inévitables variations saisonnières.

Conseils à retenir

- N'attendez pas tout de votre expert-comptable. Sa formation en fait un expert pour l'analyse « *a posteriori* » et non pas prévisionnelle.
- Il est inutile d'avoir une batterie d'outils de gestion que vous n'utilisez pas.
- Organisez le suivi de votre activité, prévoyez, par exemple une réunion mensuelle.
- Évitez les discussions « entre deux portes » sur l'évolution et la gestion de votre cabinet. Cette manière de faire ne débouche que rarement sur des actions efficaces.
- Soyez simple, allez à l'essentiel, il vaut mieux ne garder que 5 indicateurs, chiffres ou informations pertinents, corrects et à jour que de crouler sous une masse d'informations ingérable et obsolète.

Que doit-on mesurer ?

Pour piloter efficacement le cabinet réactif actuel, il faut conserver en ligne de mire les **axes de mesure** suivants :

■ les patients

La réussite de l'entreprise passe nécessairement par la qualité de la patientèle, le nombre de patients ainsi que leur satisfaction...

■ l'activité

Il s'agit de la totalité des actes réalisés. Ramenée au temps passé, elle donne l'efficacité du cabinet.

■ le temps de présence

Il est important pour l'équilibre du praticien.

■ les dépenses

Leur suivi permet de maintenir le niveau de revenu du praticien et les investissements inutiles.

■ le bénéfice du praticien

Il lui permet de planifier ses investissements ou son train de vie personnel.

Bien entendu, la liste peut être allongée de façon exhaustive. À vous de créer et d'utiliser les indicateurs adaptés à votre type de pratique. Vous l'aurez compris, le pilotage de votre cabinet par les chiffres fait partie des éléments clés de la nouvelle façon de gérer nos cabinets. Cette évolution est inéluctable. Alors, pourquoi attendre ?

Conclusion

La bonne gestion de votre cabinet passe par la maîtrise des coûts, par la prévision des dépenses et des recettes et par le contrôle du bon usage des finances du cabinet.

À une époque où la sécurité financière, l'éthique, la bonne gouvernance, la transparence ont été renforcées, partout dans le monde, par différentes législations, il n'est plus possible de croire que le cabinet puisse s'affranchir des règles de gestion. Il n'y a, comme nous l'avons déjà indiqué, définitivement plus d'opposition entre une bonne gestion et la qualité des traitements. ◆

CONTACT

Groupe Edmond Binhas

Claudette
5 rue de Copenhague, BP 20057, 13742 Vitrolles Cedex

▶ N° Vert 0 800 521 764

APPEL GRATUIT DE PLUS EN PLUS VITE

Tél. : 04 42 108 108 - Email : contact@binhas.com

www.binhas.com

Développer la **parodontologie** en **exercice exclusif**

« La parodontologie, je suis tombée dedans quand j'étais petite ! »

Depuis les années 70, mon père a fait partie d'une poignée de confrères attirés par la possibilité de traiter les « déchaussements dentaires » : le COP (Club Odontologique de Perfectionnement de Nice) qui deviendra quelques années plus tard le COPP (Club Odontologique de Perfectionnement de Nice et université de Pennsylvanie). Ainsi, j'ai vu des diapositives de chirurgie parodontale défiler sous mes yeux dès l'âge de 4 ans !

Les assises de la parodontologie, le retour aux sources

Pendant ma dernière année d'étude, j'ai eu l'opportunité de faire un stage universitaire à Philadelphie à la « Penn University » là même où les membres du COPP avaient été formés. J'ai retrouvé là-bas le doyen Walter Cohen, les professeurs Morton Amsterdam, Lisgarten, Lou Rose, Arne Weisgold, les frères Salama... : tous ces grands noms de la parodontie, de la prothèse, de l'endodontie ! Dès que j'ai terminé mes études à Nice, je suis retournée avec le groupe du COPP pour suivre avec eux « The Advanced Courses of Periodonty » et je suis restée dans le service de parodontie de Nice comme attachée universitaire pendant 4 années.

De l'omnipraticque à la parodontologie exclusive, en pente douce

Pendant 15 ans, j'ai exercé comme omnipraticienne avant de décider de limiter mon exercice à la parodontie. Cependant, depuis une bonne dizaine d'années, je travaillais déjà avec une « double casquette » : l'omni-

pratique et la parodontie pour les patients qui m'étaient confiés par des confrères.

L'agenda étant surchargé, j'ai dans un premier temps décidé de déléguer à des spécialistes tous les actes qui ne me passionnaient pas (extractions des dents de sagesse incluses, la pédodontie, et certaines reprises d'endodontie qui, selon moi, sortaient de mes compétences) et où je ne me sentais pas à l'aise. Mon exercice est devenu nettement plus agréable. Cependant, mon agenda ne s'est pas désempilé. J'ai alors suivi des séminaires de gestion et d'organisation qui m'ont rendu service. En parallèle à mon exercice, j'avais l'habitude de suivre et de participer à de nombreuses formations en parodontie, mais j'étais trop souvent déçue par les résultats cliniques. Les traitements chirurgicaux étaient souvent mal vécus par mes patients et les récidives trop fréquentes. J'ai eu la chance de connaître le Dr Jacques Charon, et dès 1997, j'ai suivi les cours et les séances de formation continue de Paroconcept. Aujourd'hui, j'ai d'excellents résultats cliniques, je continue de me former et les patients sont très satisfaits et reconnaissants. Depuis, je me rends à mon travail tous les matins avec beaucoup plus de plaisir et de confiance en moi ! C'est très important.

La parodontologie à la portée de tous les patients

Grâce à nos connaissances médicales en physiologie tissulaire, en bactériologie et en cicatrisation, les traitements sont moins invasifs. Plus on respecte les tissus et meilleurs sont les résultats. Les suites sont presque indolores. Le protocole actuel est le suivant : arrêt de l'infection, fermeture des poches en supprimant les obstacles au gain d'attache, en ménageant au *maximum* les tissus parodontaux. Les résultats sont spectaculaires, on arrive à régénérer tissus durs et tissus mous. On régénère au lieu de réparer. Ces traitements présentent en plus l'énorme avantage d'être beaucoup mieux supportés par les patients : les suites pénibles n'existent plus.

La fin de l'omnipraticque ou de la « polydentisterie »

Si j'ai mis autant de temps avant de me spécialiser en parodontie exclusive, c'était uniquement par crainte de perdre toute une partie de ma patientèle (ceux qui n'ont pas besoin de traitements parodontaux) et d'arrêter d'assurer les actes d'omnipraticque qui me plaisaient beaucoup (travaux prothétiques, esthétiques, prophylaxie carieuse). Mon agenda est bien rempli sans qu'il



Rodolphe COCHET

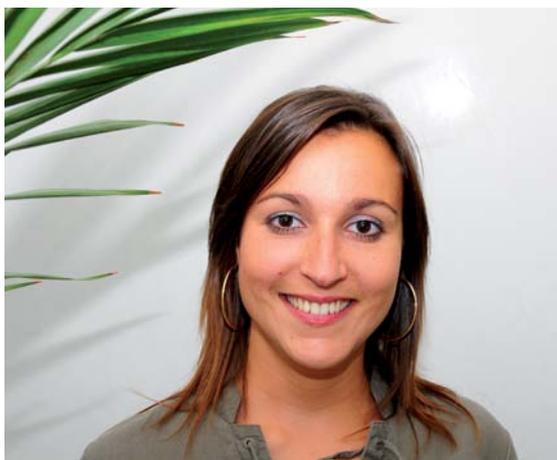
■ Consultant en management stratégique et opérationnel des cabinets dentaires



Docteur Marie-Ève Bezzina-Moulierc, parodontiste



Danièle, assistante dentaire du Dr Bezzina-Moulierac



Linda, assistante de direction du Dr Bezzina-Moulierac

soit pénible à gérer. Ma secrétaire de direction, mon assistante clinique et moi-même sommes beaucoup moins stressées et nos vies de famille s'en ressentent !

Conseils aux novices et mises en garde

Le confrère qui cherche à exercer cette spécialité à titre exclusif doit avoir un bagage suffisant, passer dans un premier temps par un CES ou un DU de parodontie, ou faire un Post Graduated dans une université reconnue dans cette spécialité, afin d'avoir des bases solides. Cependant, en plus des bases fondamentales, la maîtrise de la clinique est indispensable et elle ne s'acquiert qu'avec le nombre de cas traités. Il faut se méfier des formations en 2 ou 3 jours qui prétendent former un parodontiste en 10 leçons ! En 2 ou 3 jours on peut recevoir de l'information à défaut de formation !

La parodontie est une spécialité qui a connu une évolution phénoménale et magnifique ces 20 dernières années. Grâce à la génétique, nous savons que certains patients naissent prédisposés à développer des maladies parodontales. Les sondes à ADN et l'utilisation des microscopes pour l'analyse directe de la flore parodontale nous ont permis d'affiner notre diagnostic. Les traitements aussi ont évolué. Nous pouvons être beaucoup moins invasifs qu'auparavant. L'instrumentation évolue également et s'adapte aux nouvelles techniques, avec l'apparition des micro-inserts, la piezochirurgie, les micro-lames et les instruments de microchirurgie pour les greffes, l'utilisation de certaines longueurs d'onde laser en tant qu'outils complémentaires aux traitements. L'apparition de l'implantologie a certes repoussé les limites prothétiques ; cependant je regrette que certains confrères aient souvent et trop rapidement le réflexe extraction/implantation plutôt que celui de la conservation *via* un traitement parodontal. Nous ne devons pas oublier que le meilleur implant reste la dent naturelle.

Le parodontiste et le management

Ma définition du management

Selon moi, le management représente l'aptitude d'un employeur à gérer l'organisation de son travail et à obtenir l'adhésion de ses employés pour la réalisation de ses objectifs professionnels.

J'ai donc appris avec le temps à organiser le travail du cabinet, poste par poste ainsi que la gestion du planning et de la communication et à déléguer tout ce qui ne fait pas partie de mes compétences purement professionnelles : tâches administratives, traitement du courrier, des factures, commandes, encaissement, classement, stérilisation. Je n'ai jamais aimé travailler seule même au début de mon exercice mais j'ai mis bien trop d'années à réaliser la nécessité d'avoir deux personnes pour m'aider : une « secrétaire de direction » qui (comme je le dis au patient) s'occupe de « tout » sauf de travailler au fauteuil et de faire la stérilisation et une assistante dentaire avec qui je travaille à 4 mains et 4 yeux, 2 cerveaux et qui s'occupent de la partie stérilisation, des commandes et de la gestion des stocks. Une secrétaire de direction n'est pas un « produit de luxe », et le salaire est quasiment équivalent à celui d'une assistante dentaire qualifiée : elle est indispensable pour une meilleure qualité de service ainsi que pour développer et fidéliser notre réseau de correspondants.

Les insuffisances de notre formation initiale

En sortant de la faculté, à mon époque, nous n'avions aucune connaissance relative à la gestion stratégique et prévisionnelle de notre futur environnement professionnel. Notre *cursus* universitaire ne devrait pas se terminer sans de sérieuses connaissances fondamentales en management. Si certains enseignements fondamentaux en gestion RH et en communication médico-dentaire étaient dispensés dans les facultés d'odontologie, les praticiens ne se retrouveraient pas aussi démunis d'outils d'aide à la prise de décision stratégique.

La communication, ou la gestion de la relation au patient

Un jour, le Dr Charon m'a dit qu'il valait mieux investir dans la gestion de ses ressources humaines et le management de l'équipe plutôt que dans le matériel au sens large du terme.

Une grande partie de notre temps de travail doit être consacrée à la communication aussi bien qu'aux actes médicaux : diagnostic, choix du plan de traitement, pronostic, actes thérapeutiques. Tout le reste doit être délégué à du personnel qualifié qui saura mieux le faire que nous (rendez-vous, administratif, stérilisation...).



Le rendement du cabinet s'en trouvera grandement amélioré et les patients se sentiront réellement pris en charge et surtout bien mieux accompagnés durant leur traitement.

La gestion RH du cabinet

J'ai toujours travaillé avec une assistante au fauteuil. Au tout début, j'empruntais celles de mes associés et très rapidement, j'en ai recruté une. Le confort du travail à 4 mains, l'efficacité pour les patients, le respect des horaires et de l'asepsie se sont imposés comme indispensables. Comment envisager une stérilisation de qualité sans assistante ? Au bout de quelques années, ma première assistante ne supportant plus de jouer les superwomen, est partie en congé maladie à rallonge ! À cette époque, il me semblait qu'il suffisait d'être gentille et compréhensive pour la garder à son poste ! Je n'ai rien vu venir et j'ai ressenti cela comme un échec.

Une formation en management m'a fait accepter l'idée de recruter une aide supplémentaire. Depuis 12 ans, je travaille avec Danièle, mon assistante dentaire et avec Linda, ma secrétaire de direction depuis 8 ans. Elles sont sérieuses et ne manquent à leur poste qu'en cas de force majeure. Elles sont fiables, mes patients et moi-même savons que nous pouvons compter sur elles. Je conseille aussi à mes confrères de prendre du recul de manière régulière sur leur organisation et leur mode de management, en particulier si les membres de l'équipe ne viennent pas travailler avec enthousiasme ou s'ils ne semblent plus être en phase avec la politique du cabinet et les objectifs de développement assignés. Je conseille également vivement à mes confrères de respecter le droit individuel à la formation de nos assistantes dentaires, en particulier dans le cadre d'un exercice spécialisé en parodontologie, domaine dans lequel nombre de formations dédiées aux assistantes sont proposées.

Le danger des dérives marketing

Je trouve que nous sommes allés un peu trop loin dans ce domaine ! Nous avons fait des études pour soigner les gens, pas pour faire du commerce de soins. Cependant, il est indispensable de suivre des stages de gestion et de management pour rendre notre pratique

agréable, efficace et rentable, ce qui n'a rien à voir avec du « marketing ».

Il faut cependant choisir les bons cours et les prestataires de notoriété et ne pas tomber dans le piège de techniques commerciales rudimentaires qui prennent le pas sur l'enseignement du sens véritable du management et de l'organisation. On rencontre les mêmes dérives au niveau clinique : c'est l'implantologie et la dentisterie esthétique qui sont « tendance » aujourd'hui ! Tous les étudiants et jeunes praticiens fantasment sur l'implantologie sans l'avoir pratiquée. Pour les praticiens déjà installés, il est hélas parfois plus rapide d'extraire une dent qui commence à bouger et de la remplacer par un implant que de traiter la maladie parodontale... et c'est aussi plus lucratif à en croire certains. Si une dent peut être consolidée (gain d'attache), avec un bon pronostic de durée, il faut la conserver, c'est encore le meilleur implant. L'indication des implants ne devrait donc être posée qu'après le traitement parodontal. Il est inconcevable d'entendre dire et de lire que puisque les implants sont fiables, il faut extraire prématurément pour conserver le volume osseux ! En effet, l'os ne continue à se résorber que s'il n'y a pas de traitement parodontal, ou si celui-ci a échoué.

Aussi, le patient doit être libre de choisir ce qui lui semble bon pour sa santé. Nous sommes là pour informer et pour conseiller nos patients dans le choix de solutions thérapeutiques, mais certainement pas pour le convaincre, ou pire, forcer sa conviction.

Je déplore également que certains confrères s'inquiètent parfois de déléguer des actes de parodontologie qui ne sont pas du ressort de leurs compétences. Certains confrères craignent de perdre leurs patients : ils ne réalisent pas au contraire qu'ils leur seront reconnaissants de les avoir adressés à quelqu'un qui a su et pu garder leurs dents naturelles.

Le statut sociétal de la parodontologie

Nous pouvons regretter qu'il y ait aussi peu de praticiens qui décident de se former en parodontie. En effet, dans tous les plans de traitement de réhabilitation buccale, il doit y avoir une étape de diagnostic et de traitement parodontal si nécessaire ainsi qu'un suivi, afin de pérenniser l'ensemble des travaux prothétiques ou implantaires. Aussi, la parodontologie en cabinet libéral représente parfois aux yeux de nos patients une médecine de « luxe ». La plus grande partie des actes sont encore hors nomenclature et trop peu de mutuelles prennent en charge nos soins. ◆

AUTEUR

Rodolphe Cochet

Conseil en Management des cabinets dentaires
7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél. : 01 43 31 12 67 - Email : info@rh-dentaire.com
› Conseil, audit et coaching : www.rh-dentaire.com
› Emploi : www.dentalemploi.com
› Formation : www.dentalformation.com



L'assurance des résultats
en parodontie, du diagnostic
à la maintenance.

LA FORMATION N°1 EN PARODONTIE

La combinaison gagnante

1. La sérénité

Travailler sur un Parodonte sain.

Contrôler durablement l'infection
et l'inflammation qui l'accompagne.

2. La performance

Des patients confiants et rassurés
dès le premier rendez-vous.

Consolider le parodonte par l'élimination
non chirurgicale, atraumatique,
du tartre supra et sous gingival.

3. Le bien-être

Comprendre et Savoir Faire.

Maintenir les résultats stables à long terme.

>>>>>> PARO CONCEPT <<<<<<<<
UN PROTOCOLE QUI ASSURE LE SUCCÈS

Pour recevoir notre plaquette de présentation,
contactez Nicolas au **03 20 34 04 47**



89 rue Roland
59000 Lille
T. 03 20 34 04 47
F. 03 20 56 90 42
www.paroconcept.com
paroconcept@nordnet.fr



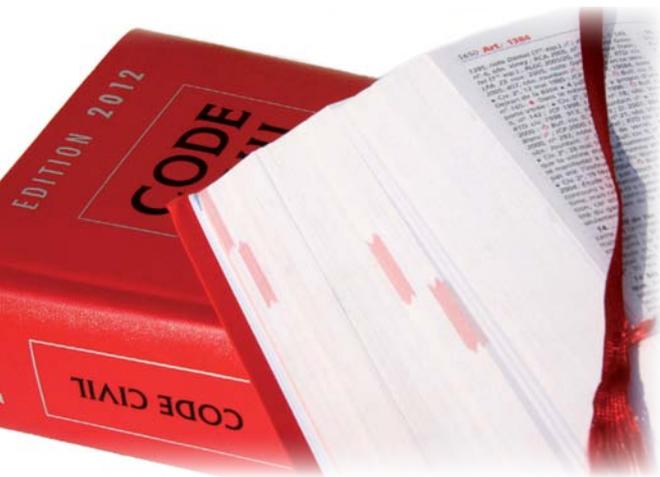
connectez-vous sur
www.paroconcept.com



NOUVEAUTÉ

ADHÉSION
GRATUITE ET SANS
ENGAGEMENT

Inscrivez-vous à l'ESPACE MEMBRES
sur notre site www.paroconcept.com
et découvrez le meilleur de l'information en parodontie,
ainsi que des guides utiles pour vous et vos patients !



Les responsabilités en implantologie

Seconde partie

Obligations de résultats

Obligation de résultat en prothèse

L'Arrêt du Tribunal Correctionnel de Metz du 15/12/1951 impliquait pour le praticien une obligation de résultat en prothèse. Le chirurgien-dentiste étant assimilé de façon lapidaire à un poseur de prothèse, la prothèse étant un produit fini dans son état, dans sa forme et sa composition, et destiné à combler des édentations. Depuis le 25/02/1997, arrêt de la Cour de Cassation, l'acte prothétique est un acte thérapeutique complexe qui sous-entend deux démarches :

- une démarche intellectuelle qui, sur des bases anatomiques, physiologiques et psychologiques, va fonder un diagnostic, une indication et un plan de traitement
- une démarche manuelle, soit la préparation de la sphère orale, la conception, la pose et l'adaptation de la prothèse

Toutes ces opérations s'exerçant sur le vivant, c'est-à-dire sur une entité biologique, sont de nature purement médicale et non technique, et donc ne sont tenues qu'à une obligation de moyens.

Fait nouveau du 23/11/2004, arrêt de la Cour de Cassation : « il y a nécessité de fournir au patient un appareillage apte à rendre le service qu'il peut légitimement en attendre ; une telle obligation, incluant la conception et la confection de cet appareillage, étant dès lors de résultat ». Pour l'instant, il n'y a pas d'obligation de résultat dans la pose et l'adaptation de la prothèse, compte tenu de l'acceptation souvent subjective du patient. Il est à noter que depuis le 09/12/2010, la Cour de Cassation a introduit une nouvelle notion : « l'obligation de qualité ».

L'obligation de résultat en prothèse incombe par contre au laboratoire dans la fabrication de la prothèse. C'est dans ce sens que l'implantologiste assume vis-à-vis du patient une obligation de résultat du technicien quant aux qualités substantielles, matériaux et méthodes de laboratoire utilisés pour la réalisation prothétique. Dans le cas contraire, le praticien peut se réserver le droit d'exercer un recours contre le laboratoire. La préservation de bonnes relations entre nos deux professions explique la rareté de ces recours.



Dr Jean-Pierre CHETRY

- Diplômé de la faculté de médecine de Marseille
- DU d'implantologie chirurgicale
- DU de prothèse implantaire
- Chargé de cours à la faculté
- Expert judiciaire près la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence
- Membre associé national de l'Académie nationale de chirurgie
- Membre de la Commission de législation

Obligation de satisfaction

Arrêt de la Cour de Cassation du 15/11/1972. Elle est tout à fait subjective, car basée sur la sensibilité personnelle face aux critères de beauté, douleurs et tenue en bouche, critères variables d'un individu à l'autre.

Loi du 05/03/2002 : la responsabilité professionnelle trentenaire est ramenée à 10 ans à partir de la période de consolidation qui signe la fin de la thérapie curative, c'est-à-dire la pose de la prothèse, et ce pour les patients soignés après le 05/09/2001.

Obligation d'esthétique

Elle résulte d'un devoir d'information plus étendu qu'en médecine, dans la mesure où notre acte thérapeutique procède d'une visée non vitale autant fonctionnelle qu'esthétique. TGI de Bergerac, 02/12/1986 : l'esthétique sous-entend la recherche et l'acquisition de la beauté avec une obligation de résultat. Il conviendrait mieux de parler de cosmétique qui implique les préparations et interventions destinées à la beauté et tenues dans ce cas à une obligation de moyens.

En réponse à ces trois obligations, nous ne saurions trop recommander les modèles d'étude, les montages esthético-fonctionnels, les photos intra-buccales face et profil, qui, en figeant l'état antérieur, supporteront une argumentation médico-légale.

Fautes, maladresses, imprudences

Article 1382 du Code Civil.

Il n'y a pas de définition uniforme et concrète de la faute. Pour ce qui nous concerne, il s'agit d'erreurs, d'imprécisions, d'inexactitudes dans le geste chirurgical et dont les conséquences étaient prévisibles et donc évitables (lésion d'une structure anatomique majeure). À ne pas confondre avec l'aléa thérapeutique, acte de notre fait, mais sans faute, même si les méthodes, matériels et protocoles ont été respectés.

Définition de l'aléa thérapeutique

Cour de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, 08/11/2000 : il s'agit d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical qui ne pouvait être maîtrisé. Il inclut trois conditions cumulatives :

- que les conséquences liées aux réactions du corps humain soient imprévisibles, rares et exceptionnelles
- qu'il ait lieu dans des actes
 - de prévention
 - d'investigation
 - thérapeutiques

dès lors, il y aurait plutôt lieu de parler d'aléa médical

- que la gravité engendre une incapacité permanente partielle supérieure à 25 % et une interruption temporaire du travail de plus de 6 mois

La loi du **04/03/2002** créant l'ONIAM (Office National pour l'Indemnisation des Accidents Médicaux) a permis, sous certaines conditions, la prise en compte de l'indemnisation par les CICR (Commissions d'indemnisation et de conciliation régionales).

Les responsabilités dans l'équipe thérapeutique

Avant tout traitement, les modalités tant chirurgicales (greffes osseuses, nombre d'implants, position) que prothétiques (overdentures, bridges fixes scellés ou vissés, prothèses ostéo-ancrées) devront être acceptées par les membres de l'équipe thérapeutique.

Il ne peut y avoir dissociation de l'acte implantaire. Toute l'équipe peut être tenue responsable du traitement (responsabilité du tout). Toute l'équipe peut être condamnée solidairement (condamnation « *in solidum* »). Cependant, il y a une ventilation dans nos responsabilités.

Le chirurgien

Il doit être garant d'une assurance professionnelle (avec extension implants, sinus, greffes osseuses), s'en tenir aux deux principes de morale et d'éthique médicales : d'abord ne pas nuire (« *primum non nocere* ») et en cas d'échec, revenir à la situation antérieure sans conséquences ni complications (« *restitutio ad integrum* ») :

- nécessité d'un montage esthétique-fonctionnel (wax-up) qui préfigure la future prothèse et d'un guide chirurgical, ces pièces pouvant servir d'éléments médico-légaux
- réussir l'ostéointégration en mettant les implants dans des conditions d'émergence, d'espacement et d'orientation conformes à la future destination prothétique
- obligation d'un compte rendu opératoire détaillé dans lequel figurent les éventuels incidents per-opératoires
- obligation de répertorier les références implantaire (forets à usage unique, implants, membranes, matériaux de comblement, etc.)
- en fonction des prémédications, prévenir du danger de conduite automobile
- obligation de suivi des soins et de surveillance (**arrêt de la Cour de Cassation du 06/10/2011**)

Le prosthodontic

Il s'agit du confrère qui a uniquement en charge la partie prothétique en sachant que 75 % des litiges proviennent de la prothèse, avec :

- obligation d'une assurance « surprime implantologie »
- nécessité d'une formation, eu égard aux protocoles prothétiques particuliers
- contrôles clinique et radiographique de l'ostéointégration et des points d'émergence
- co-responsabilité de l'acte prothétique avec le chirurgien ; en cas de conflit, ne jamais « confisquer » la prothèse, celle-ci étant partie insaisissable de la personne (**arrêt du 01/12/1985**)
- la pose de la prothèse vaut acceptation de la bonne exécution

Le technicien de laboratoire

Il travaille sur « l'inanimé ». Ses obligations sont les suivantes :

- obligation de résultat dans la fabrication prothétique, c'est-à-dire sans défaut apparent ou vice caché
- obligation de traçabilité des matériaux employés
- obligation de secret professionnel par codage des fiches de laboratoire

Conclusion

Nos responsabilités en implantologie découlent du tripode traditionnel du droit commun qui veut qu'il y ait **faute, préjudice et lien de causalité**.

Quand la responsabilité sans faute est admise (aléa thérapeutique), il pourrait y avoir pour le patient une certaine propension à aller chercher la faute dans le défaut d'information. (50 % des contestations). En tant qu'experts, nous sommes souvent confrontés à ces situations initiées par les conseils de nos patients, à des fins d'indemnisation. Dès lors le règlement de ces conflits pourra revêtir plusieurs modes :

- la conciliation ordinale
- l'expertise amiable assurance
- le procès
- la médiation
- l'arbitrage



Face à une jurisprudence de plus en plus pressante et à une attitude consumériste des malades, prudence et prévention s'imposent pour éviter perte de confiance et rupture du dialogue :

- sur le plan thérapeutique, par la prise en compte d'une spécificité novatrice et plurielle, car au carrefour de nombreuses disciplines (chirurgie, parodontologie, prothèse, esthétique, psychologie)
- sur le plan professionnel, par l'obligation d'une formation reconnue sur le plan européen (D.U.I.), alliant plateau technique performant et système implantaire éprouvé
- sur le plan déontologique, par l'abstention de toute attitude ou certificat confraternels
- enfin, sur le plan humain, par la délivrance loyale d'informations, une capacité d'écoute et des délais de réflexion suffisants qui éviteront dans ce nouvel espace thérapeutique, des contre-sens générateurs de futurs conflits

À ce titre et dans ces conditions, le bon sens en implantologie ne sera jamais l'ennemi du droit. ◆

Des revenus fonciers fortement taxés : les solutions !

Il faut bien le reconnaître, certains régimes d'imposition défient toute concurrence ! Ainsi, parlait le gérant d'une SCI à l'impôt sur le revenu... Et le pauvre, il n'avait encore rien vu ! Il allait bientôt être rattrapé par l'augmentation des prélèvements sociaux...

Revenus fonciers ou la contre-niche fiscale

Depuis le 1^{er} janvier 2012, les prélèvements sociaux sur les revenus fonciers sont passés de 13,50 % à 15,50 % !

Ainsi, pour la tranche d'impôt sur le revenu à 41 %, les bénéfices fonciers sont désormais amputés de 56,50 % en tenant compte des 15,50 % des prélèvements sociaux et il ne reste donc que 43,50 % net pour le propriétaire foncier !

On comprend ainsi qu'un investissement immobilier nu nécessite un traitement de faveur pour sortir gagnant. À défaut, il est préférable de vendre.

Le Docteur B. détient un bien immobilier estimé à 500 000 € et il perçoit des loyers de 25 000 € avant impôts, soit 5 % de la valeur du bien. Après impôts et CSG/CRDS, il ne lui reste que : 10 875 €.

Si l'on compare ces loyers nets à la valeur de son bien, la rentabilité nette tombe à 2,17 % (sans compter taxe foncière, assurance,...) soit au final, une rentabilité inférieure à 2 % !

Un traitement de faveur par excellence : l'investissement en déficit foncier

Aujourd'hui, l'investisseur cherche à sécuriser son patrimoine et ses revenus complémentaires. Certes, la pierre est l'investissement qui peut répondre à ces critères, et même au-delà car les revenus sont revalorisés. C'est donc un remède contre l'inflation, mais à condition que sa fiscalité confiscatoire soit considérablement allégée.

La solution : investir dans un bien immobilier à rénover et réaliser des travaux d'entretien, de réparation et d'amélioration. Durant les travaux, aucun loyer n'est distribué. Il apparaît ainsi un déficit foncier. Celui-ci est imputé en priorité sur les autres revenus fonciers, au-delà sur le revenu global dans la limite de 10 700 € et encore au-delà, stocké 10 ans pour être imputé sur vos futurs revenus fonciers.

Le Docteur B. a des revenus fonciers de 25 000 € (tranche marginale d'imposition à 41 %). Il investit comptant dans une SCPI de déficit foncier pour 150 000 €. Celle-ci réalise 77 745 € de travaux sur 2 ans, 34 985 € l'année 1 et 42 760 € l'année suivante.

Résultats : l'année 1, il gomme tous ses revenus fonciers et bénéficie d'un déficit foncier excédentaire de 9 985 € reportable sur son revenu global. Il fait donc une économie de 19 766 €.

L'année 2, encore une fois, il efface en totalité ses revenus fonciers de 25 000 € et déduit de son revenu global 10 700 €, et il a un petit stock de déficits fonciers de 7 060 € pour les années à venir. Il réalise donc une économie d'impôts minimum de 24 159 € !

Au final, il économisera en tout 43 925 € ! Économies qui pourraient bien entendu être amplifiées avec un financement *in fine*.

La solution est donc d'investir dans une SCPI de déficit foncier, qui vous exonère de tout souci de gestion et vous permet de bénéficier d'une large diversification du patrimoine dans la mesure où la SCPI est investie sur un portefeuille d'immeubles et non sur un seul bien. Mais surtout, l'investisseur sera déchargé du suivi des travaux, pris en charge par des professionnels rompus à ce type de tâches et entourés des conseils d'avocats fiscalistes. En effet, en la matière, il faut être extrêmement rigoureux car tous les travaux ne sont pas déductibles !

D'autre part, l'intérêt économique de ce type d'investissement est qu'il est généralement réalisé en cœur de ville, avec dans certains cas, astucieusement, des boutiques en pied d'immeubles. Il revêt donc plutôt un caractère patrimonial, voire historique avec un potentiel de valorisation. L'intérêt des boutiques, vous l'aurez compris : doper le rendement de cet investissement patrimonial en bénéficiant d'une large diversification immobilière !

Ainsi, ce très bel immeuble de caractère, plein cœur de ville au Mans, avec 5 appartements et 420 m² de

commerces en rez-de-chaussée, rénovés en profondeur à neuf. Un investissement permettant de joindre l'utile à l'agréable !

La question qui revient souvent en matière de SCPI est la sortie : pourrais-je facilement revendre mes parts au terme ? En fait, ici, le problème ne se pose pas du tout en ces termes. En effet, la société de gestion va revendre les immeubles acquis (avec les capitaux collectés) et rénovés en espérant bien sûr réaliser une plus-value. Ainsi, au terme, en échange de vos parts et à hauteur de celles-ci, vous percevrez le fruit de la vente des immeubles, avec les éventuelles plus-values réalisées exactement comme lorsque vous revendez vos propres biens sur le marché...

Bien entendu, il faudra acquitter la taxe sur la plus-value ! Eh oui, rien n'est parfait. Cela étant, nos calculs montrent que cette taxe affecte peu l'intérêt de l'opération.

En effet, elle représente en moyenne, après quinze ans de détention, environ 25 % de la plus value réalisée... ce n'est pas si terrible pour une telle efficacité ! Le jeu en vaut la chandelle...

Cerise sur le gâteau : cet investissement est un petit paradis fiscal. Eh oui, ça existe encore. Il se situe, en effet, hors plafonnement des niches fiscales ! On pourrait donc en théorie en abuser sans limite. Mais, il faut savoir raison garder. Comme toujours, il convient de vérifier que l'opération est bien adaptée à votre situation patrimoniale et fiscale, et d'éviter de vous surendetter.

L'investissement en déficit foncier est en quelque sorte une sérieuse astuce en attendant de vendre au fil de l'eau vos autres biens trop taxés !

En effet, l'idée est, à terme, de substituer à vos biens à revenus fortement taxés, des biens générateurs de revenus non imposés ou peu imposés !

Lorsque vous aurez vendu vos biens dont la rentabilité après impôts est trop faible, vous récupérerez un capital que vous pourrez à nouveau investir en immobilier dans un cadre fiscal, qui cette fois est préservé. À cet égard, le statut de loueur en meublé non professionnel constitue une solution très efficace. Il vous permet de profiter de revenus peu ou pas imposés sur longue période. La durée de cette période sera fonction du financement. Surtout si vous achetez ce bien à crédit durant votre activité.

Comment ça fonctionne ? La Location Meublé Non Professionnel relève des BIC. Comme vos biens professionnels, les biens acquis dans ce cadre peuvent être amortis.

Cet amortissement est une charge « fictive » qui se déduit des revenus produits. Vos revenus de cette manière sont défiscalisés sur une longue période.



Pour optimiser, vous avez intérêt à acquérir ces biens à crédit, *in fine* si possible pour amplifier le mécanisme.

En effet, les intérêts de l'emprunt viendront gommer fiscalement vos revenus. Du coup, vos amortissements non utilisés seront reportés et stockés pour être utilisés par exemple durant votre retraite.

Voici comment vous pourrez ainsi produire des revenus complémentaires peu ou pas imposés et revalorisés durant votre retraite.

Ainsi, notre Docteur H. qui détient un bien de 200 000 € le vend et réinvestit ce capital en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) dans le cadre du statut LMNP pour bénéficier de revenus élevés de l'ordre de 4,5 à 4,75 %, soit un revenu de 9 200 € annuels net duquel il ne lui reste plus qu'à déduire la taxe foncière (si le bail a été bien négocié) !

Il peut très bien également diversifier avec une résidence de tourisme très bien située par exemple...

Un patrimoine immobilier se gère, il faut l'adapter et l'arbitrer au gré des opportunités et des contraintes qui le minent afin d'optimiser et de rentabiliser au mieux vos capitaux ! N'hésitez pas à recourir à l'étude patrimoniale et fiscale. ◆

AUTEUR

Catherine BEL

Patrimoine Premier

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

32 av. de Friedland, 75008 Paris

Tél. : 01 45 74 01 05 - Fax : 01 45 74 01 15

Email : catherinebel@patrimoinepremier.com

Tous vos rendez-vous

PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE

31 mai et 1^{er} juin 2012 à Bordeaux
**FORMATION IMPLANTOLOGIE SUR
PIÈCES ANATOMIQUES**
Drs FOUGERAIS, NORMAND
GÉNÉRATION IMPLANT
 134 av. des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
 Tél : 0820 620 017 - Fax : 04 93 83 01 39
 Email : info@generation-implant.com
 Site : www.generation-implant.com

31 mai et 1^{er} juin 2012 à Toulon
FORMATION PROTHÈSE IMPLANTAIRE
Dr BRINCAT
GÉNÉRATION IMPLANT
 134 av. des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
 Tél : 0820 620 017 - Fax : 04 93 83 01 39
 Email : info@generation-implant.com
 Site : www.generation-implant.com

31 mai au 2 juin 2012 à Bordeaux
**LA DENTISTERIE NEUROMUSCULAIRE
EN 5 ÉTAPES - THÉORIE, TP ET TRAVAIL
SUR PATIENT**
GAD CENTER - Cyril GAILLARD
 Tél : 06 09 13 52 41
 Email : contact@gad-center.com
 Site : www.gad-center.com

1^{er} et 2 juin 2012 à Paris/Chessey-Marne la Vallée
Dr N. COHEN
 15 et 16 juin 2012 à Rennes
*Drs D.BOURDIN, D. GLEZ, S. HOURDIN,
S. LEBORGNE, A. SAFFARZADEH*
 15 et 16 juin 2012 à Pau
Dr J. JEANDET
 29 et 30 juin 2012 à Avignon
Drs S. DUFFORT, P. QUESNEL, B. SALSOU
Centre ITI

**LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE EN
OMNIPRATIQUE : DÉMARRER
CONCRÈTEMENT EN IMPLANTOLOGIE
ET RÉALISER VOS PREMIERS CAS DE
CHIRURGIE SOUS 6 MOIS**
CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND
 3 rue de la Galmy - Chessey
 77701 Marne -la-Vallée cedex 4
 Tél : 01 64 17 30 09
 Email : frederique.bertrand@straumann.com
 Site : www.campusitifrance.org

1^{er} et 2 juin 2012 à Toulouse
**CHIRURGIE GUIDÉE, PLANNIFICATION
INFORMATIQUE- MODULE 5**
AFOPI - Herbert KOCH
 89bis rue Pierre Brossolette - 95200 Sarcelles
 Tél : 01 39 90 07 73
 Email : contact@afopi.com
 Site : www.afopi.com

2 juin 2012 à Lançon de Provence
CHIRURGIE PLASTIQUE PARODONTALE
Dr Alain BORGHETTI
 Frais d'inscription : 490 €
CFOP - Nadia BREYTON
 120 allée de la Coudoulette
 13680 Lançon de Provence
 Tél : 04 90 42 98 58 - Fax : 04 90 42 92 61
 Email : nadia.breyton@fip-group.fr
 Site : www.bisico.fr

6 juin 2012 à Paris
Hôtel IBIS Pte de Montreuil
**LES FRACTURES DE CÉRAMIQUES :
PRÉVENTION ET TRAITEMENTS**
Dr. F. RAUX
COSS - Pr POUGATCH, Sylvie PLANTARD
 22 rue Robert Legros - 93100 Montreuil
 Site : www.coss.asso.fr

6 au 8 juin 2012 à Toulouse
PERIOSAVE ACADEMY - MODULES 3 JOURS
*Drs JOURDAN, NEGRE, SILLAM, DARCISSAC,
BOURGADE*
TBR GROUP - Valérie ROS
 24 impasse René Couzinet - 31500 Toulouse
 Tél : 05 62 16 71 00 - Fax : 05 61 80 84 02
 Email : communication@tbrimplants.com
 Site : www.tbr-group.com

7 juin 2012 à Marseille
**IMPLANT DIRECT, LA RAISON DU CHOIX,
LE CHOIX DE LA RAISON ?**
Dr BEAU Raphael
IMPLANT DIRECT - M. SOLOMON
 Tél : 06.21.84.98.54
 Email : doron.solomon@implantdirect.eu
 Site : www.implantdirect.com/eu/fr/default.asp

7 juin 2012 à Nantes, Vigneux
Brit Hôtel
**LES IMPLANTS AU SECOURS DE LA
PROTHÈSE COMPLÈTE MANDIBULAIRE**
Dr Christophe RIGNON-BRET
 Frais d'inscription : 395 €
AOBO - Stéphanie DETHOURY
 16 rue Beethoven - 44300 Nantes
 Tél : 02 51 89 02 28
 Email : aobo@wanadoo.fr
 Site : aobo.fr

7 juin 2012 à Lyon
**RÉHABILITATION D'UNE ARCADE
COMPLÈTE ET MISE EN CHARGE
IMMÉDIATE SUR 4 OU 6 IMPLANTS**
Dr Patrick BELMON
EUROTEKNIKA GROUPE - Dorothee BOUCHE
 726 rue du Général De Gaulle - 74700 Sallanches
 Tél : 04 50 91 49 29 - Fax : 04 50 91 98 66
 Email : dorothee.bouche@euroteknika.com

7 et 8 juin 2012 à Chessey-Marne la Vallée
**PRISE D'EMPREINTE OPTIQUE
AVEC ITERO**
STRAUMANN - Frédérique BERTRAND
 3 rue de la Galmy - Chessey
 77701 Marne -la-Vallée cedex 4
 Tél : 01 64 17 30 09
 Email : frederique.bertrand@straumann.com

7 et 8 juin 2012 à Paris
**FORMATION SUR LA MISE EN CHARGE
IMMÉDIATE**
Dr Hadi ANTOUN
IFCIA - Dominique HABERSACK
 11bis avenue Mac Mahon - 75017 Paris
 Tél : 0147 23 83 25 - Fax : 01 47 20 31 58
 Email : hadi@antoun.fr

8 juin 2012 à Sallanches
**LA RÉVOLUTION NUMÉRIQUE
AU SERVICE DE LA CHIRURGIE
IMPLANTAIRE ET DE LA PROTHÈSE**
Drs Claude CROTTAZ, Léonard BRAZZOLA
 Frais d'inscription : 290 €
ANTHOGRYR IMPLANTS INSTITUTE
 Philippe IWACHOW
 2237 avenue André-Lasquin - 74700 Sallanches
 Tél : 04 50 58 02 37 - Fax : 04 50 93 78 60
 Email : p.iwachow@anthogyr.com
 Site : www.anthogyr.com

11 juin 2012 à Clermont-Ferrand
**PROTHÈSES SUPRA-IMPLANTAIRES
UFR D'ODONTOLOGIE** - Claudie CAMUS
 11 bld Charles de Gaulle
 63000 Clermont-Ferrand
 Tél : 04 73 17 73 35 - Fax : 04 73 17 73 79
 Site : webodonto.u-clermont1.fr

12 et 13 juin 2012 à Paris
**AUGMENTATIONS OSSEUSES
PRÉ-IMPLANTAIRES SUR SUJETS
ANATOMIQUES**
*Drs G. KHOURY, R. FELIZARDO,
Pr P. CARPENTIER*
ASTRA TECH - Élodie MOSSERI
 7 rue Eugène et Armand Peugeot
 92563 Rueil-Malmaison Cx
 Tél : 01 41 39 22 30 - Fax : 01 41 39 97 42
 Email : elodie.mosseri@astratech.com
 Site : www.astratechdental.fr

12 et 13 juin 2012 à Sallanches
**SOULÈVÉS DE SINUS, COMBLEMENTS
SINUSIENS, GREFFES OSSEUSES
D'APPOSITION**
Dr BERDUGO
 Frais d'inscription : 800 €
TEKNIKA TRAINING
 726 rue du Gal De Gaulle - 74700 Sallanches
 Tél : 04 50 91 49 21 - Fax : 04 50 91 98 66
 Email : celine.boutry@euroteknika.com
 Site : www.teknika-training.com

14 juin 2012 à Cannes-Le Cannet
Azur Eden
**CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE ET
OSSEUSE POUR L'OMNIPRATICIEN**
Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET
F.I.D.E. - Aline
 Tél : 04 93 99 72 81 - Fax : 04 92 98 82 33
 Email : contact@fide.fr
 Site : www.fide.fr

14 juin 2012 à Aubagne
Clinique la Casamance
**FORMATION ASSISTANTE ET
IMPLANTOLOGIE**
 Frais d'inscription : 320 €
INSTITUT OROFACE - Virginie
 Clinique La Casamance
 33 bd des farigoules - 13400 Aubagne
 Tél : 06 30 08 60 99
 Email : institut.oroiface@orange.fr
 Site : www.institutoroiface.com

14 juin 2012 à Cluses
**GESTION DE L'ESTHÉTIQUE EN
PROTHÈSES SUR IMPLANT - APPORT DE
LA CHIRURGIE GUIDÉE**
Dr Pierre DRÉAN
EUROTEKNIKA GROUPE - Dorothee BOUCHE
 726 rue du Général De Gaulle - 74700 Sallanches
 Tél : 04 50 91 49 29 - Fax : 04 50 91 98 66
 Email : dorothee.bouche@euroteknika.com

14 juin 2012 à Marseille
**SINUS LIFT ET IMPLANTS INCLINÉS
DANS LE SECTEUR POSTÉRIEUR**
Dr Alain CARRÉ
EUROTEKNIKA GROUPE - Dorothee BOUCHE
 726 rue du Général De Gaulle - 74700 Sallanches
 Tél : 04 50 91 49 29 - Fax : 04 50 91 98 66
 Email : dorothee.bouche@euroteknika.com

15 juin 2012 à Cannes-Le Cannet
Azur Eden
LES SINUS ET LEUR UTILISATION
Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET
F.I.D.E. - Aline
 Tél : 04 93 99 72 81 - Fax : 04 92 98 82 33
 Email : contact@fide.fr
 Site : www.fide.fr

15 juin 2012 à Vauvert
Domaine viticole Renouard
**GÉRER LA PRATIQUE IMPLANTAIRE
AU QUOTIDIEN :
VERS UNE SIMPLIFICATION DES
PROCÉDURES ET UNE PRISE EN COMPTE
DES FACTEURS HUMAINS**
Dr Franck RENOUEAU
 Frais d'inscription : 450 €

ANTHOGRYR IMPLANTS INSTITUTE

Philippe IWACHOW
2237 avenue André-Lasquin - 74700 Sallanches
Tél : 04 50 58 02 37 - Fax : 04 50 93 78 60
Email : p.iwachow@anthogyr.com
Site : www.anthogyr.com

15 et 16 juin 2012 à Orange

CYCLE 02 IMPLANTOLOGIE

Drs V. JEANNIN, B. CORTASSE, G. UBASSY
Frais d'inscription : 600 €

APEX

24 allée Ambroise Croizat - 84100 Orange
Tél : 04 90 34 37 50
Email : lesdentelles@orange.fr

18 et 19 juin 2012 à Paris

CYCLE PROTHÈSE IMPLANTAIRE APPLIQUÉE - U.E.5

Richard ABULIUS

IEFD - Laurence ABULIUS

Tél : 06 07 69 54 03

Email : iefd75@yahoo.fr - Site : www.iefd-paris.net

21 juin 2012 à Marseille

Hôtel Novotel Vieux Port

LES AUGMENTATIONS OSSEUSES

LABEL « BIO »

Dr G. KHOURY

SFPIOSE - Dr C. FOUQUE-DEUELLE

271 av. du Prado - 13008 Marseille

Tél : 04 91 22 23 35

Email : cderuelle@marsail.com

Site : sfpiose.blogspot.com

21 juin 2012 à Rueil-Malmaison

LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN IMPLANTOLOGIE

Dr J.-L. GIOVANNOLI

ASTRA TECH - Élodie MOSSERI

7 rue Eugène et Armand Peugeot

92563 Rueil-Malmaison Cx

Tél : 01 41 39 22 30 - Fax : 01 41 39 97 42

Email : elodie.mosseri@astratech.com

Site : www.astratechdental.fr

21 et 22 juin 2012 à Sallanches

FORMEZ VOTRE ASSISTANTE DENTAIRE À L'IMPLANTOLOGIE

Mme Martine JACQUART

Frais d'inscription : 500 € / 2 jours

ANTHOGRYR IMPLANTS INSTITUTE

Philippe IWACHOW

2237 avenue André-Lasquin - 74700 Sallanches

Tél : 04 50 58 02 37 - Fax : 04 50 93 78 60

Email : p.iwachow@anthogyr.com

Site : www.anthogyr.com

21 et 22 juin 2012 à Rueil-Malmaison

FORMATION INITIALE À L'IMPLANTOLOGIE ET À LA PROTHÈSE SUR IMPLANT - 1^{ÈRE} SESSION

Drs GIOVANNOLI, RENAUD, DELESTRADE

ASTRA TECH - Élodie MOSSERI

7 rue Eugène et Armand Peugeot

92563 Rueil-Malmaison Cx

Tél : 01 41 39 22 30 - Fax : 01 41 39 97 42

Email : elodie.mosseri@astratech.com

Site : www.astratechdental.fr

22 et 23 juin 2012 à Clermont-Ferrand

IMPLANTOLOGIE CLINIQUE, DU FONDAMENTAL À LA CLINIQUE

J.-F. BOREL, T. DOUILLARD, H. EL MJABBER

Frais d'inscription : 900 €/module

ACTIS DENTAIRE FORMATION - Isabelle

3 rue Eugène Gilbert - 63000 Clermont-Ferrand

Tél : 04 73 17 60 68 - Fax : 04 73 17 60 69

Email : info@actisdentaire.fr

Site : www.actis-dentaire-formation.com

25 juin 2012 à Clermont-Ferrand

CHIRURGIE IMPLANTAIRE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR

UFR D'ODONTOLOGIE - Claudie CAMUS

11 bld Charles de Gaulle

63000 Clermont-Ferrand

Tél : 04 73 17 73 35 - Fax : 04 73 17 73 79

Site : webodonto.u-clermont1.fr

27 et 28 juin 2012 à Paris

PROTHÈSE SUR IMPLANTS - MODULE 4

AFOP - Herbert KOCH

89bis rue Pierre Brossollet - 95200 Sarcelles

Tél : 01 39 90 07 73

Email : contact@afopi.com

Site : www.afopi.com

28 juin 2012 à Sallanches

SAVOIR COMMUNIQUER EN IMPLANTOLOGIE : APPRENEZ

À ARGUMENTER EFFICACEMENT

AUPRÈS DE VOS PATIENTS

Dr Bertrand ROUSSELET

Frais d'inscription : 390 €

ANTHOGRYR IMPLANTS INSTITUTE

Philippe IWACHOW

2237 avenue André-Lasquin - 74700 Sallanches

Tél : 04 50 58 02 37 - Fax : 04 50 93 78 60

Email : p.iwachow@anthogyr.com

Site : www.anthogyr.com

28 juin 2012 à Bordeaux

PLAN DE TRAITEMENT :

PRISE DE DÉCISION ET PLANIFICATION

M. BARTALA, COLL

UFR D'ODONTOLOGIE - Brigitte PAILLEY

16-20 cours de la Marne - 33082 Bordeaux

Tél : 05 57 57 30 01 - Fax : 05 57 57 30 10

Email : fc-odonto@u-bordeaux2.fr

Site : www.u-bordeaux2.fr

ESTHÉTIQUE

31 mai et 1^{er} juin 2012 à Mérignac

Novotel le Lac

L'ESTHÉTIQUE EN PRATIQUE :

LES FACETTES DE CÉRAMIQUE COLLÉE

- 2 JOURS

ASSOCIATION SYMBIOSE - Stéphanie LANGLADE

Tél : 07 62 62 35 56

1^{er} juin 2012 à Nice

FORMATION INJECTION PÉRIBUCCALE

DANS LE RAJEUNISSEMENT ET

L'ESTHÉTIQUE DU SOURIRE

Drs LE PAGE, LATTES

GÉNÉRATION IMPLANT

134 av. des Arènes de Cimiez - 06000 Nice

Tél : 0820 620 017 - Fax : 04 93 83 01 39

Email : info@generation-implant.com

Site : www.generation-implant.com

5 au 8 juin 2012 à Aix-en-Provence

Grand Hôtel du Roi René

DONNEZ-VOUS LES MOYENS DE

RÉUSSIR LE SOURIRE DE VOS PATIENTS

(COURS & TP) - SESSION 5

Drs FAUCHER, PARIS, BROUILLET, CAMALEONTE

Frais d'inscription : 685€/jour

ACADEMIE DU SOURIRE - Béatrice Bretagne

12, cours Sextius - 13100 Aix-en-Provence

Tél : +(33)6 10 37 86 88

Email : beatricebretagne@academie-du-sourire.com

Site : www.academie-du-sourire.com

7 juin 2012 à Bordeaux

Odile LUX

21 juin 2012 à Annecy

Philippe GUERRA

VITA CEREXCELLENCE 2012

Frais d'inscription : 250 € (À l'issue du stage,

chaque participant se verra remettre 250 € de

VITABLOCS)

VITA ZAHNFABRIK

B.P. 1338 - 79704 Bad Säckingen - Allemagne

Tél : +49 7761 562 222 - Fax : +49 7761 562 446

Site : www.vita-zahnfabrik.com

8 et 9 juin 2012 à Lyon

CYCLE COMPLET RESTAURATION

ESTHÉTIQUE DEGRÉ 3

Olivier GUASTALLA, Gilles LABORDE,

Nicolas LEHMANN, Patrice MARGOSSIAN

Frais d'inscription :

ce module : 990 € / les 8 jours : 3 890 €

CLINIC-ALL - J. MURIGNEUX

34 quai Charles de Gaulle - 69006 Lyon

Tél : 06 01 42 64 09

Email : contact@clinic-all.fr

Site : www.clinic-all.fr/conference.php?id=11

18 et 19 juin 2012 à Paris

CYCLE EN ESTHÉTIQUE PRÉ-REQUIS :

PROTHÉSISTE DENTAIRE

Richard ABULIUS

IEFD - Laurence ABULIUS

Tél : 06 07 69 54 03

Email : iefd75@yahoo.fr - Site : www.iefd-paris.net

ENDODONTIE

29 et 30 juin 2012 à Paris

Hôtel Ampère

CYCLE LONG EN ENDODONTIE :

10 JOURS DE FORMATION

APPROFONDIE EN ENDODONTIE

Drs L. ARBONA, S. ATTAL, F. BRONNEC, G. CARON,

S. DAHAN, P. MACHTOU, D. MARTIN, S. SIMON

Frais d'inscription :

4 950 €/membres - 5 350 € / autres

SOP

6 rue Jean Hugues - 75116 Paris

Tél : 01 42 09 29 13 - Fax : 01 42 09 29 08

Email : secretariat@sop.asso.fr

Site : www.sop.asso.fr/la-vie-de-la-sop/les-

journees-de-la-sop

OMNIPRATIQUE

31 mai 2012 à Paris

Auditorium Paris Centre Marceau

LE LASER, UN ATOUT INCONTOURNABLE AU QUOTIDIEN

Prs NAMMOUR, ROCCA, CHARTRAND,

DE MOOR, FORTAINI, Drs MARESCHI,

CHAUMANET, SEREZ, BUFFLIER, SAADI, LEVY

Frais d'inscription :

450 € : av. 30/04 - 500 € : ap. 30/04

DENTAL LASER ACADEMY - Dr Gérard NAVARRO

24 rue Boissière - 75116 Paris

Email : info@dental-laser-academy.com

Site : www.dental-laser-academy.com

31 mai 2012 à Dijon

14 ou 15 juin 2012 à Paris

TP - LE TOUT-CÉRAMIQUE, MODE

D'EMPLOI

Dr Philippe GATEAU

Frais d'inscription : 350 €

CROWN CERAM & ACTÉON - Graziella CLAERR

14 rue du Luxembourg - 68310 Wittelsheim

Tél : 03 89 57 67 22

Email : info@crownceram.com

31 mai 2012 à Périgueux

28 juin 2012 à Paris

Dr Charles TOLEDANO

7 juin 2012 à Poitiers

Dr Olivier ETIENNE

RESTAURATIONS CÉRAMO-CÉRAMIQUES :

DE LA PRÉPARATION AU COLLAGE

Frais d'inscription : 360 €

IVOCCLAR-VIVADENT - D. MERMET

219, route de la Chapelle du Puy

74410 Saint-Jorioz

Tél : 04 50 88 64 12 - Fax : 04 50 68 91 52

Email : danielle.mermet@ivocclarvivadent.com

Site : www.ivocclarvivadent.com

5 juin 2012 à Paris

Novotel Porte d'Asnières

LE MEOPA : COMMENT MAÎTRISER

PEUR ET DOULEUR AU COURS DES

SOINS DENTAIRE

Dr A. VANDERZWALM-GOUVERNAIRE

A5 PARIS V - Dr FINET

Rés. de l'Aigle - 42 av. Gal de Gaulle

92250 La Garenne Colombes

Tél : 01 47 80 21 11

Email : a5parisv@wanadoo.fr

6,7,8 et 11,12 juin 2012 à Paris

FORMATION PCR

Robert JAMMES, Jean Paul PIFERRER

Frais d'inscription : 1 435 €

MEDICONTROLE

70 allée des Oliviers - 13700 Marseille

Tél : 06 26 47 60 81 - Fax : 09 58 10 54 00

Email : medicontrol@free.fr

Site : www.medicontrol.com

7 juin 2012 à Toulouse
HYGIÈNE ET ASEPSIE AU CABINET DENTAIRE
P. ROCHER
LABOPHARE FORMATION
 17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
 33708 Mérignac cedex
 Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
 Site : www.labophare-formation.fr

7 au 9 juin 2012 à Dijon
Hôtel Philippe Le Bon
FORMATION D'HOMÉOPATHIE ODONTO-STOMATOLOGIQUE
Drs Pierre LABESSE, Jean Luc RANNOU, Christine ROESS
 Frais d'inscription :
 600 €/membre, 700 €/non membre,
 300 €/étudiant, retraité, ancien participant
ANPHOS
 3 rue Cabrières - 13510 Eguilles
 Tél : 04 42 92 67 57
 Email : rannou.jean-luc@wanadoo.fr
 Site : www.anphos.fr

14 juin 2012 à Angers
ONCOLOGIE ET MÉDECINE BUCCO-DENTAIRE
J.C. FRICAIN
LABOPHARE FORMATION
 17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
 33708 Mérignac cedex
 Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
 Site : www.labophare-formation.fr

14 juin 2012 à Bordeaux
ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ESTHÉTIQUE : QUELLES THÉRAPEUTIQUES CHEZ L'ENFANT OU L'ADULTE ?
Y. DELBOS
UFR D'ODONTOLOGIE - Brigitte PAILLEY
 16-20 cours de la Marne - 33082 Bordeaux
 Tél : 05 57 57 30 01 - Fax : 05 57 57 30 10
 Email : fc-odonto@u-bordeaux2.fr
 Site : www.u-bordeaux2.fr

14 juin 2012 à Valence
 5 juillet 2012 à Paris
FORMATION EN ANESTHÉSIE OSTÉOCENTRALE
AFPAD - Sophie
 Tél : 02 41 56 05 53 - Fax : 02 41 56 41 25
 Email : sophie@afpad.com
 Site : www.afpad.com

18 et 19 juin 2012 à Paris
RENOUVELLEMENT FORMATION PCR
Robert JAMMES, Jean Paul PIFERRER
 Frais d'inscription : 598 €
MEDICONTROLE
 70 allée des Oliviers - 13700 Marseille
 Tél : 06 26 47 60 81 - Fax : 09 58 10 54 00
 Email : medicontrol@free.fr
 Site : www.medicontrol.com

21 juin 2012 à Lançon de Provence
LES SUTURES
Dr Jean-Marc GLISE
 Frais d'inscription : 290 €
CFOP - Nadia BREYTON
 120 allée de la Coudoulette
 13680 Lançon de Provence
 Tél : 04 90 44 73 77 - Fax : 04 90 42 92 61
 Email : nadia.breyton@fip-group.fr
 Site : www.bisico.fr

21 juin 2012 à Libourne
PROTHÈSES ADJOINTES COMPLÈTES
O. HÛE, MV. BERTERETCHE
LABOPHARE FORMATION
 17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
 33708 Mérignac cedex
 Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
 Site : www.labophare-formation.fr

21 juin 2012 à Paris
 28 Juin 2012 à Aix en Provence
FORMATION À LA RADIOPROTECTION DES PATIENTS
Robert JAMMES, Jean Paul PIFERRER
 Frais d'inscription : 250 €
MEDICONTROLE
 70 allée des Oliviers - 13700 Marseille
 Tél : 06 26 47 60 81 - Fax : 09 58 10 54 00
 Email : medicontrol@free.fr
 Site : www.medicontrol.com

23 juin 2012 à Chantilly
Château de Montvillargène
FORMATION & TRAVAUX PRATIQUES DU LASER BIOLASE
Dr Gilles Chaumanet (15 d'expérience dans le domaine du laser)
NF DIFFUSION
 BP 10201 - 60631 Chantilly
 Tél : 06 11 41 70 10 - Fax : 03 44 63 14 08
 Email : contact@nf-diffusion.com
 Site : www.nf-diffusion.com

29 et 30 mai 2012 à Paris
LA DENTISTERIE NEUROMUSCULAIRE EN 5 ÉTAPES
GAD CENTER - Dr Cyril GAILLARD
 Tél : 06 09 13 52 41
 Email : contact@cyrilgaillard.com
 Site : www.gad-center.com

16 au 18 juin 2012 à Paris
Espace St Martin
PERFECTIONNEMENT : CONCEPT ALL IN ONE - 2ÈME CYCLE : EXTRACTIONS DE PRÉMOLAIRES
Dr J.F. ERNOULT
 Frais d'inscription :
 1 300 €/par module - 1 000 €/étudiant
SELF LIGATING ORTHODONTIC TECHNIQUE
 Tél : 06 11 97 06 51
 Email : docteur.ernoult@gmail.com
 Site : www.slot-concept.com

GESTION DU CABINET
 14 et 15 juin 2012 à Strasbourg
LA FLÉXI-GESTION® EN ORTHODONTIE, UNE APPROCHE ÉTHIQUE ET EFFICACE POUR LES PROFESSIONNELS DE DEMAIN
Dr E. BINHAS
GRUPE EDMOND BINHAS
 ZI Les Estroublans - 5 rue Compenhague
 13742 Vitrolles
 Tél : 04.42.108.108 - Fax : 04.42.341.504
 Email : contact@binhas.com
 Site : www.binhas.com

ORGANISATION
 6 juin 2012 à Avignon
METTRE EN PLACE LES BACS ET CASSETTES
 7 juin 2012 à Avignon
LE TRAVAIL À 4 MAINS
Dr Rami THEODORY, M Robert MACCARIO
 Frais d'inscription :
 Praticien : 500 €/jour - Assistante : 300 €/jour
EFFICIENCE-DENTAIRE - Dr Rami THEODORY
 Tél : 06 06 52 49 94
 Email : contact@efficience-dentaire.fr
 Site : www.efficience-dentaire.fr

COMMUNICATION
 18 et 19 juin 2012 à Paris
Le Méditel
OSER S'AFFIRMER ET COMMUNIQUER - MOTIVER, CONVAINCRE, RASSURER
M-Claire HUGLY, S. VAGNARELLI
 Frais d'inscription : 500 €/membres
SPOM
 Les Petites Vignes - 11 rte de Villeneuve
 89320 Vaumort
 Tél : 06 61 26 46 66
 Email : marieclaire@hugly.fr

21 juin 2012 à Bordeaux
COMMENT GÉNÉRER LA CONFIANCE ET LA SATISFACTION DU PATIENT : LES POINTS CLÉS D'UNE COMMUNICATION EFFICACE
Dr Truong NGUYEN
 Frais d'inscription : 90 €
CYRIL GAILLARD
 Tél : 05 57 87 22 67
 Email : contact@cyrilgaillard.com
 Site : www.spom.fr

21 juin 2012 à Libourne
COMMUNICATION PAR TÉLÉPHONE
MC. TESSON
LABOPHARE FORMATION
 17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
 33708 Mérignac cedex
 Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
 Site : www.labophare-formation.fr

DIVERS
 6 au 11 juin 2012 à Tibériade en Israël
Kibboutz hôtel au bord du lac MINDFULLNESS
LA MÉDITATION AU QUOTIDIEN : ORDONNANCE ANTI-STRESS
Yasmine LIENART
 Frais d'inscription :
 500 € formation - 1850 € voyage-séjour-opéra
SPOM
 Les Petites Vignes - 11 rte de Villeneuve
 89320 Vaumort
 Tél : 06 61 26 46 66
 Email : marieclaire@hugly.fr
 Site : www.spom.fr

7 juin 2012 à Paris
Maison de la Chimie
LES RISQUES JE LES PRENDS, LES RÈGLES JE LES RESPECTE, LES COMPLICTIONS JE LES GÈRE
Jean Yves COCHET, Franck DECUP, Daniel PERRIN, Franck RENOUIARD, Joël DUBREUIL, David JACOTOT
 Frais d'inscription :
 Membres : 235 ou 285 € ;
 Non membres : 315 ou 365 €
SOP
 6 Rue Jean Hugues - 75116 Paris
 Tél : 01 42 09 29 13 - Fax : 01 42 09 29 08
 Email : secretariat@sop.asso.fr
 Site : www.sop.asso.fr

8 et 9 juin 2012 à Paris
SUPERVISION À L'HYPNOSE DENTAIRE
J-F. MARQUET, C. PARODI, Y. HALFON, K. KAISER
 Frais d'inscription : 400 €
A.F.H.D.
 Champ de la vigne - 79220 Champdeniers
 Tél : +33 6 25 51 65 72
 Email : info.afhd@gmail.com
 Site : www.hypnoteeth.com

14 et 15 juin 2012 à Paris
Institut Français d'Hypnose
HYPNOSE DENTAIRE
Drs P.H. MAMBOURG, N. UZIEL, P DIEUDONNE, M. BLOCH
I.F.H.
 38 rue René Boulanger - 75010 Paris
 Tél : 01 42 51 68 84
 Email : contact@ifh.fr
 Site : www.hypnose.fr/formations-hypnose/formation-hypnose-dentiste.htm

29 et 30 juin 2012 à Toulouse
 6 et 7 juillet 2012 à Aix-en-Provence
PHOTOGRAPHIE NUMÉRIQUE DENTAIRE APPLIQUÉE - U.E.10
Richard ABULIUS
IEFD - Laurence ABULIUS
 Tél : 06 07 69 54 03
 Email : iefd75@yahoo.fr
 Site : www.iefd-paris.net

Les Petites Annonces

Mai 2012

Cabinet Dentaire Ventes

45 - ORLÉANS

SCM3, paro, implanto,
pano 3D en cours.
Gros CA.

Tél. : 06 07 81 93 98

N°12/73/CA/1200

68 - proche COLMAR Belle maison
de maître + dépendances,
cabinet dentaire 120 m².
Excellent CA. Idéal pour un couple.
Email : chir.dent-68@orange.fr
N°12/73/CA/1206

Matériel Spécialisé

Achète TABLES TOURNANTES avec
dessus en verre et VITRINES EN FER
des années 1960, même abîmées.

Tél. : 06 68 86 07 36

N°12/73/MA/1203

Sans supplément
votre annonce paraîtra
sur notre site
www.lefildentaire.com

Dans le cadre de son expansion,
LE FIL DENTAIRE, leader de la presse dentaire
gratuite recherche à temps plein :

- un (e) commercial (e)
 - un (e) assistant (e) commercial (e)
- 5 ans d'expérience min., connaissances du
monde dentaire appréciées

Adresser CV, lettre de motivation et photo à :
contact@lefildentaire.com

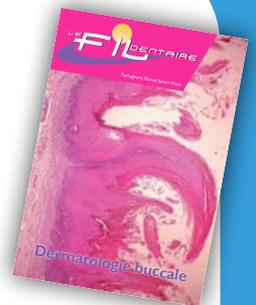


Mais c'est aussi...



C'est...

LA revue qui offre
la plus large distribution
de la presse dentaire



LE portail du monde
dentaire français

- Une base de donnée de
+ de 500 articles
- des interviews
- des vidéos
- des actualités quotidiennes
- un agenda des formations étoffé

Et tout cela
gratuitement
bien sûr !

La grande nouvelle,
nous l'avons gardé pour la fin :

Les petites annonces
sont également **gratuites**

Et c'est sur... www.lefildentaire.com

**Rapidité et haute technologie
pour les plus performants.**



CLEARFIL™ S³ BOND PLUS

**L'adhésif en une seule étape pour une économie de temps –
votre solution pour une application simple et rapide.**

Vous cherchez un adhésif en une étape qui vous garantit "Rapidité - Simplicité - Force"? Dans ce cas CLEARFIL™ S³ BOND PLUS, l'adhésif de Kuraray qui vous permet une réelle économie de temps grâce à une application rapide et simple, est la solution idéale pour vous.

Grâce à sa courte durée d'application et un procédé très simple en comparaison avec d'autres produits en une étape récents, CLEARFIL™ S³ BOND PLUS permet de réduire les erreurs techniques. Le produit offre une grande tolérance aux erreurs tout comme une



excellente force d'adhésion à l'émail et à la dentine.

CLEARFIL™ S³ BOND PLUS assure en outre une interface stable entre la dent et la résine composite grâce au nouvel initiateur à haute performance de photo-polymérisation de Kuraray, le monomère adhésif original MDP et grâce à la nouvelle Technologie de Dispersion Moléculaire.

**CLEARFIL™ S³ BOND PLUS –
le choix d'un adhésif rapide et facile d'application!**

Pour plus d'informations:

Kuraray France – 3 Avenue de la Division Leclerc – 92160 Antony (France)
Tel. +33 1 56 45 12 51 – dental-fr@kuraray.eu – www.kuraray-dental.eu

SCIENCE. KNOWLEDGE. SUPPORT.

Safe Implant[®]

Ensemble, démocratisons l'implantologie

Incredible !!!

Implant Safe Shark ou Safe regular +1 ps 09= 80€ valable jusqu'au 15/06/12



Compatibles aux connectiques Zimmer[®], M.I.S[®], Alpha bio[®]...



100 piliers droits, angulés, épaulés au choix pour 3000€

NOUS TESTER, C'EST NOUS ADOPTER!

à partir de 55€
l'implant

SAFE i'm plant[®]

Tel : 01.48.05.71.88

distribué en exclusivité par www.implantdiscount.fr



Un système unique : attachement et transvissé 3 en 1

A partir de 75 € le pack : une embase (3) + supra structure (2) + partie femelle (1)

MULTI SYSTEM
Concept

Safe Multi Unit

Safe Ball Attachment

Safe Connector

①



②



New
1 pièce 1 mm



③



9°

18°

30°

Compatible aux connectiques Zimmer[®], M.I.S[®], Nobel Replace[®], Alpha bio[®]