

- MARSEILLE • STRASBOURG •
- GRENOBLE • TOULOUSE •
- MONTPELLIER • NICE •
- NANCY • LYON •
- PARIS •



*Le magazine dentaire
qui nous rassemble*

FRANCE
JUIL./AOÛT 2018
#019

L'été est là,
A-dec vous souhaite de belles vacances.


reliablecreativesolutions™



Optez pour la fiabilité et la performance de la gamme **A-dec**



a dec[®]
reliablecreativesolutions[™]

A-dec, l'essentiel et rien d'autre



• MARSEILLE • STRASBOURG •
• GRENOBLE • TOULOUSE •
• MONTPELLIER • NICE •
• NANCY • LYON •
• PARIS •

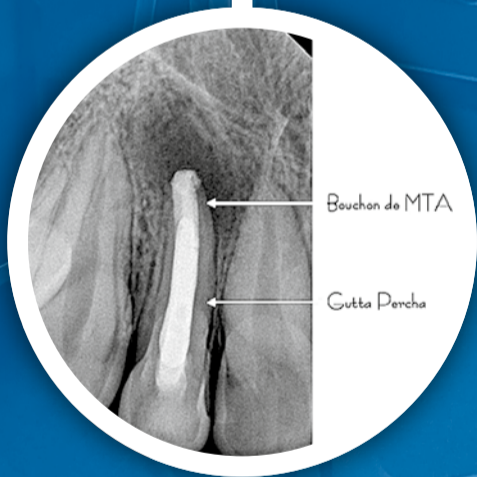
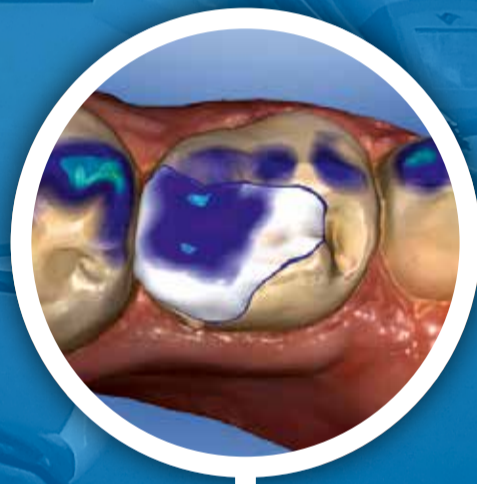


*Le magazine dentaire
qui nous rassemble*

FRANCE
JUIL./AOÛT 2018
#019

Le nouveau service odontologique de l'hôpital Henri Mondor

COORDINATION : ELISABETH DURSUN



RENDEZ-VOUS

LE 5 SEPTEMBRE AVEC AO PARIS

APRÈS-MIDI NUMÉRIQUE AVEC OLIVIER ETIENNE,
STÉPHANE CAZIER ET JEAN FRANÇOIS CHOURAQUI
INFO SUR WWW.AONEWS-LEMAG.FR



Bel été...



ALPHA OMEGA NEWS

Le mag dentaire qui nous rassemble

Directeur de la publication : Jacques Bessade - dr.j@bessade.fr

Directeur de la rédaction : André Sebbag - ellemcom2@gmail.com

Rédacteurs en chefs adjoints
Michèle Albou
Sydney Boubliil
Joel Itic
Claude Bernard Wierzba

La rédac
Michel Ache, David Bensoussan,
Jacques Bessade, Marc Danan,
Xavier Bensaïd, Bernard Picard,
Thierry Roos, Eric Serfaty

Chargés de rubriques
André Amiach, Alain Amzalag, Cyril Licha et Patrick Chelala, Nathalie Cot, Claude Fain, Marie Christine Laurent, Philippe Pirnay

Correspondants locaux
Grenoble : Richard Grigri
Lyon : Marie Hélène Azoulay
Marseille : Jean Luc Guetta
Montpellier : Gilles Zitoun
Nancy : Eric Fiszon
Nice : Franck Hagege
Paris : André Sebbag
Strasbourg : Thierry Roos
Toulouse : Michel Knafo
AO international :
www.alpha-omega.org
www.aonews-lemag.fr

Membres honoraires : René Arav, Maurice Huneman, Daniel Rozenzweig

Société éditrice et régie exclusive de la publicité : Ellem'com



Pour contacter le journal : 01 47 39 59 54

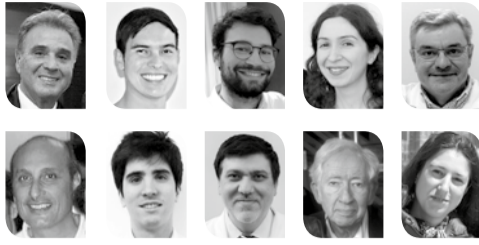
Directrice de la publicité et chargée de rédaction
Mylène Popiolek Sebbag
ellemcom1@gmail.com

Mise en page par 1,2,3 ! Simone
www.123simone.com

Impression par Imprimerie Planchenault

Cet imprimé est certifié PEFC™ 10-31-1240.

Ont contribué à ce numéro



- ANDRÉ AMIACH
- FADEL BELLAKHAR
- FRANÇOIS BIKARD
- ELISABETH DURSUN
- BRUNO GOGLY
- JEAN-LUC GUETTA
- PAUL LACCOUREYE
- PHILIPPE PIRNAY
- CLAUDE BERNARD WIERZBA
- CLAUDINE WULFMAN

Vous avez une question, un commentaire ? Envoyez vos remarques à dr.j@bessade.fr ou écrivez nous directement sur le site [aonews ! www.aonews-lemag.fr](http://www.aonews-lemag.fr)



DIGITAL SMILE DESIGN®

Dessine-moi un sourire

Protocole simple

Logiciel intuitif plébiscité

Diagnostic et simulation clairs

Provisoire pour validation sereine

DSD
Solution 3 en 1 complète
Mock up + guide de préparation + provisoire

Avec Labocast, bénéficiez d'un outil clair et convaincant !
Sans licence et sans engagement !

Découvrez le protocole DSD par Labocast : www.dentalplanningcenter.fr

LABOCAST®
Modern Dental Group

+33 1 53 38 64 66 | 46-56, rue des Orteaux | 75020 PARIS | www.labocast.org



En cette période estivale qui accompagne le Mondial de football, tout s'efface sur son passage... Les esprits sont ailleurs, Russia first!! Une période salubre donc pour faire avaler aux plus récalcitrants les pilules des plus amères. Voyez comment la contestation des cheminots à la SNCF s'enlise, idem pour Air France – champion national de la grève – qui renonce.

Au cours de ces huit derniers mois, le dilemme de nos trois syndicats s'est résumé, lors des négociations avec la CNAM, à accepter ou pas le risque d'un règlement arbitral imposé. CNSD et Union dentaire ont donc validé en signant un accord qui mettra un terme à notre sacro-saint exercice libéral. La FSDL – majoritaire – a préféré claquer la porte laissant ses aînés signer un accord « gagnant gagnant » qu'il dénonce. Malgré une mobilisation de dernière minute des CCDéli par l'ASD, il apparaît que nous rejoindrons bien vite le modèle anglais de la NHS... à deux vitesses.

Mais le vent de l'histoire pourrait amplifier le désamour pour l'exercice libéral, même si cette pratique est encore répandue en Europe. Deux raisons se conjuguent. D'une part la jeune génération est moins attirée par une pratique libérale toujours plus coûteuse, et sur les conséquences de la vie de famille. Féminisation oblige!

D'autre part, la multiplication des centres de soins et des réseaux instaurés par les mutuelles, capable, avec une clientèle captive, de rentabiliser au mieux. S'adapter, et la chance sourira aux audacieux. Le nouveau credo d'une génération déboussolée.

Le Conseil d'État semble vouloir offrir un lot de consolation aux professionnels de santé en permettant de détailler leur expérience et leurs pratiques professionnelles sur leur site. Un usage qui semble déjà voir le jour sur des pages Facebook. Une prime à la qualité me direz-vous qu'un libéral pourrait faire valoir... si la nouvelle convention l'y autorise. Mais c'est une autre histoire que nous aborderons après des vacances bien méritées.

Un rendez-vous AO Paris nous attend le 5 septembre pour une formation aux nouvelles technologies... qui feront le lit de notre exercice de demain.

André Sebbag

Focus sur le Service hospitalo-universitaire de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaire de l'Hôpital Henri Mondor

FRANCE
JUIL./AOÛT 2018
#019

➔ Scientifique 7

➔ AONow

Inauguration de salles de soins à l'Université de Tel Aviv 18

Changement de présidence pour AO Marseille 19

Des nouvelles du chapitre bruxellois 20

➔ Les nouveautés de nos industriels 21

Smart Contact pour optimiser le nombre de rdv honorés

G-aenial®, le composite solide comme un roc !

Retour des bandes 3D White® Whitestrips

3Shape ouvre ses portes à Paris

➔ Le Mag

Le saviez-vous 22

Art... absolument 23

Selfie AO avec E. Attali, E. Dursun, E. Rason 24

Le monde tel qu'il est 24

Les brèves de Claude 24

On the web 25

Pour joindre nos partenaires

Airel édito dossier scientifique

Tél. 01 48 82 22 22 – www.airel.com – office@airel.com

Biotech Dental page 22

Tél. 04 90 44 60 60 – www.biotech-dental.com

Dentsply Sirona page 17

www.corporate.dentsplysirona.com

Durr Dental page 26

Tél. 01 55 69 11 50 – info@durr.fr

Eurotec duo couverture/2° de couv

Tél. 01 48 13 37 38 – www.eurotec-dental.fr

Julie Software 3° de couv

Tél. 01 60 93 73 70 – www.julie.fr

HDX WILL page 23

Tél. 01 46 63 07 94 – ktkim@hdx.co.kr

Labocast face éditorial

N° Azur 0811 115 000 – labocast@labocast.fr

LMP Paris page 20

Tél. 01 39 86 31 19 – laboratoire@lmp-paris.fr

Melag France page 13

Tél. 01 30 76 03 00 – info@melagfrance.fr

Pierre Fabre Oral Care page 19

Tél. 05 63 51 68 00

Philips page 16

Tél. 0 800 710 580 – www.dentiste.philips.fr

Septodont 4° de couverture

Tél. 01 49 76 70 02 – www.septodont.fr

Voco Les Dentalistes page 25

Tél. 06 07 14 39 01 – www.voco.com

Zimmer Biomet page 10

Tél. 01 41 05 43 48 – www.zimmerbiomet.fr

SOMMAIRE SCIENTIFIQUE



8 Traitement d'apexification : un cas clinique

Philippe Pirnay
MCU-PH, Université Paris Descartes,
Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Paul Laccourreye
Attaché, Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Romain Orlu
AHU, Université Paris Descartes,
Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Denis Bouter
MCU-PH, Université Paris Descartes,
Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Claudine Wulfman
MCU-PH, Université Paris Descartes,
Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Mendy Besnainou
Externe, Université Paris Descartes,
Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Rudy Attia
Externe, Université Paris Descartes,
Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Fadel Bellakhdar
Attaché, Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Romain Royer
AHU, Université Paris Descartes,
Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Adrian Brun
AHU, Université Paris Descartes,
Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Élisabeth Dursun
MCU-PH, Université Paris Descartes,
Hôpital Henri Mondor (AP-HP),
Unité de Recherche en Biomatériaux
Innovants et Interfaces

Élodie Savard
Attachée, Université Paris Descartes,
Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Maguy Martins
Attachée, Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Céline Pujade
AHU, Université Paris Descartes,
Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

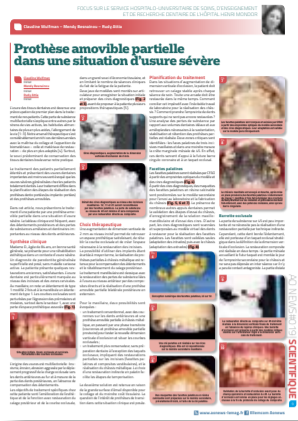
Lucy Hoang
PH, Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

Aude Monnier-Da Costa
Pratique privée, Paris

Christian Moussally
Pratique privée, Paris

Fadi Bdeoui
PH, Hôpital Henri Mondor (AP-HP)

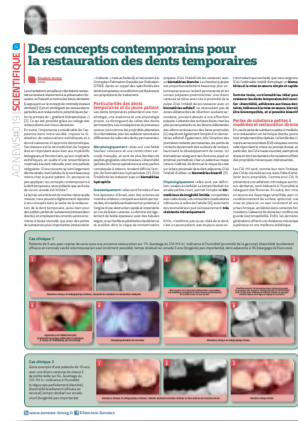
Bruno Gogly
PU-PH, Université Paris Descartes,
Hôpital Henri Mondor (AP-HP)



9 Prothèse amovible partielle dans une situation d'usure sévère



11 L'allongement de couronne clinique, une alternative à l'avulsion ?



14 Des concepts contemporains pour la restauration des dents temporaires

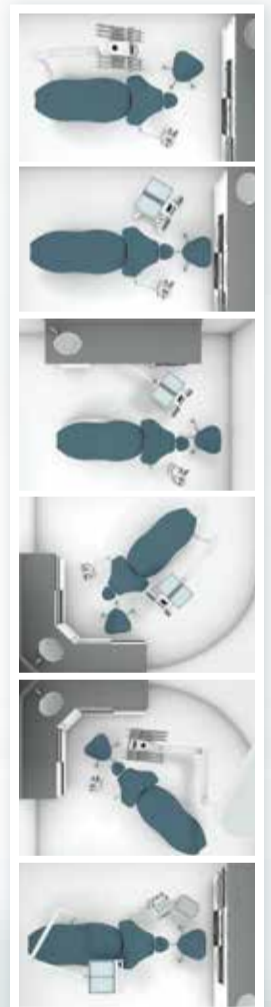


16 PASS bucco-dentaire, centre de compétence maladies rares et étude MAXIBONE

Le PE8+,

Le fauteuil dentaire qui s'adapte à tous les praticiens.

GRUPE
Airel Quetin
POUR UN ÉQUIPEMENT DENTAIRE ADAPTÉ



LE FAUTEUIL UNIVERSEL

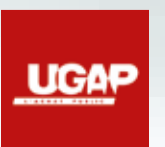
Le fauteuil universel PE8 s'adapte à votre position de travail et à votre activité. Parfaitement ambidextre, il convient aussi bien aux droitiers et aux gauchers...

...en seulement quelques secondes.



Plus d'informations sur www.arel-quetin.com

Airel Quetin - 917, Rue Marcel Paul - 94500 Champigny-sur-Marne
Tél : 01 48 82 22 22 • choisirfrancais@arel.com
Dispositif médical : Classe IIa - Organisme notifié : SNCH (0499) -
Fabricant : Airel, France / Mai 2017
Pour toute information complémentaire, se référer à la notice d'utilisation



Focus sur le Service hospitalo-universitaire de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaire de l'Hôpital Henri Mondor



Elisabeth Dursun, coordinatrice du numéro

L'édito

Au petit matin du 8 janvier 2018, à Créteil dans le Val-de-Marne, s'ouvraient les portes de notre nouvel et éclatant service de soins, d'enseignement et de recherche dentaires, au sein du Centre Hospitalier Universitaire Henri Mondor ! Passé le hall d'accueil, à l'immense verrière avec vue imprenable sur l'héliport de l'hôpital, la partie principale du service se présente en un vaste et design *open space*, parcellé en une trentaine de box ergonomiques et informatisés. Et sur le côté, sis un secteur de chirurgie ultramoderne, ainsi que deux salles d'imagerie. Quittant les vétustes préfabriqués du service

d'odontologie de l'hôpital Albert Chenevier, voilà donc notre dynamique troupe d'enseignants, étudiants et personnels dignement surclassée !

Nous remercions très chaleureusement la rédaction d'AO News de nous consacrer un numéro spécial pour marquer cet événement et de mettre en lumière nos activités. En effet, si notre nouvelle structure est séduisante, notre équipe s'attelle au quotidien à des occupations tout aussi louables à travers : la prise en charge de nombreux patients, quels que soient leur âge et leur profil médical ; la formation des externes, des internes, ainsi que des praticiens en formation continue ; et la recherche clinique.

Après quelques mots de notre énergique chef de service, **Philippe Pirnay**, vous pourrez déguster un cocktail de travaux menés au sein de notre équipe ! Le cercle de nos endodontistes (avec **Denis Bouter**) illustrera didactiquement les différentes étapes d'un traitement d'apexification au MTA d'une incisive. La pléiade de la prothèse (avec **Claudine Wulfman**) relatera le traitement par une prothèse amovible partielle d'une patiente en situation d'usure dentaire sévère. Le cénacle de la parodontologie (avec **Adrian Brun**) abordera l'allongement de couronne clinique en alternative thérapeutique à l'avulsion. La constellation des odontologies

pédiatriques (avec **moi-même**) plaidera en faveur de concepts contemporains pour la restauration des dents temporaires, à l'aide de ciments verres ionomères à haute viscosité et aux onlays composite en CFAO. Enfin, **Bruno Gogly** évoquera son unité fonctionnelle réunissant la PASS bucco-dentaire, le centre de compétences maladies rares buccales et dentaires, ainsi que le projet de recherche européen MAXIBONE, dans lequel il est enrôlé.

Trêve de prose, je vous laisse tourner les pages à la découverte de ce numéro spécial !

Exquise lecture à tous !

Philippe Pirnay, Chef de service



Le mot du chef de service

Le 8 janvier dernier, un nouveau service d'odontologie de 36 fauteuils a vu le jour dans un bâtiment de 1700 m² entièrement neuf, construit à l'entrée de l'hôpital Henri Mondor de Créteil. Il a remplacé le centre de soins dentaire de l'Hôpital Albert Chenevier. Il s'agit d'une opportunité exceptionnelle pour le service, pour les étudiants, les enseignants et les patients du Val-de-Marne qui seront mieux pris en charge ! Situé à l'entrée d'un hôpital aussi important de l'APHP, ce service d'odontologie met sous les projecteurs à la fois l'odontologie et la médicalisation de notre discipline.

Ce nouveau service compte notamment trois salles d'interventions aux normes ISO 7, 5 boxes fermés équipés de microscopes, du MEOPA et d'appareils de radiologie, ainsi que plusieurs salles de radiologie dont un *Cone Beam*. Nous bénéficions aussi d'un nouveau laboratoire de prothèse équipé de la CFAO. L'agrandissement et la modernisation du service permettent de développer la consultation en endodontie et la réalisation de traitements sous microscope, la consultation de pathologies de la muqueuse buccale, la prise en charge des patients pour les travaux de chirurgie orale, implantologie et prothèse sur implant, et enfin la chirurgie parodontale. Nous développons aussi l'orthodontie, facilitant ainsi aux patients du Val-de-Marne l'accès à ces traitements. Les enfants et les patients handicapés continuent à être pris en charge par une équipe d'odontologie pédiatrique dédiée. L'utilisation du MEOPA est facilitée.

En matière pédagogique, notre nouveau service nous a permis de mettre en place des staffs quotidiens et de développer des projets de santé publique, notamment la télé-expertise avec la prison de Fresnes. Nous pouvons maintenant accueillir dans d'excellentes conditions près de 200 étudiants en pré-clinique ou clinique, issus de la faculté de chirurgie dentaire de l'Université Paris Descartes, redéployer le DU d'Odontologie Pédiatrique Clinique, développer le DU d'implantologie et remettre en place le DU de Parodontie clinique.

À noter, la richesse des compétences en matière de recherche puisqu'une unité fonctionnelle créée au sein du service sous la direction de Bruno Gogly regroupe la PASS bucco-dentaire financée par l'ARS Île de France, le Centre de Compétence Maladies Rares Buccales et Dentaires labellisé en 2017

par la DGOS, les patients hospitalisés qui nécessitent une réactivité de prise en charge immédiate ainsi que le projet de recherche MAXIBONE financé par la Commission Européenne sur la Reconstruction osseuse des maxillaires par thérapie cellulaire autologue et utilisation d'un biomatériau innovant.

J'ai la chance de travailler avec une équipe clinique et pédagogique exceptionnelle et suis entouré par trois adjoints : **Elisabeth Dursun, Olivier Le May et Claudine Wulfman**. Elisabeth a pris en mains ce dossier spécial préparé depuis de longs mois et qui présente quelques activités cliniques de notre service. Je la remercie car comme à son habitude, elle a œuvré avec efficacité et a abouti à la réalisation d'un très beau numéro pour AOnews.

Dans un contexte financier très tendu à l'APHP, je suis conscient de la chance pour notre discipline d'avoir obtenu le soutien de notre direction pour la réalisation d'un tel projet.

Pour y parvenir, il a fallu structurer un projet de service, structurer l'équipe autour de ce projet, et faire vivre ce projet au quotidien dans l'intérêt des patients et des étudiants que nous formons. Relocaliser un service représente près d'une centaine de réunions et un travail à temps plein très physique. Il s'agit aussi d'insuffler une dynamique et être « au service » de l'Institution, des patients et du personnel. Cette aventure représente donc un projet collectif nécessitant la révision des procédures, et la restructuration des circuits patients/soignants. Les équipes non médicales ont changé et doivent être accompagnées pour acquérir des compétences en odontologie.

Il s'agit donc pour un chef de service de résoudre une équation difficile et sur le plan pratique et sur le plan éthique : celle de l'équité, de la répartition des ressources et des missions les plus justes possibles alors que nous sommes confrontés à une demande de soins de plus en plus complexe pour des patients qui ont des difficultés à être pris en charge par le secteur privé et qui s'orientent vers l'hôpital pour trouver le soin qu'ils ne trouvent pas ailleurs. Avoir un beau service ne suffit donc pas. Il s'agit maintenant de résoudre des problèmes complexes et variés, et faire preuve d'autonomie, d'inventivité, et du sens des responsabilités pour faire face à notre mission d'enseignement, de recherche et de soins.



Focus sur la recherche clinique

Notre service est le siège d'un certain nombre de projets de recherche

- Un grand projet européen, **H2020 MAXIBONE**, sur la reconstruction osseuse des maxillaires par thérapie cellulaire autologue et utilisation d'un biomatériau innovant, financé par la Commission Européenne (6 millions d'euros) et auquel est intégré **Bruno Gogly**.
- Un PHRC national, **DECAT (DEep Caries Treatment)**, consistant en une étude clinique randomisée multicentrique comparant l'éviction partielle en un temps à l'éviction complète lors du traitement des lésions carieuses profondes des dents permanentes. Coordinée par **Brigitte Grosgeat** des Hospices Civils de Lyon, elle implique plus de 40 investigateurs, sur 13 sites hospitaliers, avec **Elisabeth Dursun** comme investigateur principal pour Henri Mondor.
- Un autre PHRC, **PANORAMIX**, étudiant l'intérêt d'un substitut osseux en prothèse

amovible complète immédiate d'usage. Coordiné par **Christophe Rignon-Bret**, avec comme promoteur l'APHP, il implique comme investigateurs **Alain Hadida** et **Claudine Wulfman**.

Enfin, d'autres projets se mettent en place

- Une étude bi-centrique avec le CHU de Nice sur l'évaluation du **morphotype gingival sain chez l'enfant et l'adolescent**, dans le cadre de la thèse de recherche de **Doriane Chacun**, co-dirigée par **Elisabeth Dursun, Myriam Dridi** (Nice) et **Bruno Gogly**.
- Deux autres études sur le **microbiote parodontal des dermatoses bulleuses auto-immunes à expression gingivale**, menée par **Myriam Dridi, Frédéric Gaultier** et **Bruno Gogly** et sur le **PRF et le traitement des récessions parodontales**, dans le cadre de la thèse de recherche de **Charlotte Pantchenko**, co-dirigée par **Frédéric Gaultier, Myriam Dridi** (Nice) et **Bruno Gogly**.



Traitement d'apexification : un cas clinique

Paul Laccourreya

Créteil

Romain Orlu

Créteil

Denis Bouter

Créteil

Introduction

L'apexification [1] consiste en l'induction de la formation d'une barrière minéralisée à l'apex des racines de la dent permanente immature nécrosée.

Historiquement, l'utilisation d'hydroxyde de calcium représente la méthode traditionnelle avec un taux de succès de 80 % [2]. L'hydroxyde de calcium permettant d'induire une minéralisation par les odontoblastes résiduels, cette thérapeutique longue et aléatoire entraîne la formation d'une dentine anarchique et peu étanche. Cette méthode présente plusieurs inconvénients : la durée de traitement jusqu'à 2 ans [2] avec un renouvellement du matériau fréquent (tous les 3 mois) impliquant une présence régulière du patient au cabinet dentaire et un risque de fragilisation des parois radiculaires [3] de la dent permanente immature par l'utilisation prolongée de l'hydroxyde de calcium.

L'apparition des ciments tricalciques, avec le MTA [4] (décrit pour la première fois dans la littérature en 1993 [5]) permet désormais de réaliser en un nombre de séances réduit [6] (1 à 3 séances) l'obturation d'apex de gros diamètre par la formation d'un bouchon minéral et étanche. Cette méthode présente un taux de succès de 93,5 % [7] et permet de réduire considérablement la durée du traitement au cabinet dentaire par comparaison au traitement d'apexification à l'hydroxyde de calcium [8, 9]. Le cas clinique suivant illustre les différentes étapes du traitement d'apexification au MTA d'une incisive latérale maxillaire droite [12].

Présentation du cas

Un patient âgé de 15 ans, en bonne santé générale est adressé à la consultation d'endodontie de l'hôpital Henri Mondor sous la responsabilité du Docteur Denis Bouter pour le traitement de la 12 (incisive latérale maxillaire droite). À l'examen clinique la couronne dentaire est intacte, néanmoins l'examen des tissus parodontaux met en évidence la présence d'une fistule vestibulaire en regard de cette dent. À l'examen radiographique, on note la présence d'une importante lésion péri-apicale ainsi qu'un apex large et ouvert (Fig. 1). Les parois sont,

comme souvent dans ces cas, fines et fragiles. Au vu de l'ensemble de ces éléments nous avons décidé de réaliser un bouchon apical au MTA afin d'obtenir l'herméticité et la cicatrisation de la lésion.

Premier temps opératoire

La cavité d'accès est réalisée sous champ opératoire après anesthésie locale. Le canal est ensuite irrigué à l'aide d'hypochlorite de sodium (concentration 2,5 %) en faisant attention à ne pas l'injecter dans le péri-apex. La longueur de travail estimée sur la radio préopératoire (23 mm) est confirmée par un contrôle radiographique à l'aide d'une lime K de gros diamètre (80/100°). Dans une irrigation abondante, le nettoyage du canal sera réalisé par l'action de limes ultrasonores. La mise en forme ne peut être réalisée dans un canal de ce diamètre et risquerait de fragiliser encore plus les parois radiculaires. La séance se termine par la mise en place d'hydroxyde de calcium injecté dans le canal. Cela permet en abaissant le pH de la lésion de favoriser la prise du MTA lors de la seconde séance. La disparition de la fistule permet de confirmer la bonne désinfection du canal. Les propriétés anti-exsudatives et anti-inflammatoires de l'hydroxyde de calcium sont également à prendre en considération dans ce type de cas. La cavité d'accès est obturée provisoirement à l'aide de CVI après avoir mis un coton humide dans la cavité d'accès.

Deuxième temps opératoire

Une semaine après, la dent est à nouveau ouverte sous champ opératoire après anesthésie locale. Le canal est nettoyé à l'aide d'une lime ultrasonore et d'une irrigation abondante à l'hypochlorite de sodium afin d'éliminer l'hydroxyde de calcium. Le fouloir de Machtou (Fig. 2) utilisé pour compacter le MTA jusqu'à l'apex est essayé. Il doit atteindre la longueur de travail déterminée précédemment moins 3 millimètres sans contrainte sur les parois radiculaires et

en ayant un diamètre suffisamment large afin de pouvoir fouler l'ensemble du MTA. Un contrôle radiographique fouloir en place est effectué (Fig. 3).

Le canal est séché à l'aide de pointe de papier stérile de gros diamètre en prenant soin de ne pas dépasser la limite apicale. Le MTA est préparé selon les recommandations du fabricant (3/1 poudre/liquide). L'utilisation d'un pistolet porte MTA (Fig. 4) permet un apport du matériau dans le canal. Ce dernier est ensuite foulé jusqu'à la limite apicale déterminée.



Pistolet porte-MTA

Plusieurs apports successifs de matériaux sont nécessaires afin d'obtenir la formation d'un bouchon de MTA, d'une épaisseur minimale comprise entre 3 et 4 mm. Une radiographie de contrôle permet de vérifier la mise en place du matériau (Fig. 5).

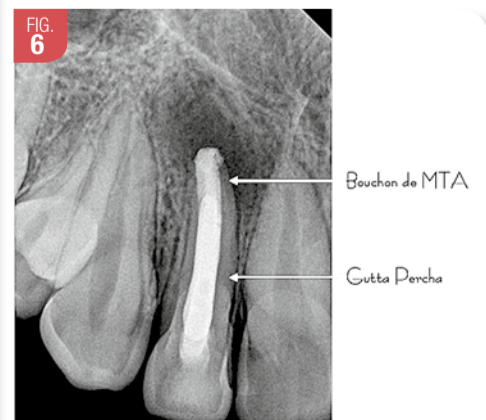
Un coton humide permettant la prise complète du MTA est mis en place dans la cavité d'accès puis une obturation provisoire (CA-VIT®) est réalisée.



Bouchon de MTA de 3 à 4 mm (on peut noter la présence de MTA sur les parois radiculaires qui sera éliminé lors de la séance ultérieure)

Troisième temps opératoire

Après un minimum de quarante-huit heures (temps de prise du MTA) la dent est à nouveau ouverte. La prise du MTA est vérifiée à l'aide d'une sonde ou d'un fouloir. Une obturation à chaud du reste du canal à la gutta percha



Résultat après obturation du canal à la gutta percha

est ensuite réalisée (thermocompacteur ou pistolet à gutta). La cavité d'accès est ensuite obturée au composite afin d'obtenir une étanchéité coronaire indispensable à la pérennité du traitement (Fig. 6).

Suivi : à 6 mois, le patient est revu en consultation, une radiographie rétro-alvéolaire (Fig. 7) permet d'objectiver la cicatrisation péri-apicale.



Radio rétro alvéolaire de contrôle à 6 mois

Conclusion

Le MTA permet, en un nombre de séances réduit, le traitement de dents permanentes immatures avec un taux de succès élevé [7]. Depuis plusieurs années une autre thérapeutique peut représenter une alternative à l'apexification : la revitalisation [10]. Contrairement à l'apexification, l'objectif est d'obtenir une revascularisation intracanalinaire afin de remettre en marche l'édification radulaire. Néanmoins, le recul clinique, la prédictibilité ainsi que le taux de succès de cette méthode reste réduit à ce jour [11, 12]. L'apexification par des ciments tricalciques, en détrônant les traitements à base d'hydroxyde de calcium est devenue aujourd'hui le gold standard.

Bibliographie

1. Rafter M. Apexification : a review. *Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol* 2005 ; 21 : 1-8.
2. Sheehy EC, Roberts GJ. Use of calcium hydroxide for apical barrier formation and healing in non-vital immature permanent teeth : a review. *Br Dent J* 1997 ; 183 : 241-246.

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr

Dans le cadre du nouveau service d'odontologie de l'hôpital H. Mondor, l'endodontie bénéficie d'un plateau technique performant avec notamment 5 microscopes opératoires. Ceci a permis de mettre en place une équipe d'une dizaine d'attachés réalisant une activité exclusive d'endodontie, pour les traitements internes les plus délicats et aussi pour les patients adressés par nos confrères libéraux.



Radio pré-opératoire



Radiographie de calibrage du fouloir



Fouloirs de Machtou



Claudine Wulfman – Mendy Besnainou – Rudy Attia

Prothèse amovible partielle dans une situation d'usure sévère

Claudine Wulfman

Créteil

Mendy Besnainou

Créteil

Rudy Attia

Créteil

L'usure des tissus dentaires est devenue une préoccupation de premier plan dans le traitement de nos patients. Cette perte de substance multifactorielle s'explique entre autres par le stress de vies actives, les habitudes alimentaires de plus en plus acides, l'allongement de la vie [1-3]. Notre arsenal thérapeutique s'est considérablement enrichi ces dernières années avec la maîtrise du collage et l'apparition de biomatériaux – colle et matériaux de restauration – de plus en plus adaptés [4]. Surtout, le souci prédominant de conservation des tissus dentaires bouleverse notre pratique.

Le traitement des patients partiellement édentés et présentant des usures dentaires importantes est moins souvent évoqué que les usures sévères généralisées chez les patients totalement dentés. Leur traitement diffère dans la planification des étapes de réalisation des prothèses dento-portées (ou implanto-portées) et des prothèses amovibles.

Dans cet article, nous présentons le traitement d'une patiente par une prothèse amovible partielle dans une situation d'usure sévère. Le tableau clinique est fréquent, avec des édentements postérieurs et des pertes de substances amélaire et dentinaire importantes au niveau des dents antérieures.

Synthèse clinique

Madame D., âgée de 84 ans, en bonne santé générale, se présente pour une réhabilitation esthétique dans un contexte d'usure sévère. Un diagnostic de parodontite généralisée superficielle est posé, sans maladie carieuse active. La patiente présente quelques restaurations anciennes, satisfaisantes. L'usure dentaire est particulièrement marquée au niveau des incisives et des zones cervicales. Au maxillaire, on note un édentement de type 1 modifié 2 fois et à la mandibule un édentement de type 1. Les courbes occlusales sont perturbées par l'égression des prémolaires et molaires, surtout dans le secteur 1, avec une perte d'espace prothétique associée (Fig. 1).



Situation initiale. Usure occlusale et cervicale. Perturbation des courbes occlusales.

L'origine des usures est multifactorielle : bruxisme, érosion, abrasion aggravée par le déplacement progressif de la charge occlusale vers les dents antérieures au fur et à mesure de la perte des dents postérieures, en l'absence de compensation des édentements.

Les objectifs de traitement spécifiques chez cette patiente sont l'amélioration de l'esthétique et de la fonction avec restauration du calage postérieur et de la courbe occlusale,

dans un grand souci d'économie tissulaire, et en limitant le nombre de séances cliniques du fait de la fatigue de la patiente. Deux jeux de modèles sont montés sur articulateur pour enregistrer la situation initiale et préparer des cires diagnostiques (Fig. 2 et 3), avant de proposer à la patiente plusieurs propositions thérapeutiques [5].



Cires diagnostiques, augmentation de la dimension verticale d'occlusion de 2 mm.



Détail des cires diagnostiques au niveau des incisives maxillaires. 12, 11 et 21 seront reconstituées par des facettes palatines. La perte de substance au niveau de 22 est minime et sera compensée par une restauration directe au composite.

Choix thérapeutique

Une augmentation de dimension verticale de 2 mm au niveau incisif permet de retrouver un espace prothétique satisfaisant, de rétablir la courbe occlusale et de créer l'espace nécessaire à la restauration des incisives. La possibilité d'utiliser des implants étant écartée à moyen terme, la réalisation de prothèses partielles à châssis métallique est retenue pour la compensation des édentements et le rétablissement du calage postérieur. Le traitement mandibulaire est classique avec la restauration des pertes de substance liées à l'usure au niveau antérieur par des composites directs et la réalisation d'une prothèse amovible partielle bilatérale postérieure en extension.

Pour le maxillaire, deux possibilités sont évoquées :

- un traitement conventionnel, avec des couronnes sur les dents antérieures et une prothèse amovible partielle à châssis métallique, en passant par une phase transitoire (couronnes et prothèse amovible partielle provisoire) pour tester la nouvelle dimension verticale d'occlusion et situer les courbes occlusales ;
- un traitement plus conservateur, sans préparation dentaire à l'exception des taquets occlusaux, impliquant des restaurations partielles sur les incisives (facettes palatines et composites vestibulaires), et la réalisation du châssis métallique. Le choix d'une restauration indirecte en palatin facilite les étapes de temporisation.

La deuxième solution est retenue en raison de la grande surface d'émail disponible pour le collage et du moindre coût tissulaire. La question de l'intérêt de prothèses de transition dans cette situation clinique est posée.

Planification du traitement

Dans les situations d'augmentation de dimension verticale d'occlusion, le patient doit retrouver un calage stable après chaque séance de soin. Toute une arcade doit être restaurée dans le même temps. Comment concilier cet impératif avec l'inévitable travail de laboratoire pour la réalisation des châssis ? Comment prendre l'empreinte de dents supports qui ne sont pas encore restaurées ? Une analyse des pertes de substance par rapport aux volumes dentaires idéaux et aux améloplasties nécessaires à la sustentation, stabilisation et rétention des prothèses partielles est réalisée. Deux zones critiques sont identifiées : les faces palatines de trois incisives maxillaires et dans une moindre mesure la crête marginale mésiale de 45. En effet, ces dents servent d'appui à la future barre cingulo-coronaire et à un taquet occlusal.

Facettes palatines

Les facettes palatines seront réalisées par CFAO à partir des empreintes optiques du modèle et des cires diagnostiques (Fig. 4).

À partir des cires diagnostiques, des maquettes des facettes palatines en résine calcifiable sont positionnées sur le modèle secondaire pour l'envoi au laboratoire et la fabrication du châssis (Fig. 5, 6 et 7). La présence de nombreux autres appuis dentaires permet la validation des étapes d'essai du châssis, d'enregistrement de la relation maxillo-mandibulaire et d'essai des cires. D'autre part, les cires diagnostiques sont scannées et superposées au modèle virtuel des dents à restaurer pour la réalisation des facettes palatines. Les facettes sont validées seules (adaptation des intrados) puis avec le châssis (adaptation des extrados) (Fig. 8).



Conception numérique des facettes palatines, ici sur 12.



Une clé palatine est réalisée sur les cires diagnostiques. Elle est ici repositionnée sur le modèle secondaire maxillaire.



Des maquettes des facettes palatines en résine calcifiable sont préparées sur le modèle secondaire, préalablement isolé, à l'aide de la clé palatine.



Les facettes palatines sont conçues et usinées par CFAO à partir des empreintes optiques du modèle secondaire et des cires diagnostiques. Leur adaptation est validée sur le modèle puis cliniquement.



Le châssis maxillaire est essayé en bouche, après mise en place provisoire des facettes palatines. L'édentement de classe 1 modifiée 2 fois fait privilégier des crochets de Nally Martinet sur les molaires et prémolaires bordant l'édentement, avec des potences mésiales, ainsi qu'une barre cingulaire.

Barrette occlusale

La perte de substance sur 45 est peu importante et ne nécessite pas la réalisation d'une restauration partielle par technique indirecte. Cependant, cette dent borde l'édentement, elle est porteuse d'un taquet occlusal stratégique dans la définition de la dimension verticale d'occlusion. La restauration composite est réalisée en deux temps : la partie mésiale accueillant le futur taquet est montée le jour de l'empreinte secondaire pour le châssis et ne sera pas déposée en inter séance car il n'y a pas de contact antagoniste. La partie distale



La restauration directe au composite sur 45 doit être réalisée à la dimension verticale finale de traitement en l'absence de repères cliniques. Une barrette d'occlusion est préparée à partir des modèles initiaux montés sur l'articulateur réglé à la dimension verticale de traitement.



Validation de la barrette d'occlusion avant pose du champ opératoire et restauration de 45. La barrette d'occlusion est remise en place pour les réglages occlusaux à la fin du protocole de collage du composite.



sera reprise le jour de la pose des prothèses. Pour régler la restauration composite mésiale à la dimension verticale choisie, une barrette de résine s'appuyant au niveau des dents antérieures est réalisée sur articulateur (Fig. 9 et 10). Elle est ensuite placée en bouche pour la réalisation du composite direct. Après cette étape préparatoire, l'empreinte secondaire est réalisée classiquement. La barrette occlusale est utilisée comme contrôle lors de l'enregistrement de la relation maxillo-mandibulaire.

Séance de pose et suivi

Séance longue ! Les facettes palatines sont temporairement fixées en bouche avec un film de glycérine pendant le contrôle et l'équilibration des prothèses amovibles. Elles sont ensuite collées, avant la réalisation des composites vestibulaires maxillaires. Les restaurations composites mandibulaires sont réalisées lors du rendez-vous suivant.

L'intégration esthétique des restaurations est validée lors des séances d'équilibration (Fig. 11).

La réalisation de facettes vestibulaires en céramique sur 11 et 12 est proposée à la patiente.



FIG. 11
Vue finale après pose des facettes palatines, des prothèses partielles à châssis métalliques maxillaire et mandibulaire et réalisation des composites occlusaux et vestibulaires. La réalisation d'une facette en céramique sur 11 (dent restaurée au composite) et 12 est proposée à la patiente.

L'intérêt d'une gouttière occlusale est discutable en présence de prothèses amovibles partielles qui calent l'occlusion et protègent les dents antérieures. Cependant, un mois suivant la pose des prothèses, une dent en céramique du châssis maxillaire se fracture ; une gouttière est donc réalisée. Aucune autre fracture n'est survenue après 1 an.

Conclusion

Les patients présentant des édentements partiels dans les secteurs postérieurs consultent tard lorsqu'ils ne sont pas gênés par la perte d'efficacité masticatoire. Le motif de consultation est souvent lié à une demande de réhabilitation esthétique dans les cas d'usure sévère. Cette réhabilitation ne peut passer que par le rétablissement d'un calage postérieur et souvent l'augmentation de la dimension verticale quand l'usure dentaire est compensée par une égression dento-alvéolaire.

Remerciements au Dr Lucien Dupagne pour la réalisation des facettes palatines.

Bibliographie

1. Yang J, Cai D, Wang F, He D, Ma L, Jin Y, et al. Non-carious cervical lesions (NCCLs) in a random sampling community population and the association of NCCLs with occlusive wear. *J Oral Rehabil* 2016 ; 43 : 960-966.
2. Wetselaar P, Vermaire JH, Visscher CM, Lobbezoo F, Schuller AA. The Prevalence of Tooth Wear in the Dutch Adult Population. *Caries Res* 2016 ; 50 : 543-550.

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr

L'équipe de prothèse du service réunit 2 titulaires, 5 assistants hospitalo-universitaires et 1 praticien hospitalier.

Notre plus grande réussite est l'attractivité : le pôle CFAO et plus de 10 attachés, futures recrues !

Système d'implant Tapered SwissPlus®

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.

Conçu pour des soins de qualité plus accessibles

Durée de l'intervention chirurgicale réduite

L'efficacité du design auto-tarudant et les doubles spires des implants Tapered SwissPlus facilitent et accélèrent leur insertion.¹

Préservation des tissus

Le design des implants Tapered SwissPlus associe une connexion à hexagone ou à octogone interne à un col large usiné, pour l'entretien des tissus mous. Améliore la sensation d'engagement et réduit les micro-mouvements, pour une bonne préservation des tissus.²⁻³

Stabilité primaire élevée

Le design conique de l'implant améliore sa stabilité primaire dans les os mous. Idéal pour la pose immédiate dans les sites d'extraction.¹⁻⁴

Contact entre l'os et l'implant et capacité ostéoconductive

Surface microtexturée MTX® pour améliorer l'apposition osseuse. Les recherches confirment le contact supérieur entre l'os et l'implant et les valeurs de couple de retrait plus élevées.⁵

Solution tout-en-un

L'implant Tapered SwissPlus est conditionné avec un porte-implant/ transfert d'empreinte multifonctions qui peut être utilisé pour l'insertion de l'implant, la prise d'empreinte et en tant que pilier définitif après avoir été retouché. Une vis de couverture chirurgicale est également fournie avec chaque implant.⁶



¹ Rosenlicht JL. SwissPlus Implant System, part 1: surgical aspects and intersystem comparisons. *Implant Dent*. 2002; 11:144-153.

² Rosenlicht JL. SwissPlus Implant System, part 2: prosthodontic aspects and intersystem comparisons. *Implant Dent*. 2002; 11:249-257.

³ Sunitha R, Ramakrishnan T, Kumar S, Emmadi P. Soft tissue preservation and crestal bone loss around single-tooth implants. *J Oral Implantol*. 2008; 34:223-229.

⁴ Ormianer Z, Palti A, Shifman A. Survival of immediately loaded dental implants in deficient alveolar bone sites augmented with B-Tricalcium Phosphate. *Implant Dent*. 2006; 15:395-402.

⁵ Trisi P, Marcato C, Todisco M. Bone-to-implant apposition with machined and MTX microtextured implant surfaces in human sinus grafts. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2003; 23(5):427-437.

⁶ Gunaseelan R, Rajan M. Overview of the SwissPlus Implant System. *J Oral Implantol*. 2005; 31:121-128

Pas disponible dans tous les pays. Pour plus d'informations, veuillez contacter votre représentant commercial local. www.zimmerbiometdental.com

Sauf indication contraire, comme indiqué ici, toutes les marques déposées sont la propriété de Zimmer Biomet et tous les produits sont fabriqués par une ou plusieurs des filiales dentaires de Zimmer Biomet Holdings, Inc., distribués et commercialisés par Zimmer Biomet Dental (et, dans le cas de la distribution et de la commercialisation, par ses partenaires de commercialisation). Pour plus d'informations sur le produit, veuillez consulter l'étiquette individuelle ou la notice du produit. L'autorisation et la disponibilité des produits peuvent être limitées dans certains pays ou certaines régions. Ce document s'adresse uniquement aux praticiens et n'a pas pour objectif de fournir un avis médical ou des recommandations. Ce document ne doit pas être dupliqué ni réimprimé sans l'autorisation écrite expresse de Zimmer Biomet Dental. ZB0066FR REV A 02/18 ©2018 Zimmer Biomet. Tous droits réservés.

A (O) PRÈS-MIDI EXCEPTIONNEL

LE 5 SEPTEMBRE

CFAO directe & semi-directe en omnipratique, une évolution indispensable ?

Olivier Etienne, Stéphane Cazier et Jean-François Chouraqui

3 conférenciers de talent pour une après-midi de rentrée, suivie d'un cocktail dînatoire



Lieu : Salons Hoche

Tarifs :

250 € pour les non-membres
Inclus pour les cotisants 2018

Renseignements et inscriptions sur le site aonews-lemag.fr



Fadel Bellakhdar – Romain Royer – Adrian Brun

L'allongement de couronne clinique, une alternative à l'avulsion ?

Fadel Bellakhdar

Créteil

Romain Royer

Créteil

Adrian Brun

Créteil

Conserver ou extraire est un dilemme auquel nous sommes quotidiennement confrontés dans notre pratique clinique.

Si alvéolyse sévère, atteinte de furcation, mobilité accentuée sont autant de contextes influant négativement le pronostic des dents concernées, il est aujourd'hui reconnu que la thérapie parodontale, appuyée par un bon contrôle de plaque et une thérapie de soutien régulière, permet de conserver, à moyen et long terme, des dents au parodonte réduit [1].

La perte de substance dentaire, à un niveau infra-gingival ou infra-osseux, reste, quant à elle, problématique. Une réduction volontaire du parodonte, à des fins conservatrices, est-elle toujours d'actualité alors même que le recours à l'implantologie s'inscrit, de plus en plus souvent, comme une évidence ? (Fig. 1)

L'allongement de couronne clinique ou élongation coronaire est une alternative thérapeutique à l'avulsion, qui, malgré la diminution du support parodontal inhérente à la technique, permet la conservation de dents au pronostic réservé [2]. Les chirurgies parodontales soustractives, dans la mesure où elles sont raisonnées, présentent des taux de succès intéressants [3] alors même que les pé-

ri-implantites concerneraient 28 à 56 % des patients et 12 à 43 % des sites implantés [4]. Connaissance des considérations anatomiques et biologiques relatives au système d'attache et maîtrise des solutions restauratrices sont des impératifs nécessaires pour mieux comprendre les possibilités et les limites associées à l'allongement chirurgical de couronne clinique, au bénéfice d'un succès prédictible et d'une réponse adaptée aux attentes de nos patients.

Considérations anatomiques et physiologiques

Si, le parodonte profond permet l'ancrage de l'organe dentaire, dans son réceptacle osseux, le parodonte superficiel, première ligne physique de défense contre les agressions bactériennes, forme un anneau protecteur gingival, en partie attaché à la dent, dont l'organisation préserve, en conditions physiologiques saines, les tissus sous-jacents [5]. L'espace biologique correspond au périmètre de ce système d'attache (exclusion faite, par définition, du sulcus), sa profondeur au sondage est en moyenne de 2 mm [6,7].

Indications cliniques

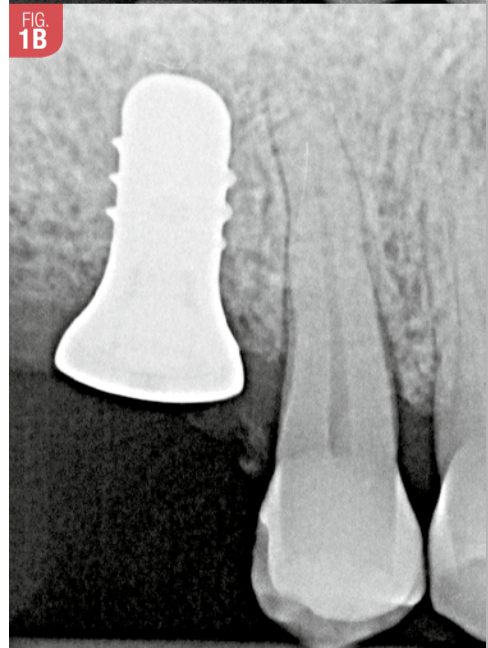
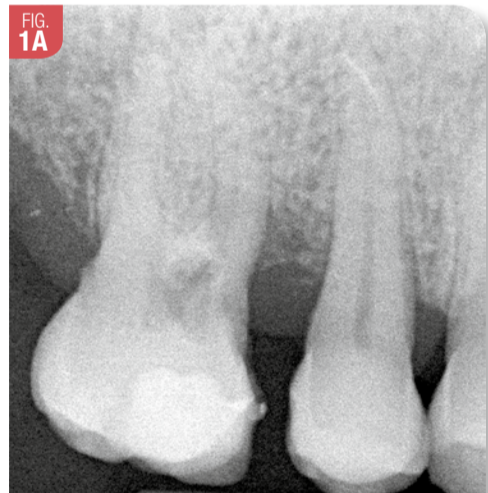
L'allongement de couronne clinique peut être indiqué dans tout contexte où la perte de tissu dur dentaire ou la restauration existante ou envisagée, directe ou indirecte envahit l'espace biologique et compromet le système d'attache : carie ou fracture infra-gingivale, résorption, restauration ancienne iatrogène... (Fig. 2). La qualité du traitement endodontique, de la restauration coronaire, du contrôle de plaque et l'absence de maladie parodontale active conditionnent le succès de l'intervention et le pronostic associé à la dent traitée.

inter-dentaire, détartrage et débridement sous-gingival)

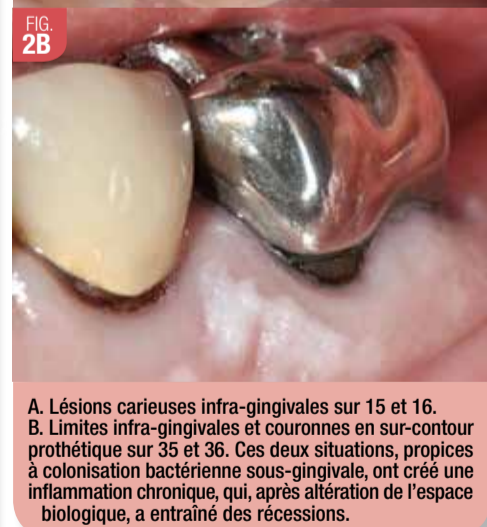
- Dépose de la restauration défectueuse, curetage de la carie, préparation dentaire et mise en place d'une solution restauratrice provisoire
- Traitement endodontique (si, étanchéité possible ; sinon, le prévoir après la chirurgie)
- Allongement chirurgical de couronne clinique
- Reprise des limites de préparation et rebasage de la restauration provisoire (idéalement dans la même séance)
- Restauration définitive, après cicatrisation et remodelage tissulaire

L'examen clinique visuel des tissus durs et mous s'associe à une évaluation parodontale minutieuse du site d'intérêt et des dents qui lui sont adjacentes : indice de plaque (O'Leary), morphotype parodontal (Maynard et Wilson), mobilité (Mühlemann), récession (Miller), inflammation gingivale (Löe et Silness), hauteur de gencive attachée et des papilles interdentaires, données du sondage (profondeur de poche, saignement, niveau d'attache clinique) et distances relatives entre limites de préparation, jonction amélo-cémentaire, niveau gingival et niveau osseux sont mesurés et répertoriés. Longueur et forme des racines, hauteur du tronc radicaire, proximité de la furcation, ouverture des embrasures, rapport couronne clinique/racine osseuse doivent également être évalués. Une analyse occlusale et un examen radiographique (rétro-alvéolaire ou plus rarement CBCT) viennent compléter l'examen clinique.

Le traitement endodontique peut être envisagé, après allongement de couronne clinique, si les parois résiduelles de la dent ne permettent pas, avant chirurgie, la mise en place d'un champ opératoire étanche. La faisabilité du traitement ou de la reprise de traitement endodontique doit dans tous les cas être évaluée en amont (Fig. 3). La décision thérapeutique est alors prise, en accord avec le patient, après informations délivrées sur les alternatives thérapeutiques possibles et recueil de son consentement.



A. La résorption externe observée sur 16 s'étendait au plancher pulpaire et présentait des limites cliniques infra-gingivales. B. Le mauvais pronostic associé à 16 a conduit à son avulsion, après cicatrisation osseuse un implant a pu être posé.

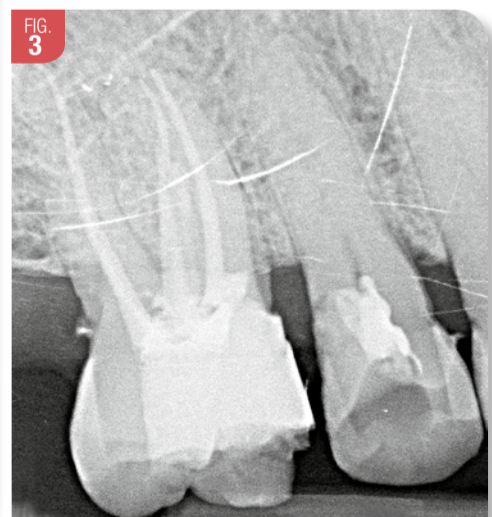


A. Lésions carieuses infra-gingivales sur 15 et 16. B. Limites infra-gingivales et couronnes en sur-contour prothétique sur 35 et 36. Ces deux situations, propices à colonisation bactérienne sous-gingivale, ont créé une inflammation chronique, qui, après altération de l'espace biologique, a entraîné des récessions.

Chronologie opératoire

La prise en charge du patient s'envisage selon une chronologie établie (adaptée de Allen [8]) :

- Anamnèse, recueil du motif de consultation
- Examen clinique, radiographique et évaluation parodontale (site d'intérêt et dents adjacentes)
- Décision thérapeutique
- Thérapeutique initiale parodontale (révision des techniques d'hygiène orale - dentaire et



Lésion palatine infra-gingivale sur 15 ne permettant pas, comme sur 16, la réalisation du traitement canalulaire sous champ opératoire étanche. Une chirurgie d'allongement de couronne clinique a donc été indiquée.

Procédure chirurgicale (Fig. 4 et 5)

L'allongement de couronne clinique peut être réalisé par gingivectomie ou lambeau déplacé apicalement [9]. Si la gingivectomie peut être envisagée en présence d'une hauteur résiduelle de gencive attachée, après intervention, de



Chirurgie d'allongement de couronne clinique par lambeau déplacé apicalement associé à une ostéectomie et à une ostéoplastie au niveau de 36. A. Vue clinique initiale après retrait du fragment fracturé et temporisation. B. Radiographie rétro-alvéolaire après traitement endodontique. C. Vue vestibulaire après résection osseuse distale et avant résection osseuse mésiale. D. Vue en fin d'intervention. Le lambeau, d'épaisseur mixte, a été maintenu en position plus apicale.

3 mm 7, cette configuration reste, néanmoins, peu fréquente et le lambeau déplacé apicalement lui est généralement préféré, par souci d'économie tissulaire. Quelle que soit la hauteur de gencive, si la distance entre le sommet de la crête osseuse et la future limite cervicale de la restauration est inférieure à 3 mm, l'espace biologique est agressé : une ostéectomie est alors nécessaire, afin d'assurer la pérennité de l'attache épithélio-conjonctive.

Des incisions intra-sulculaires, à biseau interne, suivies d'un décollement en épaisseur totale, permettent l'accès aux surfaces osseuses et la réalisation d'une ostéectomie, éventuellement complétée d'une ostéoplastie. Dans le cas d'une faible hauteur de gencive, le lambeau doit être d'épaisseur mixte, afin de rendre possible son apicalisation et ainsi préserver le tissu kératinisé présent.



Chirurgie d'allongement de couronne clinique par lambeau repositionné associé à une ostéectomie et à une ostéoplastie au niveau de dents destinées à être support de prothèse amovible supra-radicaire. A. Vue clinique initiale. B. Décollement du lambeau de pleine épaisseur associé à 2 incisions de décharge. C. Ostéectomie et ostéoplastie de part et d'autre des dents. La réduction de l'os interproximal a nécessité une fraise de petit diamètre. D. Vue vestibulaire en fin d'intervention. La gencive se retrouve, dans cette situation, plus apicale, après simple repositionnement du lambeau.

Limites

Les limites et contre-indications à l'allongement de couronne clinique sont nombreuses. Elles ne constituent pas toutes des contre-indications absolues, mais, elles doivent être évaluées, avant décision thérapeutique, selon un ratio bénéfices/risques [10].

Rapport couronne clinique/racines et pronostic intrinsèque de la dent

- Un rapport 1 : 1 entre « couronne clinique » et « racine effective osseuse » doit être maintenu, pour un meilleur pronostic de la dent à moyen et long terme (Fig. 6).



Carie radiculaire mésiale sous couronne de 27. Le rapport couronne clinique/racine trop défavorable après curetage carieux contre-indique, ici, l'allongement chirurgical de couronne clinique.

- Une dent monoradiculée dont la racine est fine et courte aura un pronostic plus réservé.
- Une dent support de bridge ou de crochet devra être évaluée de manière plus stricte qu'une dent moins sollicitée sur le plan mécanique.

Rapport avec les dents adjacentes

- Une chirurgie permettant d'améliorer le pronostic d'une dent ne doit jamais altérer de manière trop significative celui des dents adjacentes - primum non nocere - : la résection osseuse nécessaire au rétablissement de l'espace biologique ne doit pas réduire de manière trop prononcée le support osseux des dents adjacentes.

Hauteur du tronc radulaire

- Dans le cas de dents pluri-radicaire, un tronc radulaire court peut entraîner, après intervention, une exposition délétère de la furcation (site traité ou dent adjacente). Ce risque doit être évalué et peut contre-indiquer l'intervention.

Esthétique [11,12,13]

- En secteur esthétique, il est parfois nécessaire d'étendre la chirurgie aux dents adjacentes, afin d'harmoniser le pourtour gingival.
- La considération esthétique peut contre-indiquer l'intervention, si le déficit évalué en amont est trop important.

Difficultés opératoires

- La proximité coronaire et/ou radulaire des dents adjacentes peut complexifier la mise en œuvre chirurgicale. L'utilisation de mini-instruments (fraises fines, mini-ciseaux à os) ou une préparation de la dent causale peut s'avérer nécessaire (Fig. 7).
- Le périoste, peu adhérent et difficilement accessible en vestibulaire des molaires mandibulaires, complique le déplacement apical du lambeau.



Reprise carieuse distale infra-gingivale sous-prothétique. Ici, la proximité de la deuxième molaire complexifie la chirurgie.

- Une gingivectomie trop prononcée est à éviter, en lingual des molaires mandibulaires (trajet du nerf lingual).
- Le déplacement apical d'un lambeau (surtout, s'il est associé à une incision en épaisseur partielle) est à éviter, en regard du foramen mentonnier.

Discussion

Situation des limites cervicales

La situation des limites cervicales d'une restauration reste, à l'instar de la biocompatibilité et de l'état de surface des matériaux utilisés, un facteur déterminant pour la pérennité de l'attache [14]. Les préparations supra-gingivales favorisent le contrôle de plaque et facilitent les procédures opératoires telles la pose de la digue, l'enregistrement des limites de préparation ou encore l'élimination du ciment de scellement. Elles doivent, ainsi, être privilégiées tant que les considérations esthétiques le permettent.

La présence de limites sous-gingivales devrait toujours nécessiter la réalisation d'une chirurgie d'allongement de couronne clinique [15]. Les limites juxta-gingivales ne sont, quant à elles, possibles qu'en présence d'un sulcus profond, du fait de la distance de 3 mm à respecter entre la crête osseuse et la limite de la restauration. On définira cette distance comme l'espace chirurgical pré-prothétique, dont le respect est garant de limites prothétiques biologiquement favorables.

Maturation des tissus

Une étude histologique menée par Fugazzotto et Parma-Benfenati rapporte qu'après altération chirurgicale de l'espace biologique, l'apparition avant le 3^e mois d'un réseau fibrillaire à ancrage dento-périoste s'oppose à la progression du processus inflammatoire [16], la lyse osseuse se poursuivant après cette période devenant non significative. En accord avec ces travaux, Brägger et coll. montrent, qu'après un suivi de 6 mois, les niveaux de gencive attachée sont, dans la plupart des cas, ceux définis par le repositionnement du lambeau après chirurgie. Une récession peut cependant être observée, principalement dans le cas de biotype parodontal fin [17].

A contrario, une migration coronaire de la gencive marginale est, parfois, observée 1 an après intervention [18]. Ce phénomène migratoire, dépendant de la position du lambeau par rapport à la crête alvéolaire, témoigne de la tendance du parodonte à reformer une gencive supra-crestale et un espace biologique après cicatrisation [19]. Plus fréquente, dans le cas de biotype épais, cette migration coronaire de la gencive marginale peut permettre une régénération papillaire, au moins partielle. Cette dernière n'est, pour autant, possible qu'en présence d'une restauration adaptée n'obturant pas les espaces interdentaires, dans un contexte inflammatoire maîtrisé par un contrôle de plaque efficace.

Toutes ces observations soutiennent la nécessité d'une période de cicatrisation et d'observation plus au moins longue, pouvant varier entre 6 mois et 1 an, selon les auteurs, avant restauration définitive de la dent traitée.

Conclusion

Au-delà des indications et des limites, l'approche conservatrice est une volonté. L'allongement chirurgical de couronne clinique est une technique aux résultats prédictibles pouvant se présenter comme une alternative à l'avulsion. Respect de l'espace biologique et efficacité du contrôle de plaque conditionnent son succès à moyen et long termes.

Dans certaines situations spécifiques, d'autres approches plus conservatrices, telles l'extrusion orthodontique ou la remontée de marge en composite, peuvent compléter ou constituer des alternatives thérapeutiques à l'élongation coronaire [20].

Bibliographie

1. Axelsson P, Nystrom B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol* 2004 ; 31 : 749-757.
2. Parashis A, Tripodakis A. Crown lengthening and restorative treatment in mutilated molars. *Quintessence Int* 1994 ; 25 : 167-172.

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr

L'équipe de Parodontologie de l'hôpital Henri Mondor a pu profiter de l'arrivée dans le nouveau service pour renouveler son instrumentation, au bénéfice de la formation initiale et continue, participant au dynamisme de la discipline qui s'agrandit par de nouveaux recrutements. Les candidatures sont d'ailleurs ouvertes pour la sélection de la nouvelle promotion de consœurs et de confrères qui intégreront le Diplôme Universitaire de Parodontologie en janvier prochain. Nous avons à cœur de proposer des thérapeutiques initiales et des thérapeutiques chirurgicales de grande qualité, toujours pour une meilleure prise en charge des patients, en privilégiant l'échange entre la ville et l'hôpital.



Le « **XXL** » surdoué aux performances exceptionnelles.
15 containers, 35 kg d'instruments ou 7 kg de textiles
stérilisés en **45 min tout compris**.



Des concepts contemporains pour la restauration des dents temporaires

Elisabeth Dursun
Créteil

Les orientations actuelles en dentisterie restauratrice tendent résolument à la préservation tissulaire, en faisant à minima les tissus dentaires (s'appuyant sur le concept de *minimally invasive dentistry*) [1] et en privilégiant les restaurations partielles aux restaurations périphériques (selon le principe du « gradient thérapeutique ») [2]. Ce qui est possible grâce au collage des restaurations aux tissus dentaires.

En outre, l'importance considérable de l'apparence dans notre société, impose la réalisation de restaurations esthétiques et a donné naissance à l'approche biomimétique. Son dessein est la reconstitution de l'organe lésé en répondant aussi bien aux impératifs biologiques et fonctionnels, qu'aux impératifs esthétiques, en quête d'une ressemblance maximale à la dent naturelle, pour une parfaite intégration. Si ces courants se sont largement démocratisés chez l'adulte, ils le sont beaucoup moins chez le jeune patient. Or, pourquoi ne pas appliquer ces concepts contemporains à la dent temporaire, sous prétexte que sa durée de vie sur arcade est limitée ?

Le but de cet article est de montrer dans quelle mesure, nous pouvons légitimement répondre à ces concepts dans le cadre de la restauration de la dent temporaire, aussi bien pour des petites pertes de substances (restauration directe), en employant les ciments verres ionomères à haute viscosité, que pour des pertes de substances plus importantes (restauration

« indirecte » mais au fauteuil), en recourant à la Conception Fabrication Assistée par Ordinateur (CFAO). Après un rappel des spécificités des dents temporaires nous décrivons et illustrons ces propositions de traitement.

Particularités des dents temporaires et du jeune patient

Les dents temporaires présentent une morphologie, une anatomie et une physiologie propre, se distinguant de celles des dents permanentes. Les conséquences du processus carieux, tout comme les propriétés attendues d'un biomatériau pour les restaurer seront ainsi différentes de celles des dents permanentes.

Morphologiquement : elles ont une faible hauteur coronaire et une constriction cervicale marquée, et sont de plus bordées de papilles gingivales volumineuses. L'étanchéité parfaite du champ opératoire est ainsi parfois compliquée à obtenir, rendant difficile l'emploi de biomatériaux hydrophobes [3]. D'où l'intérêt de les restaurer avec un **biomatériau hydrophile**.

Anatomiquement : elles sont formées d'une fine épaisseur d'émail, avec des prismes de moindre cohésion, comparé aux dents permanentes, et orientés verticalement en proximal, à l'origine d'une destruction rapide et importante en cas de lésion carieuse. La dentine est également de faible épaisseur avec des tubules larges, ce qui facilite la pénétration bactérienne et accélère donc le risque de contamination

pulpaire. D'où l'intérêt de les restaurer avec un **biomatériau étanche**. La chambre pulpaire est proportionnellement beaucoup plus volumineuse que sur la dent permanente et les cornes pulpaires proéminentes. Une lésion carieuse se situe ainsi vite à proximité de la pulpe. D'où l'intérêt de les restaurer avec un **biomatériau adhésif**, ne nécessitant pas de zones délabrantes de rétention cavitaire secondaire, pouvant aboutir à une effraction pulpaire. L'atteinte des surfaces lisses chez les plus jeunes patients ou les lésions débutantes des sillons occlusaux ou des faces proximales [4] requièrent également l'emploi d'un biomatériau adhésif. Également, dès l'éruption des premières molaires permanentes, les points de contacts deviennent des surfaces de contact, favorisant le développement de caries. Un biomatériau relarguant des fluorures placé en proximal, permettrait, chez un patient au risque carieux maîtrisé, de diminuer le risque de carie sur la face proximale de la dent adjacente. D'où l'intérêt d'utiliser un **biomatériau bioactif** [5].

Physiologiquement : elles sont, par définition, vouées à s'exfolier. Le temps résiduel sur arcade parfois court, permet l'emploi de **biomatériaux de longévité limitée**, compatibles avec cette durée. Les contraintes masticatoires inférieures à celles de l'adulte [6], autorisent des biomatériaux pas nécessairement **très résistants mécaniquement**.

Enfin, n'oublions pas qu'au-delà de la dent, c'est un jeune patient, pas toujours aussi ac-

commodant que souhaité, que nous soignons. D'où l'indéniable intérêt d'employer un **biomatériau à la mise en œuvre simple et rapide**.

Somme toute, un biomatériau idéal pour restaurer les dents temporaires doit concilier : étanchéité, adhérence aux tissus dentaires, tolérance à la mise en œuvre, bien sûr être biocompatible, et si possible bioactif.

Pertes de substance petites à modérées et restauration directe

En cas de perte de substance petite à modérée, une restauration en technique directe pourra tout simplement être réalisée. La famille des ciments verres ionomères (CVI) s'esquisse comme celle répondant le mieux au portrait dressé, en particulier, les CVI à haute viscosité, exempts de résine et dont les dernières formulations offrent des propriétés mécaniques intéressantes.

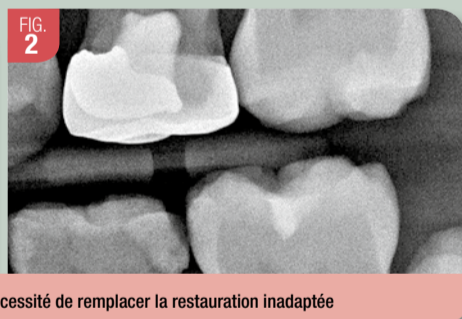
Les CVI-HV sont, comme leur nom l'indique, des CVI de viscosité accrue, dans l'idée d'améliorer leurs propriétés. Comme tout CVI, ils présentent une adhésion intrinsèque aux tissus dentaires, sont tolérants à l'humidité et relarguent des fluorures. En outre, leur mise en œuvre est davantage simplifiée avec un conditionnement de surface optionnel, une mise en place en un seul incrément et une prise chimique, accélérée dans certaines formulations. L'absence de résine leur confère une grande biocompatibilité. Enfin, les dernières générations offrent une résistance mécanique supérieure et une meilleure esthétique.

Cas clinique 1

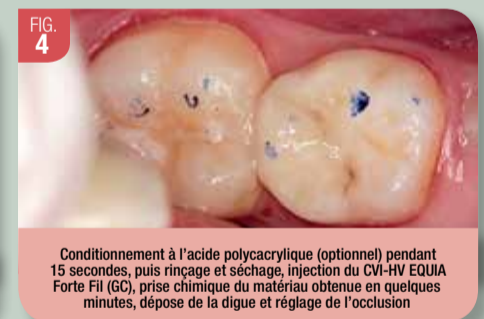
Patiente de 9 ans avec reprise de carie sous une ancienne restauration sur 75. Avantage du CVI-HV ici : tolérance à l'humidité (proximité de la gencive), étanchéité (scellement efficace en cervical), cavité volumineuse (un seul incrément possible), temps résiduel sur arcade 3 ans (longévité peu importante), dent adjacente à 36 (relargage de fluorures).



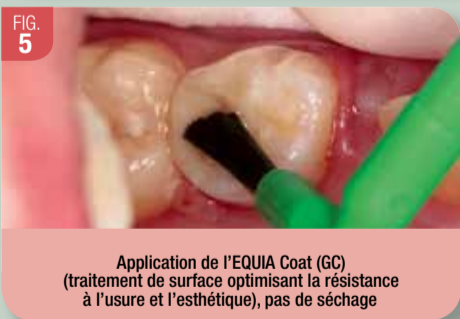
Situations clinique et radiographique initiales, nécessité de remplacer la restauration inadaptée



Mise en place de la digue (non indispensable, mais pratique à la mandibule), curetage de la lésion carieuse, positionnement de la matrice avec un coin de bois



Conditionnement à l'acide polycarboxylique (optionnel) pendant 15 secondes, puis rinçage et séchage, injection du CVI-HV EQUIA Forte Fil (GC), prise chimique du matériau obtenue en quelques minutes, dépose de la digue et réglage de l'occlusion



Application de l'EQUIA Coat (GC) (traitement de surface optimisant la résistance à l'usure et l'esthétique), pas de séchage



Photopolymérisation 20 secondes



Situations clinique et radiographique finale



Cas clinique 2

Autre exemple d'une patiente de 10 ans avec une lésion carieuse de classe II de petite taille sur 64. Avantage du CVI-HV ici : tolérance à l'humidité (si digue pas parfaitement étanche), étanchéité (scellement efficace en cervical), temps résiduel sur arcade court (longévité peu importante).



Situations clinique et radiographique initiales : atteinte dentinaire mésiale confinée au tiers externe de la dentine de 64.



Situation clinique finale

Les CVI-HV sont plus faciles à utiliser (digue non nécessaire, incrément unique) et plus biocompatibles (absence de résine) que les résines composites. Leur résistance mécanique et leur esthétique ne les égalent pas, mais ils restent largement satisfaisants pour la restauration de dents temporaires. Comparé aux amalgames, leurs avantages sont évidents : aussi simples à utiliser, mais en sus, ils sont plus biocompatibles, moins délabrants et plus esthétiques.

Pertes de substances modérées à sévères et restauration CFAO au fauteuil

En cas de perte de substance plus étendue et/ou après une pulpotomie, surtout chez le très jeune patient, avec une dent au temps résiduel sur arcade long, une coiffe pédodontique préformée est très souvent réalisée. C'est certes une technique fiable et simple [7], mais assez délabrante et très inesthétique.

Plusieurs alternatives ont été proposées (coques préformées en polycarbonate ou résine acrylique, coiffes avec facette vestibulaire, coiffe en composite ou plus récemment en zircone [8]). Aucune ne concilie économie tissulaire, propriétés mécaniques suffisantes et esthétiques.

Dans l'idée de suivre les orientations de la dentisterie actuelle, en conciliant préservation tissulaire et esthétique, tout en réalisant

un traitement simple et en une séance, nous proposons la restauration de ces pertes de substances plus importante par des onlays en technique CFAO au fauteuil, à partir de blocs en composite usinable.

Cas clinique 3

Patiente de 7 ans, avec pulpotomie et perte de substance occluso-distale sur 74. Elle a déjà une coiffe pédodontique préformée en métal et est victime de moquerie à l'école. La mère et la patiente souhaitent une restauration esthétique. Un onlay composite en CFAO répond à la demande de la patiente, sans nécessiter de séance supplémentaire.



Situation clinique initiale : reconstitution temporaire au CVI.



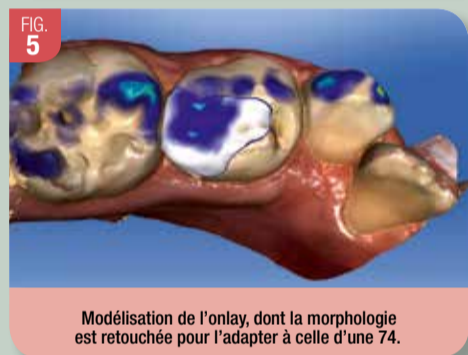
Préparation de la dent : mise de dépouille de la cavité, réduction occlusale de la fine paroi disto-linguale jusqu'à obtention d'une épaisseur de 2 mm, finition de la boîte proximale avec un insert diamanté asymétrique (ne lézant pas la face proximale adjacente) pour sono-abrasion.



Après empreinte optique, obtention du modèle virtuel de la dent préparée. (Preise également des empreintes optiques de l'antagoniste et du rapport d'occlusion, pour l'obtention du modèle virtuel de l'antagoniste et du rapport d'occlusion virtuel).



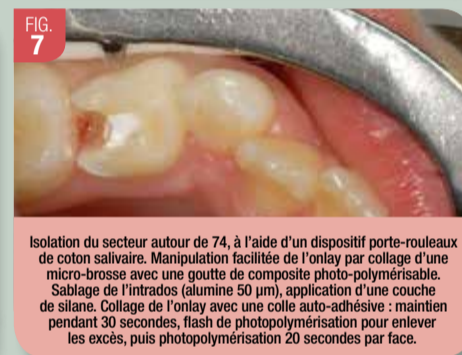
Tracé des limites de la préparation



Modélisation de l'onlay, dont la morphologie est retouchée pour l'adapter à celle d'une 74.



Usinage de l'onlay dans un bloc de composite.



Isolation du secteur autour de 74, à l'aide d'un dispositif porte-rouleaux de coton salivare. Manipulation facilitée de l'onlay par collage d'une micro-brosse avec une goutte de composite photo-polymérisable. Sablage de l'intrados (alumine 50 µm), application d'une couche de silane. Collage de l'onlay avec une colle auto-adhésive : maintien pendant 30 secondes, flash de photopolymérisation pour enlever les excès, puis photopolymérisation 20 secondes par face.



Situation finale après réglage de l'occlusion et polissage.

Cas clinique 4

Autre cas d'une patiente de 8 ans, avec pulpotomie et perte de substance mésio-occluso-distale sur 54. Intérêt encore plus notable qu'au cas précédent, d'un onlay pour cette perte de substance importante, requérant autrement impérativement une coiffe pédodontique préformée.



Préparation (selon les mêmes principes qu'au cas clinique 3) de 54.



Situation finale après collage de l'onlay.

Ces onlays en CFAO permettent de concilier : **économie tissulaire** (par une préparation limitant au maximum la perte de substance dentaire), **renforcement des structures résiduelles** (grâce au collage de la pièce prothétique aux tissus), **facilité d'exécution et de mise en œuvre** (préparation aux contours simples, utilisation d'une colle auto-adhésive, n'obligeant pas la pose de la digue, restauration en une séance, possible retouche ou réparation ultérieure par ajout de composite), **bonne acceptation** par le patient (petite caméra, temps

au fauteuil court), **biocompatibilité** (bloc de composite hautement polymérisé avec un relargage de monomères quasi-inexistant) et **esthétique** satisfaisante.

Toutefois, quelques limites persistent avec l'absence de la morphologie des dents temporaires dans les bases de données des logiciels actuels et surtout le coût d'acquisition du dispositif.

Conclusion

Il est ainsi possible de restaurer les dents temporaires avec des biomatériaux conciliant bonnes propriétés mécaniques, esthétique, haute biocompatibilité et tolérance à la manipulation, l'un des paramètres les plus importants chez l'enfant pas toujours coopérant. La prise en charge contemporaine de nos jeunes patients devrait s'inscrire dans cet état d'esprit. Toutefois cela nécessite, pour les restaurations en CFAO, l'acquisition de machines encore onéreuses.

Notre équipe d'odontologie pédiatrique, composée d'hospitalo-universitaires, hospitaliers et attachés s'active dans d'éclectiques activités : le soin des jeunes patients, parfois difficiles ou atteints d'handicap avec recours au MEOPA ; la formation d'étudiants et de praticiens en DU ou master ; la recherche clinique (participant à un PHRC national sur les caries profondes et une étude bi-centrique sur le morphotype gingival chez l'enfant) ; et de fertiles collaborations avec nos confrères libéraux. Cet article reflète notre volonté de prise en charge *up-to-date*, issue de travaux de recherche et de collaborations. Notre nouveau plateau technique devrait catalyser ces intentions !

Bibliographie

- Walsh LJ, Brostek AM. Minimum intervention dentistry principles and objectives. *Aust Dent J* 2013 ; 58 : 3-16.
- Tirlet G, Attal J-P. Le gradient thérapeutique : un concept médical pour les traitements esthétiques. *Inf Dent* 2009 ; 41/42 : 2561-2568.
- Burgess JO, Walker R, Davidson JM. Posterior resin-based composite : review of the literature. *Pediatr Dent* 2002 ; 24 : 465-479.
- Psofer WJ, Pendrys DG, Morse DE, Zhang HP, Mayne ST. Caries patterns in the primary dentition : cluster analysis of a sample of 5 169 Arizona children 5-59 months of age. *Int J Oral Sci* 2009 ; 1 : 189-195.
- Qvist V, Poulsen A, Teglers PT, Mjör IA. Fluorides leaching from restorative materials and the effect on adjacent teeth. *Int Dent J* 2010 ; 60 : 156-160.
- Palinkas M, Nassar MS, Cecílio FA, Siéssere S, Semprini M, Machadode-Sousa JP, Hallak JE, Regalo SC. Age and gender influence on maximal bite force and masticatory muscles thickness. *Arch Oral Biol* 2010 ; 55 : 797-802.
- Innes NP, Ricketts D, Chong LY, Keightley AJ, Lamont T, Santamaria RM. Preformed crowns for decayed primary molar teeth. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 ; 31 : CD005512.
- Aiem E, Smail-Faugeron V, Muller-Bolla M. Aesthetic preformed paediatric crowns : systematic review. *Int J Paediatr Dent* 2017 ; 27 : 273-282.



PASS bucco-dentaire, centre de compétence maladies rares et étude MAXIBONE

Bruno Gogly
Créteil

Nous avons créé au sein du service une unité fonctionnelle qui regroupe plusieurs activités dont : la **PASS bucco-dentaire** (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), le **CCMR orale** (Centre de Compétence des Maladies Rares orales) et des recherches cliniques dont l'étude Européenne MAXIBONE débutée en 2018. La **PASS** doit répondre aux missions d'accueil et de prise en charge de « patients en situation de renoncement aux soins bucco-dentaires pour des raisons financières ».

Créée en 2011 et financée par l'ARS IdF (Agence Régionale de Santé d'Île de France), elle permet la réalisation de tous les soins chirurgicaux, conservateurs et prothétiques. Les patients sont adressés par des partenaires associatifs ayant contracté des conventions avec l'APHP (Aide Odontologique Internationale, le bus dentaire, Emmaüs, Médecins du Monde, Samu social...), par des services hospitaliers, médicaux ou sociaux, ou le plus souvent par l'intermédiaire de la consultation d'urgences de jour du service et des urgences de l'hôpital (PASS des urgences). Une assistante sociale est dédiée à cette activité, l'objectif plus général étant que

les patients obtiennent des droits permettant une prise en charge médicale classique. Les premières consultations sont réalisées par les praticiens hospitaliers du service, puis les soins réalisés par les stagiaires en fin de formation, les internes et les praticiens hospitaliers. Lorsque le contexte psychosocial du patient le nécessite, les soins sont délivrés par les seniors. On note sur Henri Mondor la présence de trois PASS (médicale, psychiatrique et dentaire) ce qui permet une synergie dans la prise en charge médico-sociale de la précarité. La PASS dentaire a pris en charge la réhabilitation orale complète de 473 patients en 2017.

Le **CCMR** a été labellisé en 2017 par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Les malformations orales concernent 60 % des 2156 pathologies répertoriées par la plateforme TETECOUCO : 1054 avec malformation des arcades dentaires (40 dentaires isolées) et 368 de la cavité buccale. Elles affectent un ensemble composite : squelettique, musculo-nerveux, muqueux assurant la fonctionnalité masticatoire, de déglutition, de respiration, d'élocution et contribuant à l'expression faciale.

Pour nos patients et dans la littérature internationale, nous constatons que les phénotypes isolés d'un type tissulaire donné sont exceptionnels voire inexistant, les mutations des mêmes gènes étant à l'origine de phénotypes syndromiques et isolés (DLX3 syndrome tricho-dento-osseux vs amélogénèse imparfaite isolée) et les molécules multifonctionnelles affectées générant des troubles souvent structuraux mais aussi métaboliques. On peut classer en 4 grands groupes les maladies rares orales : pathologies développementales, pathologies ectodermiques, pathologies mésodermiques et osseuses et autres poly-pathologies.

La lourdeur malformatrice demande une culture thérapeutique en dysmorphologie dépassant le cadre de l'odontologie ainsi qu'une maîtrise de l'articulation de plusieurs spécialités, chirurgies orale et maxillofaciale, médecine bucco-dentaire et orthodontie dès la petite enfance et tout au long de la croissance pour générer une morpho-fonctionnalité adulte optimale. Une culture sémiologique large est indispensable par le nombre des portes d'entrée buccale des syndromes. L'hôpital Henri Mondor accueille 19 centres de maladies rares ce qui crée des partenariats et une prise en charge facilitée des patients. Une fédération des centres de maladies rares du groupe hospitalier a été créée en 2018.

L'étude clinique **MAXIBONE** (programme Européen H2020) a débuté en 2018 et se déroulera sur 4 ans. Cette étude multicentrique humaine a pour objet la reconstruction des maxillaires par thérapie cellulaire autologue (BM-MSCs) et l'utilisation d'un biomatériau innovant (granules BCP et membrane PLGA) qui possède un marquage CE (partenariat société MIMETIS). La pose d'implants dentaires (partenariat société STRAUMANN) permettra la réhabilitation prothétique. C'est une étude randomisée qui comporte 50 patients témoins (greffe os autologue) et 100 patients traités par thérapie cellulaire. Chaque année 4 à 6 millions d'implants dentaires sont placés en Europe. Cependant dans 10 % des cas la hauteur d'os maxillaire est insuffisante, ce qui constitue une impossibilité de traiter les patients. Ainsi il est estimé que 350 000 patients bénéficieront d'une augmentation du volume osseux en 2023 en Europe avant reconstruction implantaire. Cette étude coordonnée par le Docteur Pierre Layrolle (INSERM Nantes), financée par l'Europe, est un partenariat de services cliniques, industriels, laboratoires de recherche et établissements européens publics labellisés dans la production de cellules-souches. Elle regroupe donc neuf équipes cliniques situées en Allemagne, Norvège, Danemark, Espagne, France, trois sites de productions de cellules-souches autologues (Allemagne et France) et deux partenaires industriels pour la fabrication du biomatériau et l'étude animale (société Mimetis, Espagne), et la production d'implants dentaires (Straumann). L'EFS IdF (Établissement Français du Sang Île de France, Pr Hélène Rouard) situé sur Henri Mondor est un partenaire privilégié et l'étude dans le SSERD est dirigée par le Pr Bruno Gogly. Une étude chez l'animal par reconstruction osseuse (impression 3D) avec le même matériau se fera parallèlement.



Systeme Celtra® Press

Développé pour faire la différence

- Vitrocéramique de nouvelle génération, en silicate de lithium renforcée à la zircone (SLZ).
- Effet caméléon pour un résultat esthétique en bouche¹ avec la translucidité et l'opalescence d'une dent naturelle².
- Résultats qualitatifs quelles que soient les teintes Vita souhaitées².
- Microstructure innovante garantissant une bonne fluidité durant la pressée.
- Process simple, même pour la réalisation des cas les plus complexes.

1. Notice Celtra Press

2. Report PB-16-27-09 - Mai 2016

Dispositifs médicaux pour soins dentaires, réserves aux professionnels de santé, non remboursés par les organismes d'assurance maladie, au titre de la LPPR. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. **Celtra® Press. Indication** : vitrocéramique silicate de lithium à presser, utilisée pour la confection d'infrastructures dentaires et celle de restaurations anatomiquement complètes, ainsi que pour les restaurations de type implanto-porté, facettes, inlays, onlays, couronnes et bridges. Classe / Organisme certificateur: IIa / CE0124. Fabricant: DeguDent GmbH. Nov.17

THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

Le partenaire de toutes vos solutions dentaires

 **Dentsply
Sirona**
Prosthetics

Inauguration des salles du Centre de soins de l'École dentaire de l'Université de Tel-Aviv : une situation gagnant-gagnant pour l'Université et la population israélienne

Sivan Cohen-Wiesefeld*, André Yves Amiach

Début mai dernier, trois nouvelles salles ont été inaugurées au Centre de soins de l'École de médecine dentaire de l'Université de Tel-Aviv (dont la salle Septodont à la mémoire de Nestor et Annie Schiller et celle en hommage à Jean et Olivier Princ), ainsi qu'une nouvelle machinerie d'anesthésie, dans le cadre des événements du Conseil des gouverneurs de l'Université. L'inauguration s'est déroulée au cours d'une émouvante cérémonie en la présence de **François Heilbronn**, président de l'Association française de l'UTA, d'**André Amiach**, gouverneur de l'Université, d'**Amos Elad**, vice-président, de **Ervin Weiss**, directeur de l'École dentaire et de la délégation des amis français de l'Université de Tel-Aviv.

La cérémonie a débuté par une minute de silence et l'allumage d'une bougie du souvenir en la mémoire de Serge Cattan et d'Olivier Princ. *Serge Cattan était un être ouvert, positif et surtout généreux, qui m'a fidèlement soutenu dans tous mes combats*, a déclaré André Amiach.

Je suis très touché d'être présent à cette émouvante cérémonie et je remercie la formidable Association française de l'UTA qui fait tant pour l'université, a déclaré Amos Elad. *Ces salles que vous inaugurez sont très importantes pour l'avenir d'Israël. Tout le monde ne comprend pas la nécessité d'aider les personnes les plus nécessiteuses, et c'est la fonction de ce centre. Merci au nom de l'Université à toutes les familles qui ont contribué à son ouverture. Je sais que votre cœur est toujours avec nous.*

François Heilbronn rappelle pour sa part que l'inauguration de ces salles résulte en grande partie du travail sans relâche d'André Amiach : *lorsqu'il y a dix ans cette école devait être fermée, ce sont ses efforts sans trêve qui ont permis de la maintenir, a-t-il déclaré.*

Les études dentaires sont les plus coûteuses car la formation est individuelle, explique le Prof. Ervin Weiss. *Le coût d'un étudiant en dentisterie est de 80 000 dollars par an. Il s'agit d'un engagement de l'Université de Tel-Aviv, qui implique le maintien d'un équipement de haute technologie adapté au 21^e siècle. Nous ne pouvons y parvenir qu'avec votre aide. Notre vision est de faire de l'École dentaire de l'Université de Tel-Aviv l'une des meilleures du monde. Merci de prendre part à la réalisation de ce succès.*

Trois salles ont donc été inaugurées, la première à la mémoire de Jean et d'Olivier Princ, ce dernier décédé récemment. Les Prof. Heilbronn et Weiss ont remis un certificat à Ginette Princ, épouse de Jean pendant plus de quarante ans, et mère d'Olivier, pour « leur générosité et leur fidélité à l'UTA et à l'École de médecine dentaire ». *Ta solidité, ton audace, ton amour, ta bienveillance et ta volonté nous ont conduits ensemble sur la route du bonheur, malgré les années sombres*, a affirmé Ginette Princ dans son poignant hommage à son époux. *Tu aimais Israël, alors je suis fière à l'occasion des 70 ans de l'État, de pouvoir marquer à jamais la mémoire de ton nom dans ce pays que tu chérissais tant. Olivier, c'était la détermination et le courage*, ajoute-t-elle. *C'était l'amour de l'autre, le respect. C'était un homme bon et sincère, qui s'est battu toute sa vie. C'est sur cette terre, qui s'est construite à la force du poignet, des luttes, de la volonté et de la détermination à vivre que son nom sera à jamais gravé.*

La deuxième salle est un don de Michelle et André Amiach et de Claudine et Serge Cattan en l'honneur de leurs petits-enfants Emma, Louise, Taly et Léonie Amiach et Joseph, Ella, Gabriel, Simon, Solal et Raphaël Cattan.

La salle Septodont a été inaugurée à la mémoire de Nestor et Annie Schiller, fondateurs



Erwin Weiss, Amos Elad, André Amiach et François Heilbronn

de la société Septodont. **Olivier Schiller**, CEO et petits-fils des fondateurs, a souligné les liens forts entre Israël et la société Septodont : *la plupart des fournitures dentaires utilisées en Israël proviennent de la société Septodont*, dit-il. *Il est symbolique que cette inauguration prenne place l'année du 70^e anniversaire de l'État et de son étonnant succès en termes d'innovation. Israël n'a pas de ressources naturelles et doit sa réussite à son système éducatif.* Fondée en 1932 en France, Septodont est une société de pointe dans le domaine des produits pharmaceutiques et des fournitures dentaires. La compagnie possède aujourd'hui 4 centres de recherche aux États-Unis en France et au Canada, 8 usines dans le monde, emploie plus de 1 000 personnes et est devenue un leader mondial dans le domaine de l'anesthésie dentaire. *À long terme nous voulons nous concentrer sur les soins de santé en général, et pas seulement les soins dentaires*, indique Schiller, qui ajoute : *nous nous félicitons de ce partenariat avec UTA.*

Enfin, a été inaugurée la machinerie d'anesthésie offerte par Olivier Schiller et **Armand Stemmer**, leader sur le marché dentaire en Europe, avec son épouse Ronit. *Nous voyons ici un merveilleux exemple de collaboration entre*

UTA et l'industrie qui profite au peuple d'Israël en lui permettant de recevoir des soins pratiquement gratuits, a déclaré le Prof. Weiss en remettant leurs certificats aux donateurs. *En même temps, elle permet d'aider les meilleurs universitaires dans ce domaine. C'est une situation gagnant-gagnant pour tout.*

Toute la dentisterie en Israël est d'un niveau exceptionnel, a déclaré Armand Stemmer. *Merci à André Amiach d'avoir sauvé l'École dentaire, et au Prof. Ervin Weiss d'en avoir fait ce qu'elle est aujourd'hui.*

Enfin, André Amiach salue la présence de **Stanley Bergman**, CEO de Henry Schein et de **Alan Finkelstein**, tous deux également grands donateurs de l'Université, *avec Armand Stemmer pour l'Europe, Stanley Bergman et Olivier Schiller nous avons avec nous aujourd'hui les principaux leaders de fournitures dentaires dans le monde.*

Après les discours d'inauguration eut lieu le dévoilement des plaques.

*Rédactrice en chef du site de l'Association française de l'Université de Tel-Aviv



Avec Ricky Alon (Los Angeles) et Richard Quest (CNN)



Olivier Schiller, A. Amiach, Alan Finkelstein, Stanley Bergmann et Armand Stemmer



Claudine Cattan entourée d'André, d'E. Weiss et de F. Heilbronn



La famille Princ

Un changement de présidence

Jean-Luc Guetta

Pour notre soirée du mois de mai, nous avons assisté à un changement de présidence à la tête d'Alpha Oméga Marseille Provence.

Après trois ans de bons et loyaux services, Thierry Meyer a terminé son mandat avec un bilan largement positif. Notre chapitre continue sa cure de rajeunissement, puisque c'est une jeune femme qui a été élue : Laura Levy, une jeune orthodontiste qui exerce à Marseille. Je pense que Laura saura, grâce à son talent, mener à bien sa mission.

Mazal Tov Laura, le bureau est derrière toi !

En deuxième partie de soirée, c'est notre confrère Jean-Christophe Paris qui a pris la parole pour nous faire une conférence sur *L'étude des critères esthétiques via une application numérique*. Pour rappel, J.-C. Paris est un membre fondateur de l'académie du sourire en compagnie d'André-Jean Faucher et de Jean-Louis Brouillet.

Merci à nos partenaires de cette belle soirée : Crinex (Sophie Provin), Pierre Fabre Oral Care (Élisabeth Ollive), Dexter (Frédéric Cabre), Crownceram (Judicaël Chelly), Voco (Philippe Sellame), EMS (Anne Guyon), Pred (Pascal Bertaux et Christel Lebouchard), AlphaBio (Gérard Charroux), SDI (Pamela Donnay), AXA (Alain Taïeb).



Laura Levy et Thierry Meyer



Jean-Christophe Paris entouré de Marc et Nathalie



La nouvelle présidente, Laura, entourée de plusieurs membres du bureau



Thierry honoré...



...et Laura encouragée !



Thierry avec Yaël Benhamou



À l'issue de la conférence, J.-C. Paris encore sollicité par des étudiants !

**BAIN DE BOUCHE
ANTISEPTIQUE EFFICACE⁽¹⁾
ET PRATIQUE⁽²⁾**

**L'efficacité
sans alcool*
prête à l'emploi**



Eludrilpério

Chlorhexidine 0,20%

Sa force, sa praticité

Flacon 200 ml Remb. 15% Sec. Soc.

**Pierre Fabre
ORAL CARE**

Notre science au service de la santé bucco-dentaire

Traitement d'appoint des affections parodontales liées au développement de la plaque bactérienne (gingivite et/ou parodontites), ainsi que lors de soins pré et postopératoires en odontostomatologie.

La prescription des bains de bouche à base de chlorhexidine doit être réservée aux patients ne pouvant assurer une hygiène correcte par le brossage des dents⁽³⁾.

(1) RCP section 5.1 - Par son activité antiseptique, la solution ELUDRILPERIO contribue à réduire la plaque dentaire et par conséquent l'inflammation gingivale.

(2) RCP section 4.2 - La solution est prête à l'emploi et doit être utilisée pure non diluée.

(3) HAS - Synthèse d'Avis de la Commission de la Transparence : bains de bouche à base de chlorhexidine et autres principes actifs. 13/01/2010.

* Sans alcool éthylique. Pour une information détaillée, se reporter au Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur la base de données publique des médicaments <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>.

** Commercialisation du 1^{er} bain de bouche Pierre Fabre Oral Care en 1968.

Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MEDICAMENT



Laboratoire
de prothèse dentaire

Une expertise fiable et des techniciens confirmés à votre service depuis 10 ans.
LMP Paris au service de la qualité.



CCM sur implant transvissée: 117.50 €



CCM sur implant scellée: 121.00 €

25% de réduction pour les 50 premiers appels.

01 39 86 31 19
01 39 86 32 55

www.lmp-paris.fr



29-31 Bvd De La Muette 95140 Garges Lès Gonesse



SOIRÉE DU 22 FÉVRIER

La nomenclature des prestations de santé

François Bikard

Nous avons eu le plaisir de nous retrouver lors de notre premier événement de l'année le 22 février sur le thème « *La Nomenclature des prestations de Santé : bien la comprendre pour bien l'utiliser* ». La présentation a été donnée par le Dr **Jean-Philippe Mousset** inspecteur au sein de l'INAMI.

Dans un premier temps l'orateur a fait un rappel de la position qu'occupe l'INAMI au sein de la sécurité sociale. Nous avons vu le fonctionnement des différents conseils et commissions en charge de la nomenclature dentaire. Il nous a aussi expliqué le chemin que doit parcourir tout projet de modification de la nomenclature avant publication. Les budgets concernés, ainsi que les lignes de crêtes des modifications entrées en vigueur ces dernières années.



Le président François Bikard avec l'intervenant Jean Philippe Mousset

Nous avons fini par aborder les différentes erreurs fréquemment commises par les dentistes dans leurs attestations. À la fin de son exposé, un moment de questions/réponses a engendré un débat riche et vivant.



SOIRÉE DU 26 AVRIL

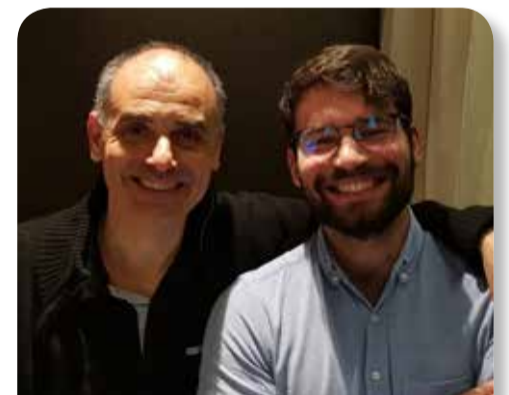
Une belle soirée esthétique avec Jean-Pierre Attal

François Bikard

Le jeudi 26 avril nous avons eu le plaisir de nous retrouver pour notre deuxième événement de l'année.

Le thème était *Esthétique et Préservation tissulaire : est-il possible d'atteindre nos objectifs sans toucher aux dents ?* La présentation nous a été donnée par **Jean-Pierre Attal**, dont la réputation n'est plus à faire. Voici quelques-uns de ses titres : directeur de l'Unité de Recherches Biomatiériaux Innovants et Interfaces (UR-B2i), président de la Société Francophone de Biomatiériaux Dentaires (SFBD), et rédacteur en chef de la revue Biomatiériaux Dentaires Cliniques (BMC).

Plus qu'un cours, J.-P. Attal nous a avant tout parlé de son expérience et de l'évolution de sa pratique. C'est dans une salle comble mais néanmoins dans une atmosphère détendue qu'il nous a expliqué le concept de « gradient thérapeutique » qu'il a élaboré avec Gil Tirlet. De nombreux échanges ont eu lieu avec les



Le président avec Jean-Pierre Attal

membres. L'excellence clinique et la curiosité scientifique étaient au rendez-vous. Résumer son intervention ne serait pas lui rendre honneur.

C'est donc avec enthousiasme que je vous conseille son blog : <http://jeanpierreattal.blogspot.be/> ainsi que sa revue BMC.



Optimiser le nombre de rendez-vous honorés...

Zoom sur la gestion intelligente et automatique des rendez-vous avec le Smart Contact*.



Le saviez-vous ? Un cabinet dentaire subit 7 à 8 annulations de dernière minute par semaine. Comment gérer efficacement ces interruptions dans votre planning et comment les éviter ?



Grâce à votre logiciel Julie et sa fonctionnalité « Smart Contact » : vous pouvez automatiser les rappels de rendez-vous, et activer la gestion de la liste d'attente en fonction des disponibilités et des annulations de dernière minute.

En principe, comment cela fonctionne-t-il dans le logiciel ?

Aujourd'hui, 80 % des SMS sont lus dans les 4 minutes suivant leur réception**.

Afin d'éviter qu'un rendez-vous ne soit manqué ou excusé et perturbe votre organisation, Julie a mis en place un système de rappels de rendez-vous automatique qui s'adapte en fonction de la date à laquelle votre patient obtient son rendez-vous.

1. Confirmation de rendez-vous

Julie envoie une confirmation de rendez-vous au patient le jour de la prise de rendez-vous. Celui-ci permet d'être enregistré dans le calendrier ou l'agenda mobile du patient.

2. Rappel de rendez-vous

J-7, un SMS de rappel est transmis automatiquement au patient. Vous optimisez le temps de votre assistant(e) qui n'a pas besoin d'effectuer les rappels par téléphone et gagnez ainsi près de 2h de gestion administrative par jour.

3. Gestion des annulations de dernière minute

Pour optimiser la gestion des « trous » de dernière minute, 48 à 24h avant, le système envoie un ultime SMS avec la possibilité de réponse du patient. En cas de réponse négative, vous recevez alors une notification vous informant de l'annulation du rendez-vous. Ce dernier passera automatiquement en « excusé » dans votre agenda.

4. Remplissage via la liste d'attente

Votre logiciel prend ensuite la relève afin de trouver un patient susceptible d'être intéressé par le créneau disponible via une liste d'attente établie au préalable. Le premier patient à valider le créneau reçoit un SMS de confirmation. Votre agenda est alors automatiquement mis à jour.

« Fonctionnalité très bien conçue, très intuitive, et surtout très appréciée aussi bien par mes patients que par mes assistantes ! »

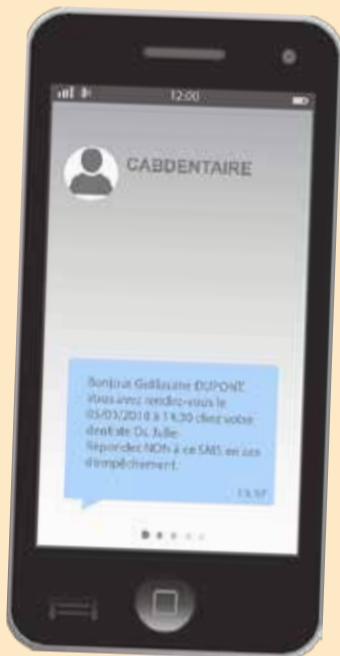
D^r Gérard T. (06)

« Nous avons pour habitude de téléphoner à tous nos patients pour leur rappeler l'heure et le jour de rendez-vous. Le problème, c'est que cela prenait un temps fou aux assistant(e)s dentaires ! En optant pour ce système, nous avons réellement optimisé notre gestion de l'agenda au quotidien. »

D^r Eric D. (44)

Pour toute question : commercial@julie.fr ou 01 60 93 73 70 – touche 2 – www.julie.fr

*Smart Contact : système intelligent et automatique de la relation patient. **Source : opérateur Orange



Solide comme un roc !

G-ænia Universal Injectable de GC : un composite de restauration d'une résistance incroyable pour toutes les classes de cavité.

G-ænia Universal Injectable est un composite polyvalent et très facile à utiliser en raison de certaines caractéristiques uniques. Il est hautement chargé et plus résistant que de nombreux composites en pâte. Grâce à sa viscosité injectable et thixotrope, il s'adapte parfaitement aux parois et aux marges de la cavité et bloque tout vide ou contre-dépouille, tout en conservant sa forme lors de la mise en place. Il peut être utilisé pour toutes les classes de cavités car il est assez résistant pour les restaurations postérieures (sans recouvrement !), et présente une esthétique optimale pour la zone antérieure.

De nombreuses réflexions ont porté sur la manipulation de ce composite unique. GC R & D a développé une nouvelle technologie FSC (recouvrement total au silane) pour améliorer le couplage entre les charges et la matrice. En conséquence, il est facile à extraire, ne s'affaisse pas ou ne colle pas à l'embout et affiche une résistance à l'usure incroyable. De plus, les extrémités longues et flexibles permettent d'atteindre même les zones les plus difficiles d'accès. Parce que **G-ænia Universal Injectable** a une résistance à la flexion et à l'usure comparables aux composites conventionnels en pâte, des indications élargies sont possibles. Sa thixotropie élevée lui permet de conserver sa forme ou de s'étaler sur la surface de la dent en fonction de la contrainte appliquée sur le matériau. C'est pourquoi il peut être utilisé pour de nombreuses applications avec des techniques simplifiées. Il est indiqué pour toutes les classes de restaurations, de la classe I à la classe V



de manière très simple ; mais aussi pour construire des marges ou pour restaurer les surfaces occlusales, cuspside par cuspside. Parce qu'il est très résistant à l'usure, il est particulièrement intéressant pour la restauration directe des surfaces de dents usées en utilisant la technique de moulage par injection. En plus de ces avantages de manipulation, ce composite offre également de grandes possibilités esthétiques avec 16 teintes, y compris les teintes opaques et émail. Les particules de baryum ultrafines avec une dispersion très homogène permettent également d'obtenir une brillance à long terme et une radio-opacité élevée de 252 % pour un suivi aisé de vos restaurations.

En un mot, **G-ænia Universal Injectable** vous offre des options de restauration plus faciles sans compromis quant à la durabilité ou l'esthétique.

Pour plus d'informations, consultez notre site : <https://www.gceurope.com/products/gaenia-universalinjectable>

3D White® Whitestrips

Le rituel blancheur pour continuer son soin blanchissant professionnel

3D White® revient en Europe en milieu professionnel avec son produit blanchissant emblématique : **les bandes 3D White® Whitestrips**. Produit préféré des consommateurs américains avec plus de 30 millions de kits¹ vendus, 3D White® Whitestrips est à présent disponible en France dans le cadre des soins ambulatoires de blanchiment pratiqués en cabinet dentaire. Un soin complémentaire et une solution simple pour optimiser et pérenniser jusqu'à 12 mois un traitement blanchissant professionnel.

Bandes 3D White® Whitestrips : une 1^{re} application pratiquée chez le praticien et les suivantes à réaliser à domicile.

Après une application initiale chez le praticien et grâce à ses explications, les patients sont en mesure de continuer facilement leur soin blanchissant à domicile.

Un traitement complet ne dure que 14 jours** et aboutit à des dents visiblement plus blanches et un sourire plus éclatant.

Les bandes 3D White® Whitestrips sont distribuées en Europe par Henry Schein, et uniquement disponibles à la vente dans les cabinets dentaires.

La gamme Oral-B 3D White® : un éventail de solutions blancheur

Les bandes 3D White® Whitestrips sont le point de départ du rituel de blanchiment à domicile. La gamme Oral-B 3D White propose tout un panel de soins pour parfaire l'éclat et la beauté du sourire.

- Les dentifrices 3D White® Luxe Blancher et Glamour/Diamond Strong ou Éclat de perle qui éliminent jusqu'à 90 % des tâches en surface en seulement 5 jours et préviennent leur apparition à l'aide de la technologie exclusive whitelock™
- Le dentifrice 3D White® Luxe Perfection élimine jusqu'à 100 % des tâches en surface en seulement 3 jours grâce à des microcristaux actifs qui dissolvent et éliminent les tâches en douceur.
- L'accélérateur de blancheur 3D White® Luxe : un soin complémentaire au dentifrice pour stimuler les propriétés blanchissantes. Conçu pour accélérer l'élimination des tâches en surface, tout en multipliant l'effet blanchissant des dentifrices.
- Et aussi les produits de beauté indispensables : le fil dentaire 3D White® Luxe Floss™, le bain de bouche 3D White® Luxe Glamorous Shine Rinse™

Sans oublier le brossage électrique avec Genius, la dernière innovation des brosses à dents électriques connectées d'Oral B. Elle va coacher les utilisateurs pour un brossage parfait tel que le dentiste le recommande. Elle offre 6 modes de brossage dont un mouvement spécial Blancher. À équiper de la brosse Oral-B 3D White qui élimine en douceur les tâches en surface.

¹ <https://www.crestwhitestrips.com.au/history-of-crest-white-strips.html>

** Conformément à la législation européenne, les bandes Whitestrips contiennent 5 % de peroxyde.

*** Utilisation une fois par jour pendant une heure.

3Shape ouvre ses portes à la communauté dentaire de France



3Shape, le premier fournisseur mondial de scanners 3D et de solutions logicielles de CFAO a ouvert les portes de ses nouveaux locaux en France, à Paris, en mai dernier. L'inauguration a réuni les professionnels du monde dentaire français.

Le nouveau bureau va permettre aux cabinets, laboratoires, revendeurs et partenaires dentaires d'assister à des formations et démonstrations 3Shape sur site dans leur langue.

Situé dans l'ouest de Paris, le bureau est entièrement équipé des dernières solutions numériques dentaires 3Shape. Le site comprend une simulation d'un cabinet dentaire doté de scanners et d'imprimantes 3D. Les professionnels dentaires, ainsi que les partenaires et revendeurs 3Shape peuvent faire l'expérience des flux de travail d'orthodontie et de restauration. Ils peuvent également assister à des cours dispensés par les formateurs de l'Académie 3Shape France, basés sur le nouveau site.

En France, 3Shape est considéré comme la solution de CFAO préférée des laboratoires dentaires. Le scanner intra-oral 3Shape TRIOS utilisé par les praticiens est la solution d'empreinte numérique la plus reconnue au monde*.

« Les professionnels dentaires français se sont rapidement adaptés à la technologie numérique. Je crois qu'ils reconnaissent la prédictibilité et l'opportunité qu'apporte le flux de travail numérique au soin de leurs patients », déclare Morten Trouplin Nørholm, le Directeur Général de 3Shape France SAS. Il ajoute : *« Tout comme nos solutions numériques dentaires sont ouvertes, notre site parisien est ouvert aux professionnels dentaires français. Nous espérons qu'il devienne une ressource utile, qui permettra à la communauté de se former, de grandir et ensemble de faire progresser la dentisterie. »*



3Shape France – 254, rue du Faubourg Saint Honoré 75008 Paris – info@3shape.com

*Étude de marché 3Shape 2017 : données sur fichier



Oser la santé bucco-dentaire pour tous !

Plus qu'un programme, un véritable engagement pour le nouveau Comité Directeur de l'UFSBD !

Le 17 mai dernier, c'est à l'unanimité que Sophie Dartevelle a été réélue Présidente de l'UFSBD pour un nouveau mandat de 3 ans.

Une équipe resserrée autour d'un programme ambitieux !

Pour mener à bien ce nouveau mandat, Sophie Dartevelle a choisi de s'entourer d'une équipe resserrée au niveau national, véritables porte-voix de l'engagement de tous les chirurgiens-dentistes qui œuvrent au quotidien, sur tout le territoire, au sein des Comités UFSBD.



Le nouveau Comité Directeur de l'UFSBD (de gauche à droite) : Xavier Braeckvelt, Patrick Bonne, Anne Abbe Denizot, Julien Laupie, Sophie Dartevelle, Christophe Lequart, Benoit Perrier, Lionel Cretin et Muriel Maurin



BIOTECH DENTAL

LE NUMÉRIQUE À PORTÉE DE MAIN

Des solutions digitales innovantes et performantes pour DENTISTES & PROTHÉSISTES

SCAN



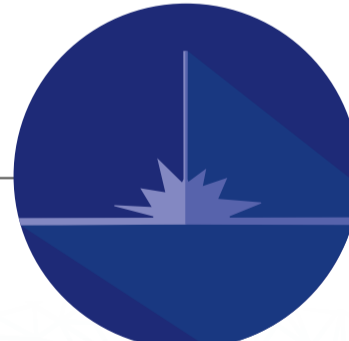
- Diagnostic Médico légal
- Couronnes dento Portées et implanto Portées
- Chirurgie guidée

MODÉLISATION



- Gain de précision
- Gain de temps
- Solution Amovible et Implanto Portée
- Formation sur mesure

FABRICATION



- Traçable
- Caractérisable
- Sur mesure
- Français
- Garantie

BIOTECH DENTAL
CONDOR
www.biotech-dental.com

LUCY
PREMIÈRE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE DU DENTAIRE

Circle
www.circle4labs.com

Fabricant : Condor - Distributeur : Biotech Dental. Dispositif médical de classe I destiné à la dentisterie numérique. Non remboursé par la sécurité sociale. Lire attentivement les instructions figurant sur la notice. CE

Fabriqué par : Circle Additive Manufacturing. Dispositifs médicaux de classe I destiné à la prothèse sur-mesure. Non remboursés par la sécurité sociale. Lire attentivement les instructions figurant sur l'étiquette accompagnant le produit.

Le CNO s'associe à la lutte contre le tabac

L'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, représenté par son Président Gilbert Bouteille et son Vice-Président Paul Samakh, a été convié le 28 mai dernier à une conférence de presse sur la lutte contre le tabagisme et les résultats de ce combat tenue par Agnès Buzyn.

L'Ordre est en effet associé, depuis 2014, au comité de suivi du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) qui devient aujourd'hui le Programme national de lutte contre le tabac (PNLT). Interlocuteurs de confiance au contact quotidien du public, les chirurgiens-dentistes se mobilisent pour délivrer à leurs patients des conseils pour cesser de fumer et sont habilités à leur prescrire des substituts nicotiques (parches, gommes, pastilles,...). L'Ordre se félicite donc de l'annonce d'Agnès Buzyn qui confirme la prise en charge par l'Assurance Maladie de ces traitements anti-tabac, désormais remboursés comme tout médicament. Une prise en charge des substituts nicotiques figurant sur la liste des traitements de première intention du tabagisme remplace le forfait de remboursement de 150 euros établi jusque-là par année civile et par bénéficiaire. « Les chirurgiens-dentistes sont les premiers à pouvoir témoigner des méfaits que le tabac peut causer, de la simple atteinte gingivale ou parodontale aux lésions précancéreuses, voire cancéreuses », souligne Paul Samakh. « Divers outils sont déjà proposés aux praticiens pour accompagner les patients dans leur sevrage tabagique. La prise en charge des substituts nicotiques est un levier supplémentaire pour nous aider à soutenir nos patients dans leur décision d'arrêter de fumer », conclut-il.





André Sebbag **Art... absolument**

Attention... talents !

En choisissant d'exercer la profession de chirurgien-dentiste, certains d'entre nous se sont découvert au fil du temps une passion ou un hobby. Le monde reclus qui est le quotidien du confrère au cabinet dentaire réclame des aspirations, des inspirations qui nous poussent vers la nature, la montagne ou la mer. D'autres encore trouvent un second métier en collectionnant, en investissant l'immobilier ou en commerçant. Enfin, une part non négligeable d'entre nous, s'ouvre aux arts de la musique et de la peinture.

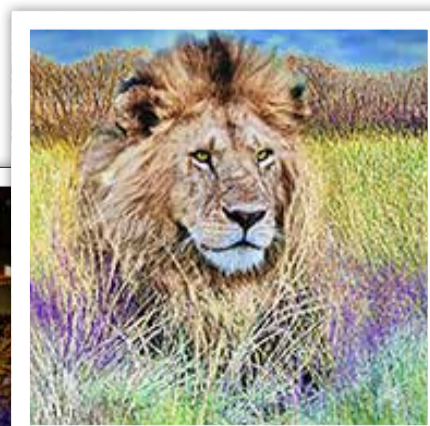
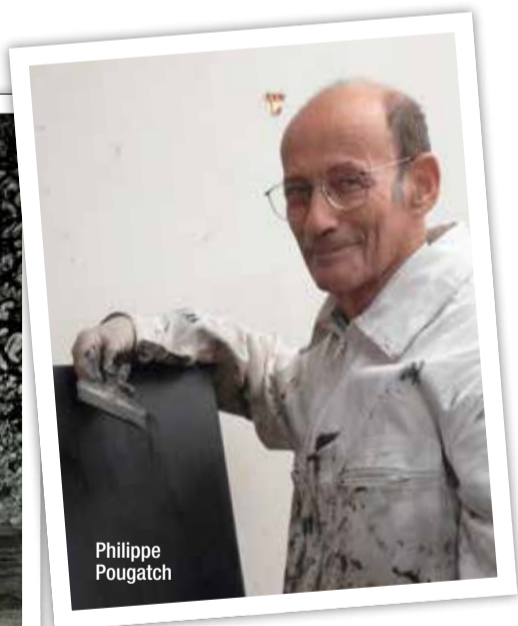
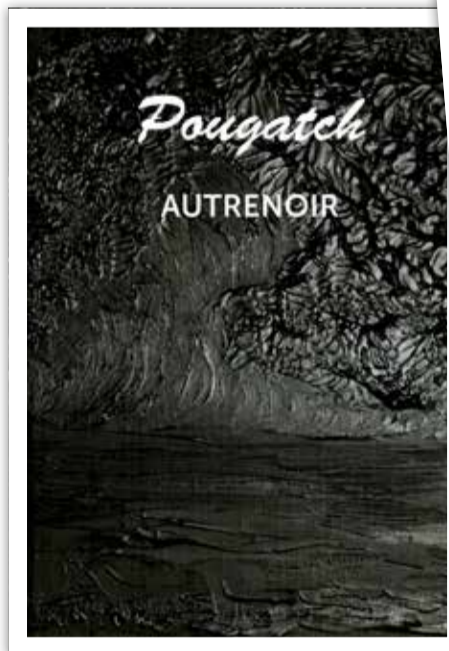
À Paris, deux anciens enseignants qui excellaient dans leur spécialité, **Philippe Pougatch** (paro) et **Paul Miara** (prothèse) nous prouvent qu'il y a une seconde vie après la dentisterie. Ils ont en commun d'avoir entrepris de peindre bien avant de poser leurs gantes et leurs masques !

Philippe Pougatch, qui peint depuis 20 ans, vient de publier un ouvrage qui porte sur ses dernières peintures : **Autrenoir**. Pour Daniel Sibony (psychanalyste), *il faut accepter le noir, sincèrement comme la nuit ou comme l'effet d'une preuve d'absence, sachant que la peur du noir c'est la peur d'autre chose que le noir, d'une présence en trop, cachée voire hostile*. Pougatch part de très loin quand en 2004 il commença dans les polychromes et l'abstraction au Salon des Artistes Indépendants de Paris. Roger Sciberon (critique d'art) dit de lui que *si le noir absolu ne reflète pas, sa technique (dont il a le secret) lui permet des dégradés, des ruptures, des stries, des éclats latéraux de l'acrylique. Ni abstraite, ni figurative, sa peinture nous offre une délicieuse jouissance esthétique*. Pour nous accompagner dans son travail, il nous offre

des inspirations végétales, marines, voire primitives. Mais le corps et les perspectives ne sont pas absents de cet univers qui frise parfois la sculpture. Parent d'Hokusai ou de Soulages, Pougatch nous surprend. Et il ne compte pas s'arrêter là !

Mais que dire alors de cet autre confrère, Paul Miara, qui a su nous réjouir de ses multiples conférences sur la chimie du collage et l'esthétique. Il a repris le chemin de son atelier qu'il avait ouvert dès les années 70. Depuis 2012, il peint à plein-temps. En avril et mai, il a offert des **Variations Lumineuses sur un parfum d'Afrique** à la galerie Orenda (Saint Germain des Prés, Paris). Deux hommes, deux dentistes, deux styles différents, qui sont peut-être l'alpha et l'oméga de l'expression artistique. L'univers figuratif de P. Miara, s'est associé au grand photographe animalier Jan Erik Rottinhuus. La grâce des animaux sauvages est sublimée par un travail qui adopte une technique mixte. L'animal en mouvement demeure intact dans sa fulgurance. Il l'aureole de touches de couleur, de tâches, de tonalités contrastées qui vont faire vibrer l'espace environnant. Pour ce faire, il assoit son nouvel univers sur son ancien travail de pixellisation en épaisseur. Les masses de couleurs pures se mélangent, se juxtaposent pour former cette mosaïque qui va amplifier l'effet de mouvement de dynamique de ces animaux sauvagement familiers.

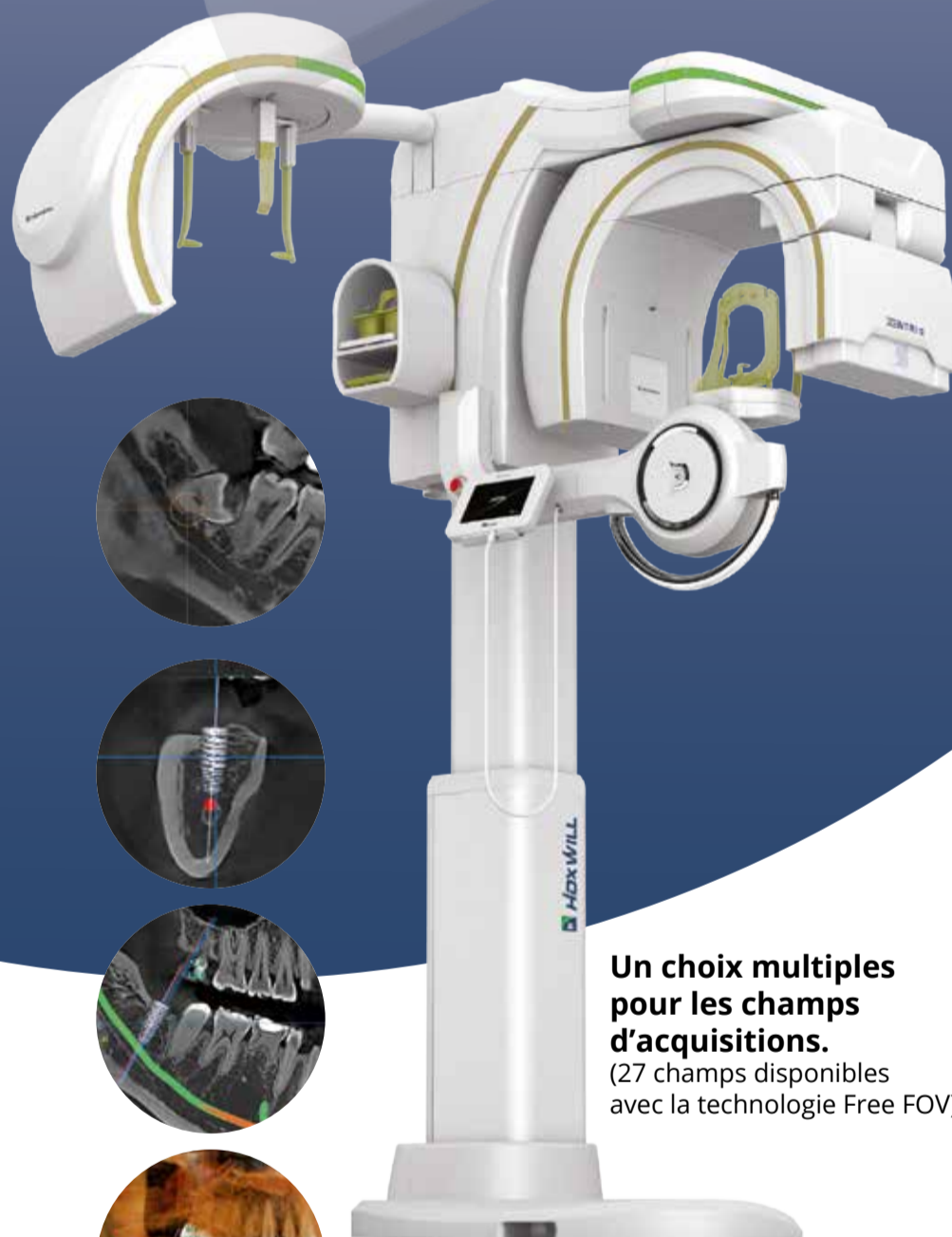
S'ils ont excellé pendant leurs carrières professionnelles, ils nous démontrent qu'ils peuvent nous transporter dans d'autres univers... un dépassement de soi sans filtre.



TRÈS BON RAPPORT QUALITÉ/PRIX
★★★★★

DENTRI α

L'excellence en matière d'imagerie numérique



Un choix multiples pour les champs d'acquisitions.
(27 champs disponibles avec la technologie Free FOV)



Avec une technologie de free FOV



Excellente qualité d'image



Mode réduction de dose



Cephalo en scan ou oneshot (option)



Grand champ 16x8, 16x14.5 (option)

HDX WILL

19/21 rue du 8 mai 1945 - 94110 Arcueil - FRANCE

Votre contact 01 46 63 07 94

06 62 67 66 69 - info@hdx-will.fr - https://hdx-will.fr



Elie Attali

Pratique privée
Paris

Votre dîner idéal réunirait...

Mes amis et de bonnes bouteilles en partage

Vos 3 films incontournables...

L'aventure c'est l'aventure
Le Père Noël est une ordure
Casablanca

Vos 3 livres fétiches...

L'État juif, Théodore HERZL
Faites-vous même votre malheur, Paul WATZLAWICK
Le livre de ma mère, Albert COHEN

Une chanson de votre vie...

Pas de boogie-woogie avant vos prières du soir

Votre insulte favorite...

Minable

Votre madeleine de Proust culinaire...

Le couscous de ma mère

Un héros... réel ou imaginaire...

Mordechai ANIELEWICZ

Salé ou sucré ?

Salé

Une passion, un hobby ?

La cuisine

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?

No sport, pour paraphraser un grand homme

Vos vacances de rêve...

N'importe où avec mes amis

Accro au net... ou pas ?

#c'est quoi cette question ?

Votre dernier coup de foudre ?

Déjà 30 ans...

Dans une autre vie vous seriez...

Pourquoi changer ?

Enfin, une adresse à recommander...

Toutes celles recommandées par mon ami Truong pour un dîner de « réfection du monde »



Elisabeth Dursun

Chef de service adjointe
Service odontologie
Hôpital Henri Mondor

Votre dîner idéal réunirait...

Mes meilleurs amis

Vos 3 films incontournables...

Vacances romaines
Certains l'aiment chaud
L'homme de Rio.

Vos 3 livres fétiches...

Rebecca (D. du Maurier)
Les justes (A. Camus)
Syllogisme de l'amertume (E. Cioran)

Une chanson de votre vie...

Plus exactement la musique de ma vie :
une mélodie des cours de danse de ma jeunesse
au conservatoire

Votre insulte favorite...

Hum, je n'emploie pas d'insulte, en fait !

Votre madeleine de Proust culinaire...

Des pommes découpées en morceaux,
à la manière de mes grands-parents

Un héros... réel ou imaginaire...

Deux héros, mes parents !

Salé ou sucré ?

Peu importe, mais vegan !

Une passion, un hobby ?

Une passion, pas un hobby : le piano

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?

Sur le parquet des salles de danse classique !

Vos vacances de rêve...

Partagées entre Chicago, Hawaï et chez moi

Accro au net... ou pas ?

Accro

Votre dernier coup de foudre ?

Une rose rouge esseulée sur mon chemin
au bout du monde

Dans une autre vie vous seriez...

Audrey Hepburn

Enfin, une adresse à recommander...

1 rue Maurice Arnoux (Montrouge)



Emmanuel Rason

Service
de communication
Septodont

Votre dîner idéal réunirait...

Mes amis proches et la famille
autour d'un bon barbecue

Vos 3 films incontournables...

Midnight in Paris (Woody Allen)
Alexandre le Grand (Oliver Stone)
La liste de Schindler (Spielberg)

Vos 3 livres fétiches...

La Guerre des Juifs (Flavius Joseph)
Les Piliers de la terre (Ken Follett)
Da Vinci Code (Dan Brown)

Une chanson de votre vie...

Dust in the Wind (Kansas)

Votre insulte favorite...

Le nase

Votre madeleine de Proust culinaire...

L'odeur du lait chaud qui me rappelle mon enfance

Un héros... réel ou imaginaire

Mon père ce Héros

Salé ou sucré ?

Salé

Une passion, un hobby ?

Jouer de la guitare sur mon canapé

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?

Sportif sur le terrain

Vos vacances de rêve...

Tel Aviv, la ville où mon père est né

Accro au net... ou pas ?

Accro

Votre dernier coup de foudre ?

No comment

Dans une autre vie vous seriez...

Eizer Weizmann

Enfin, une adresse à recommander...

Le Miss Ko - Avenue Georges V (Paris)

Brèves de Fauteuil

La sélection
de Claude Bernard Wierbza



Juste avant la première course, un rabbin orthodoxe se dirige vers les écuries et se rend auprès de l'un des chevaux puis tend les mains au-dessus de sa tête et récite une bénédiction. Charlie suit la course de chevaux très attentivement et le cheval béni arrive en tête ! Charlie suit le rabbin avant la course suivante et à nouveau, ce dernier se rend à l'écurie et renouvelle son rituel avec un autre cheval. Charlie décide alors de placer quelques euros sur le cheval béni. Et comme précédemment, le cheval gagne de deux longueurs et Charlie gagne près de cinquante euros ! Le rabbin poursuit son rituel lors des courses suivantes et Charlie gagne à chaque fois. Ayant fait plus de 1000 € en quelques courses, Charlie quitte le champ de courses et s'en va à la banque retirer toutes ses économies... 20 000 €. La plus importante course de la journée est la dernière. Charlie suit le rabbin et regarde attentivement quel cheval il bénit. Il se rend ensuite au guichet des paris et place tout son argent sur le cheval en question. La course commence... Mais après la dernière ligne droite, au moment où ils franchissent la ligne d'arrivée, le cheval sur lequel Charlie vient de parier s'écroule, raide mort. Charlie n'est pas raide mort mais il est effondré. Il cherche partout le rabbin, et quand il le trouve, il lui dit qu'il l'a regardé bénir les chevaux toute la journée et que tous ont été gagnants, sauf le dernier cheval sur lequel il a parié toutes ses économies.
Qu'est-il arrivé au dernier cheval que vous avez béni ? Pourquoi n'a-t-il pas gagné comme les autres ? Voilà le problème avec vous autres juifs laïcs, soupirez le rabbin. Vous êtes incapables de faire la différence entre une bénédiction et un Kaddish...

~~~~~  
L'entraîneur de l'OM est à la recherche d'un nouvel attaquant et est informé de l'existence d'un extraordinaire jeune Irakien. Il prend donc l'avion pour Bagdad et assiste à un match du jeune prodige. Il est subjugué par ce qu'il voit et s'arrange pour que la future superstar déménage à Marseille. Deux mois plus tard, en championnat le PSG mène 2 - 0 contre l'OM et il ne reste plus que dix minutes à jouer. Il décide alors de faire entrer sa nouvelle recrue. Le jeune marque 3 buts et donne la victoire à l'OM. Les supporters pleurent de joie. Les joueurs et l'entraîneur se jettent sur lui pour l'embrasser. Lorsqu'il rentre aux vestiaires, il appelle sa mère pour partager sa joie.  
*Salut M'man, tu ne devineras jamais quoi ! En moins de dix minutes, j'ai marqué 3 buts et on a gagné. Tout le monde est fou, même la Presse est dingue de moi ! Comme je suis contente pour toi, mon fils. Et toi, maman, comment ça va ? Mal mon fils ! Ton père vient juste de se faire tirer dessus en pleine rue : il est aux urgences. Ta sœur a été violée à l'école, et ton jeune frère a été arrêté avec un copain : il conduisait une voiture volée... Le jeune joueur se sent subitement très embarrassé.  
Je ne sais pas quoi te dire M'man, j'suis désolé. Désolé, désolé !! C'est toi qui as voulu qu'on quitte Bagdad pour venir habiter à Marseille, non !*

~~~~~  
François H. meurt d'une crise cardiaque à Jérusalem, alors qu'il effectuait une visite d'état. Les Israéliens convoquent les diplomates qui l'accompagnaient et leur disent : *vous pouvez rapatrier le corps chez vous pour 70 000 euros, ou bien vous pouvez l'enterrer ici pour 100 euros.* Les diplomates français se réunissent et discutent en aparté pendant quelques minutes, puis le chef du protocole annonce aux Israéliens qu'ils veulent rapatrier le corps. Les Israéliens surpris questionnent : *pourquoi voulez-vous dépenser 70 000 euros pour le rapatrier alors qu'avec seulement 100 euros on peut lui offrir une sépulture en terre sainte ?* Les diplomates français répondent : *jadis un homme est mort ici, a été enterré ici... et 3 jours plus tard, il est ressuscité ! Nous ne pouvons pas prendre un tel risque !!!!*



Le monde tel qu'il est

3 vols de voiture sur **4** se font désormais électroniquement, sans effraction.

Un Français reste en moyenne **10 ans** dans la même entreprise.

55% des écrans et **35%** des batteries d'iPhone sont fabriquées par Samsung.

65% des Français n'ont jamais utilisé de doggy bag.

31% de la population mondiale est chrétienne, **24%** est musulmane et **15%** est hindoue.

45% des enseignants allemands ont plus de 50 ans. En France, c'est **29%**.

La Grèce a accueilli plus de **30 millions** de touristes en 2017. Un record.

En Allemagne, **98%** des bouteilles en plastique sont recyclées.

Il y a un siècle, les catastrophes naturelles faisaient plus de **500 000** morts. Aujourd'hui, c'est moins de **20 000**.

Depuis 1972, le nombre de morts sur les routes françaises a été divisé par **5**, tandis que le nombre de véhicules en circulation était multiplié par **3**.



Q.I. : sommes-nous vraiment en train de devenir moins intelligents ?



Certains scientifiques prétendent que le QI ne cesse de diminuer dans les pays occidentaux. Pourtant les preuves manquent pour affirmer cette thèse. Une étude norvégienne relance le débat et met en cause l'environnement.

Vous êtes moins intelligents que vos parents et vos enfants le seront encore moins que vous. C'est en substance l'idée répandue par une minorité de scientifiques depuis quelques années. Selon eux, le QI des populations occidentales ne cesserait de diminuer ces dernières décennies dans les pays développés. Et une nouvelle étude publiée le 11 juin dans la revue américaine PNAS (Compte rendus de l'académie américaine des sciences) abonde une nouvelle fois dans ce sens, bien que les résultats ne soient pas généralisables. Selon les auteurs de

cette étude, deux économistes scandinaves, le QI des hommes norvégiens nés entre 1962 et 1991 baisse d'année en année. Un phénomène qu'ils attribuent à des facteurs environnementaux tels que le « déclin des valeurs éducationnelles », la « dégradation des systèmes éducatifs » ou encore la « dégradation de la nutrition et de la santé ».

Mais au-delà de ces causes, une question de fond se pose : notre intelligence est-elle réellement sur le déclin ? Cette idée trouve son origine dans les travaux de James Flynn. Ce professeur émérite en sciences politiques à l'Université d'Otago en Nouvelle-Zélande étudie depuis les années 1980 le niveau d'intelligence des populations. D'après lui, le score au test de QI aurait augmenté d'un peu plus de 3 points

par décennie entre les années 1930 et 1980 dans la population américaine. Ce phénomène, nommé le « Flynn effect », a été retrouvé dans une trentaine de pays sur tous les continents et fait l'unanimité dans la communauté scientifique. Il s'explique assez facilement. « L'amélioration de la santé, de la nutrition et de l'éducation au cours de cette période explique que l'on ait gagné des points de QI », commente Franck Ramus, directeur de recherche en sciences cognitives au CNRS et à l'École normale supérieure à Paris. Mais voilà, depuis quelques années, une poignée de chercheurs tentent de prouver que la tendance s'inverse. Selon eux, le « Flynn effect » aurait laissé sa place au « negative Flynn effect », une thèse selon laquelle le QI baisse dans les pays occidentaux depuis les années 2000.

L'un des chefs de file de cette théorie est Richard Lynn, un psychologue britannique connu pour ses idées racistes et eugénistes. Dans les années 1990, il soutenait par exemple l'idée que plus la couleur de peau d'une population est foncée, plus son niveau moyen d'intelligence est faible. En avril 2017, il va jusqu'à confier au journal suisse Le Temps que « seules Marine Le Pen et la Hongrie ont compris que les migrants venant d'Afrique et du Moyen-Orient ont une intelligence limitée ». Ainsi, d'après lui, l'arrivée de migrants provoquerait une baisse du QI dans les pays occidentaux qui les accueillent. Des propos qu'il diffuse largement lors de conférences dans les milieux américains d'extrême droite. Et c'est dans le but de justifier « scientifiquement » ses théories que Richard Lynn mène des recherches sur l'évolution du QI dans les pays occidentaux. Mais il n'est pas le seul à s'intéresser au QI. Entre 2005 et 2013, une dizaine d'études menées par différents chercheurs ont été publiées sur le sujet. Certaines mettent en avant une baisse du QI dans les pays scandinaves, la Grande-Bretagne et en Australie. Mais voilà, ces études mesurent le QI grâce à des tests très différents les uns des autres. Une hétérogénéité qui ne permet pas de tirer des conclusions sur une baisse générale de l'intelligence. À l'inverse, d'autres études semblent indiquer que le QI des Américains continue de progresser.

Une hétérogénéité qui ne permet pas de tirer des conclusions sur une baisse générale de l'intelligence.

En 2013 puis en 2015, Richard Lynn et Edward Dutton, un anthropologue britannique, publient successivement deux études qui pointent une baisse du QI en Finlande et en France. Malgré des limites méthodologiques importantes (le recours à des tests non validés pour l'une, un effectif insuffisant pour l'autre), les deux hommes évoquent dans les deux cas l'influence négative de l'immigration et le dysgénisme, une théorie selon laquelle les personnes moins intelligentes se reproduiraient davantage que celles intelligentes. Au milieu de ces approximations scientifiques brandies à des fins idéologiques, existe-t-il des études fiables qui s'intéressent à l'évolution du QI ? « Les données des études sont assez disparates, c'est pour cela que les méta-analyses sont indispensables pour tirer des conclusions plus globales », explique Franck Ramus. Parce qu'elles examinent les résultats et la méthodologie d'un grand nombre d'études, les méta-analyses constituent l'un des meilleurs niveaux de preuve scientifique.

Et justement, en 2015, des chercheurs ont compilé les résultats de 271 études sur le QI réalisées entre le début du xx^e siècle et les années 2010. Leurs conclusions, publiées dans la revue Perspectives on Psychological Science, ne vont pas dans le sens d'une baisse de l'intelligence au niveau mondial. « Le score du QI ne diminue pas, il augmente juste plus lentement qu'avant », explique Franck Ramus. Et rien d'alarmant à cela d'après le chercheur. « Le plafonnement du QI était attendu, indique-t-il. Comme pour la taille ou les performances sportives, l'espèce humaine est en train d'atteindre les limites de son intelligence ».

Pour l'heure, aucune donnée scientifique ne permet d'attester la réalité d'une baisse de l'intelligence dans les pays occidentaux. « Je trouve irresponsable de faire paniquer toute la population sur des données qui sont peu concluantes. Si on accumule sur 10 ou 20 ans des données supplémentaires au niveau mondial on pourra dire si le QI se stabilise ou non. Pas avant », insiste Franck Ramus.

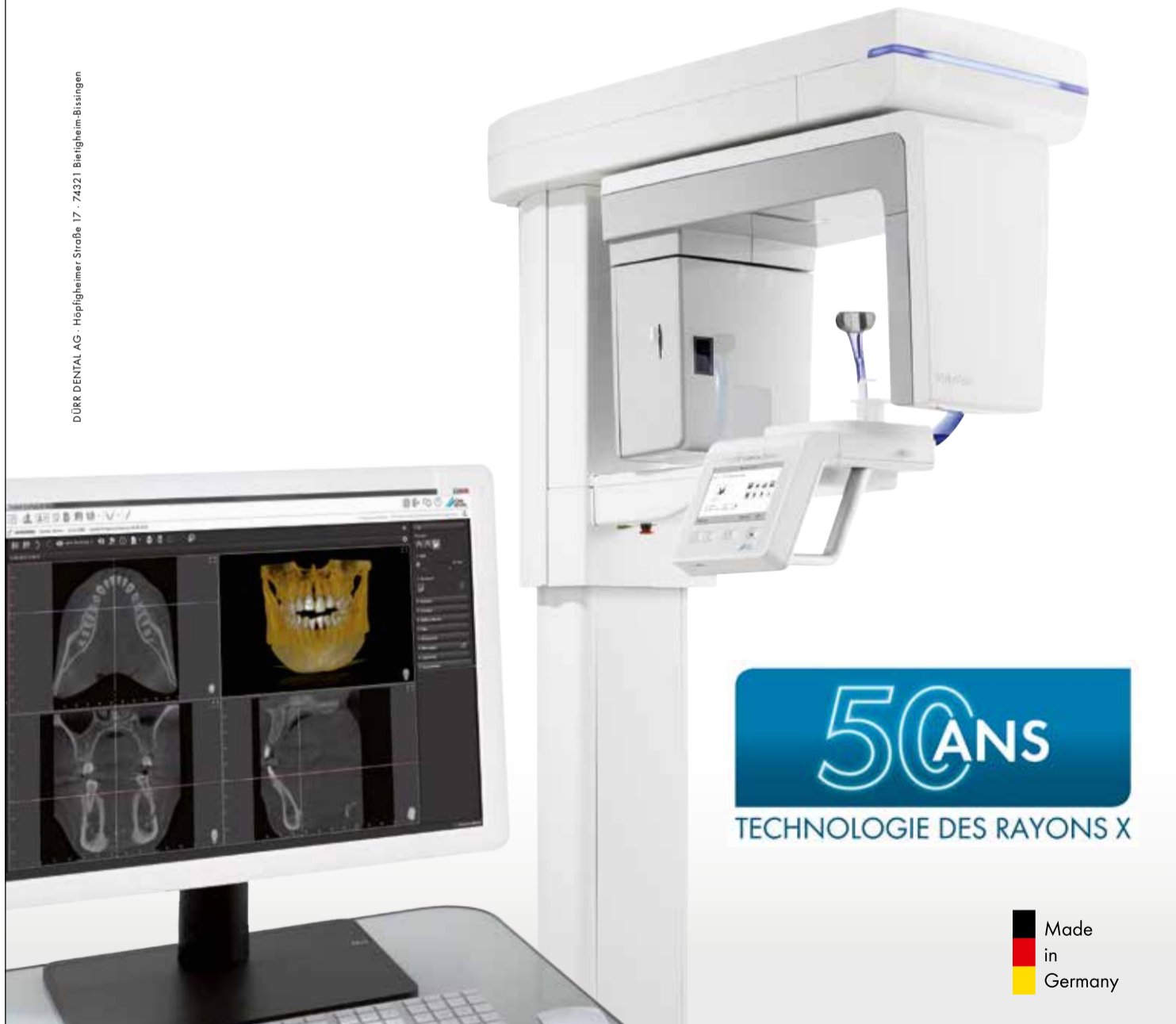
Alors il semblerait que non, demain, nous ne serons pas tous crétins.

Figaro.fr, le 15/06/2018

AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

VistaVox S : La 3D selon Dürr Dental.

DÜRR DENTAL AG - Höpfigheimer Straße 17 · 74321 Bietigheim-Bissingen



50 ANS
TECHNOLOGIE DES RAYONS X

Made in Germany

Plus de diagnostic – moins d'exposition aux rayons: Le volume adapté à la forme de la mâchoire, propose un volume de diagnostic équivalent à celui d'un appareil de Ø 130 x 85 mm et en plus un volume de Ø 50 x 50 mm avec une résolution de 80 µm pour la recherche d'anomalies. Accès rapide à toutes les fonctions grâce à son écran tactile 7". Avec la technologie S-Pan, vous avez des clichés 2D et 3D d'exception en un seul appareil.

Plus d'informations sur www.duerrdental.com

Dispositif Médical de classe IIB CE0297. Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant sur les notices. Produits non remboursés par les organismes de santé.

DÜRR DENTAL
LE MEILLEUR, TOUT UN SYSTÈME



SMARTCONTACT

-75%
de rendez-vous
non honorés

Gérez efficacement l'absentéisme de vos patients grâce à des points de rappels de rendez-vous automatiques.

+1 jour
de gagné par
semaine

Si le patient ne peut pas venir, un processus de lancement de SMS s'active afin de trouver un remplaçant.

100%
de satisfaction
patients

Le premier d'entre eux à valider le créneau reçoit un SMS de confirmation.



Mais parce que rien ne vaut l'avis d'un confrère...

« Nous avons pour habitude de téléphoner à tous nos patients pour leur rappeler l'heure et le jour de rendez-vous. Le problème, c'est que cela prenait un temps fou à nos assistant(e)s dentaires ! En optant pour ce système, nous avons réellement optimisé notre gestion de l'agenda au quotidien. »

Dr. Éric D. (44)

Voir la vidéo



Rejoignez nos réseaux sociaux :



2, rue des Vieilles Vignes, 77183 Croissy-Beaubourg - France
Tél. : +33 (0)1 60 93 73 70

Julie
- SOLUTIONS -
www.julie.fr

BIO BROTHERS

Les Biosilicates Septodont **INCONTOURNABLES**



BioRoot™ RCS

“light”



ENDODONTIE

Biodentine™

“Putty”



RESTAURATRICE

**ACTIVE
BIOSILICATE
TECHNOLOGY**

- **BioRoot™ RCS**

Ciment de scellement canalair
minéral & bioactif



- **Biodentine™**

Substitut dentinaire bioactif

