

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



FRANCE
juillet 2019
#027

*Le magazine dentaire
qui nous rassemble*

SASSY
Color by A-dec

A-dec vous souhaite un bel été.



PARROT

Color by A-dec



SKY BLUE

Color by A-dec



VIOLET

Color by A-dec



PAPRIKA

Color by A-dec



FUCHSIA

Color by A-dec



a dec
reliablecreativesolutions™

“A-dec, l'essentiel et rien d'autre”

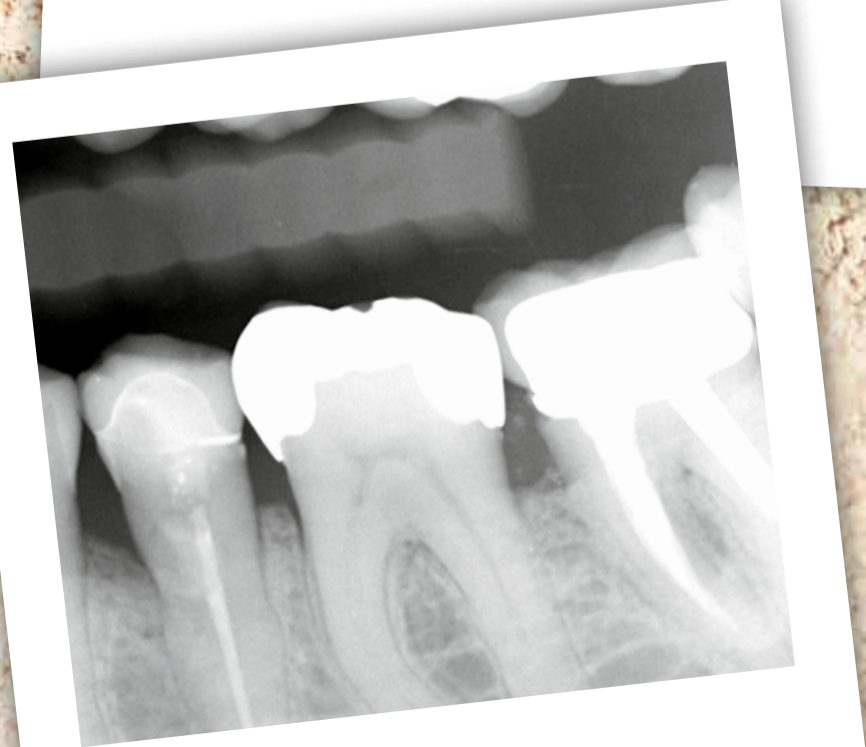
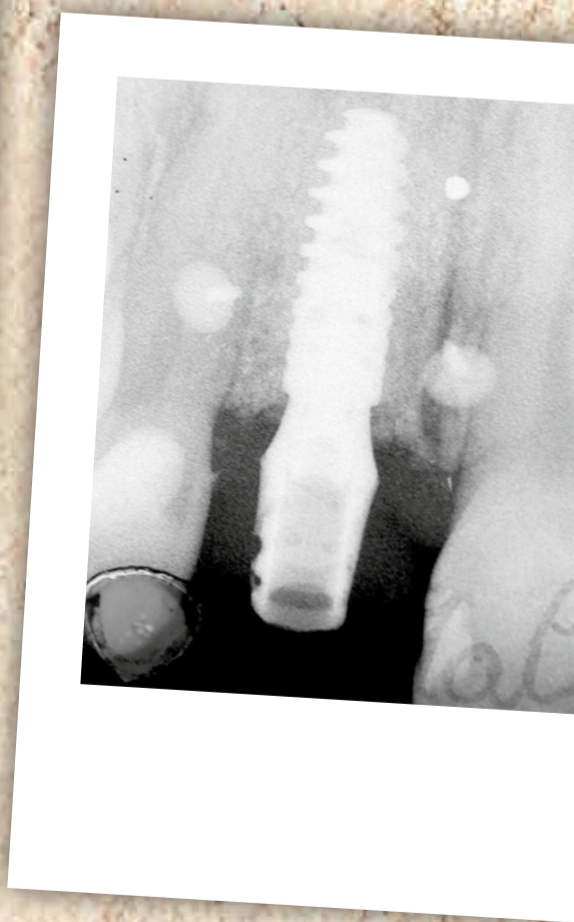
- MARSEILLE • STRASBOURG •
- GRENOBLE • TOULOUSE •
- MONTPELLIER • NICE •
- NANCY • LYON •
- PARIS •



FRANCE
juillet 2019
#027

*Le magazine dentaire
qui nous rassemble*

Les CAS originaux de la rédac !





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 Boubil
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 editrice et régie exclusive de la publicité : Ellem'com



Pour contacter le journal :
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
- XAVIER BENSARD
- JACQUES BESSADE
- PATRICK CHELALA
- MARC DANAN
- FRANCK HAGEGE
- JOEL ITIC
- HANNA KRUK
- CYRIL LICHA
- ANDRÉ SEBBAG
- LÉONARD SEBBAG
- JONATHAN SELLEM
- CLAUDE-BERNARD WIERZBA

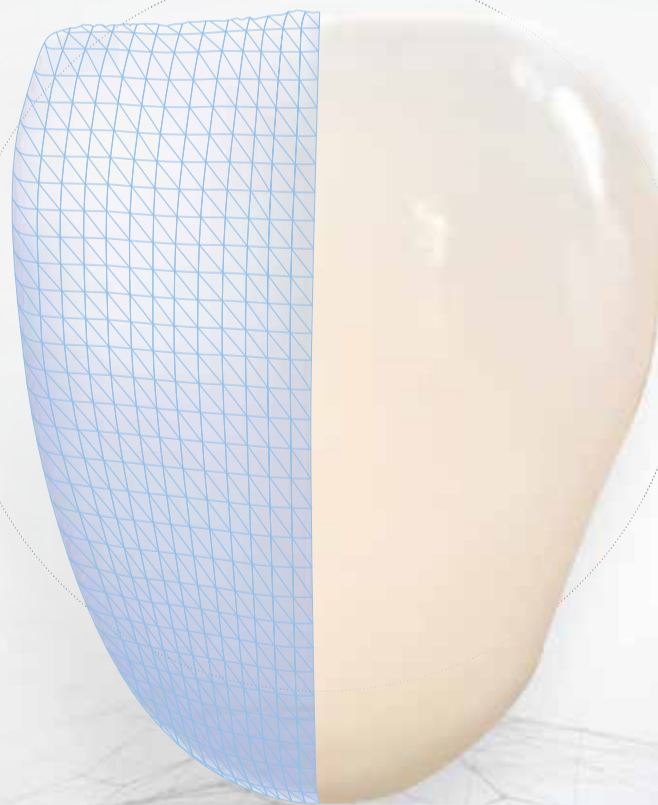
Vous avez une question, un commentaire ? Envoyez vos remarques à dr.j@bessade.fr ou écrivez nous directement sur le site aonews-lemag.fr



Empreinte optique / Fabrication allemande



Vos restaurations monolithiques en flux numérique
100% Made in Germany



5 jours
ouverts



Haute résistance
(dès 400 MPa)
dès 0,3 mm d'épaisseur

IPS e.max®
IPS e.max
d'Ivoclar Vivadent
dès 94 € TTC

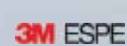


FORMA MonoZir FMZ®
DD Cube ONE
de Dental Direkt
dès 82 € TTC



Esthétique naturelle & lumineuse
Dégradé de teintes et de translucidités

Labocast reçoit tous les fichiers STL, OBJ, PLY, et tous vos fichiers numériques issus des systèmes :



Pour plus d'informations, conseils ou devis gratuits, contactez-nous au 01.53.38.64.66
Labocast | 46-56 rue des Orteaux | 75020 Paris | labocast@labocast.fr | labocast.fr

labocast
MODERN DENTAL GROUP



Pendant que nous rédigeons ces lignes, l'été 2019 qui s'annonce va laisser des traces et des records dignes de ceux enregistrés à Death Valley : 57° en 1913. Cet accablement dû à une nature fantasque va s'accéléralant. Une prise de conscience de ce chamboulement climatique s'installe. Parallèlement, la révolution numérique à son tour transforme, bouleverse et chamboule toutes les générations. Certains se cherchent et se retroussent déjà les manches, disons qu'ils sont les fonceurs... et puis d'autres les « aquabontistes » renoncent. Éternel débat des anciens et des modernes.

Devinez quel chemin nous proposons de tracer avec vous ? Celui de l'ouverture vers un nouveau monde qui est loin d'avoir montré ses limites, ses ambitions et ses espoirs. Dans ce numéro uniquement concocté par la rédaction, chacun d'entre nous a cherché dans ses archives un ou plusieurs cas cliniques d'un quotidien familial et studieux.

Si dans nos numéros précédents nous vous avons proposé des pistes nouvelles du workflow numérique, celui-ci met le focus sur des cas complexes ou bien sur de simples gestes techniques qui vous faciliteront vos pronostics. En particulier, celui de l'éclaircissement interne traité par Jonathan Sellem qui arrive à éliminer une dyschromie cervicale sous une coiffe céramique. En proposant de traiter des résorptions cervicales externes qui deviennent fréquentes, nous vous aiderons à proposer un traitement conservateur et salvateur à vos patients. Bien souvent ce diagnostic est négligé !

Plus spectaculaire est le traitement d'un cas exceptionnel comme l'incisive gémellaire proposé par Xavier Bensaid.

C'est Hanna Kruk qui traite de la gestion d'un traumatisme alvéolo dentaire complexe en trois séances, avant la réhabilitation prothétique définitive. Marc Danan, quant à lui, relève le défi de la parodontite agressive qu'il arrive à réduire par un traitement combiné avec l'orthodontiste.

Le dernier pari relevé par Jacques Bessade a été de gérer le remplacement d'une incisive maxillaire sans incidence pour la patiente. Tout l'art de la temporisation...

Voilà donc un panel clinique qui comblera les cliniciens avides de se perfectionner et qui sont les fonceurs !

André Sebbag

Les CAS originaux de la rédac !

FRANCE
JUILLET 2019
#027

➔ Scientifique	6
➔ AONow	
Gil Tirlet attire la foule AO Paris	19
Jonathan Semtob chez les Niçois	21
News from Tel Aviv University	21
➔ Le Mag	
2 ^e édition du Symposium Zimmer Biomet	23
Rencontre avec... Thierry Lachkar	24
Le monde tel qu'il est	24
À noter dans vos iPhones !	25
Le pivot et la dent dure	26
Selfie AO avec J.L. Guetta, L. Temman, M. Wauters	27
Les brèves de Claude	27
On the web	28

Pour joindre nos partenaires

Align page 20 www.aligntech.com	Julie Software 4 ^e de couverture Tél. 01 60 93 73 70 – www.julie.fr
Dentsply Sirona page 18 www.corporate.dentsplysirona.com	Labocast face sommaire N° Azur 0811 115 000 – labocast@labocast.fr
Dexter page 14 Tél. 01 34 34 38 10 – www.dexter.fr	Melag France page 22 Tél. 01 30 76 03 00 – info@melagfrance.fr
Durr Dental page 26 Tél. 01 55 69 11 50 – info@durr.fr	Pierre Fabre Oral Care dossier spécial Tél. 05 63 51 68 00
Eurotec duo couverture/2 ^e de couv Tél. 01 48 13 37 38 – www.eurotec-dental.fr	Voco Les Dentalistes page 28 Tél. 06 07 14 39 01 – www.voco.com
GC France 3 ^e de couverture Tél. 01 49 80 37 91 – www.gcinitial.gceurope.com	Zimmer Biomet page 23 Tél. 01 41 05 43 48 – www.zimmerbiomet.fr
Ivoclar Vivadent page 9 Tél. 04 50 88 64 00 www.ivoclarvivadent.fr	

SOMMAIRE SCIENTIFIQUE



6 Parodontite grade C stade 4 (agressive sévère) et orthodontie : quelles perspectives ?



9 Anomalie de formes : prise en charge de patients avec dents gemellaires



12 Correction d'une dyschromie radulaire au travers d'un élément prothétique existant



13 Gestion d'un traumatisme alvéolo-dentaire complexe



15 Traitement d'une résorption cervicale externe



17 Comment gérer le remplacement d'une centrale maxillaire sur 18 mois sans incidence esthétique sur l'apparence d'une patiente

Xavier Bensaïd

Formateur de l'Association de Chirurgie Muco-Gingivale (ACMG)
Ancien assistant hospitalier & universitaire de Paris 5
Praticien hospitalier au CHU Henri Mondor
Exercice libéral exclusif parodontie & implantologie

Jacques Bessade

Expert auprès de la Cour d'appel de Paris
Expert DGOI – AFI
Exercice limité à la chirurgie implantaire, Paris

Marc Danan

Directeur de l'Association de Chirurgie Muco-Gingivale (ACMG)
Ancien Maître de conférences des Universités Paris 5
Exercice libéral exclusif parodontie & implantologie

Françoise Fontanel

Spécialiste qualifiée en orthodontie

Hanna Kruk

Formateur de l'Association de Chirurgie Muco-Gingivale (ACMG)
Exercice libéral exclusif parodontie & implantologie

André Sebbag

Ancien assistant hospitalier universitaire Paris 7
Pratique privée, Paris

Léonard Sebbag

Étudiant 4^e année Paris 5

Jonathan Sellem

Ancien Assistant hospitalier & universitaire de Paris 5
Exercice libéral

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>.

Pierre Fabre Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MEDICAMENT

Marc Danan, Hanna Kruk, Xavier Bensaïd, Jonathan Sellem, Françoise Fontanel



Parodontite grade C stade 4 (agressive sévère) et orthodontie : quelles perspectives ?

Marc Danan
Hanna Kruk
Xavier Bensaïd
Jonathan Sellem
Françoise Fontanel
Paris

M^{me} C., 21 ans, bonne santé générale vient consulter pour prise en charge parodontale et forte demande esthétique. On diagnostique une parodontite agressive généralisée, (STADE 4 grade C nouvelle classification des maladies parodontales 2018, *Chapple et al 2018*). Parmi les patients traités en parodontie, on rapporte une prévalence de 30,03 % à 55,8 % de patients présentant des migrations dentaires pathologiques (*Brunsvold 2005*). Face aux parodontites sévères, plusieurs options thérapeutiques sont envisageables :

- extractions multiples et compensation des édentements par une solution prothétique amovible ou fixe implantaire,
- conservation des dents avec traitements parodontal et orthodontique.

Un bilan parodontal complet est réalisé avant tout traitement orthodontique. Le bilan radiologique long cône et l'observation clinique permettent d'établir un diagnostic et un plan de traitement adapté à la patiente (**Fig. 1**). Prenant en considération le jeune âge de la patiente et l'absence de facteurs systémiques associés à la maladie parodontale de M^{me} C, non fumeuse, voici le plan de traitement choisi.



Situation clinique pré-opératoire : on note la sévérité de l'alvéolyse horizontale sur l'ensemble de la cavité buccale. 14-15-16/24-25-26 ne sont pas conservables.

Sur le plan parodontal

- Thérapeutique étiologique parodontale : Détartrage/Surfaçage en 4 séances rapprochées sous bithérapie (amoxicilline 500 1,5 g/j + metronidazole 750 mg/j QSP 8j (*Pretzl et al 2018*))
- Réévaluation 2 mois après la dernière séance de surfaçage
- Maintenances parodontales per-orthodontiques au rythme des activations
- Renforcement du parodonte : Réalisation de deux greffes épithélio-conjonctive au niveau des canines/premières prémolaires mandibulaires.

Sur le plan orthodontique après traitement parodontal, plan de traitement d'une durée de 2 ans établi par le D^r Françoise Fontanel

Au maxillaire

- Extraction de 16 et 26,
- Conservation des prémolaires maxillaires très compromises uniquement pour des raisons cosmétiques, sauf incident inflammatoire en cours de traitement.
- 17 et 27 supporteront une barre palatine.
- Prémolaires maxillaires distalées pour résoudre l'encombrement antérieur.

À la mandibule

- Extraction d'une incisive pour résoudre l'encombrement incisif et conserver les rapports de Classe I canine.

Lorsque le parodonte est réduit et assaini, les forces orthodontiques doivent être réduites en in-



Situation clinique per-orthodontique et post-orthodontique après dépose des bagues. 14 et 16 sont remplacées par des implants, de même en 24-25-26.



LES CAS ORIGINAUX DE LA RÉDAC !

Marc Danan, Hanna Kruk, Xavier Bensaïd, Jonathan Sellem, Françoise Fontanel

tensité, avec un suivi parodontal rigoureux à chaque activation, toutes les 6 à 8 semaines.

À la dépose des bagues

- Les prémolaires maxillaires sont extraites. En fonction du volume osseux disponible, deux implants sont posés en 14 et 16 pour remplacer de 14-15-16 à l'aide d'un bridge sur implants.
- Trois implants sont posés en 24-25-26.
- Une contention coulée est réalisée au niveau des secteurs antérieurs à la mandibule et au maxillaire afin de maintenir les dents antérieures dans la bonne position et d'éviter les récidives.

Plusieurs études (Rocuzzo et al 2012, 2014) ont montré qu'il est possible de poser des implants chez les patients avec antécédent de parodontite et suivi parodontal. Cependant, le risque de complications péri-implantaires est plus élevé chez les patients avec antécédent de parodontie agressive (correspondant au grade C dans la nouvelle classification 2018 des maladies parodontales). La vigilance doit donc être plus importante dans le suivi parodontal (Swierkot K et al 2012) (Fig. 2).

Deux greffes épithélio-conjonctives de substitution ont été réalisées en 33-34 et 43-44. Réalisation d'une contention coulée sur les secteurs antérieurs maxillaire et mandibulaire. Sur le plan radiographique (Fig. 3), on note une stabilité du volume osseux et même un gain osseux dû à l'ingression des dents antérieures (Ré et al 2000). Cependant, ces mouvements doivent être réalisés avec des forces orthodontiques très contrôlées car il existe un fort risque de rhizalyses (Melsen et al, 1989). La patiente nécessite un suivi parodontal tous les 4 mois après traitement orthodontique, afin de maintenir la stabilisation de la maladie parodontale. Le recul clinique à 10 ans montre une stabilité des résultats au long terme (Fig. 4).

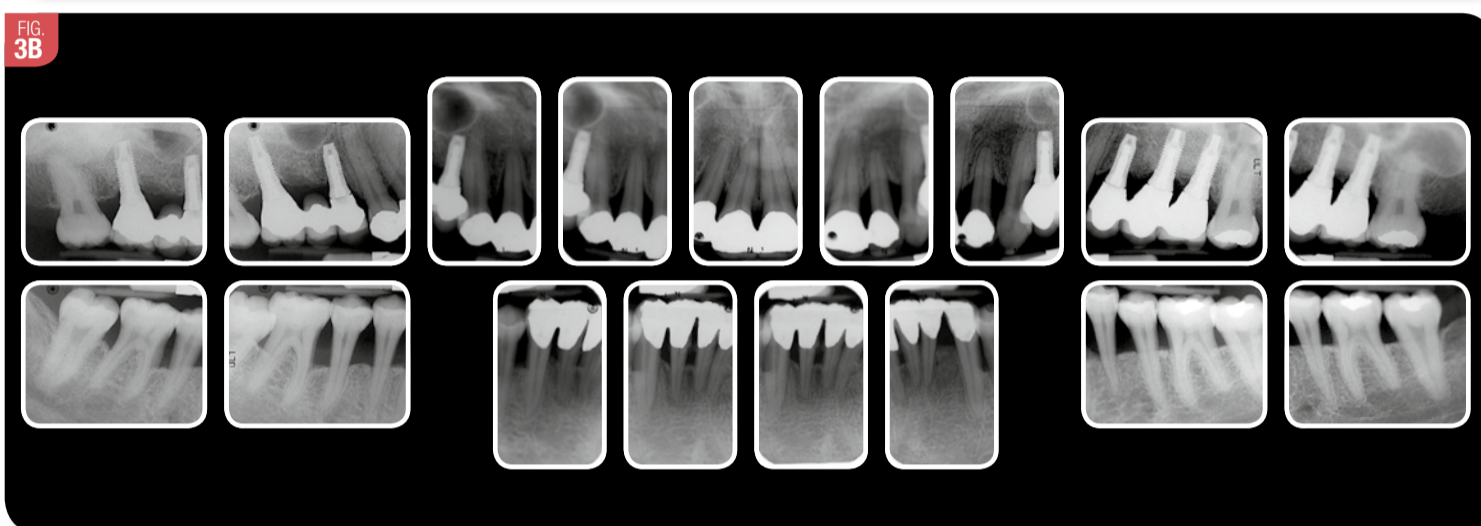
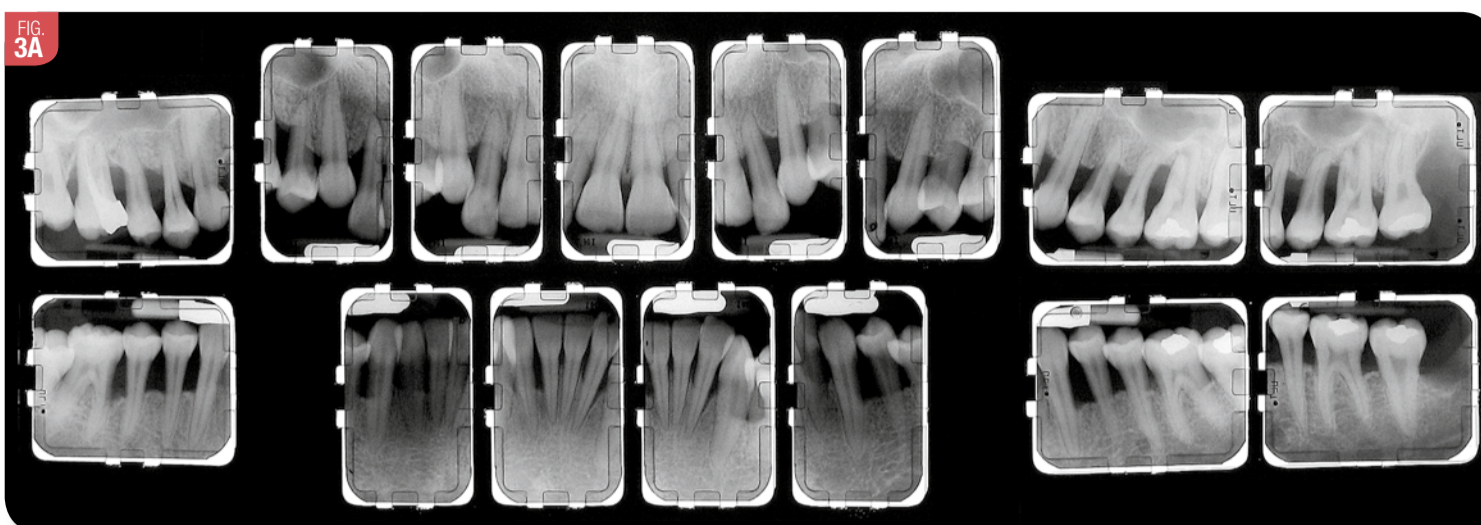
En conclusion, le traitement orthodontique est possible même en présence de pathologies parodontales sévères stabilisées afin de rester le plus conservateur possible.

Le traitement parodontal est réalisé avant de commencer l'orthodontie. Les résultats sont maintenus au long terme à condition de suivre les patients en maintenance parodontale per et post-orthodontique.

Bibliographie

1. Chapple ILC et al, Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium : Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Clin Periodontol. 2018 Jun ; 45 Suppl 20 : S68-S77
2. Brunsvold MA. Pathologic tooth migration. J Periodontol, 2005 ; 76 : 859-66.

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



A - Bilan radiographique pré-orthodontique B - Résultat à 10 ans : on note le gain osseux dans les secteurs antérieurs maxillaire et mandibulaire



Vues cliniques pré- et postopératoires à 10 ans

Remerciements au D^r Françoise FONTANEL qui a traité la patiente sur le plan orthodontique.



**VENDREDI
29 DÉCEMBRE**

Save the date
**2^E SHABBAT AO DE L'ADF
MAISON MOADON**
Infos à suivre...





Anomalie de formes : prise en charge de patients avec dents gémellaires

Xavier Bensaïd
Jonathan Sellem
Hanna Kruk
Marc Danan
Paris

Le développement dentaire est un processus complexe marqué par une succession d'étapes prédéterminées. Il peut être perturbé par de nombreux facteurs qui modifient les conditions métaboliques et physiques autour du germe, entraînant l'apparition d'anomalies dentaires.

Celles-ci peuvent toucher aussi bien le nombre, la morphologie que la structure de la dent. Parmi les anomalies dentaires morphologiques sont retrouvées la fusion et la gémination. Dans la littérature, les termes « dents doubles », « dents jointes », « jumelage dentaire », sont utilisés pour décrire ces deux anomalies.

La fusion et la gémination touchent le plus souvent les dents antérieures même si des cas ont été décrits au niveau des dents postérieures. Elles atteignent aussi bien les dents temporaires que les dents permanentes. Le principal motif de consultation de ces patients est le plus généralement esthétique. [1]

La fusion est l'union de deux ou plusieurs germes normalement séparés, entraînant la formation d'une seule et large dent. La gémination constitue une division souvent avortée d'un germe dentaire.

Classification d'Aguilo [2]

Aguilo et coll. ont étudié 50 cas de patients présentant des dents doubles en denture temporaire. Ils les ont classées en quatre catégories selon leur morphologie :

Type I : couronne bifide et racine unique

La dent présente une couronne plus large que la normale avec une encoche sur le bord incisif, une chambre pulpaire bifide, une racine de taille normale et un canal radiculaire avec un élargissement dans la partie cervicale.

Type II : couronne large et racine large

La dent présente une couronne plus large que la normale, souvent sans cannelure ni encoche, une seule et large chambre pulpaire, une racine plus large que la normale sur toute sa longueur et un seul et large canal.

Type III : deux couronnes fusionnées et une racine unique

La dent présente deux couronnes plus ou moins bien définies, avec une cannelure verticale allant en direction cervicale. Les portions cervicales des deux couronnes peuvent être jointes si la cannelure est partielle. La cannelure peut aussi être totale divisant les couronnes fusionnées, qui peuvent être symétriques ou montrer différentes formes distinctes. Les chambres pulpaires peuvent être séparées. La racine est plus large que la normale avec une forme conique. Il n'est pas possible de faire de séparations entre les deux racines impliquées. Le canal pulpaire peut être fusionné dans la portion coronaire et radiculaire ou être fusionné dans la portion coronaire, et finir en deux canaux radiculaires.

Type IV : deux couronnes fusionnées et deux racines fusionnées

Les couronnes sont semblables à celles mentionnées dans le type III.

Les deux racines (ou plus) sont clairement distinctes mais unies, avec deux canaux radiculaires séparés.

Étiologies des gémations ou fusions dentaires [3]

Les anomalies telles que la fusion et la gémination prennent leurs origines dans un trouble du développement du germe dentaire. Elles ont lieu (la fusion et la gémination) durant

l'étape d'initiation de la morphodifférenciation du développement de la dent. Pendant l'odontogenèse, tout facteur qui modifie les conditions métaboliques et physiques autour du germe dentaire peut perturber son développement.

Bien qu'aucune étiologie ne soit clairement démontrée, plusieurs hypothèses sont régulièrement citées.

Proximité des germes [4]

L'influence de pressions ou de forces physiques produisant des contacts proches et prolongés entre deux dents en développement a été

rapportée comme une cause possible de la fusion/gémination.

Un hypodéveloppement maxillaire ou mandibulaire entraîne des encombrements responsables de pressions sur les germes dentaires en formation. Ainsi, les germes peuvent se rencontrer, s'interpénétrer entraînant leur fusion.

Traumatismes

De nombreux auteurs considèrent le traumatisme osseux comme un facteur causal. Ainsi un traumatisme survenant pendant le développement du germe dentaire pourrait être responsable de la fusion dentaire.

LA BONNE COLLE pour chaque situation clinique

Le duo idéal pour vos cas de collage :

- Variolink® Esthetic** – La méthode facile pour coller les restaurations hautement esthétiques
- SpeedCEM® Plus** – La méthode efficace pour coller les restaurations en zircone

Recommandé pour IPS e.max®

Constataz par vous-même : cementation.ivoclarvivadent.com

www.ivoclarvivadent.fr
Ivoclar Vivadent SAS
B.P. 118 | 74410 Saint-Jorioz | France | Tel. +33 450 88 64 00 | Fax +33 450 68 91 52

Dispositifs médicaux Classe IIA/CE0123 fabriqués par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ces dispositifs médicaux ou sur leur étiquetage. Ces dispositifs médicaux ne sont pas remboursés par les organismes d'assurance maladie. AD0318

ivoclar vivadent®
passion vision innovation



Facteurs génétiques [5]

Certains auteurs mettent en avant une composante héréditaire/génétique des dents doubles. Les éléments en faveur de cette théorie sont :

Facteurs environnementaux

Une exposition fœtale à l'alcool ou à la thalidomide ainsi qu'une hypervitaminose A de la femme enceinte, peuvent jouer un rôle dans la formation des dents doubles.

Situation clinique 1

Ce jeune patient de 14 ans est adressé par son orthodontiste pour une évaluation esthétique de son sourire et la prise en charge de sa 12 gémellaire. **(Fig. 1 et 2)**

À l'analyse clinique les 2 portions coronaires semblent vitales (tests au froid et électrique positifs). À l'analyse radiologique on constate qu'il s'agit d'une dent de type IV de la classification d'Aguillo avec 2 couronnes et 2 racines distinctes soudées. **(Fig. 3)**

La partie mésiale présente une morphologie coronaire semblable à celle de l'incisive latérale controlatérale. Il est donc décidé de réaliser la section de cette dent et d'en extraire la partie distale.

Après avoir décollé un lambeau de pleine épaisseur la section de la dent peut se faire à l'aide d'une fraise chirurgicale ou à la piezzo-chirurgie. L'objectif est de sectionner et d'extraire la partie distale en étant le plus atraumatique possible afin de ne pas créer de réaction pulpaire. L'alvéole d'extraction est curetée contre les parois osseuses afin d'obtenir un caillot sanguin permettant la réparation

osseuse ; celle-ci n'étant pas comblée car il persiste 4 parois osseuses. Des sutures en première intention permettent de stabiliser ce caillot. La section de la dent doit être franche et nette sans laisser d'excroissance ou de biseau afin de permettre la cicatrisation et la ré-attache sur la partie distale de 12. **(Fig. 4)** Une radio postopératoire est réalisée pour vérifier la section de 12 et permettre de contrôler la cicatrisation osseuse dans le temps. **(Fig. 5 et 6)**

À 1 mois postopératoire la cicatrisation muqueuse est presque achevée et on note

la morphologie coronaire de 12 qui retrouve une taille et une forme compatibles avec les standards esthétiques. **(Fig. 7)**

Il est maintenant possible d'entreprendre le traitement orthodontique (*D Michel Assayag*) dans sa globalité et de fermer l'espace entre 12 et 13. On peut suivre la cicatrisation osseuse ainsi que la vitalité pulpaire au cours du traitement orthodontique **(Fig. 8 et 9)**. Le traitement orthodontique peut rapidement être mis en place après l'avulsion de la 12 gémellaire sans aucun risque de lésion osseuse ni de réaction pulpaire à condition

que l'intensité des forces et les mouvements soient contrôlés par l'orthodontiste. En fin de traitement l'espace entre 12 et 13 est refermé et la 12 présente une forme semblable à la 22. Le résultat obtenu est satisfaisant à la fois sur le plan esthétique et pulpaire. **(Fig. 10 et 11)**

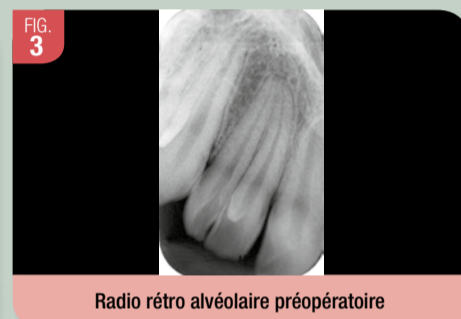
Remerciement : *D Michel Assayag (ODF)* pour la prise en charge orthodontique.



Vue latérale en occlusion



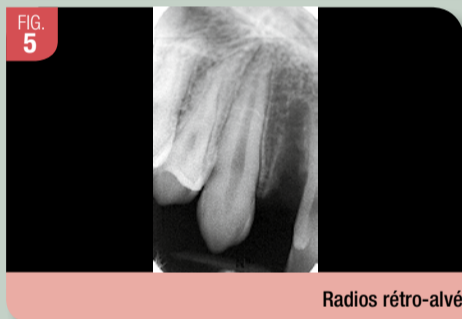
Vue palatine



Radio rétro-alvéolaire préopératoire



Vue vestibulaire postopératoire



Radios rétro-alvéolaire postopératoire



Radios rétro-alvéolaire postopératoire



Vue occlusale à 1 mois postopératoire



Photo occlusale au cours du traitement orthodontique



Radiographie panoramique au cours du traitement orthodontique



Vue vestibulaire de fin de traitement



Radiographie panoramique de fin de traitement

Situation clinique 2



Vue vestibulaire

Une patiente de 12 ans présente une 42 gémellaire de classe IV d'Aguillo, avec 2 racines distinctes **(Fig. 12)**. Il est important de noter au niveau radiographique **(Fig. 13)** la proximité des 2 racines et des canaux pulpaire. Cela nécessite de prendre des précautions lors de la séparation afin de ne pas créer de nécrose secondaire.

Pour être le moins traumatique la section est initiée à la fraise déportée légèrement

du côté distal afin de conserver la partie mésiale **(Fig. 14)**. Puis la section est poursuivie à la piezzo-chirurgie **(Fig. 15)**. Une fois la section réalisée la partie distale de la dent est extraite **(Fig. 16 et 17)**.

L'alvéole de l'extraction de la 42 est fermée en première intention **(Fig. 18 et 19)** afin de maintenir le caillot sanguin et permettre la cicatrisation. La radio postopératoire permet de contrôler l'intégrité de la portion

mésiale de 42 (absence de béquet ou encoche) **(Fig. 20)**.

Il est important sur la radio postopératoire de vérifier l'intégrité pulpaire de la 42 résiduelle et de suivre dans le temps la vitalité de cette dent. Il est ensuite possible de réaliser dans les bonnes conditions le traitement orthodontique afin de fermer l'espace entre 42 et 43.



Radiographie rétro-alvéolaire de 42 préopératoire



Section de la 42 à la fraise diamantée



Section de la 42 à la piezzo-chirurgie



Résultat de la section de 42



Portion distale extraite



Alvéole de 42 distale extraite



Fig. occlusale de la 42



Radiographie rétro-alvéolaire postopératoire

Situation clinique 3

Une patiente de 14 ans est adressée par son orthodontiste (D^r Julien Arnal) pour évaluer la conservation de la 12 qui présente une fistule objectivable avec la sonde parodontale. On note la forme de la couronne de 12 plus large que la controlatérale (22) (Fig. 21 et 22).

L'analyse du cône-beam met en évidence une lésion osseuse large et profonde dans le sens vestibulo-palatin. (Fig. 23)

On observe que 12 présente une excroissance coronaire à l'origine de la lésion et qu'il persiste une baguette osseuse vestibulaire qu'il sera important de conserver pour permettre la régénération osseuse. Le lambeau vestibulaire est décollé (Fig. 24) et la lésion est nettoyée (Fig. 25). On note l'orientation distale de la racine de 12. Cette incisive latérale a une largeur coronaire plus importante que les standards habituels du

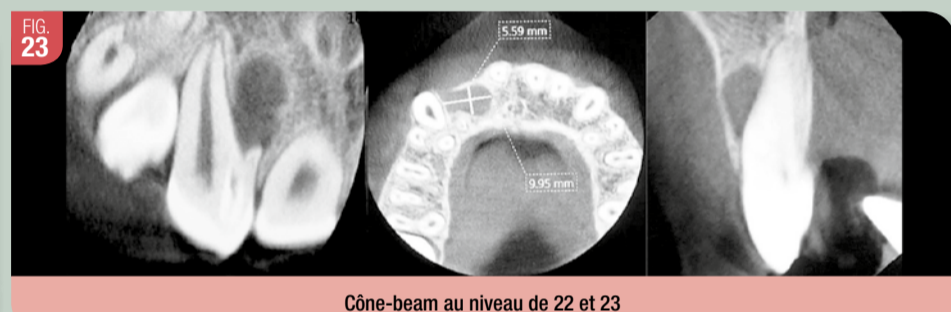
fait de l'excroissance coronaire-radiculaire mésiale.

L'excroissance coronaire est sectionnée et extraite tout en préservant la corticale vestibulaire (Fig. 26). La lésion est ensuite comblée avec un PANGEN (gaze hémostatique) et la régénération osseuse est obtenue par la mise en place d'une membrane résorbable (Bio-Gide) pour éloigner les cellules épithélio-conjonctives de la cavité osseuse (Fig. 27).

À 1 mois postopératoire on observe la fermeture spontanée du diastème entre 11 et 12 et l'évolution en direction coronaire de 13 (Fig. 28). Quelques semaines après l'intervention le traitement orthodontique est mis en place afin de fermer le diastème entre 12 et 13 et redresser l'axe de la racine de 12. Un cône beam de contrôle est réalisé 9 mois après l'intervention et on note la réparation osseuse au niveau de 12 (Fig. 29, 30, 31).



Vue vestibulaire et mise en évidence de la fistule avec une sonde parodontale



Cône-beam au niveau de 22 et 23



Lambeau vestibulaire décollé et dégranulation de la lésion



Section de la partie mésiale de 12



Comblement de la lésion avec du PANGEN



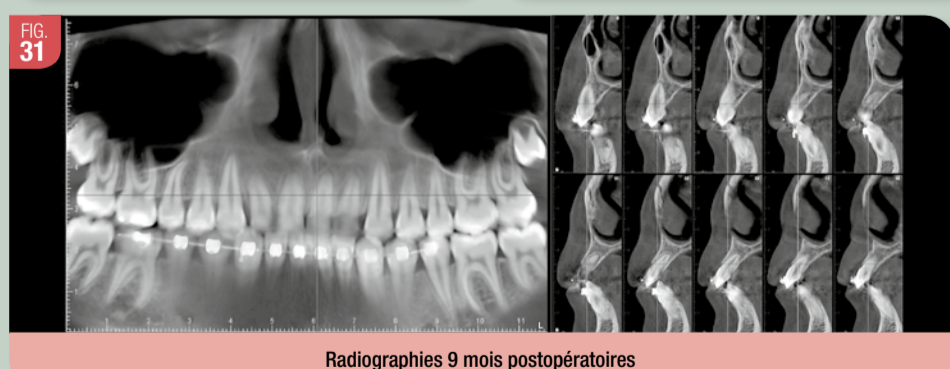
Fig. 28 : mise en place de la membrane résorbable



Photo postopératoire à 1 mois



Vue 3 mois postopératoire au cours du traitement orthodontique



Radiographies 9 mois postopératoires

Remerciement : D^r Julien Arnal (ODF) pour la prise en charge orthodontique

Les anomalies de formes type dents gémeillaires nécessitent une prise en charge précoce et adaptée. L'avulsion d'une portion dentaire est une des options thérapeutiques à notre disposition tout en conservant un regard attentif sur les réactions pulpaires de ces dents.

Bibliographie

1. Finkelstein T, Shapira Y, Bechor N, Shpack N. Fused and Geminated Permanent Maxillary Central Incisors: Prevalence, Treatment Options, and Outcome in Orthodontic Patients] *Dent Child (Chic)*. 2015 Sep-Dec; 82 (3): 147-52.
2. Aguiló L, Gandia JL, Cibrian R, Catala M. Primary double teeth. A retrospective clinical study of their morphological characteristics and associated anomalies. *Int J Paediatr Dent*. 1999 Sep; 9 (3): 175-83
3. THESLEFF I. Genetic basis of tooth development and dental defects. *Acta Odontol Scand* 2000; 58 (5): 191-194.

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



Correction d'une dyschromie radiculaire au travers d'un élément prothétique existant

Jonathan Sellem
Hanna Kruk
Xavier Bensaid
Marc Danan
Paris

Motif de consultation

M. C, âgé de 30 ans, en bonne santé, se présente à la consultation car il est complexé par l'apparition d'un liseré noir à la limite de sa restauration prothétique en position de 21, réalisée il y a une dizaine d'années. Il décrit une apparition progressive de la coloration et est gêné car le changement de teinte a également été remarqué par sa compagne. À ce titre, le patient souhaite connaître les solutions thérapeutiques envisageables.

Analyse de la situation

À l'examen clinique, le patient présente une ligne de sourire haute, laissant apparaître la gencive et le collet des dents (Fig. 1). La restauration actuelle est cliniquement satisfaisante en termes de forme et de teinte. Nous notons une hauteur coronaire de la 11 sensiblement plus haute que celle de la 21. Le patient est principalement complexé par la teinte de la racine. Le parodonte superficiel du patient laisse apparaître un liseré sombre au niveau gingival en regard de la couronne (Fig. 2). Les colorations de ce type peuvent avoir comme étiologie un traumatisme provoquant la nécrose de la dent, l'élimination incomplète du parenchyme pulpaire lors de la dépulpe ou encore les produits d'obturation canalaires tels que le ciment ou la Gutta Percha [1].



Photo du patient souriant



Photo initiale du patient



Radiographie rétro-alvéolaire préopératoire

Une radiographie de type rétro-alvéolaire montre que la dent est dépulpe. Le traitement canalair est satisfaisant et ne présente pas d'images apicales. Nous notons l'absence de tenon, il y a la présence de composite ou CVI (Ciment Verre Ionomère) dans la chambre pulpaire. La radiographie montre également que le traitement radiculaire s'effectue à base de Gutta percha/ciment oxyde de zinc remonte assez haut en situation coronaire (Fig. 3).

Propositions thérapeutiques

À l'issue de la consultation et après discussion avec le patient, il ressort que le liseré grisâtre est sa doléance principale. Plusieurs propositions thérapeutiques lui sont proposées :

- éclaircissement interne + composite pour fermer les puits d'accès.
- éclaircissement interne + plastie gingivale + réfection de la couronne.

Dans une démarche qui vise à intervenir à minima et réévaluer avec le patient ses doléances au cours du traitement, le premier axe thérapeutique proposé au patient est la réalisation d'un éclaircissement interne de la racine en passant au travers de la couronne. Les risques de fractures de céramiques lors de l'intervention sont évoqués avec le patient.

À la suite de ce premier traitement, nous proposons de réévaluer la situation avec le patient. Il sera possible de laisser la couronne en place et d'effectuer à nouveau le même type d'intervention en cas de récurrences. Toutefois si le patient n'est pas satisfait du résultat et souhaite symétriser les hauteurs coronaires entre 11, la réfection intégrale de la couronne sera toujours envisageable. L'éclaircissement interne au préalable à la réfection de la couronne permettra d'éviter l'apparition d'une zone grisonnante au niveau du parodonte en cervical.

La première décision thérapeutique consiste à effectuer un éclaircissement interne de la racine en position de 21. Un composite est ensuite réalisé pour assurer l'étanchéité du réseau canalair. À la suite de cette étape, il sera décidé avec le patient s'il souhaite opter pour la réfection de la couronne ou non.

Prise en charge du patient et protocole d'éclaircissement interne

Le protocole clinique de l'intervention est le suivant [2].

- Fraisage au travers de la céramique en palatin comme pour la réalisation d'une cavité d'accès endodontique. Un contre angle bague rouge, fraise diamantée sous spray est utilisé.
- Élimination du composite dans la chambre camérale jusqu'à apercevoir la Gutta Percha (Fig. 4).
- Désobturation de la gutta-percha à l'aide d'un largo sur contre angle bague bleu (Fig. 5).
- Pour savoir quelle profondeur désobturer il est possible d'utiliser une sonde parodontale graduée afin de mesurer la distance entre le bord libre et 2/3 mm sous gingival. Cette portion de la dent devra être désobturée et éclaircit afin d'optimiser le résultat esthétique. À la suite de cette intervention nous observons une coloration très nette de la dentine comme le montre la Fig. 6.
- Mise en place du champ opératoire.
- Mise en place d'un fond de CVI au fond du canal. Cette étape permet d'assurer une double étanchéité : d'un point de vue bac-

térien et d'un point de vue de diffusion du produit d'éclaircissement en apical ou cervical externe.

- Mise en place du peroxyde d'hydrogène à 35 %, ici l'Opalescence Endo d'Ultradent™.
- Du Cavit de chez 3M™ est positionné pour assurer l'étanchéité coronaire en interséances (Fig. 7).
- Le peroxyde d'hydrogène sera laissé en place 5 jours et renouvelé pendant 4 séances. La Fig. 8 montre qu'à la suite des différentes séances la dentine a retrouvé une teinte plus proche de celle de la dentine initiale.
- Enfin un composite est collé pour assurer l'étanchéité coronaire.



Mise en évidence de la Gutta Percha



Désobturation de la Gutta Percha



La dentine radiculaire colorée



Obturation coronaire provisoire en interséances



Photo de la coloration canalair à l'issue de l'éclaircissement interne

Résultat final et réévaluation

Une semaine après la réalisation du composite le patient est convoqué à nouveau pour avoir son ressenti sur la première opération effectuée. La Fig. 9 illustre le résultat obtenu après quatre séances d'éclaircissement interne.



Résultat final à l'issue du traitement

Le patient est satisfait du résultat final, sa principale doléance concernant la dyschromie radiculaire a été en grande partie corrigée. Il est expliqué au patient que s'il souhaite optimiser le résultat esthétique il sera toujours envisageable d'effectuer une nouvelle couronne en l'associant à une modification du niveau de la gencive marginale pour harmoniser la hauteur coronaire entre 11 et 21.

Bibliographie

1. Miara P, Miara A. Traitements des dyschromies en odontologie. Paris : Memento Cdp, 2006.
2. Drouhet T et al. Comment réaliser sans risque un éclaircissement interne ? Les entretiens de Bichat. Odontologie et stomatologie, 2015, 1-5.

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



Hanna Kruk, Xavier Bensaïd, Jonathan Sellem, Marc Danan

Gestion d'un traumatisme alvéolo-dentaire complexe

Hanna Kruk
Xavier Bensaïd
Jonathan Sellem
Marc Danan
Paris

Émilie C., 21 ans, consulte à l'hôpital Albert Chenevier de Créteil, suite à une chute de roller.

Dans un premier temps, elle est prise en charge aux urgences médicales générales afin de s'assurer de l'absence de fracture des structures osseuses maxillo-faciales. La prise en charge du traumatisme dentaire a donc lieu 36 h après l'accident.

L'interrogatoire et l'observation clinique permettent de recueillir toutes les informations nécessaires pour la rédaction du Certificat Médical Initial qui doit être remis à la patiente lors de la première consultation.

Lors de traumatismes alvéolo-dentaires, l'examen clinique comprend les examens exo-buccal et endo-buccal avec analyse des tissus parodontaux, évaluation de la mobilité dentaire, tests de vitalité et percussion verticale et horizontale, coloration de la couronne des dents impliquées, examens radiographiques complémentaires de type radiographies rétro-alvéolaires. Des photographies des zones affectées doivent être réalisées.

Examen clinique

On décontamine les tissus atteints pour éviter tout risque infectieux. L'examen exo-buccal d'Émilie révèle des plaies superficielles sur le visage : sous-orbitaire, aile nasale droite et une dermabrasion plus importante au niveau du menton (Fig. 1a).

À l'aide de radiographies rétro-alvéolaires complémentaires, l'examen endobuccal montre (Fig. 1 a, b, c) :

- 12 : fracture corono-radulaire intrusion du fragment coronaire,
- 11 : luxation palatine de 11 et fracture du bord libre,
- 21 : luxation palatine et fracture coronaire mésiale,
- suspicion d'une fracture alvéolaire à la palpation.

Face à cette situation clinique, voici le plan de traitement choisi :

- gestion de l'urgence avec repositionnement des dents et contention provisoire collée de 13 à 23,
- extraction de 12 et temporisation avec un bridge provisoire,
- réalisation d'un bridge céramo-céramique 12-22 à 1 an.

Déroulement de la première séance d'urgence (Fig. 1)

C'est une séance longue mais qui est essentielle pour le pronostic des dents au long terme. Dans un premier temps, on cherche à remettre en place les dents luxées.

Une anesthésie locale est réalisée et on fait mordre la patiente doucement sur une compresse afin de réduire la luxation palatine. Le fragment coronaire de 12 qui était intrusé est extrait et est collé aux dents adjacentes (Fig. 1d). La racine est laissée en place.

Une contention collée provisoire de 13 à 23 est réalisée à l'aide d'un fil en acier mou. Elle est laissée au moins 3 semaines. Il ne faut pas réaliser de contention trop rigide lors de la séance d'urgence pour ne pas risquer d'ankylose.

De plus, la contention doit être déposée à 3 ou 4 semaines. Un traitement antibiotique est prescrit en raison de l'étendue du traumatisme et de la durée de la séance : amoxicilline 3 g/j pendant 8 j.

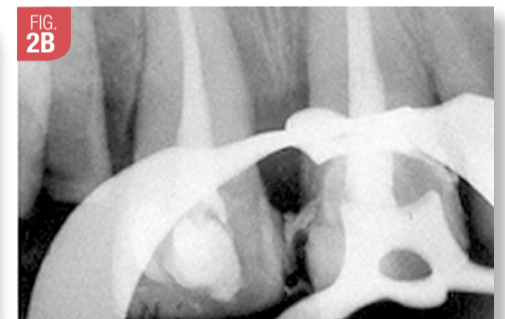
Les fractures coronaires de 11 et 21 sont restaurées au composite.

Déroulement de la deuxième séance à 14 jours (Fig. 2)

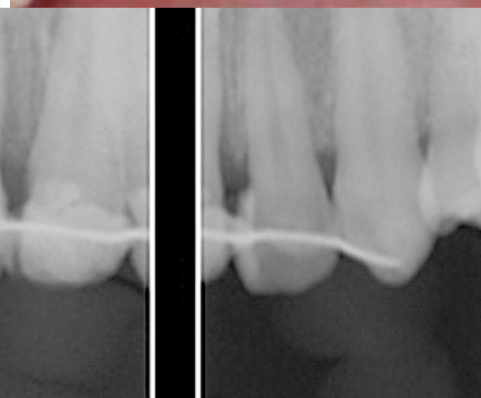
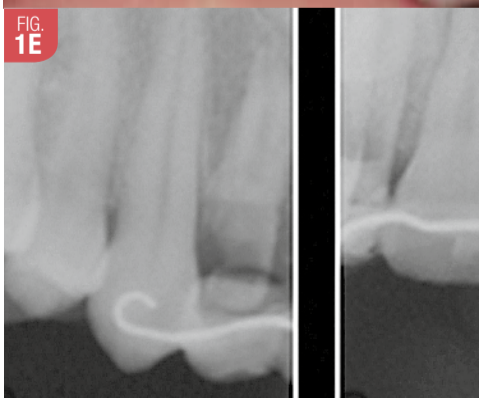
Les tests à la percussion de 11 et 21 sont positifs mais les tests de vitalité pulpaire sont négatifs. Émilie C. a subi un traumatisme alvéolo-dentaire complexe associant fracture et luxation, les traitements endodontiques de 11 et 21 sont donc indiqués.

Déroulement de la troisième séance à 3 semaines (Fig. 3)

La contention provisoire est déposée. Un lambeau de pleine épaisseur est réalisé afin d'extraire la racine de 12. La portion cervicale de 12 est réalisée en composite. Les sutures sont déposées 10 jours après la séance. À ce stade, on tempore avec un suivi régulier (2 semaines, 4 semaines, 6 semaines puis 6 mois).



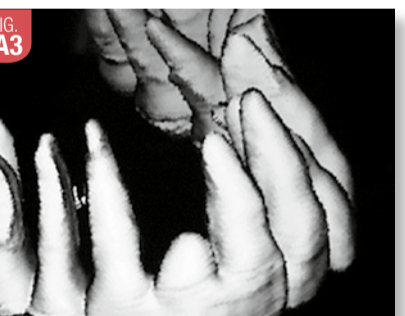
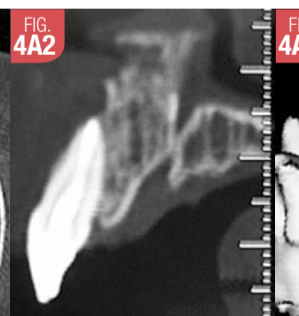
2^e séance 14 j après l'accident : a. cicatrisation des tissus mous 14 j après l'accident
b. traitements endodontiques 11 et 21



Gestion d'un traumatisme complexe associant fractures et luxation – 1^{re} séance d'urgence 36 h après l'accident
a et b : fracture corono-radulaire et intrusion du fragment coronaire de 12
Luxation palatine et fracture du bord palatin de 11 – Luxation palatine et fracture coronaire de 21
c : après anesthésie locale, la patiente mord doucement sur une compresse pour réduire la luxation et gérer l'hémostase
d : le fragment coronaire de 12 est extrait et collé aux dents adjacentes
Restauration composite de 11 et 21 : adhésif-3 temps et composite
e : contention provisoire palatine (fil d'acier mou) laissée en place au moins 3 semaines



3^e séance après l'accident : a. extraction de la racine de 12 remodelage au composite de la portion cervicale



Réhabilitation prothétique définitive à 1 an
a : scanner maxillaire, pas de résorption apparente à 6 mois – peu ou pas de corticale vestibulaire sur 11 visible
b et c : réalisation d'un bridge provisoire à 6 mois
d : réalisation d'un bridge céramo-céramique à 1 an



Hommage au Pr Michel Degrange qui a réalisé la partie prothétique

Equilibre parfait entre confort et résistance

Dexter s'associe à Ansell pour vous présenter la dernière innovation technologique : le gant chirurgical ergonomique PI Hybrid.



Réduction des contraintes au niveau des articulations, des ligaments et des tendons



< 20 % de contraction volontaire maximum pour les efforts musculaires des avant-bras et des mains. Il en résulte une réduction des efforts musculaires de la main jusqu'à 36.5% par rapport au travail à main nues.

CARACTÉRISTIQUES DU GAMMEX PI HYBRID®

- 50% polyisoprène (PI) : confort exceptionnel + 50% Néoprène : résistance et la durabilité
- Niveau élevé de PROTECTION CONTRE LES ALLERGIES : sans latex, DPG, CPC, ZMBT
- Coloris transparent pour détecter toute perforation
- Technologie SureFit™ pour empêcher la manchette de glisser sur l'avant-bras

Disponible en SMART Pack



ERGOFORM™
Ergonomic Design Technology



Performances de mesure des efforts musculaires réalisés lors d'une simulation de leurs tâches quotidiennes au bloc opératoire, certifiées par United States Ergonomics.

Produit de Classe IIa - CE 05537 - Organisme Certificateur BSI - Fabricant Ansell



Scé Clients 01 34 34 38 10
www.dexter.fr

LES CAS ORIGINAUX DE LA RÉDAC !

Hanna Kruk, Xavier Bensaïd, Jonathan Sellem, Françoise Fontanel, Marc Danan

Réhabilitation prothétique définitive

À 6 mois, un scanner est réalisé pour vérifier l'absence de résorption radiculaire du secteur antérieur (Fig. 4a). Cependant, on remarque qu'il n'y a que peu ou pas de corticale vestibulaire en 11, ainsi qu'une position en vestibulotopie de 11 et 21.

Si une solution implantaire était envisagée, le volume osseux du secteur antérieur nécessiterait une greffe d'augmentation osseuse horizontale.

En raison des antécédents de fracture de 11 et 21, une solution de bridge fixe 11 / 21 avec 12 en extension semble plus adaptée qu'une solution implantaire en 12 avec 2 CCM unitaires en 11 et 21. Un bridge provisoire est réalisé à 6 mois (Fig. 4c). Le bridge définitif céramo-céramique est réalisé à 1 an.

Discussion

Andreasen et al 1995 ont développé plusieurs critères à prendre en compte dans la gestion des traumatismes alvéolo-dentaires.

Les résultats dépendent :

- de l'intégrité pulpaire en présence d'une vascularisation réduite (ischémie),
- du diamètre de l'ouverture du foramen apical en cas de dent immature (une dent mature présente une constriction apicale à la différence d'une dent immature qui a un foramen apical plus large et donc plus de chance de revascularisation pulpaire),
- de l'étendue des pertes tissulaires lors du traumatisme et de l'infiltration bactérienne en conséquence.

En cas de luxation latérale sans association à une fracture, le paquet vasculo-nerveux de la dent est atteint et certaines zones tissulaires peuvent être en compression notamment dans la luxation latérale du fait du déplacement de la dent (Hermann et al 2012). Immédiatement après le trauma, les tests de sensibilité pulpaire sont souvent négatifs mais aucun diagnostic pulpaire définitif ne peut alors être établi (Diangelis et al 2012). Une période de 10 à 14 jours peut alors permettre

un retour à la normale et donc une réponse positive aux tests. Dans les cas de luxation latérale ou d'expulsion/réimplantation avec une rupture totale de la vascularisation, un retour à la normale de la sensibilité pulpaire peut prendre 3 mois pour les dents immatures voire plusieurs années pour les dents matures avec un apex fermé. De ce fait, la réponse négative aux tests de sensibilité au moment du traumatisme n'indique pas forcément une nécrose pulpaire mais une atteinte pulpaire qui doit être surveillée dans le temps.

Cependant, lorsque fracture et luxations sont associées comme dans le cas d'Emilie C, le pronostic de vitalité pulpaire des dents impliquées est défavorable (Robertson et al 2000). Par conséquent, les traitements endodontiques sont indiqués dans les 7 à 14 jours après l'accident. Un bon suivi au long terme est indispensable.

Pour permettre un accès à la diversité des conduites à tenir en cas de traumatisme dentaire, Andreasen JO et son équipe ont créé en 2008 une riche base de données sur internet <http://www.DentalTraumaGuide.org>, dont une partie est accessible publiquement et gratuitement, avec plus de 400 cas cliniques traités et leur suivi dans le temps. Les principales recommandations sont également disponibles en ligne.

C'est un outil précieux auquel tout praticien peut se référer quand il doit gérer en urgence un patient avec un traumatisme dentaire.

Bibliographie

1. Andreasen Jo, Borum Mk, Jacobsen Hl, Andreasen Fm. Replantation Of 400 Avulsed Permanent Incisors. 1. Diagnosis Of Healing Complications. Endod Dent Traumatol 1995; 11:51-58
2. Andreasen Jo, Borum Mk, Jacobsen Hl, Andreasen Fm. Replantation Of 400 Avulsed Permanent Incisors. 2. Factors Related To Pulpal Healing. Endod Dent Traumatol 1995; 11: 76-89

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





Traitement d'une résorption cervicale externe

Léonard Sebbag
André Sebbag
Paris

Dans notre pratique clinique il est apparu que le phénomène des résorptions (externes comme internes) devient de plus en plus fréquent. D'ailleurs des études énoncent que ce phénomène est passé de 0,02 % en 1986 à 6 % en 2018.

Classification

La littérature rapporte trois types de résorptions radiculaires. La première est transitoire et est localisée à la surface des apex matures. Celle-ci est due à des traumatismes légers et est signe de réparation. Les deux autres sont plus connues : **résorption interne et externe**. La résorption **interne** est rare et présente deux sous catégories : **inflammatoire et métaplasique** (ou de remplacement). Ces deux résorptions impliquent une perte progressive de la substance radiculaire à la différence près que la **métaplasique** présente une apposition de tissu minéralisé différencié ressemblant à de l'os ou du ciment (Fig. 1).

La **résorption interne inflammatoire** apparaît radiographiquement comme une radioclarité ovale, circonscrite, centrée sur le canal et continue avec le mur canalair alors que la métaplasique va présenter des amas minéralisés au sein de la cavité pulpaire (Fig. 2). La résorption **externe** présente quant à elle trois sous catégories : **inflammatoire métaplasique et cervicale**. La **résorption externe inflammatoire** est la plus fréquente et fait suite à un traumatisme. Elle se situe aussi bien sur les faces latérales des racines qu'à l'apex. À la radiographie, on peut observer un épaississement du ligament parodontal, une perte de la lamina dura et une lacune radio-claire plus ou moins arrondie accompagnée de la perte de dentine et de l'os adjacent (Fig. 3).

La **résorption externe métaplasique** (de remplacement) fait suite également à la suite d'un traumatisme, entraînant des zones de nécrose du ligament parodontal et une formation d'os sur ces surfaces radiculaires dépourvues de ligament. Le tissu osseux remplace alors le tissu dentaire et donne un aspect rongé et irrégulier de la racine (Fig. 4).

La **résorption externe cervicale** peut se produire à la suite d'une lésion du ciment au niveau cervical, résultant le plus souvent d'un traumatisme ou d'un acte iatrogène sur le système d'attache épithélial. La progression de la résorption tend à entourer la circonférence de la dent avant une progression plus apicale. Une communication pulpaire peut avoir lieu, on parle alors de résorption cervicale invasive : stades 3 et 4 de la classification d'Heithersay (1999) (Fig. 5).

Étiologies des résorptions internes et externes

Les deux principales étiologies des résorptions radiculaires sont **les infections bactériennes (pulpaire et parodontales) et les traumatismes**.

L'infiltration bactérienne stimule une inflammation qui va résulter en une activation de cellules clastiques responsables de la résorption radiculaire.

Les traumatismes dentaires peuvent générer des résorptions radiculaires dans 15 % des cas. On retrouve parmi les traumatismes les luxations intrusives (93 %), suivie des avulsions (89 %), luxation latérale (80 %) et luxation extrusive.

De nombreuses **autres causes** existent : des causes iatrogènes (orthodontie – chirurgie – éclaircissement interne), le bruxisme, des prédispositions anatomiques (incisives – prémolaires maxillaires) et des causes idiopathiques.

Diagnostic clinique et radiologique de la résorption interne

La découverte est fortuite car le plus souvent **asymptomatique**. Elle peut être douloureuse en cas de perforation radiculaire ou coronaire (la dent prend alors une teinte rosée ou rougeâtre). Si la nécrose de la dent est totale le phénomène s'arrête car les odontoclastes sont sevrés d'apports nutritifs. Enfin, sur la radio on note une radioclarité ovale, circonscrite, continue avec le mur canalair et centrée sur le canal – deux clichés avec angulation différente permettent de valider le diagnostic – ... le Cone Beam facilite sa lecture.

Diagnostic clinique et radiologique de la résorption externe

Cervicale : douloureuse seulement en cas d'atteinte parodontale et/ou pulpaire. Peut-être également détectée dans des stades moins avancés, par l'apparition d'un « pink spot » au collet, qui correspond à l'envahissement de la lacune de résorption par le tissu inflammatoire visible au travers de la couronne dentaire. Une irrégularité du contour gingival et un saignement au sondage peuvent également être détectés.

Inflammatoire : la sensibilité pulpaire est perdue, si le paquet vasculo-nerveux est rompu suite à un traumatisme, ou s'il existe une nécrose d'origine endodontique. Celle-ci est conservée en cas de résorption apicale consécutive à des mouvements orthodontiques. À la radio, on retrouve un épaississement du ligament parodontal, une perte de la lamina dura et une lacune radio-claire arrondie accompagnée de la perte de dentine et de l'os adjacent.

De remplacement : la dent n'est pas mobile et il existe un son clair à la percussion. Il faudra attendre une disparition totale du ligament et une surface irrégulière de la racine au contact de l'os pour être décelable à la radiographie.

Indications thérapeutiques et pronostic

Le succès thérapeutique dépend du type de résorption, de sa localisation, de son avancée, ainsi que de la technique employée. Trois traitements sont actuellement utilisés de manière courante pour traiter les résorptions radiculaires.

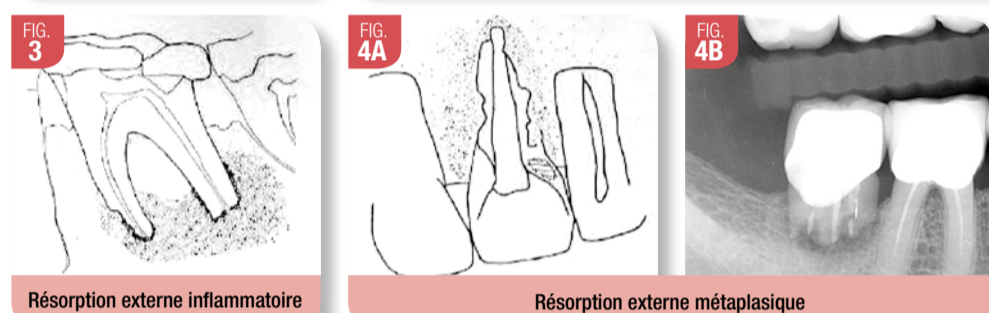
L'hydroxyde de calcium Ca(OH) 2 : l'hydroxyde de calcium a des propriétés antibactériennes et solvants sur les tissus nécrotiques. Par son pH alcalin, il a un effet tampon qui s'oppose au pH acide de tissus enflammés aboutissant à une action inhibitrice des ostéoclastes. Son activité cytotoxique au contact des cellules vivantes va induire une stimulation biologique des phénomènes de réparation et cicatrisation. Pour les résorptions internes il est laissé 15 jours en intracanalair avant l'obturation alors qu'il est renouvelé pendant 3 mois pour les résorptions externes inflammatoires. Dans ce cas, il est primordial de visualiser à la radio la formation d'une barrière de ciment entre l'apex et la lésion résorptive. Utilisation seule et sur le long terme de plus en plus controversé.

Les silicates tricalciques : le Mineral Trioxide Aggregate (MTA) constitue le « gold standard ». En plus de ces propriétés antibacté-



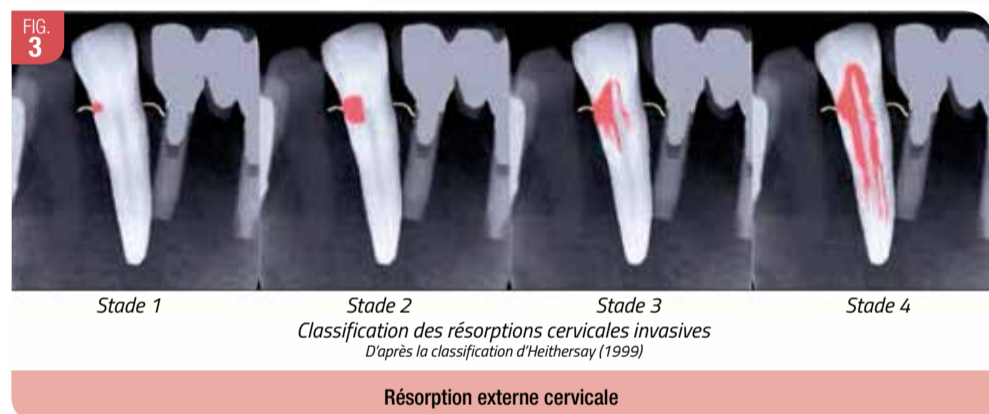
Résorption interne métaplasique

Résorption interne inflammatoire

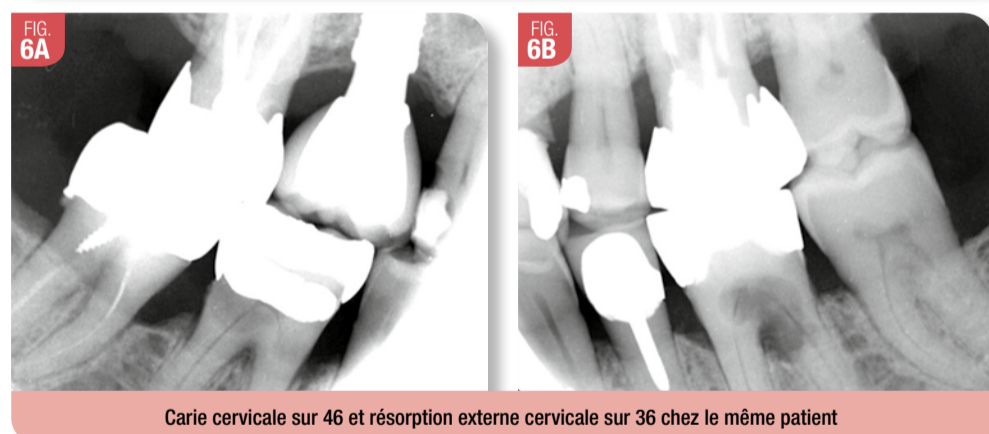


Résorption externe inflammatoire

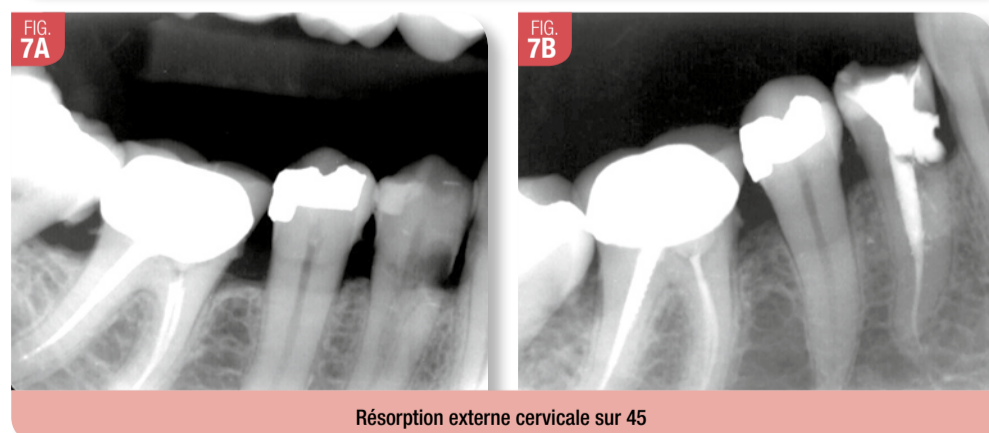
Résorption externe métaplasique

Classification des résorptions cervicales invasives
D'après la classification d'Heithersay (1999)

Résorption externe cervicale



Carie cervicale sur 46 et résorption externe cervicale sur 36 chez le même patient



Résorption externe cervicale sur 45

riennes et un pH alcalin il possède 3 avantages sur le CA(OH) 2 : il est biocompatible et étanche, a une capacité de stimulation accrue de la cémentogénèse et a une résistance intrinsèque à la résorption par l'organisme. **Chirurgie parodontale associée à un traitement restaurateur (résorption externe) :** un

lambeau de débridement est réalisé afin de cureter et de retirer le tissu de granulation. Il est en général recommandé de traiter préalablement les tissus avec de l'acide trichloroacétique à 90 %, pour nécroser le réseau vasculaire. **Un fraisage des bords irréguliers de la zone lésée est ensuite effectué puis le site de résorption**



est comblé au MTA ou à la Biodentine. Le MTA ne doit néanmoins pas être recommandé lorsqu'il existe une communication entre l'environnement oral et la zone de résorption. Un autre biomatériau, le Calcium Enriched Mixture (CEM) a montré son efficacité dans l'arrêt de la résorption cervicale perforante et la cicatrisation des tissus parodontaux. Enfin, les CVI et les composites de restauration sont également

utilisés pour combler les lacunes de résorption cervicales. Le lambeau est alors suturé et plusieurs contrôles postopératoires doivent être effectués. Un traitement endodontique orthograde est réalisé si la lésion communique avec le système endodontique. L'utilisation d'un cône de Gutta inséré provisoirement dans le canal pourra éviter la pénétration intracanal de du matériau utilisé.

À la vue du manque de preuves scientifiques sur le traitement des résorptions externes le praticien doit choisir la technique la plus appropriée selon son expérience clinique et les facteurs liés au patient. De nouvelles thérapies au laser à faible dose, aux ultrasons et encore aux antibiotiques/anti-inflammatoires/CA (OH) 2 apparaissent ce qui ouvre de plus en plus le champ des possibles.

Bibliographie

1. Thèse d'Aline Lacreusette: Les résorptions radiculaires en denture permanente mature et leur immuno-régulation. Aix-Marseille 2017.
2. Soares AJ, Souza GA, Pereira AC, Vargas-Neto J, Zaia AA, Silva EJNL. Frequency of root resorption following trauma to permanent teeth. J Oral Sci. 2015 Jun;57(2):73-8.

Cas clinique

En janvier 2010 la patiente présente un abcès gingival fistulisé limité à la gencive marginale vestibulaire (Fig. 1). Le sondage parodontal est limité sur les trois faces de la 35, mais pénètre le long de la face vestibulaire sur 5-6 mm avec un saignement (Fig. 2).

La radiographie montre une dent dévitalisée dix ans auparavant et recouverte d'une couronne céramo-céramique (Fig. 3).

La résorption est centrée sur le quart supérieur de la racine.

Le lambeau est soulevé en respectant le mieux possible le périoste (Fig. 4).

Après l'élimination du tissu invasif et puis curetage, et régularisation de la cavité cémento dentinaire, la cavité est obturée avec un CVI (2010) (Fig. 5). Et le contrôle radiographique est satisfaisant (Fig. 6).

À ce jour, l'obturation se fera préférentiellement avec de la Biodentine ou MTA.

Le contrôle à quatre mois laisse apparaître un sondage parodontal limité à 3 mm, qui laisse entendre un épithélium de longue attache (Fig. 7).

Nous revoyons notre patiente neuf ans après et notons une stabilité du résultat obtenu (Fig. 8 et 9).



FIG. 1: Abscès gingival fistulisé limité à la gencive marginale, au-dessus de la ligne muco gingivale (2010)



FIG. 2: Mise en évidence du sondage parodontal (2010)



FIG. 3: Radio pré opératoire



FIG. 4: Curetage de la lésion



FIG. 5: Mise en place du CVI d'obturation



FIG. 6: Radio postopératoire



FIG. 7: Réévaluation 4 mois après



FIG. 8: Suivi à 9 ans (2019)



Cas clinique : André Sebbag

SYMPOSIUM FRANCO-ISRAËLIEN D'ENDODONTIE

31 OCT. - 1^{ER} NOV. 2019

Lieu : Dan Hôtel Tel Aviv
Inscription : 120€
Prise en charge DPC : 630€*

*Plus d'informations sur notre site Internet

Des dentistes français et israéliens renommés vous présenteront les dernières techniques et innovations lors de conférences et travaux pratiques.

PROGRAMME

Judi 31 octobre 2019 :

- La reprise du traitement endodontique en toute sérénité *par le Dr Remy Balthazar, France*
- Simplifier vos traitements endodontiques *par le Dr Remy Balthazar, France*
- Utilisation du Cone Beam dans le diagnostic endodontique *par le Pr Joshua Moshonov, Israël*
- Obturation du canal radiculaire *par le Dr Iris Slutzky-Goldberg, Israël*
- Traitement, retraitement, une des clefs du succès : la cavité d'accès *par le Dr Michel Ardouin, France*

Vendredi 1^{er} novembre 2019 :

- Travaux pratiques

Venez profiter des splendeurs d'Israël !

Entre soleil, mer, désert et coraux, des offres touristiques spécialement conçues vous seront proposées. (du lundi 21 oct. au dimanche 03 nov. 2019)

PLUS D'INFORMATIONS :

www.symposiumtelaviv.com

Conception : Steeven Flores Prod



Jacques Bessade

Comment gérer le remplacement d'une centrale maxillaire sur 18 mois sans incidence esthétique sur l'apparence d'une patiente

Jacques Bessade
Paris

Cette patiente de 35 ans présente une lésion apicale sur la dent 11. Déjà opérée et pensant être tranquille, elle souffre depuis peu et s'inquiète de ne plus pouvoir mastiquer normalement (Fig. 1 et 2).

La ligne du sourire est haute et l'incidence esthétique, majeure. Le Cone Beam révèle une lésion qui n'a pas cicatrisé dans un contexte alvéolaire assez fin (Fig. 3). L'extraction de la dent laisse présumer de complications esthétiques. La patiente travaille face au public et ne peut se permettre d'avoir une apparence négligée. Le traitement suppose une extraction puis une reconstruction sous la forme d'une ROG avant de pouvoir implanter puis de mettre la patiente en situation esthétique préprothétique.

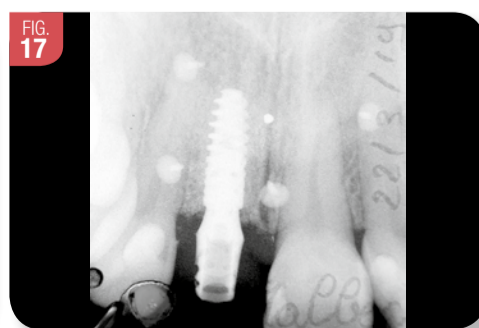
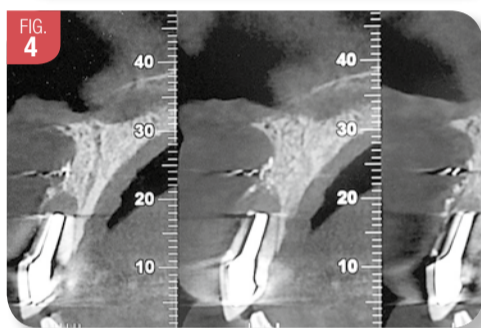
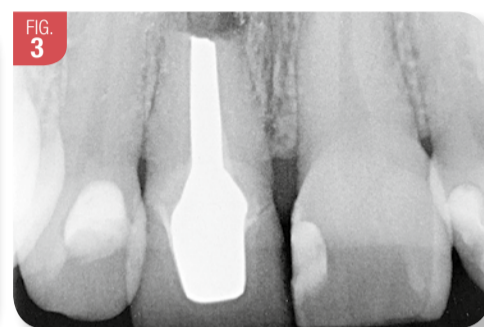
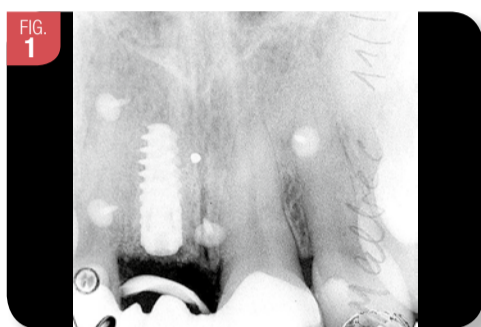
Des empreintes d'étude vont permettre de préparer à l'avance deux bridges collés et un guide de positionnement implantaire qui permettra également de réaliser un relevé de position peropératoire de l'implant.

Le protocole proposé est le suivant : extraction-ROG et pose du premier bridge collé. 9 mois plus tard, contrôle radiographique 3D et pose d'un implant enfoui. Relevé de position de l'implant. Pose du second bridge collé. 4 mois plus tard, dépose du bridge, désenfouissement et pose d'une dent provisoire trans vissée avant de retourner chez le praticien en charge de la prothèse définitive. Ainsi, à aucun moment, la patiente ne souffrira d'un préjudice esthétique pendant les 14 mois de traitement.

Le bridge collé métal-résine n° 1 est contrôlé. La dent est extraite de façon atraumatique à l'aide d'un périotome et la ROG menée à l'aide de BioOss® et d'une membrane Créos® punaisée au pourtour de la reconstruction avant collage du bridge au Panavia 21® (Fig. 4 à 7). 9 mois plus tard, la position du collet est maintenue et les papilles sont conservées (Fig. 8). Le bridge est déposé par usure des ailettes et l'implant posé à l'aide d'une guide de positionnement palatin. Ce guide sera ensuite indexé à l'implant grâce à un transfert d'empreinte et une résine polyuréthane, avant de refermer le site (Fig. 9 à 11).

4 mois plus tard, le résultat est satisfaisant. Le volume vestibulaire et les papilles forment un écran adapté à la dent prothétique (Fig. 12). Le bridge N° 2 est, à son tour, déposé par meulage des ailettes (Fig. 13). L'espace d'accueil de la dent provisoire est prêt à la recevoir (Fig. 14, 15).

Une incision transversale et un décollement modéré permettent de contrôler l'ostéointégration de l'implant. Un ISQ de 85 est mesuré. La dent provisoire est placée et la vis de pilier serré à 24 Ncm, recommandation du fabricant. La dent est volontairement posée sans pression sur le site et la situation du collet est placée légèrement sous le niveau de la dent du bridge collé afin de limiter toute compression (Fig. 16, 17).



17 octobre 2019

Faculté de Chirurgie Dentaire - Strasbourg

Regards croisés en implantologie



1^{er} congrès PEERS

FRANCE

Une journée complète avec **7 conférences** et **5 ateliers cliniques** pour vous permettre d'acquérir des connaissances et optimiser votre pratique implantaire sur des sujets innovants, applicables au quotidien.

Cette journée, ouverte à l'ensemble des praticiens investis dans l'implantologie, vous permettra de découvrir, échanger et améliorer votre pratique.

Inscription et programme sur :

www.congres-peers.fr

Usures et érosions avec Gil Tirlet

Patrick Chelala et Cyril Licha

Cette conférence était centrée sur un tableau clinique précis, de plus en plus présent dans nos cabinets: les usures dentaires. Selon Gil Tirlet, le problème est le diagnostic. Peu de praticiens ont été formés pour reconnaître ces pathologies, et encore moins pour les traiter. Tous les pays du monde sont touchés par les érosions dentaires, ainsi que tous les âges. Comme toute pathologie, il faut dépister l'étiologie, pour traiter efficacement.

L'usure peut être de nature mécanique (abrasion ou attrition), mais également chimique (érosion).

Les indicateurs de l'attrition sont les suivants: des facettes d'usure lisses, brillantes, bien délimitées, et planes. L'abrasion est plutôt caractérisée par des lésions concaves, au-delà de la limite JAC, en cervical, sur des parodontes fins.

Quant à l'érosion, elle atteint les cuspides, sous forme de cupules, avec un fond de lésion dentinaire surplombé par de l'émail en périphérie et sans rapport avec l'anatomie occlusale antagoniste. On remarque souvent des anciennes restaurations « en lévitation » chez les patients atteints d'usures chimiques.

La cause de la pathologie érosive peut être multiple. On distingue des étiologies extrinsèques (boissons énergétiques, sodas, agrumes, patients sommeliers ou nageurs par exemple) ou encore intrinsèques (reflux gastriques, anorexie/boulimie par exemple). Les atteintes intrinsèques sont généralement localisées au maxillaire en situation palatine. Concernant les reflux gastriques nocturnes, on observe une atteinte plus importante d'un côté que de l'autre (côté sur lequel le patient dort).

Dans les cas purement érosifs, on observe une préservation d'un bandeau d'émail en cervical. Cela s'explique par la présence du biofilm qui protège la région cervicale en vestibulaire et en palatin. L'activité de ces lésions est caractérisée notamment par la couleur: si le fond de la lésion est brun, le processus est inactif. S'il est jaune clair, le processus est toujours actif. La difficulté des

cas d'usure est la gestion de l'espace. Quand le processus d'usure est lent, on observe une égression compensatoire sans perte de dimension verticale.

En cas d'atteinte rapide, l'égression n'a pas le temps de se faire, on peut alors restaurer sans toucher à la DVO.

Face à ces tableaux d'usure sévères, les praticiens prescrivent souvent des gouttières de libération occlusale. La gouttière peut être néfaste, car elle confine l'acidité sur les dents.

C'est souvent l'esthétique qui pousse les patients à consulter. Pour les soigner, il est souvent nécessaire de recréer l'espace en augmentant la dimension verticale.

La 3 steps technique, développée à l'origine par Francesca Vailati, s'impose comme la thérapeutique ultra-préservatrice de choix. Elle passe par la validation d'un projet prothétique par une étape de wax-up puis de mock-up. Le mock-up est testé pendant un à plusieurs mois pour être validé avec le patient.

L'étape suivante est la réalisation de restaurations postérieures pour restaurer l'espace « anatomique » perdu à cause de l'égression. L'étape finale consiste à réaliser des facettes en céramiques ou des stratifications composites pour restaurer les secteurs antérieurs.

L'orthodontie est un point de départ pour ces traitements. Quand on n'a pas de perte de substance en postérieur mais pas de place en antérieur, on peut faire des égressions postérieures, ou bien vestibuler les secteurs antérieurs maxillaire et mandibulaire pour recréer l'espace nécessaire à la réhabilitation prothétique.

Réalisation du Full Mock-Up

Le montage sur articulateur à l'aide d'un arc facial est indispensable. Lorsqu'on prend la décision d'augmenter la DVO de 3 mm au niveau de la tige incisive de l'articulateur, on augmente la hauteur d'environ 2 mm en antérieur et de 1 mm en postérieur. C'est une règle d'approximation qui est assez proche de la réalité.



Le wax-up idéal est réalisé par le prothésiste après montage sur articulateur. 2 clefs en silicone de laboratoire sont réalisées par arcade: la première enregistre le wax-up de canine à première molaire, et la seconde enregistre l'ensemble du wax up. Cela permet une meilleure stabilité des clefs lors de la réalisation du mock-up. Ce dernier permet d'évaluer la nouvelle DVO et de la tester sur des mois. Si le patient est satisfait du mock-up, on sait directement que le résultat final sera satisfaisant esthétiquement et fonctionnellement.

Pour réaliser ce wax-up, il est conseillé d'utiliser des résines bisacryl (telles que Luxatemp et Luxacrown Post). Ces résines donnent un bon résultat esthétique et respectent le parodonte.

Petite astuce lors de la réalisation de ce mock-up: on peut mettre du fil dentaire entre toutes les dents avant d'introduire la résine pour éviter que la résine ne fuse dans les embrasures. Les résines sont autopolymérisables et prennent en 2 minutes. On élimine les excès pendant la prise, puis on retire la clef en silicone après 2 minutes et on tire les fils pour libérer les embrasures. On peut utiliser des bistouris (lame 12) pour enlever les excès et contrôler avec une brosette interdendaire que les embrasures sont bien libres.

Préparation et restauration

La préparation des dents se fait au travers du mock-up avec des fraises calibrées de façon à être le plus conservateur possible. On a des fraises permettant de réaliser un biseau périphérique et des fraises de préparation occlusale sans angle vifs permettant de recevoir au mieux nos futures restaurations.

Pour coller plus facilement, on peut réaliser un macro puits qui permettra de stabiliser la pièce lors du collage. Les futures pièces prothétiques doivent avoir une anatomie douce, sans trop de reliefs.

Après préparation, retirer le mock-up peut s'avérer difficile. Il faut être patient et fendre la résine pour éliminer la résine bloc par bloc. Le collage au composite chauffé est préférable car on bénéficie d'une meilleure résistance à l'usure du joint. C'est également plus facile à manipuler, on gère les excès plus facilement avec peu de finitions nécessaires car on peut casser les débordements avec une lame de bistouri. Il faut utiliser des réchauffeurs de composite qui montent à 68 degrés.

Lors de sa conférence, G. Tirlet a insisté sur un point: le choix du matériau. Le module d'élasticité du matériau de restauration doit être le plus proche possible de celui du tissu de soutien. Si on colle sur de l'émail, il est préférable d'utiliser de la céramique. Si on colle sur de la dentine, il est préférable d'utiliser du composite, car les modules d'élasticité sont voisins. Si on décide de faire de la céramique collée sur un substrat essentiellement dentinaire, l'épaisseur de matériau nécessaire devra être plus importante. Il en va de même si on décide de coller du composite sur un substrat essentiellement amélaire.

Ces patients nécessitent un suivi régulier. Notre conférencier recommande un contrôle tous les 3 mois la première année, puis tous les 6 mois pour les années suivantes.

Encore une soirée réussie pour AO Paris où près de 120 praticiens se sont retrouvés pour assister à cette brillante conférence!



Laurence Addi entourée du conférencier, Gil Tirlet, et du président, Franck Sebban



Retrouvailles entre Bertrand Khayat et Serge Garnek



René Arav et ses groupies



Prune Bureau (Pierre Fabre Oral Care)



Ilana Amor avec nos partenaires de MSDental





Cécilia Bourguignon et Paul Azoulay



Le rédac' chef, André Sebbag, avec Serge Zagury, Michel Abhesera et Géraldine Fima



Thierry Cauche et son équipe (Align)



Nathalie Janisset sur le stand Sunstar



Laurence Srour et Elisabeth Meimoun



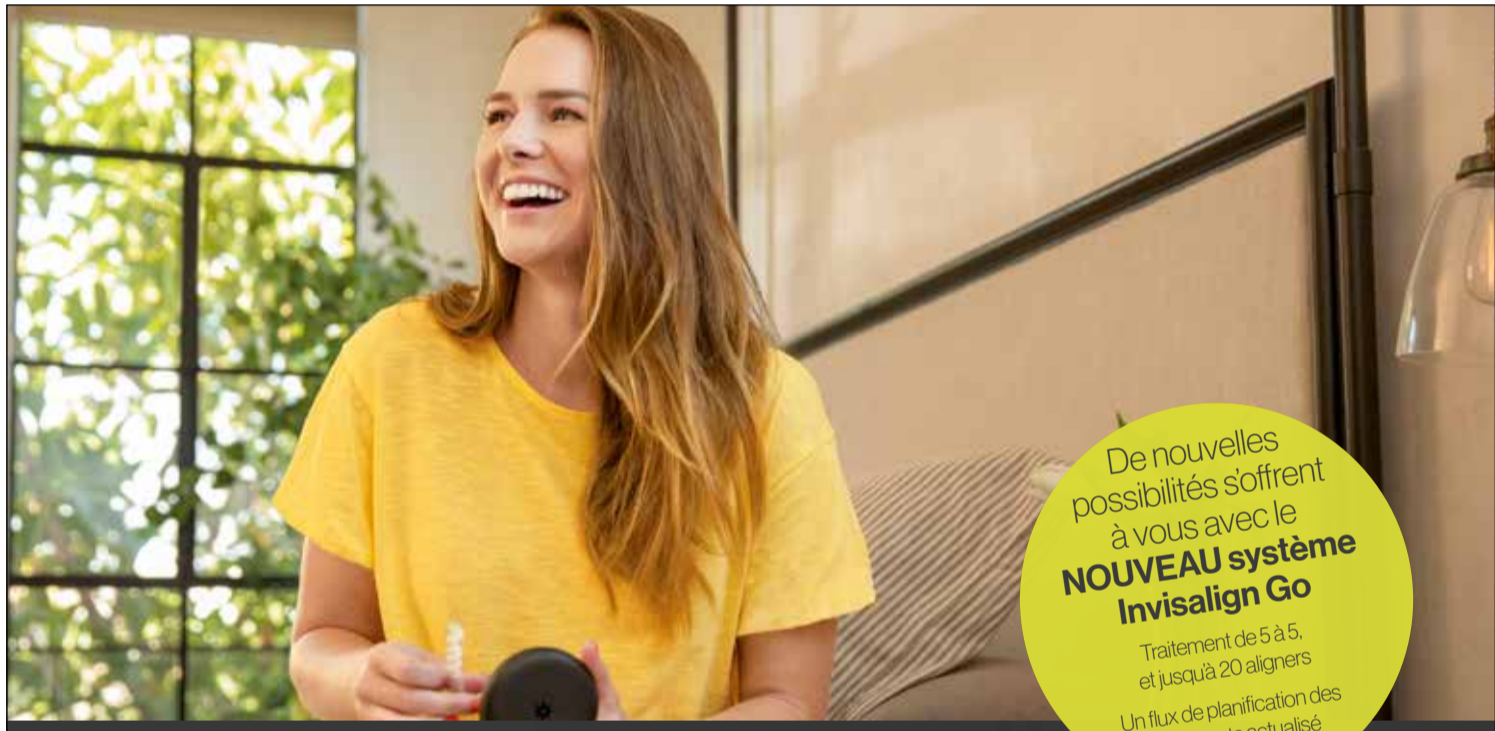
Arielle Uzan et Serge



Mickael Aboulker et Jonathan Semtob



Patrick Chelala, Cristèle Da Costa (Kuraray), Nicolas Buckhart (Labocast), Léonard Sebbag et Thibault Gibier



De nouvelles possibilités s'offrent à vous avec le **NOUVEAU système Invisalign Go**
 Traitement de 5 à 5, et jusqu'à 20 aligners
 Un flux de planification des traitements actualisé et optimisé

Vos patients sont prêts. Et vous, êtes-vous prêt(e) à les aider?

Vos patients sont d'ores et déjà à la recherche de traitements pour améliorer leur sourire. Rien qu'en 2017, plus de 2 millions de personnes ont visité les sites Internet d'Invisalign en Europe.¹

Répondez dès aujourd'hui aux besoins de vos patients avec le système Invisalign Go

- **Un système conçu pour vous :** pour vous permettre, en tant que dentiste généraliste, de l'intégrer à une prise en charge odontologique complète la moins invasive possible
- **Un démarrage simple :** un programme de formation et de mentorat et des outils intuitifs pour vous aider à traiter vos patients en toute confiance
- **Des résultats prouvés :** plus de 5 millions de patients traités avec Invisalign à travers le monde¹
- **Un système choisi par vos patients :** la marque la plus reconnue au monde pour l'alignement des dents¹

Le mouvement, c'est maintenant.

Visitez le site www.invisalign-go.fr ou appelez pour savoir comment intégrer Invisalign dès aujourd'hui :

France : 0805080150 Belgique : 080026163 Suisse : 0800080089
 Luxembourg : 80080954 Autre (anglais) : +31 (0)20 586 3615

Formations à venir :
 12 Septembre à Lyon
 19 Septembre à Paris
 26 Septembre à Strasbourg
 3 Octobre à Toulouse
 10 Octobre à Nantes
 17 Octobre à Paris
 7 Novembre à Lyon

T16164-04 Rev A
 Référence : 1. Données enregistrées chez Align Technology.
 2018 Align Technology (BV). Tous droits réservés. Invisalign, ClinCheck et SmartTrack, entre autres, sont des marques commerciales et/ou des marques de service déposées d'Align Technology, Inc. ou de l'une de ses filiales ou sociétés affiliées, susceptibles d'être enregistrées aux États-Unis et/ou dans d'autres pays. Align Technology BV, Arlandweg 161, 1043HS Amsterdam, Pays-Bas

invisalign go



Ilana et Cyril Licha avec nos partenaires de Orasoptic



André et Guillaume Jouanny



Neda Nemati et Audrey Ohayon



Sophie Rotman et Emilie Grunwald



Un beau diplôme pour un beau conférencier !

Jonathan Semtob à Nice

Franck Hagège

Superbe réunion d'AO Nice en mars dernier. Nous recevions Jonathan Semtob pour une conférence sur le traitement fonctionnel et esthétique des récessions autour des dents et des implants.

Une superbe présentation de Jonathan, diplômé du DU de Paris V, qui nous a remis à l'esprit l'arbre de décision thérapeutique dans le traitement des récessions gingivales : le traitement par la chirurgie muccogingivale de recouvrement radiculaire dans tous ses états. Puis toutes les techniques depuis la greffe épithélio conjonctive à la technique de rotation papillaire décrite par Massimo De Sanctis (rendons à César ce qui appartient à César) et la technique du tunnel modifiée par Robert Azzi et Daniel Etienne, en passant par les perspectives de la biotechnologie qui pourrait nous éviter un jour le prélèvement palatin, ont été abordées pour traiter les récessions. Les problèmes de perte tissulaire autour des implants ont été aussi mis en avant étant donné la quantité importante de défauts à anticiper en pré, per et post thérapeutique chirurgicale.

La compréhension de la gestion des tissus mous autour des implants est (re) devenu un problème important dans la stabilité des résultats à long terme de nos thérapeutiques implantaires.

La salle du Casino du Palais de la méditerranée était remplie avec plus de 80 personnes et de nombreux étudiants venus se familia-

riser avec une approche très intéressante de la chirurgie plastique parodontale grâce à l'approche didactique et la dextérité clinique de notre conférencier.

Merci encore à Jonathan pour sa présentation très fluide, argumentée par de nombreux cas cliniques et supportés par une bibliographie appropriée.



Jonathan Semtob et Franck Hagège (président)



Franck Afota et Anna Chichou



Nos partenaires



Franck et Georges Afota



Des étudiants ravis



Jonathan et notre partenaire de Lyra

Des nouvelles de TAU

André Amiach, gouverneur de TAU

Le board de Tel Aviv University en mai dernier fut un grand millésime et se déroula en même temps que l'Eurovision en direct ! La ville était belle, grande et scintillante.

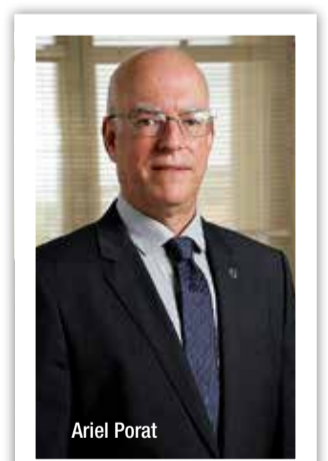
Notre ami, le Pr Joseph Klafter, président depuis 10 ans, a passé le relais au Pr Ariel Ben Porat. Permettez-moi de remercier de nouveau J. Klafter pour sa confiance et son aide dans la réouverture de l'école dentaire. Il a été un soutien fidèle dans notre combat pour faire de cette école une grande université : plus de 38 000 étudiants et plus de 450 chercheurs y ont fait leurs armes. Aujourd'hui, l'école dentaire compte à présent plus de 350 étudiants. Espérons que le nouveau président PORAT sera à nos côtés pour poursuivre ce travail important et plein de challenges ! Rappelons que le projet est de redonner le sourire aux défavorisés, puisque plus de 600 000 personnes ne sont pas soignées en Israël.

Redonner une sante globale, redonner confiance en soi, redonner le sourire ...c'est pour cela que nous avons besoin de vous. Votre don est la base du succès de cette idée généreuse. Cette année nous avons inauguré un premier fond grâce à l'aide de chapitres AO, d'amis donateurs particuliers et de l'association des amis français de TAU,

sous la houlette d'Agnès Goldman. Ces soins sont donnés dans des structures modernes : soins aux patients pusillanimes grâce à des techniques innovantes (anesthésie et sophrologie) ; soins gratuits aux rescapés de la Shoah ; soins gratuits aux étudiants ; soins aux handicapés... Un bus est d'ailleurs à disposition pour aller les chercher. Nous avons pu acheter une unité mobile pour pouvoir se rendre sur différents secteurs.

Pour la formation continue internationale aussi nous agissons : différents axes couvriront conférences magistrales et workshop ; semaines de formations en paro, implanto, ortho, esthétique ; un master sur 1 an ; un post graduate sur 2 ans.

Enfin, nous mettons en place un projet d'échanges étudiants Europe/ USA/ Israël car il faut absolument se battre contre le BDS et certaines universités qui bloquent cette initiative. Nous avons signé des protocoles d'accord avec le collège de France, l'école de droit de sciences politiques et la Sorbonne. Ce ne fut pas un long fleuve tranquille mais l'obstination du Pr Heilbronn a rendu ce projet possible. Nous sommes toujours en discussion avec plusieurs doyens pour réussir ce projet important.



Ariel Porat



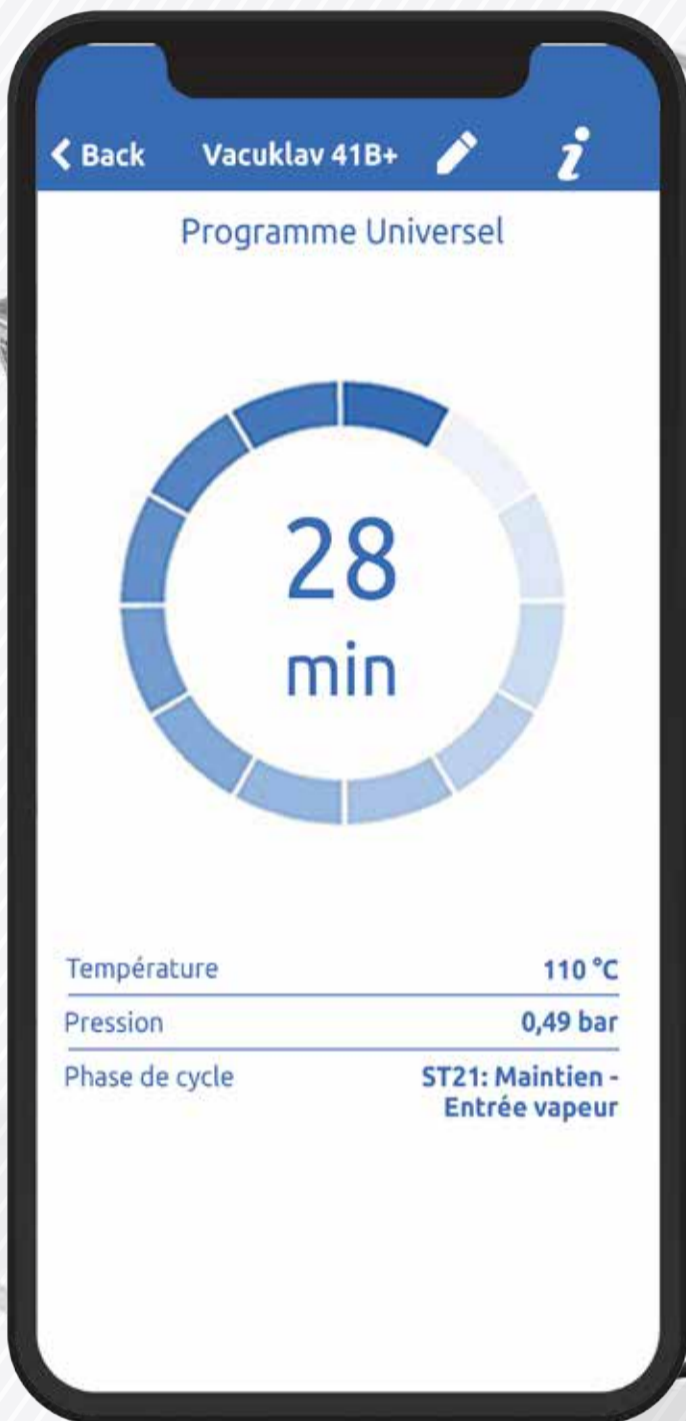
André Amiach et Corinne Attia (AO Lyon)



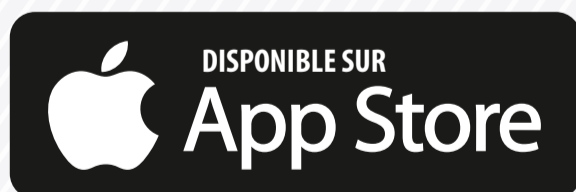
Avec Deborah Danah, présidente des échanges étudiants

MELAG[®] France

Expert en Hygiène



ELLE EST LÀ !



Équipement fabriqués
suivant normes et directives :

2006/42/CE (Directive Européenne)
EN 285 (Grands Stérilisateurs)
EN 13 060 (Petits Stérilisateurs)
EN 11607 - 2 (Thermosoudeuses)

DIN EN ISO 15883 (Appareils de Nettoyage & Désinfection)
93/42/CEE Classe IIa (Directive Européenne Produits Médicaux)

CONTACT : 01 30 76 03 00 | info@melagfrance.fr

www.melagfrance.fr



Entendu pour vous

2^e édition du Symposium Zimmer Biomet Dental

Hanna Kruk

Le 2^e Symposium Zimmer Biomet Dental a eu lieu les 28 et 29 mars derniers à la Maison de la Mutualité. Cette année le thème central du congrès, **présidé par Michel Jabbour et Olivier Fromentin**, était une réflexion autour des péri-implantites, pathologies décrites en 2008 comme une inflammation de la muqueuse associée à une perte osseuse péri implantaire survenant parfois de nombreuses années après une ostéointégration réussie.

Des présentations de 20 mn de conférenciers de renom, format court et synthétique, ont permis de dresser un panorama des stratégies de prévention et de traitement de complications péri-implantaires.

Le jeudi matin a commencé autour du sinus, en évoquant le lien entre ORL et dentiste, et les éventuelles complications peropératoires et postopératoires des comblements de sinus. La question d'arbitrage entre implants courts et nécessité de comblements de sinus dans certaines situations a été discutée.

Le jeudi après-midi était centré autour des résorptions osseuses dans le secteur antérieur, ainsi qu'autour du traitement implantaire de l'édenté complet, impliquant parfois des reconstructions osseuses préimplantaires de grande ampleur.

Plusieurs conférences concernant la prothèse sur implant et l'apport de la CFAO ont également marqué l'après-midi.

Le programme du vendredi avait pour but de redéfinir la nouvelle notion de bonne santé péri-implantaire. Plusieurs sujets ont été abordés : l'importance de l'aménagement des tissus mous péri-implantaire, la nécessité d'effectuer des ROG, l'impact des différents design implantaires sur la bonne santé péri-implantaire.

Le point très positif de ce congrès reste l'ouverture des présidents et conférenciers aux débats autour des différentes questions scientifiques. Les conclusions ont rappelé qu'il n'y a pas aujourd'hui de réel consensus concernant les causes et traitements des péri-implantites.

Si des traitements sont actuellement réalisés quand la situation l'exige, nous manquons de recul clinique sur leur efficacité. Il faut donc adopter des stratégies thérapeutiques de prévention afin de diminuer les risques de complications péri-implantaires : traitement des maladies parodontales avant prise en charge implantaire, aménagement des tissus mous péri-implantaires, gestion de l'insuffisance

de volume osseux préimplantaires à l'aide de greffes osseuses, Privilégier la prothèse vissée à la prothèse scellée afin de faciliter la réintervention, etc.



Ann Verledens (Zimmer Biomet) entourée des présidents Michel Jabbour et Olivier Fromentin



L'équipe de Zimmer Biomet avec Jacques Attias, O. Fromentin, Bahidge Tourbah, Héliène Cittério et M. Jabbour



Les apparences sont parfois trompeuses

Pour vos patients. Pour votre cabinet. N'utilisez que des composants authentiques.

Zimmer Biomet propose une gamme complète de solutions dentaires de haute qualité avec laquelle les systèmes génériques qui contrefont nos droits de propriété intellectuelle, ne peuvent rivaliser.

Il y a peut-être une certaine ressemblance, mais c'est la qualité et le caractère innovant de nos systèmes d'implants et de nos piliers prothétiques qui fixent les normes dans le secteur industriel dentaire.

Notre savoir-faire, associé à nos droits protégés, est ce qui nous différencie des imitations disponibles sur le marché.

Assurez-vous de choisir des piliers et des composants prothétiques authentiques Zimmer Biomet.

Systèmes d'implants et de piliers authentiques Zimmer Biomet. **Appelez le +33(0)1-45 12 35 35**

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. ZB0591FR RÉV. A 06/18 ©2018 Zimmer Biomet. Tous droits réservés.

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.®



Hanna Kruk, Marc Danan, Boyana Dancheva, Xavier Bensaïd et Guillaume Benqué



Ann avec Serge Zagury, Xavier et Marc

Thierry Lachkar, initiateur du 1^{er} Symposium franco israélien d'endodontie, 31 octobre – 1^{er} novembre, Tel Aviv

AON. Thierry, comment t'est venue l'idée de ce premier symposium franco israélien d'endodontie que vous organisez à Tel Aviv à la Toussaint 2019 ?

Thierry Lachkar : Tout d'abord merci à toi d'avoir bien voulu m'accorder cette interview... et encore bravo pour cette nouvelle formule du journal qu'on apprécie beaucoup ici en Israël et pour lequel vous avez beaucoup d'inconditionnels !

L'idée en fait je l'avais depuis très longtemps ! Quand je suis arrivé en Israël, il y a maintenant presque 7 ans, j'ai eu la chance d'être attaché à Hadassah en endodontie et j'ai pu pendant presque 4 ans suivre les internes en spécialité et assister à leurs formations. Je dois dire que j'ai été impressionné par la qualité de l'enseignement délivré ici en Israël. De quoi rivaliser avec nos meilleurs CES d'endo en France.

Et avec beaucoup d'humilité, les enseignants et les internes revenaient souvent vers moi pour me poser des questions car ils savaient qu'en France notre niveau fait parti des meilleurs du monde. Je garde d'excellents souvenirs de ces années où j'ai pu échanger avec mes confrères israéliens.

L'idée a fait son chemin et la rencontre avec la société Micro Mega nous a permis de concrétiser projet.

AON. Micro Mega justement... Peux-tu nous dire quelques mots de ce gold partenaire ?

T. L. : Micro Mega est une société française basée à Besançon spécialisée dans la fabri-

cation d'instruments canalaires. Installés dans la « Watch Valley », ils distribuent leurs instruments dans le monde entier et en particulier dans les pays du Moyen Orient, en Israël donc mais aussi au Liban, dans les territoires palestiniens, en Jordanie, etc. Depuis quelques mois Micro Mega a rejoint le groupe Suisse Coltène, ce qui renforce encore plus sa notoriété mondiale.

AON. Revenons au symposium. Quelles précisions souhaiterais-tu apporter à nos lecteurs ?

T. L. : Ce symposium se veut à la fois théorique et pratique ! Il se déroulera à l'Hôtel Dan toute la journée du jeudi 31 octobre. Et à l'International Training Center le vendredi 1^{er} novembre matin pour une session pratique (TP sous microscopes) Une des originalités de ce congrès tient aussi sur les rencontres israélo françaises et la convivialité que nous souhaitons développer entre les participants. Ainsi, pour le déjeuner par exemple nous privatisons un espace dans l'Hôtel Dan, où le chef en personne nous préparera un show culinaire avec des spécialités israéliennes et des spécialités françaises.

AON. Très sympa, on en a l'eau à la bouche ! Et sur le plan scientifique, qui seront les conférenciers ?

T. L. : Nous aurons le plaisir d'entendre le Prof Moshonov, ancien chef de service d'endodontie de Hadassah et Iris Szultzy, directrice du post graduate d'endodontie de Hadassah, ainsi que Rémy Baltahzar, MCUPH à Nancy, et Michel Ardouin (ancien président de la SFE), Poitiers.

Côté pratique, pour les deux jours l'inscription coûte 120 euros (repas compris) et bénéficie d'une prise par le DPC jusqu'à 630 euros.

AON. Ce symposium se passe pendant les vacances de la Toussaint, ce sera donc aussi l'occasion de découvrir Israël pour certains participants ?

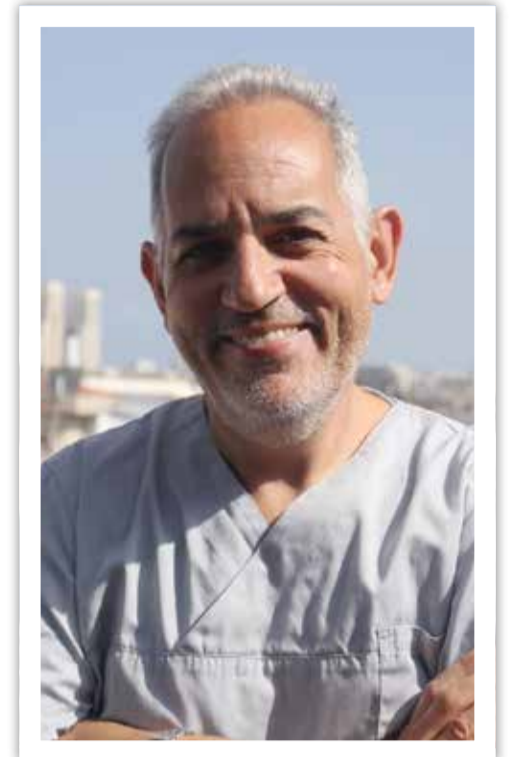
T. L. : Absolument Mylène ! C'est pour cela qu'on invite tous les chirurgiens-dentistes de France à venir découvrir leurs racines en Israël !

Nous travaillons avec une agence de voyages pour proposer des excursions originales à la carte à des tarifs très avantageux. Aussi bien des classiques comme visites de Jérusalem, Mer Morte, Galilée... mais aussi des moins classiques comme un Start-up Tour, plongée sous-marine à Césarée, à Eilat, une dégustation de vins, des fouilles archéologiques (en collaboration avec la Fondation Israël archéologie), visites de i24, survol d'Israël en montgolfière et j'en passe...

AON. Comment faire pour s'inscrire ?

T. L. : Le plus simple c'est de télécharger le formulaire d'inscription qui se trouve sur le site internet <https://www.symposiumtelaviv.com>. Nous sommes en train de négocier des tarifs préférentiels à l'hôtel... à suivre sur notre site.

AON. Une dernière question Thierry, plus personnelle... Nous connaissons bien à Alpha Omega le rôle que tu as joué pour les équivalences en Israël. Qu'en est-il exactement aujourd'hui ?



T. L. : Oui c'est vrai que j'ai eu l'occasion à plusieurs reprises de venir en France ces dernières années pour traiter de ces questions, et plus largement des conditions d'exercice en Israël. Depuis juin 2016 la nouvelle loi est entrée en application. L'examen d'équivalence a été totalement supprimé pour tout chirurgien-dentiste français ayant exercé au minimum 5 ans les 7 dernières années... Il ne s'agit plus que d'une simple formalité administrative pour avoir sa licence d'exercice en Israël. Mais attention, je rappelle que la loi française interdit le double exercice sur deux pays différents. On ne peut pas ouvrir une activité en Israël et continuer d'exercer en France dans son cabinet...

AON. Merci pour toutes ces informations, AO Paris te soutient dans cette belle initiative !

Bon congrès

Propos recueillis par Mylène Popiolek



Le monde tel qu'il est

Le pays offrant la plus longue **espérance de vie** est Monaco : 89,4 ans.

Au Népal, la population de **tigres sauvages** a été multipliée par 2 au cours des 10 dernières années.

Un mégot de cigarette se désintègre en 10 ans en **milieu marin**. C'est 200 ans pour une canette et 450 pour une couche ou une bouteille plastique.

La Grande Bretagne est le premier importateur européen de **vin** et 80 % de ses importations viennent de l'Union Européenne.

92 % des Suédois, 78 % des Allemands, 59 % des Français connaissent une **langue étrangère**.

Durée de la **vie active** : 32 ans en Italie, 35 ans en France, 38 en Allemagne et 40 aux Pays-Bas.

Les deux tiers des nouveaux cas de **Sida** sont détectés en Russie.

Les Français passent chaque jour 2 heures et 11 minutes **à table** pour 1 heure aux USA ou 1 heure et 36 minutes en Allemagne.

Aux États-Unis, en 2017, 53 % des **doctorats** ont été obtenus par des femmes.

36006 **citoyens irakiens** ont répondu à l'appel de candidature du nouveau gouvernement pour devenir ministre.

Save the date



**JEUDI
APRÈS-MIDI
5 SEPTEMBRE**

**COCKTAIL
DÉJEUNATOIRE**

Dès 12h45

CONFÉRENCE

De 14h
à 18h30

La rentrée avec Hadi Antoun à AO Paris

Le défi du secteur esthétique en implantologie

La perte osseuse suite à une extraction dentaire est un processus physiologique inéluctable. La sévérité de cette résorption dépend de plusieurs facteurs et l'effondrement de la muqueuse suit généralement le niveau osseux.

Les techniques d'augmentation osseuse et muqueuse sont nombreuses et plus ou moins complexes.

La taille et la forme du défaut, les contraintes esthétiques du secteur antérieur seront déterminantes dans le choix de la ou les techniques les plus appropriées.

La préservation alvéolaire ainsi que l'approche immédiate en particulier dans le secteur antérieur ont pris un essor particulier ces dernières années.

Une maîtrise appropriée des indications et des choix chirurgicaux ainsi que prothétiques seront les seuls garants d'une optimisation des résultats esthétiques. Enfin, l'apport du

digital devient incontournable aussi dans la gestion de ces cas particulièrement sensibles. Nous développerons lors de cette présentation ces différents aspects permettant d'améliorer l'environnement ostéo-muqueux d'une façon prédictible en particulier au niveau du secteur antérieur où les résultats esthétiques et fonctionnels vont de pair.



**Hadi
Antoun**

- Exercice exclusif de l'implantologie et la parodontologie
- Auteur de plusieurs publications et d'un ouvrage sur les greffes de sinus
- Fondateur et dirigeant de l'Institut de formation de chirurgie implantaire avancée (IFCIA)

Où ?

Les Salons Hoche, 75008 Paris

Quand ? Jeudi 5 septembre

Comment ?

12h45 - 14h : accueil

avec cocktail déjeunatoire (K)

14h - 18h30 : conférence

(avec une pause)

Combien ?

Inclus dans la cotisation 2019 ;

Non-membres : 180 €

pour les inscriptions reçues avant le 15 juillet sinon 250 €

Renseignements :

Catherine, alphaomegaparis@free.fr

Inscriptions en ligne :

aonews-lemag.fr



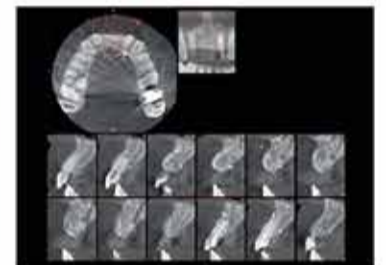
Fenestration importante suite à la mise en place d'un implant guidée par le projet prothétique



Ré-entrée suite à une régénération osseuse guidée à l'aide d'une grille en titane



Extractions implantations immédiates associées à un comblement osseux et un conjonctif enfoui suivies d'une mise en esthétique immédiate



Examen cone beam d'un secteur antérieur suite à une augmentation osseuse 3D

Journée de l'Association Française d'Implantologie



**JEUDI
3 OCTOBRE**

De 8h45 à 18h

**MASTER CLASS
AVEC UELI GRUNDER**



Sous la présidence

de Patrick Missika et Patrick Simonet

Master Class avec Ueli GRUNDER (Suisse) :

L'esthétique en implantologie

PROGRAMME

Les impératifs de la prothèse

Les objectifs ? Les règles de base pour le positionnement des implants ? Le profil d'émergence. Les prothèses provisoires, peut-on s'en passer ? Deux options prothétiques : pilier et couronne ou couronne monobloc.

Augmentation de l'os

La technique de GBR.-ROG, les incisions, le choix du matériau de substitution, la protection du caillot et le maintien de l'espace, les différentes membranes et les critères de choix, la stabilisation du lambeau et les sutures.

Les tissus mous

Les greffes gingivales libres, peut-on se dispenser de suturer ? Les cinq interventions sur

les tissus mous : lambeau de pleine épaisseur, lambeau pédiculé, technique du rouleau, tunnelisation et greffe en inlay.

Traiter les cas complexes et les complications

Les séquelles de cicatrisation, les freins parasites, l'absence de tissu kératinisée, le canal incisif, l'exposition de la membrane, l'operculisatation des vis de couverture ou des piliers de cicatrisation, les complications des greffes de tissu mou, les fistules, le tissu cicatriciel inesthétique, l'absence des papilles, les récessions, la dépose des implants, les problèmes des implants en zircon, la péri-implantite, les troubles liés à la croissance faciale et la migration des implants.



Où ?

Les Salons Hoche, 75008 Paris

Quand ?

Jeudi 3 octobre de 8h45 à 18h

Combien ?

Adhérent, gratuit

Non membre 350 € (pauses et déjeuner compris)

Renseignements :

www.asso-francaise-implanto.fr



Olga

Bernard Schlink - Éditions Gallimard

Une vie à t'attendre...

Bernard Schlink, vous le connaissez forcément, c'est l'auteur de l'inoubliable *Le Liseur* publié en 1999. Michael en rentrant du lycée rencontre Hanna une femme de 20 ans son aîné et dont il deviendra l'amant. Il la rejoint chez elle tous les jours pendant plusieurs mois et en préliminaire de leurs ébats amoureux, il lui fait des lectures à haute voix. Hanna mystérieuse et imprévisible disparaît du jour au lendemain. Il la retrouve sept ans plus tard par le hasard de ses études de droit dans un tribunal où elle est jugée avec d'autres coaccusées pour avoir été gardienne dans un camp de concentration. Elle semble aussi étrangère à son procès que le Meursault de

Camus et sera condamnée à la perpétuité. Le conflit intérieur de Michael, entre l'amour de son adolescence et la détestation de ce qu'elle a fait pendant la guerre, sera magnifiquement rendu au cinéma par Stephen Daldry. Les deux acteurs principaux Kate Winslet et Ralph Fiennes y sont remarquables, c'est, pour moi, une des rares adaptations cinématographiques à la hauteur du livre.

Olga, l'héroïne de ce dernier roman, est née en Silésie, après la mort de ses parents, elle est envoyée dans l'Est de la Prusse du XIX^e siècle. Orpheline elle vit chez sa grand-mère dans un village coupé de toute modernité. Cette grand-mère, incapable du moindre amour, fait d'Olga une rebelle (elle refuse la germa-

nisation de son prénom en Helga). Malgré la solitude elle est curieuse et avide de lecture, elle rêve de devenir enseignante. Herbert est le fils d'un riche industriel et habite la maison de maître. Tandis qu'elle se bat pour un poste d'institutrice (dissuadée en cela par sa grand-mère, le pasteur et l'instituteur, en ce temps-là Monsieur...), lui fasciné par Bismark et l'expansionnisme de la grande Allemagne, rêve d'aventures et d'exploits pour la patrie. Amis d'enfance, puis amants, ils vivent leur idylle malgré l'opposition de la famille d'Herbert et ses voyages lointains en Afrique.

Abandonnée pendant des mois par l'égoïste amant qui ne lui accorde que des bribes d'amour, Olga se réfugie dans l'écriture de longues lettres. Malgré l'injonction de ses parents à se marier avec une femme de son rang et à reprendre la succession de la riche exploitation familiale, Herbert restera fidèle à Olga. Il entreprend néanmoins une expédition très dangereuse en Arctique dont elle n'aura pas de nouvelles pendant des mois. Elle se lie d'amitiés avec un jeune garçon, Eik qu'elle considère un peu comme son fils et à qui elle confie les secrets de sa triste vie.

Olga traverse ainsi les deux guerres mondiales, Eik devient un nazi fervent (les fantômes de Schlink planent toujours !!) elle décide de ne plus le revoir. À la suite d'une mauvaise grippe, elle devient sourde et obligée d'abandonner son poste d'institutrice, elle est prise comme couturière dans une famille bourgeoise.

La construction du roman devient assez déroutante à ce moment-là, car on est seulement au tiers du livre et on voit poindre la fin prochaine de la vie d'Olga. Tout comme dans un film, malgré le suspense, on se dit que le héros ne peut mourir dès le début. En fait Olga se lie d'amitiés avec Ferdinand, le fils de cette famille d'adoption, et c'est lui, qui à la mort d'Olga, reprend le récit dans cette deuxième partie, part à la recherche des nombreuses lettres de celle-ci à son bien aimé. Elle y raconte son quotidien, ses reproches, ses déceptions mais au final son amour reste intacte. On découvrira ainsi dans ces dernières lettres le secret d'Olga.

Avec ce récit dense et foisonnant on traverse l'histoire de l'Allemagne, du séisme de la dernière guerre avec cette femme, discrète presque effacée mais admirable dans l'adversité de sa vie, qui reste amoureuse jusqu'au dernier souffle. Bernard Schlink avec un style épuré et poétique nous peint un émouvant et magnifique portrait de femme. Certains passages m'ont évoqué le non moins magnifique *Lettre d'une inconnue* de Stefan Zweig qui reste quoiqu'il arrive sur les premières marches de mon Panthéon littéraire.

LE VECTOR® PAR PRINCIPE

Le principe Vector® : l'oscillation linéaire unique assure un travail minimal-invasif sans vibration. Pour un confort maximal du patient et une utilisation quasi-indolore.*

L'utilisation du Vector® Fluid Polish soutient l'élimination du biofilm, lisse la surface et obture les canaux de la dentine.

Le Vector® Paro Pro : tout en un. L'élimination de la plaque sous- et supra-gingivale grâce aux pièces à main Paro et Scaler.

La pratique de la pensée latérale: Il y a 20 ans, Dürr Dental mettait au point l'oscillation linéaire et donnait ainsi de nouvelles impulsions au traitement par ultrasons. Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.duerrdental.com ou nous contacter au 01.55.69.11.61

* voir. Étude : A. Braun, F. Krause, G. Hahn, M. Frentzen: Subjektive Schmerzempfindungen bei der parodontalen Behandlung, Quintessenz 53, 7, 749-754 (2002)

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



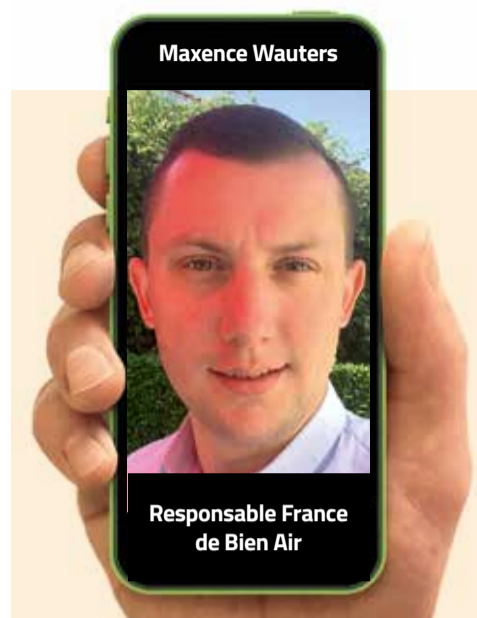
Jean-Luc Guetta

Correspondant
AO Marseille
Pratique libérale, Marseille



Laurent Temmam

Pratique libérale
Paris



Maxence Wauters

Responsable France
de Bien Air

Votre dîner idéal réunirait...
Mes meilleurs amis ainsi que certaines personnes disparues

Vos 3 films incontournables...
Les dix commandements
La grande vadrouille – Léon

Vos 3 livres fétiches...
L'étranger (Camus) – *Le père Goriot* (Balzac)
Seul le vent connaît la réponse (Johannes Mario Simmel)

Une chanson de votre vie...
Non, je ne regrette rien (Edith Piaf)

Votre insulte favorite...
Elle est ni en français, ni en caractère latin

Votre madeleine de Proust culinaire...
Des sablés confiture fraise

Un héros... réel ou imaginaire
James Bond

Salé ou sucré ?
Salé voire... pimenté!

Une passion, un hobby ?
Le sport

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Les deux

Vos vacances de rêve...
Au bord d'un lagon bleu

Accro au net ou pas ?
Oui et j'assume!

Votre dernier coup de foudre ?
Sans lendemain

Dans une autre vie vous seriez...
On n'est pas pressé, une chose après l'autre!

Enfin, une adresse à recommander...
Times Square, je suis fan !!!!!!!!!!!!!

Votre dîner idéal réunirait...
Des amis qui aiment chanter et qui apprécient les plats simples

Vos 3 films incontournables...
The Blues Brothers – *The Truman Show*
Un jour sans fin

Vos 3 livres fétiches...
Corps et âme (Franck Conroy)
En studio avec les Beatles (Geoff Emerick)
Manuscrits (Georges Brassens)

Une chanson de votre vie...
Here comes the sun (Beatles)

Votre insulte favorite...
Je n'insulte pas, désolé!

Votre madeleine de Proust culinaire...
Spaghetti sauce tomate

Un héros... réel ou imaginaire
David Carradine dans *Kung-Fu* (Kwai Chang Caine)

Salé ou sucré ?
De plus en plus sucré

Une passion, un hobby ?
La musique partagée

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Ni l'un ni l'autre

Vos vacances de rêve...
Avec des amis et de la musique

Accro au net... ou pas ?
Non. Avec modération

Votre dernier coup de foudre ?
Casa de la Guitarra à Séville

Dans une autre vie vous seriez...
Un chat

Enfin, une adresse à recommander...
Chez moi

Votre dîner idéal réunirait...
Ma famille, mes amis, l'équipe de France football, M. Schumacher...

Vos 3 films incontournables...
Léon – *La ligne verte* – *La grande vadrouille*

Vos 3 livres fétiches...
Avant d'aller dormir (Watson)
Une chance de trop (H. Coben)
L'instant présent (G. Musso)

Une chanson de votre vie...
Mon fils ma bataille (D. Balavoine)

Votre insulte favorite...
Love You

Votre madeleine de Proust culinaire...
Tuiles aux amandes

Un héros... réel ou imaginaire
Mon grand-père J.W.

Salé ou sucré ?
Salé

Une passion, un hobby ?
Les voitures

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sportif (du dimanche)

Vos vacances de rêve...
Safari Tanzanie

Accro au net... ou pas ?
Ou pas quand je dors... C'est grave doc ?

Votre dernier coup de foudre ?
Il y a 10 ans J pour J

Dans une autre vie vous seriez...
Au même endroit

Enfin, une adresse à recommander...
La Passerelle – Issy-Les-Moulineaux
(une bise @Mika de ma part)

Brèves de Fauteuil

La sélection
de Claude Bernard Wierzba



LE BILLET D'HUMOUR ÉTUDIANT

Les vacances scolaires. Le moment tant attendu pour bon nombre d'entre nous pour le farniente, profiter du soleil, faire du sport.

Mais pour certains, c'est aussi l'occasion de mettre un pied dans le monde réel en travaillant en tant qu'assistant dentaire pour un job d'été.

Nous pensions naïvement que le dentiste passait le plus clair de son temps, turbine à la main, plongé dans la bouche d'un patient.

Nous découvrons en fait que le dentiste se doit d'être tour à tour plombier, électricien, informaticien, standardiste téléphonique, secrétaire médical, responsable des ressources humaines, psychologue et conseiller matrimonial.

Qui d'entre vous n'a pas eu l'agréable surprise de constater le lundi matin le pouvoir de nuisance du petit joint en caoutchouc à 0,10 € qui transforme vos toilettes en piscine ? Du bug informatique qui paralyse votre agenda, du lecteur de carte Vitale qui fait grève ?



Nous suggérons aux doyens des facultés de mettre en place des modules de formations complémentaires.

Que diriez-vous d'un « CES vie pratique au cabinet dentaire » ?

Nul doute du succès phénoménal qu'il rencontrera.

Bonnes vacances à tous.

Roman Licha
et David Naccache
3^e année

En sept ans, 700 000 fumeurs ont décroché grâce à la cigarette électronique

Selon une étude publiée par Santé publique France, la proportion de fumeurs quotidiens baisse chez les utilisateurs de e-cigarette. Pourtant l'outil conserve plutôt une mauvaise image.

Faute de preuve de son innocuité à long terme, la cigarette électronique n'est pas promue en France comme outil de sevrage tabagique.

Depuis son apparition en 2010, elle est pourtant majoritairement utilisée dans cet objectif et a aidé quelque 700 000 fumeurs quotidiens à mettre un terme à leur dépendance, selon une estimation de Santé publique France publiée mercredi.

Dans une analyse complémentaire des données du Baromètre santé 2017, l'agence scrute la diffusion de cet outil chez les adultes âgés de 18 à 75 ans. Il en ressort que les vapoteurs ont tous eu une expérience avec le tabac : la moitié d'entre eux sont des fumeurs occasionnels ou quotidiens, l'autre moitié d'anciens fumeurs. Moins de 1 % n'a jamais fumé. « *La cigarette électronique ne semble pas devenir, chez les adultes, un nouveau produit utilisé sans lien avec le tabac* », remarque Anne Pasquereau, chargée d'études scientifiques à SpF.

Le profil de ses utilisateurs est plutôt masculin et diplômé. Ils vapotent (terme qui a fait son apparition dans le dictionnaire en

2015) depuis 20 mois en moyenne, c'est-à-dire beaucoup plus longtemps que lors de la précédente étude en 2014. « *L'effet de nouveauté est probablement passé et l'usage est désormais ancré sur le long terme* », écrivent les chercheurs. Par ailleurs, l'habitude n'est pas uniquement liée à une addiction physique : 12 % des vapoteurs utilisent en effet des liquides sans nicotine.

Cela a manifestement un effet sur leur consommation de tabac. En trois ans, la part de fumeurs quotidiens a été divisée par deux chez les utilisateurs de e-cigarette, tandis que le nombre d'anciens fumeurs a doublé. Quant aux « vapofumeurs », les vapoteurs encore fumeurs,



ils sont 80 % à avoir réduit leur consommation de cigarettes. Ils allument désormais 9 cigarettes par jour en moyenne, contre un paquet avant leur diminution. Les chercheurs mettent toutefois en garde contre cette pratique. « *Les bénéfices sur la santé d'une réduction du tabagisme sont limités par rapport à un arrêt complet, puisque même une faible consommation de cigarettes est très nocive* », écrivent-ils, craignant que l'impression de progrès enregistré ne retarde l'arrêt total du tabac.

Inciter à l'arrêt total

Le Pr Bertrand Dautzenberg, pneumologue, le confirme : « *La réduction du nombre de cigarettes est souvent suivie de rechutes. Il faut donc inciter les vapofumeurs au sevrage en augmentant le taux de nicotine dans les liquides (jusqu'à 16 mg) ou en complétant avec des patches. S'ils éprouvent encore le besoin de finir une cigarette, c'est que le dosage en nicotine est insuffisant pour leur corps* ».

Et après ? Pour la première fois, la synthèse livre des informations éclairantes sur l'arrêt du vapotage, une question qui divise encore les spécialistes de santé publique. Parmi les adultes âgés de 18 à 75 ans, 1,2 % sont à la fois d'anciens fumeurs et d'anciens vapoteurs. Concrètement, cela signifie qu'environ 500 000 personnes ont renoncé à leur cigarette électronique après avoir arrêté de fumer.

Mais la vapoteuse a plutôt une mauvaise image dans l'opinion publique. Plus de la moitié des personnes interrogées pensent que cet outil est aussi ou plus nocif que la cigarette ordinaire. Un sentiment plus marqué chez les fumeurs quotidiens. « *Il n'y a pourtant aucun doute scientifique sur le fait que les émissions de e-cigarette, sans être dénuées d'effets indésirables, sont infiniment moins nocives pour la santé que la fumée du tabac* », affirme le Pr Dautzenberg. Enfin, son interdiction dans certains lieux publics, comme les établissements scolaires ou les transports collectifs fermés, est appréciée par 67 % des sondés.

Le baromètre de Santé publique France est une enquête menée par téléphone auprès de 25 000 personnes. Des données déclaratives, précisent les auteurs de l'étude, qui ne permettent de mesurer que la perception des personnes interrogées sur l'intérêt de la cigarette électronique comme aide à l'arrêt du tabac. Deux études récentes, publiées en janvier et mai 2019, plaident toutefois en faveur de son efficacité.



REUNIT LES AVANTAGES D'UN MATERIAU FLUIDE ET CONDENSABLE

- **Unique et innovateur** – Par le préchauffage le matériau est fluide lors de l'application et devient modelable immédiatement après (technologie thermo-viscoélasticité)
- **Application de qualité élevée** – Le matériau mouille parfaitement les parois et les contre-dépouilles
- **Gain de temps** – Des couches de revêtement ne sont pas nécessaires
- **Manipulation simple** – Restauration bulk de 4 mm et application sans bulles d'air grâce à une canule fine

Dispositif Médical pour soins dentaires réservé aux professionnels de santé, non remboursé par les organismes d'assurance maladie. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. Classe/Organisme certificateur : IIA/CE 0482. Fabricant : VOCO GmbH

VisCalor bulk



Les odeurs, nouvelles alliées de notre santé psychique

Trop longtemps négligés, les pouvoirs olfactifs sur la vie émotionnelle sont de plus en plus considérés. Orthophoniste et docteur en neurosciences et en sciences de l'ingénierie, le Dr Auriane Gros exerce au CHU de Nice. Elle est enseignant-chercheur à l'université Nice-Côte d'Azur au sein du laboratoire CoBTeK (Cognition Behaviour Technology) et directrice pédagogique du département d'orthophonie de Nice.

« Choisissez l'une de ces huiles essentielles, celle qui vous attire. Déposez une goutte à l'intérieur de votre poignet. Maintenant, installez-vous confortablement, mettez vos mains en coupe sur votre visage et... respirez! ». Dans le cabinet de Laure Mayoud, psychologue et enseignante à Lyon, le temps s'arrête, la séance peut commencer.

Ses patients, des étudiants pour la plupart, expérimentent un voyage sensoriel et psychosomatique. « En une fraction de seconde, les effets sont perceptibles!, s'enthousiasme la psychologue. Mes patients ont un regard plus clair, leur corps se détend. C'est comme une fenêtre s'ouvrant sur leur psychisme. Si je leur demande de me parler de l'huile qu'ils ont choisie, les associations arrivent, leur parole se libère... ». Ainsi cette jeune fille qui, respirant de l'huile d'orange douce, s'est mise à parler avec affect des « mains de sa grand-mère ». Si la psychologue a inclus cet outil olfactif dans sa pratique, c'est aussi parce qu'elle affirme en connaître « la puissance cathartique » qu'elle a mesurée sur elle-même. D'ailleurs, en séance, Laure Mayoud inhale le même parfum que ses patients. « Je suis avec eux dans cette expérience sensorielle, c'est souvent un pur moment de synergie humaine! ».

L'odorat gagne du terrain dans le domaine de la psychothérapie. Cet engouement n'étonne pas Jeanne Doré, cofondatrice et rédactrice en chef du site auparfum.com et de Nez, la revue olfactive, superbe trimestriel où l'on trouve de grandes enquêtes sur les capacités olfactives des animaux ou les pouvoirs des bois ambrés. « Désormais, des disciplines comme la sociologie, l'histoire ou la philosophie explorent une culture de "l'odorat" qui jusque-là était préemptée surtout par les marques de parfumerie, observe-t-elle. On a trop souvent pensé que l'odorat nous rapprochait de l'animal alors qu'il développe notre intelligence et mérite un réel apprentissage. »

Aujourd'hui, l'aromachologie s'impose. Si l'aromathérapie s'attaque aux problèmes somatiques (maux de ventre apaisés avec de l'huile de basilic, par exemple), l'aromachologie s'attache essentiellement à la sphère psycho-émotionnelle. « C'est la science des phénomènes liés aux odeurs, plus particulièrement l'influence de celles-ci

sur le comportement », précise Patty Canac, professeure à l'Institut supérieur du parfum (Isipca, Versailles) et auteure du Guide des émotions olfactives (éd. Ambre).

Avant de concevoir des ateliers ouverts à tous, cette pionnière a amené sa « boîte à odeurs » dans les hôpitaux. « À Garches, j'ai travaillé avec les neurologues. Chaque odeur était comme un harpon qu'on envoyait dans la zone neuronale concernée afin de raviver les mémoires des patients ». Un parfum de pêche ou de melon peut raviver l'appétit de ceux encombrés d'une sonde; une brumisation d'orange douce apaise les patients agités; la camomille amortit le choc chez ceux qui viennent d'apprendre un diagnostic difficile. « Mais il faut une respiration prolongée, s'y adonner pendant au moins cinq minutes pour que ce territoire sensoriel régule le système nerveux autonome », précise Patty Canac. Pour elle, l'olfaction adjointe à de l'hypnose ou des traitements de médecine chinoise est

un « outil magnifique » pour apaiser stress ou phobie de l'avion...

Attention cependant, rappellent tous ces amoureux de l'olfaction: même si les intoxications ont principalement lieu en cas d'ingestion (méfiance en particulier chez les enfants), l'inhalation d'une huile essentielle n'est pas anodine. Il faut donc prendre garde aux produits utilisés et les éviter en cas d'allergie ou d'irritabilité nasale.

Hirac Gurden, directeur de recherches en neurosciences au CNRS, spécialisé dans l'étude fonctionnelle du système olfactif, se félicite que des études avec cohortes et questionnaires commencent à établir des liens entre l'exposition à certaines odeurs et des réactions inconscientes du système neurovégétatif (changement de rythme cardiaque, dilatation des pupilles...). De même, des électroencéphalogrammes montrent des signaux électriques nettement amplifiés ou diminués par certaines odeurs. « Cela entérine des pratiques traditionnelles, un savoir naturaliste et populaire qu'on retrouve autant dans l'Égypte ancienne qu'à Grasse », affirme le chercheur.

Mais il reste beaucoup à faire. « Les expériences sont encore trop disparates et les études ne trouvent pas toujours de liens entre les réactions physiologiques et ce qu'en disent les témoins », regrette Hirac Gurden, qui ajoute néanmoins: « Il faut encourager chacun à faire confiance à son nez: se donner un temps de stimulation olfactive, ça ne peut que faire du bien et cela peut devenir, comme la musique, l'objet d'un réel apprentissage. »

Figaro.fr – Publié le 26/06/2019



SAVE THE DATE

Faculté de Médecine dentaire de Jérusalem, Hôpital Hadassah en coopération avec la Société Française de Dentisterie Laser

Formation laser pour dentistes et médecins français le 22 août

> **9h**: Accueil des participants dans la salle de réunion Alpha Oméga (5^e étage) en présence de l'équipe d'enseignants: Prof. Aharon Palmon, Prof. A. Stavholtz, Prof. A. Stahbolz, Dr D.V. Dilouya, Dr Sahar-Halft, M. Ben-Mayor

> **9h15 - 9h30**: Discours de bienvenue

> **9h30 - 10h**: Présentation de la Faculté de médecine dentaire et du programme du séminaire laser, Adam Stabholtz

> **10h - 10h30**: Applications cliniques du laser en parodontie et en implantologie, Ayala Stabholtz

> **10h30 - 11h**: Applications cliniques du laser dans les traitements des complications implantaire et des péri-implantites, applications cliniques du laser dans les traitements des parodontites sévères. David Vincent Dilouya

> **11h - 11h30**: Pause-café

> **11h30 - 12h**: Applications cliniques du laser en endodontie, Adam Stabholtz

> **12h - 12h30**: Corrélation entre échecs des traitements canaux et échecs implantaire, Sharonit Sahar - Halft

> **12h30 - 14h**: Déjeuner au restaurant Academon et visite de l'Université d'Hadassah

> **14h - 14h30**: Cas clinique multidisciplinaire

> **14h30 - 16h**: Study-Club, Hands on training with ER:YAG laser



Coût par participant: 225 € à régler en paiement direct au fonds Magid de l'Hopital d'Hadassah
Une attestation SFDL vous sera remise ainsi qu'un Diplôme de l'Université d'Hadassah. ■ Renseignements: drdilouya@gmail.com

Voici la différence entre l'anxiété normale et le trouble anxieux



Qu'elle se manifeste à l'occasion d'un entretien d'embauche ou vis-à-vis de la santé de ses proches, l'anxiété fait partie de l'être humain. Mais à quel moment atteint-elle un stade critique ?

Les troubles anxieux touchent tout le monde et présentent des symptômes variés, ce qui complique leur diagnostic. Tout n'est pas mauvais non plus dans l'anxiété. À en croire Joseph Baskin, psychiatre à la clinique de Cleveland, elle est même très utile. « *Du point de vue de l'évolution, elle nous a aidés à rester en vie en déclenchant la réaction de lutte ou de fuite* », explique-t-il. « *L'anxiété est également source de motivation, par exemple, quand elle est associée à une date butoir.* »

Les études révèlent toutefois qu'elle s'est largement répandue, surtout ces dernières décennies. De nombreux facteurs sont en cause, comme l'avènement des réseaux sociaux, la pression de l'entourage ou la comparaison sociale. Selon une enquête menée en 2018, les diagnostics d'anxiété chez les enfants de 6 à 17 ans ont augmenté de 20 % entre 2007 et 2012. Les étudiants ne se sont jamais sentis aussi dépassés et les millénials sont sujets à une anxiété grandissante, au point que cela en devient difficile à gérer.

« *Ce qui différencie l'anxiété du trouble anxieux, c'est votre capacité ou non à aller de l'avant* », indique Cheryl Carmin, psychologue au Wexner Medical Center's Harding Hospital de l'université de l'Ohio.

« *Elle devient une maladie, susceptible d'être diagnostiquée, quand elle interfère dans votre vie ou qu'elle est source de très grand stress* », précise-t-elle. « *La plupart des gens sont anxieux avant un entretien d'embauche, mais celui qui souffre d'un trouble anxieux aura tellement peur d'être jugé qu'il est capable de ne pas y aller.* »

À quoi ressemble exactement le trouble anxieux ?

L'anxiété affecte environ 40 millions d'Américains chaque année (en gros, 18 % de la population), quoique de façon différente. La maladie mentale ne fait pas de distinction en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, de la réussite sociale ou quoi que ce soit d'autre. Ce n'est pas parce qu'on ne semble n'avoir aucune raison de souffrir d'un trouble anxieux que celui-ci n'existe pas. « *Certains vont éprouver une angoisse intense sur un sujet précis. Les phobies, qui affectent 7 à 9 % de la population, constituent le type le plus courant de trouble anxieux (phobie des hauteurs, des animaux, des insectes, du sang, des blessures, de la dégradation environnementale, de l'avion, claustrophobie, etc.)* », précise Cheryl Carmin.

Le trouble anxieux social est également très répandu et touche 7 % de la population. « *Ce trouble se manifeste par la peur d'une évaluation négative* », dit-elle. « *Le fait de dire ou faire quelque chose qui pourrait être gênant ou humiliant dans des situations où l'on est observé, ou la peur de la réprobation.* » La peur

de s'exprimer en public et l'angoisse de la performance en font partie.

D'un autre côté, certains s'inquiètent de façon plus générale, que ce soit pour leur santé, à l'idée de prendre la parole en public, à l'égard des catastrophes naturelles, etc. Le diagnostic de trouble anxieux généralisé, qui affecte 2 à 3 % de la population, est posé lorsque l'on présente – la majorité du temps au cours d'une période de six mois au moins — trois symptômes physiologiques ou liés à l'humeur tels que l'irritabilité et la nervosité, le sentiment de danger ou de désastre imminent, une accélération du rythme cardiaque, ou des troubles du sommeil ou gastro-intestinaux.

Inutile d'attendre six mois pour se faire aider. Quand faut-il appeler le médecin ou un thérapeute ? « *Quand votre angoisse, répétée et constante, vous pose suffisamment de problèmes pour vous empêcher de mener une vie normale, il est temps de consulter* », affirme Joseph Baskin.

Il ajoute que les femmes vont plus facilement demander de l'aide et sont donc plus à même d'obtenir un diagnostic clinique. Notons aussi que de nombreuses communautés, comme les personnes handicapées, de couleur ou LGBTQ, ont plus difficilement accès aux thérapies et aux médicaments. Il existe cependant des moyens de se procurer les traitements souhaités, afin que chacun puisse composer avec son angoisse.

Le traitement est différent pour chacun

« *Il existe tout un éventail de médicaments, thérapies et routines de bien-être pour traiter les troubles anxieux mais la thérapie cognitive comportementale, (TCC) reste la référence* », déclare Cheryl Carmin. Un grand nombre d'études viennent étayer le recours à la TCC pour tous les troubles anxieux et font état de résultats positifs qui se maintiennent sur la durée », indique-t-elle. Ses effets positifs ont tendance à se manifester au bout de 12 à 16 semaines.

Cette forme de thérapie incite les personnes anxieuses à affronter leurs peurs plutôt qu'à les refouler. Leur sensibilité aux symptômes s'en trouve diminuée.

« *La TCC permet aussi aux patients de mieux comprendre que ce qu'ils redoutent ne se produit pas forcément* », souligne Cheryl. « *Ils sont ainsi amenés à examiner, puis remettre efficacement en cause leurs croyances vis-à-vis de ce qu'ils craignent.* »

Les psychiatres peuvent en outre prescrire des médicaments qui aident à gérer l'angoisse. Le docteur Baskin évoque les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) comme le Zoloft, le Prozac ou le Lexapro. Ces médicaments augmentent la quantité de sérotonine – alias l'hormone du bonheur – disponible entre les neurones dans le cerveau. On peut aussi avoir recours, à court terme, aux benzodiazépines comme le Valium et le Xanax. D'autres préféreront se tourner vers la marijuana ou le cannabidiol (CBD), dont la légalité dépend de l'endroit où vous habitez, pour soulager leur stress et leurs angoisses.

« *Nos habitudes de vie constituent aussi un moyen de soulager l'anxiété, ajoute Cheryl Carmin. Les pratiques liées au bien-être incluent souvent des approches fondées sur la pleine conscience. Sur un temps donné, les stratégies de détente telles que la relaxation musculaire progressive et la respiration diaphragmatique ont démontré leur utilité.* » De même, il a été démontré que faire de l'exercice, manger sain et passer du temps avec ses proches aide à gérer le trouble anxieux, même si cela ne constitue pas un traitement en soi.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas trop attendre avant de prendre en compte le trouble anxieux et de ne pas hésiter à se tourner vers un médecin. « *Si l'angoisse conduit à éviter les situations qui la provoquent, si elle est source de stress, voire de crises de panique, il faut savoir que plus on laisse les peurs s'installer, plus il faudra de temps pour en éliminer les symptômes* », conclut Cheryl Carmin. Donc, si l'angoisse affecte votre fonctionnement au quotidien, ne tardez pas à demander de l'aide.

Publié sur Le HuffPost américain,
traduit par Catherine Biros
pour Fast ForWord – 23/06/2019



Transformez votre façon de travailler

La plupart des composites offrent des caractéristiques parfaites pour le remplacement de l'émail : haute résistance à l'usure et esthétique.

Cependant, ils ne sont pas capables d'égaliser la dentine quand il s'agit de résistance à la fracture.

Grâce à une grande quantité de fibres courtes fortement liées à une matrice résineuse, everX Flow surmonte ce problème et possède une résistance à la fracture proche de celle de la dentine.

En combinaison avec le composite G-ænial® Universal Injectable, vous renforcez efficacement les grandes restaurations postérieures.

En plus de caractéristiques physiques uniques, il propose une application on ne peut plus simple et une esthétique étonnante.

Bienvenue dans le futur - Essayez-les, vous ne reviendrez plus en arrière.

Dr L. Dahan, France



Préparation de la cavité



Application de l'everX Flow (teinte Bulk)



Injecter G-ænial® Universal Injectable (teinte A3) en couche finale



Résultat post-opératoire

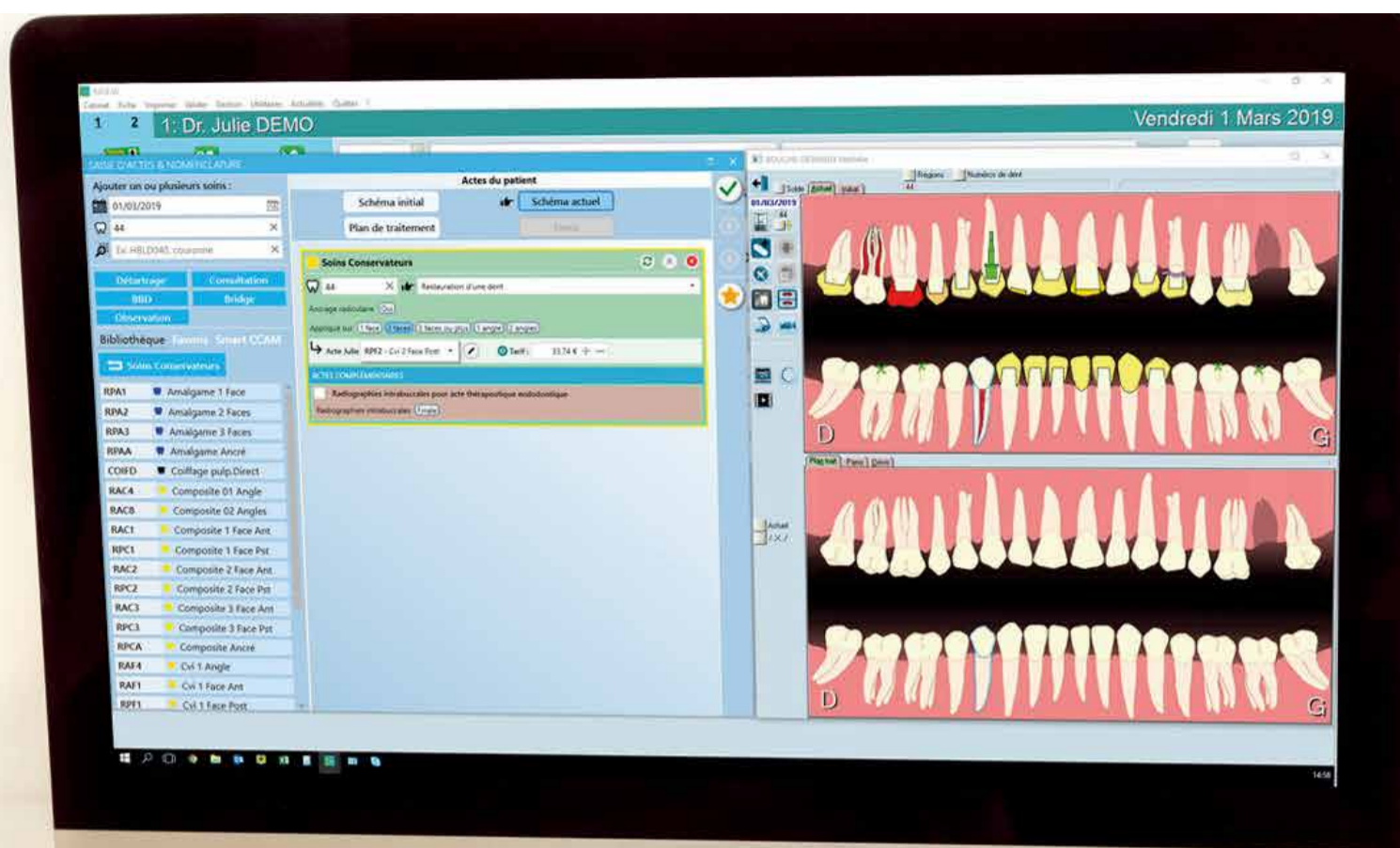


G-ænial® Universal Injectable : composite de restauration injectable et façonnable pour toutes les classes de cavité sans limitation de taille.


EverX™ Flow : composite fluide pour remplacement dentinaire ; pour toutes les restaurations directes, y compris les grandes cavités postérieures, les cavités profondes, les dents traitées en endo et les reconstitutions de faux moignons.


Dispositifs médicaux pour soins dentaires réservés aux professionnels de santé, non remboursés par la sécurité sociale. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. Classe IIa.

Organisme certificateur : n°0086. Distribués par GC France



Optimisez vos plans de traitement en quelques clics !

 Julie vous propose un assistant de saisie des **actes pouvant s'effectuer en amont et en aval** de l'acte final. Optimisez vos plans de traitement en ajoutant en un clic les actes à coter en fonction de la sélection proposée.

 Bénéficiez d'un **accompagnement personnalisé** pour une prise en main simple et rapide du logiciel Julie. Nous adaptons nos solutions à vos besoins.



Bibliothèque d'actes avec une recherche intelligente.



Proposition d'**actes complémentaires** en fonction de l'acte final.



Création de **plan de traitement type** en favoris.

Faites comme nos 26 000 utilisateurs et passez à la solution logicielle qui facilite votre quotidien !



dynamik@julie.fr



01 60 93 73 70



www.julie.fr

