



N° 260- Janvier - Février 2017

LE POINT

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



Pilier Multi-unit Plus

Mettez-vous à jour et gagnez du temps



Le pilier Multi-Unit Plus (MUA plus) pour implants à connexion conique.

La nouvelle fonctionnalité de clipsage («snap») peut significativement réduire le temps au fauteuil pour convertir une prothèse adjointe ou créer une restauration provisoire. La chape provisoire Temporary Coping se clipse sur le pilier Multi-unit Plus, éliminant le besoin d'utiliser des vis pour la fixer pendant l'essai et l'ajustement de la prothèse provisoire. Travailler avec des piliers Multi-Unit cela implique:

- Une situation gingivale stable
- Un confort accru pour le patient
- Possibilité de corriger l'angulation (17° et 30°)
- Travail prothétique remonté au niveau gingival
- Un accès et une hygiène simplifiés

Plus d'info sur nobelbiocare.com/mua ou au 02/467.41.90.



Scannez le code pour voir les video's et bien plus!



L'avenir est en vous

Malgré les restrictions budgétaires, malgré les difficultés à obtenir un Accord Dento-Mutualiste 2017 - 2018, malgré toutes les crises que traverse notre Monde, nous voyons au sein de notre Profession et au sein de notre association des praticiens enthousiastes, volontaristes, entrepreneurs. Ils portent haut et fort les couleurs de notre Profession.

Bien sûr les défis ne manquent pas :

On nous demande de faire preuve de toujours plus d'efficacité dans nos soins : mieux pour moins cher. Le défi a ses limites.

Les meilleurs investissements que l'on a pu faire en Médecine dentaire, ce sont les investissements dans la prévention. Il faut continuer et y travailler de manière transversale, avec tous les intervenants en santé. La Ministre a insufflé un grand mouvement de modernisation de l'Arrêté royal n° 78 qui refondera le fonctionnement des professions de santé. Un sérieux défi.

2017 sera l'Année de la e-Santé. La simplification administrative passe par cette informatisation. La e-Santé est facteur d'efficacité et de qualité.

La Société de Médecine Dentaire est résolument tournée vers l'avenir. Pas question de céder à la peur, à la frilosité, à la médiocrité, à la bassesse.

Elle est fière d'accompagner ses nombreux membres qui partagent ces mêmes valeurs de qualité, de confraternité, d'humanité. Croyez avant tout en vous, en vos capacités !

Au nom de toute l'équipe de la SMD, je vous souhaite une merveilleuse année 2017 !



Michel DEVRIESE
Président
23 décembre 2016

Pathologies buccales Imageries

Centre de Wallonie, Namur 19 novembre 2016




Audrey GUEDERS
Membre de la Commission Scientifique de la SMO

C'est dans le magnifique cadre du Centre de Wallonie que s'est déroulé, le 19 novembre, la conférence sur les pathologies buccales et l'imagerie organisée par la Commission Scientifique de la SMO.

La table de conférence, située au dernier étage de l'imposant édifice, était une vue imprenable sur les jardins, les arbres, mais les participants, venus des régions de la zone, ont été très attentifs tout au long de la journée, particulièrement lors de la qualité des présentations de nos intervenants.

Le patient a généralement peu souffert de ces techniques d'imagerie en dentisterie. De la 3D à l'IRM, l'odontologie a énormément gagné en précision et en confort. Les données acquises sont plus précises et plus complètes que les clichés dentaires classiques. Le patient a donc moins de douleurs et de gêne pendant l'examen. Les données acquises sont plus précises et plus complètes que les clichés dentaires classiques. Le patient a donc moins de douleurs et de gêne pendant l'examen.

Il a également insisté sur le rôle de l'imagerie en dentisterie, qui doit rester un outil complémentaire de l'examen clinique. On ne peut pas se fier uniquement sur les données de l'imagerie. L'imagerie est donc un outil complémentaire de l'examen clinique. On ne peut pas se fier uniquement sur les données de l'imagerie.

Nous avons ensuite entendu l'expertise de **Dominique FAYET**, chirurgien de l'occlusif, à l'Institut de la Clinique de Pathologie des Maxillo-faciaux. Il a abordé les différents types de diagnostics de l'orthodontie, pour un expert sur le rôle de l'imagerie dans le diagnostic de la malocclusion buccale. C'est avec plaisir que le Dr FAYET a illustré son propos en montrant des cas de malocclusion qui pourraient être traités par un traitement orthodontique. Il a également insisté sur le rôle de l'imagerie dans le diagnostic de la malocclusion buccale. C'est avec plaisir que le Dr FAYET a illustré son propos en montrant des cas de malocclusion qui pourraient être traités par un traitement orthodontique.

Le point 260 - janvier - février 2017

Traitements de l'herpès labial

Analyse des différents traitements de l'herpès labial, topiques et en délivrance libre, à la disposition du dentiste ; étude des critères selon lesquels les dentistes les conseillent aux patients

Nathan DE MESSEMACKER
MÉMOIRE DE FIN STAGE
Université Libre de Bruxelles 2016

INTRODUCTION
L'herpès labial est provoqué par un virus du groupe herpes, appelé virus simple (HSV), à double brin (ADN) enkapsulé dans une capsule protéique. On le retrouve essentiellement dans les cellules épithéliales.

Il existe deux types d'HSV : HSV 1 et HSV 2.

L'herpès labial est provoqué par un virus du groupe herpes, appelé virus simple (HSV), à double brin (ADN) enkapsulé dans une capsule protéique. On le retrouve essentiellement dans les cellules épithéliales.

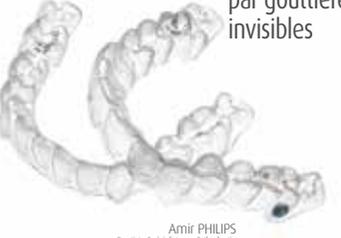
Il existe deux types d'HSV : HSV 1 et HSV 2.

L'herpès labial est provoqué par un virus du groupe herpes, appelé virus simple (HSV), à double brin (ADN) enkapsulé dans une capsule protéique. On le retrouve essentiellement dans les cellules épithéliales.

Il existe deux types d'HSV : HSV 1 et HSV 2.

Le point 260 - janvier - février 2017

L'Orthodontie par gouttières invisibles



Amir PHILIPS
Dentiste Spécialiste en Orthodontie

Photos avant traitement



Le point 260 - janvier - février 2017

- 3
- 4
- 6
- 7
- 8

EDITO
M DEVRIESE
SOMMAIRES
COTISATIONS 2017
POURQUOI ÊTRE MEMBRE ?
PATHOLOGIES BUCCALES, IMAGERIE
A GUEDERS

12

SOMMAIRE ARTICLES SCIENTIFIQUES
14 **Traitements de l'herpès labial**
N DE MESSEMACKER
22 **Aspects pratiques de la prise en charge des pathologies de la muqueuse buccale par le dentiste**
PR PARENT
30 **Le rôle esthétique de la stratification des composites en secteur antérieur**
M TAHRI, R ATASH, S CETIK
40 **L'orthodontie par gouttières invisibles - cas clinique N°3**
A PHILIPS
44 **Nouvelle année : nouveaux objectifs à fixer**
E BINHAS

Tarif des cours

De nouvelles formules pour nos formations en 2017 !

Pour les jeunes :

Les étudiants en Master 1 & 2 bénéficient d'un tarif unique* Tarif à 55 €

Les jeunes diplômés, qui ont obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur ou un diplôme de l'enseignement de l'enseignement supérieur de l'étranger, bénéficient quant à eux d'un tarif préférentiel durant les trois premières années académiques suivant leur arrivée en Belgique.

Pour les fidèles :

A partir de la troisième formation* (sans (hors formations gratuites, workshops et peer-review), une réduction sera accordée.



Inscription à une 3^{ème} formation : réduction de 40 €

Inscription à une 4^{ème} formation : réduction de 130 €

Inscription à une 5^{ème} formation : réduction de 180 €

Pour les prévoyants :

Des packs avec inscription précoce. Inscrivez-vous en début d'année à plusieurs formations continues dans un pack* et profitez d'un tarif sans.



Pack Premium : 3 cours au choix (hors workshops) - 2 peer-review - 800 €

Pack Gold : 4 cours au choix (hors workshops) - 2 peer-review - 950 €

Pack Diamond : 5 cours au choix (hors workshops) - 2 peer-review - 1.100 €

Pour les indécis, les distraits :

Il est bien entendu toujours possible de s'inscrire au step by step à chaque formation (dans la mesure des places disponibles).

Attention toutefois quant à l'inscription et à l'appliquer pour chaque session.

(*) Offres non cumulables.

Conditions générales.

Les offres sont non cumulables entre elles.

Les offres ne concernent que les inscriptions, et les peer-review, et les formations gratuites.

Les packs doivent être souscrits avant le 31 mars 2017.

Les packs sont proposés à la date de rédaction et sont sans remboursement.

Toutes nos formules à tarif réduit ne sont applicables qu'aux membres en règle de cotisation pour l'année 2017.

BIBLIO



COMPRENDRE LES BRUXISMES

LALIQUE J.-F., BRUGARD D.

Depuis la parution du premier ouvrage sur le bruxisme (2007), les connaissances dans ce domaine ont évolué de manière importante ainsi que le diagnostic, et les approches thérapeutiques.

Cette nouvelle édition permet de comprendre les processus mécaniques, les implications musculaires et proprioceptives du bruxisme, les mécanismes de la douleur et les approches thérapeutiques.

Les nombreux collaborateurs à cet ouvrage contribuent à élucider toutes les connaissances actuelles.

Éditeur : Quintessence International

Nombre de pages : 184 pages - 172 illustrations

Format : 170 x 240 mm

ISBN : 978-2-36011-012-2

Prix : 115 € hors port inclus



IMPLANTOLOGIE DE LA ZONE ESTHÉTIQUE

Plan de traitement étape par étape

GRUNGER U.

L'implantologie de l'arcade dans le domaine des restaurations implantaires et esthétiques de la zone antérieure est rapidement devenue un domaine de pointe.

Il est traité sur plusieurs dimensions de pratique, de recherche et d'analyse des succès, et des échecs.

Toutes les situations cliniques, la gestion des parties de substitution de tissus mous et durs, les matériaux et matériaux adhésifs, sont abordés, soutenus par une imagerie photographique entièrement commentée.

Sont aussi abordés :

- Principes thérapeutiques
- Conception des plans de traitement
- Indications
- Analyse esthétique
- Protocoles

Avec plus de 4000 illustrations et schémas, cet ouvrage implantaire permet à chaque praticien d'obtenir un haut niveau de compétence correspondant à la demande des patients les plus exigeants.

Éditeur : Quintessence International

Nombre de pages : 168 pages - 4249 illustrations

Format : 240 x 170 mm

ISBN : 978-2-36011-013-9

Prix : 145 € hors port inclus

46	SOMMAIRE FORMATION CONTINUE	
48	TARIF DES COURS	
49	PROFESSIONNEL	27/01/2017
50	FACETTES, INLAYS, ONLAYS	11/02/2017
51	DOULEURS ORO-FACIALES	17/02/2017
52	EMPREINTES OPTIQUES	21/02/2017
53	BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL	10/03/2017
54	SUTURES	11/03/2017
55	PULPE FICION	18/03/2017
56	GESTION DES CONFLITS	27/04/2017

57	STUDY-CLUBS
60	ACTIVITÉS ACCRÉDITÉS EN 2016 - N° D'ORGANISATEUR 002

62	SOMMAIRE INFOS PROFESSIONNELLES
64	REMPLACEMENT DE LA BASE
	M DEVRIESE
	PROTOXYDE D'AZOTE
	M DEVRIESE
	AVANTAGES SOCIAUX (« STATUT SOCIAL »)
	POUR PRATICIEN AYANT L'ÂGE DE LA PENSION
	M DEVRIESE
65	INFOBOX INAMI
	M DEVRIESE
	AMALGAMES DENTAIRE
	M DEVRIESE
66	INFORMATISATION DES SOINS DE SANTÉ
	M DEVRIESE

73	BIBLIO
74	PETITES ANNONCES
76	CULTURE
	P MATHIEU
82	AGENDA

COLOPHON

LE POINT

Journal officiel de la Société de Médecine Dentaire ASBL
Association dentaire belge francophone

Bureau exécutif :

- M. Devriese - Président,
- P Bogaerts - Vice-Président
- O. Custers - Directeur,
- A. Meto - Secrétaire-Générale,
- B. Gonthier - Trésorier,

Rédacteur en chef :

O. Custers

Editeur responsable :

Michel Devriese

Les articles sont publiés sous la seule responsabilité
de leurs auteurs

Président de la Commission Scientifique :

B. Lambert

Directeur :

O. Custers

Secrétariat :

B. Fontaine,

ISSN : 0779-7060

Editeur :

Société de Médecine Dentaire
Avenue De Fré, 191
1180 Bruxelles
Tél. : + 32 (0)2 375 81 75
Fax : + 32 (0)2 375 86 12
TVA : BE0429 414 842
Banque: BE20 0682 3275 4456

lepont@dentiste.be
www.dentiste.be

Impression :

Imprimerie Van der Poorten s.a.
Diestsesteenweg 624
3010 Kessel-Lo

Publicités :

Olivier Custers
Tél. : 0475 376 838
olivier.custers@dentiste.be

Création & Mise en page :

BVG communication
www.bvgcom.com
benoit@bvgcom.be

COTISATION 2017



Vous êtes diplômé en

Montant



2011 et avant	360 euros
2012	180 euros
2013	90 euros
2014	90 euros
2015	GRATUIT
2016	GRATUIT
avec statut de stagiaire (Master 3 ou 1 ^{ère} année de stage DSO DSP)	GRATUIT
2017	GRATUIT
Etudiant (Bac 3, Master 1, Master 2)	GRATUIT
Assistant plein temps + de 65 ans	215 euros
Membre Honoraire	170 euros
Praticien n'exerçant pas en Belgique	50 euros
	240 euros

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

La cotisation peut être réglée par carte bancaire via www.dentiste.be

Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT

Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

Date d'exécution souhaitée dans le futur	Montant	EUR	CENT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Compte donneur d'ordre (IBAN)	<input type="text"/>		
Nom et adresse donneur d'ordre	<input type="text"/>		
Compte bénéficiaire (IBAN)	B E 2 0 0 6 8 2 3 2 7 5 4 4 5 6 <input type="text"/>		
BIC bénéficiaire	G K C C B E B B <input type="text"/>		
Nom et adresse bénéficiaire	Société de Médecine Dentaire Avenue de Fré 191 1180 Uccle		
Communication	COTI.: 2017 <input type="text"/> n° Membre <input type="text"/>		

POURQUOI être membre ? QUI sommes-nous ?

La Société de Médecine Dentaire est la principale association scientifique et professionnelle représentative des dentistes de Belgique.

Nous comptons parmi nos membres près de 2/3 des praticiens de Wallonie et de Bruxelles.
Notre raison d'être est d'aider les dentistes à tous les niveaux de leur vie professionnelle :

- représentation de la Profession à tous les niveaux de décision (SPF Santé, INAMI, FWB,...),
- contacts avec les Autorités, les Administrations, la Presse, l'industrie,...
- conseils juridiques
- explications de nomenclature,
- aide aux étudiants et aux stagiaires,
- formation et conseils aux maîtres de stage,
- formation continue : cours, congrès et workshops,
- collaboration à l'information et à l'éducation du public,
- ...



Pathologies buccales Imageries

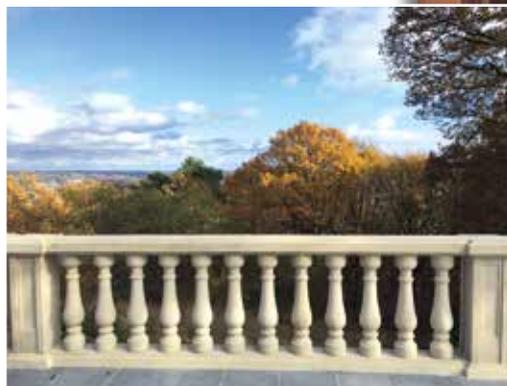
Cercle de Wallonie, Namur 19 novembre 2016



Audrey GUEDERS
Membre de la Commission
Scientifique de la SMD

C'est dans le magnifique cadre du cercle de Wallonie que s'est déroulée, ce 19 novembre, la conférence sur les pathologies buccales et l'imagerie, organisée par la commission scientifique de la SMD.

La salle de conférences, située au dernier étage du bâtiment, offrait une vue imprenable sur les jardins alentours mais les participants, venus très nombreux en ce jour, sont restés très attentifs tout au long de la journée, probablement aidés par la qualité des présentations de nos 3 orateurs.





La journée a commencé par la conférence sur les techniques d'imagerie en dentisterie du Dr Eric Bonnet, Docteur en chirurgie dentaire et détenteur d'un diplôme Inter Universitaire Européen en Imagerie tête et cou. Le Dr Bonnet a décrit de manière très précise et structurée l'ensemble des techniques d'imagerie 2D et 3D que le praticien de l'art dentaire est amené à réaliser, à prescrire et surtout à interpréter !

Il a également insisté sur le rôle de l'imagerie en dentisterie, qui doit rester un outil complémentaire de l'examen clinique. On ne peut poser un diagnostic sur la seule lecture d'un cliché radiographique, quel qu'il soit. Le praticien doit aussi réaliser un examen clinique et différents tests cliniques avant de pouvoir poser un diagnostic.

L'imagerie 2D, que nous utilisons dans notre pratique quotidienne, permet d'obtenir une image, légèrement déformée, cette image étant le résultat de la transformation d'un volume en un plan. C'est ainsi que le Dr Bonnet a expliqué qu'il est impossible d'obtenir des mesures précises sur base d'un simple cliché en 2D.

Au jour d'aujourd'hui, l'imagerie 3D est d'une grande utilité en dentisterie, notamment comme outil complémentaire de diagnostic (principalement pour les problèmes endodontiques) ou comme examen pré-opératoire (avant une chirurgie endodontique ou une réhabilitation implantaire). A ce titre, le Dr Bonnet a longuement décrit les avantages liés à l'utilisation des appareils CBCT par rapport au scanner. Au travers de nombreux clichés, l'orateur a notamment montré la supériorité en terme de précision des images obtenues avec un CBCT. Il a également insisté sur le fait que cette technique d'imagerie médicale permettait de cibler des zones restreintes, ce qui permet de diminuer les doses d'irradiation pour le patient tout en obtenant des images d'une grande précision.

La radiographie panoramique a toujours un rôle dans notre pratique de dentiste. Elle est essentiellement un examen de dépistage et un excellent moyen de transmettre des informations au patient. Cependant, en donnant différents trucs et astuces, le Dr Bonnet nous a encouragé à ne pas se focaliser sur les structures dentaires mais bien à réaliser une lecture du cliché en entier, les structures anatomiques environnantes y compris. L'orateur nous a ainsi montré au travers de nombreux exemples, toute l'utilité d'une lecture systématique et complète de ces clichés panoramiques.

Il a insisté sur l'importance de la méthodologie de la lecture :

1. Apprécier la symétrie des structures observées
2. Réaliser l'appel des dents
3. Analyser les dents du centre vers la périphérie
4. Examiner les parties molles
5. Examiner les structures anatomiques

Le Dr Bonnet nous a également donné quelques astuces quant à l'interprétation des lésions radioclares (pathologiques ou anatomiques) qui peuvent être visualisées sur les clichés panoramiques.

En ce qui concerne les clichés rétro-alvéolaires, ceux-ci ne peuvent être précis et reproductibles que si un angulateur est utilisé pour tenir la radiographie. Différentes radiographies ont été comparées : Rx prise avec un angulateur ou Rx tenue par le patient à l'aide de son doigt. Les déformations observées sur le cliché dans ce deuxième cas de figure ne laissent planer aucun doute quant à l'efficacité de l'angulateur. Dans le cadre de ces clichés rétro-alvéolaires, le Dr Bonnet a parlé exclusivement des clichés numériques. Il nous a longuement expliqué comment réaliser au mieux la prise du cliché mais également comment optimiser sa lecture, notamment grâce aux différents logiciels mis à notre disposition, à l'environnement de travail ou encore, aux conditions de lecture.

Enfin, les limites de l'imagerie CBCT ont été évoquées, comme les artéfacts cinétiques (liés à la position debout du patient lors de la prise de cliché) et les artéfacts métalliques. Ces derniers peuvent être corrigés par certains logiciels de traitement d'images mais ceux-ci pourraient également masquer d'autres zones ou détails rendant le diagnostic plus difficile.

Enfin, différents rappels ont été fait sur la dosimétrie. Loin d'être ennuyeuse, cette partie est venue compléter un exposé très agréable et très pratique sur le domaine de la radiologie.



Nous avons ensuite entamé l'après-midi avec **Madame la professeure Dominique Parent**, chargée de cours à l'ULB et chef de la Clinique de Pathologie des Muqueuses dans le service de dermatologie de l'hôpital Erasme, pour un exposé sur le « rôle du dentiste dans les pathologies de la muqueuse buccale ». C'est avec émotion que la Pr Parent a introduit sa conférence en annonçant que cet

exposé serait le dernier avant sa retraite. Cet exposé a commencé avec l'énumération et la description de toute une série de médications, bains de bouche, gels et autres préparations magistrales qui pourraient s'avérer utiles pour nos patients en cas de lésions et/ou pathologies intra-buccales. Ensuite, l'oratrice a passé en revue, non sans quelques touches humoristiques, les différentes pathologies qu'il était possible de rencontrer chez nos patients : principalement les problèmes de sécheresse buccale, les lésions blanches, les lésions rouges et les lésions (pré)cancéreuses. Au cours de cette conférence animée et parfaitement illustrée, la Professeure Parent a insisté sur les tableaux cliniques, les diagnostics différentiels, les causes et les traitements des différentes pathologies. L'oratrice nous a également longuement expliqué que les prises en charge de certaines lésions sont parfois difficiles, soit parce que certaines pathologies apparaissent préférentiellement chez des patients avec des profils types (patients/patientes souffrant de dépression) soit parce que certaines lésions sont très invasives et handicapantes au quotidien.

Le sujet des candidoses orales a également été longuement abordé, l'oratrice insistant sur le fait que le candida est présent naturellement dans l'ensemble du système digestif mais qu'il peut, en cas de déséquilibre (créé par des facteurs environnementaux ou des

facteurs systémiques), entraîner des pathologies. Plusieurs arbres décisionnels ont par ailleurs été exposés lors de cette conférence de manière à mettre en évidence la systématisation de la prise en charge du patient pour un meilleur diagnostic et donc un meilleur traitement.

Notre après-midi s'est terminée avec l'exposé sur « les traitements antirésorbeurs osseux et l'ostéonécrose des mâchoires » du Dr Michèle Magremanne, Médecin spécialiste en stomatologie, chef de clinique dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'UCL.

Les ostéonécroses médicamenteuses au niveau des mâchoires sont décrites depuis 2003, et sont associées à la prescription des biphosphonates, notamment le ZOMETA. Avant 2003, on parlait essentiellement des ostéoradionécroses liées à la radiothérapie de la sphère orale.

Le Dr Magremanne a commencé son exposé par une description des symptômes et signes cliniques liés à ces ostéonécroses médicamenteuses.

Celles-ci peuvent être classées en plusieurs stades en fonction des symptômes rencontrés : du stade 0 = symptômes cliniques décrits par le patient mais pas de signes cliniques objectivables au stade 3 où une exposition osseuse est cliniquement objectivable, avec une lésion osseuse (visible en bouche) pouvant aller jusqu'à la fracture. Ces ostéonécroses médicamenteuses sont un gros problème parce que leur prise en charge est complexe et qu'elles altèrent énormément la qualité de vie des patients.

Il est très important que le praticien interroge précisément les patients lors de leur anamnèse. La simple question « Prenez-vous des médicaments ? » ne suffit généralement pas pour mettre en évidence ce type de traitement, les prises étant parfois annuelles ou bi-annuelles. Le patient n'ayant qu'une seule prise sur l'année dans le cadre de son traitement contre l'ostéoporose, il ne pensera pas forcément à en parler à son dentiste.

Au cours de cet exposé, le Dr Magremanne a également passé en revue les différentes catégories de médicaments susceptibles d'engendrer des ostéonécroses des maxillaires :

- Les Biphosphonates qui inhibent la résorption osseuse contrôlée par les ostéoclastes. Le problème majeur de ces molécules est qu'elles se fixent à l'os et qu'elles y restent longtemps (certaines molécules ont une durée de demi-vie > à 10 ans). Les biphosphonates posent surtout des problèmes lorsque les injections se font en IV (Zometa®, Aredia®). Ces molécules sont prescrites dans le cadre de l'ostéoporose (ex : Aclasta® 1x/an) ou de maladies cancéreuses.
- Le Denosumab est une molécule qui ne se lie pas à l'os, ce n'est pas un biphosphonate. Il est commercialisé sous le nom de Prolia® ou XGeva®. Ce type de médication peut générer des ostéonécroses majeures.
- Les molécules angiogéniques qui créent des lésions par dévascularisation.

Le Dr Magremanne nous a également expliqué de manière très claire pourquoi ces médicaments engendraient essentiellement des problèmes au niveau des mâchoires ainsi que tous les mécanismes qui permettaient d'expliquer l'apparition de zones nécrotiques. Enfin, toute la problématique de la prise en charge et du suivi de ces patients a été abordée.

Au nom de la commission scientifique de la Société de Médecine Dentaire, un grand merci à nos 3 orateurs pour cette journée de qualité !



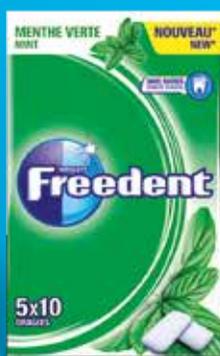
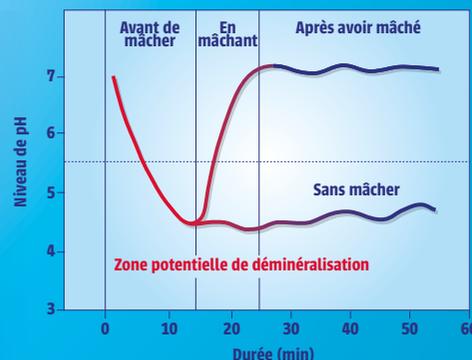
POUR DES DENTS PROPRES ET SAINES, MÂCHEZ



En partenariat
avec



Après chaque prise alimentaire au cours de la journée, il est recommandé de mâcher un chewing-gum sans sucres pendant 20 minutes, en complément des 2 brossages quotidiens, pour prendre soin de ses dents.



Contient du Xylitol.



Mâchez Freedent après avoir bu ou mangé: une solution agréable, simple et efficace de stimuler la production de salive et d'aider ainsi à neutraliser les acides de la plaque dentaire.



Articles Scientifiques

SOMMAIRE ARTICLES SCIENTIFIQUES

- 14 **TRAITEMENTS DE L'HERPÈS LABIAL**
N DE MESSEMACKER
- 22 **ASPECTS PRATIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES
DE LA MUQUESE BUCCALE PAR LE DENTISTE**
PR PARENT
- 30 **LE RÔLE ESTHÉTIQUE DE LA STRATIFICATION DES COMPOSITES
EN SECTEUR ANTÉRIEUR**
M TAHRI, R ATASH, S CETIK
- 40 **APPORT DE L'IMAGERIE 3D EN ENDODONTIE**
DR E BONNET
- 44 **NOUVELLE ANNÉE : NOUVEAUX OBJECTIFS À FIXER**
E BINHAS



Traitements de l'herpès labial

Analyse des différents traitements de l'herpès labial, topiques et en délivrance libre, à la disposition du dentiste ; étude des critères selon lesquels les dentistes les conseillent aux patients

Nathan DE MESSEMACKER

Mémoire de fin stage

Université Libre de Bruxelles 2016

INTRODUCTION

L'herpès labial est provoqué par un virus du groupe herpès : Herpes Virus Simplex (HSV), à double brin d'ADN enfermé dans une capside protéique, elle-même entourée d'une enveloppe lipidique.

Il existe deux types d'HSV : HSV 1 et HSV 2.

HSV1 est responsable de l'herpès labial, (bouton de fièvre) dans plus de 98% des cas [1]. Une étude épidémiologique (2003) a montré que 67% de la population belge était séropositive pour HSV1 contre 11% pour HSV2 [2]. Ces résultats sont d'autant plus difficiles à interpréter que 15 à 40% des herpès génitaux sont dus à HSV1 [3].

HSV est transmis par contact, c'est un virus latent qui persiste toute la vie, il n'existe aucun moyen de l'éradiquer. Lors d'un contact mucocutané entre une personne infectée et une personne non infectée, le virus peut pénétrer par une micro-brèche de l'épithélium et commencer à se multiplier dans les kératinocytes de l'hôte tout en induisant une virémie.

L'apparition d'anticorps spécifiques indique une primo-infection qui dans la majorité des cas est asymptomatique. Le virus remonte ensuite le long des nerfs sensitifs du territoire infecté et se loge dans le ganglion sensitif correspondant où il reste latent. Le ganglion de Gasser en cas d'herpès labial. Spontanément ou suite à certains facteurs déclenchants, (exposition aux UV, stress, fatigue, pyrexie etc.), le virus se réactive, revient à l'épithélium et provoque l'apparition

d'une récurrence précédée ou non de prodromes. Gonflement douloureux, vésicules transparentes puis croûtes se succèdent, guérissant en 5 à 7 jours [1], [4].

Aucun traitement ne guérit l'infection à HSV.

Néanmoins, plusieurs produits topiques, destinés à réduire la durée et l'intensité des symptômes des poussées, existent sur le marché. Ils n'ont pas d'influence sur la fréquence des récurrences.



Certains de ces traitements sont à visée symptomatique, diminuant la douleur et hâtant la cicatrisation, d'autres ont une action antivirale prouvée. Il est important qu'un dentiste connaisse ces différentes possibilités afin de conseiller au mieux ses patients.

Ce mémoire se propose donc d'étudier les différents traitements topiques de l'herpès labial disponibles sur le marché belge.

L'étude de la pratique des dentistes, parfois sollicités pour cette affection, apportera en outre des éléments de réflexion pour faire un choix thérapeutique judicieux.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Le recueil des données, auprès des dentistes, s'est fait grâce à un formulaire de 17 questions.

Le groupe interrogé devait répondre aux critères suivants :

- Personne détentrice d'un diplôme en sciences dentaire.
- Personne travaillant dans un hôpital ou un cabinet privé.
- Personne maîtrisant suffisamment le français pour comprendre et répondre aux questions.

La majorité des questionnaires ont été remis en main propre et récoltés le jour même. Les autres ont été transmis par fax.

Les questions posées concernent

- Les données professionnelles du participant : sexe, âge, diplôme, lieu d'étude, durée d'exercice professionnel.
- Les caractéristiques du cabinet: lieu, statut socio-économique de la clientèle.
- Les conseils habituels et les traitements topiques prescrits devant un herpès labial : type de produits, à quelle fréquence, y-a-t-il des critères qui influencent le choix tels que l'âge ou les moyens financiers du patient.

Les données recueillies ont été introduites sur deux logiciels statistiques (SPSS (version 22) et SPAD (version 8)) en permettant une analyse de classification associée aux résultats d'une analyse factorielle des correspondances multiples.

2. Une recherche de littérature concernant les différents médicaments topiques prescrits en Belgique a été effectuée via les plateformes électroniques PubMed, Google Scholar et Google en introduisant comme mots-clés : « labial herpes, HSV(1), cold sores, treatment, ainsi que les noms de molécules et de la spécialité correspondante (ex : aciclovir : zovirax®). Voir tableau en annexe n°2 pour les différentes molécules et spécialités cherchées ». Des articles, issus de la littérature scientifique, de compendium (C.B.I.P), de notices de médicaments ont été consultés. Pour les traitements non repris

dans ces documents (ex : homéopathie) les données ont été obtenues sur les moteurs de recherche (Google) via informations et publicités.

RÉSULTATS

Etude par questionnaire

Données générales :

45 questionnaires, remplis par 25 hommes (M=55,55%) et 20 femmes (F=44,44%) ont été inclus dans l'étude.

4 dentistes (→8,88%) ont moins de 25 ans, 16 (→35,55%) ont entre 25 et 34 ans, 11 (→24,44%) ont entre 35 et 44 ans, 9 (→20%) entre 45 et 54 ans et 5 (→11,11%) ont 55 ans ou plus.

9 (→20%) ont moins de 5 ans d'expérience, 12 (→26,66%) entre 5 et 10 ans, 12 (→26,66%) entre 11 et 20 ans, 7 (→15,55%) entre 21 et 30 ans, et 5 (→11,11%) ont plus de 30 ans d'exercice.

La majorité (32 → 71,11%) des dentistes interrogés ont été diplômés à l'ULB, ainsi que 8 (→17,77%) à l'UCL et 5 (→11,11%) à l'ULg.

37 (→82,22%) travaillent dans les Hainaut tandis que les autres interrogés travaillent en région bruxelloise. Parmi ceux-ci, 5 exercent au centre-ville tandis que 3 en périphérie.

Parmi les autres, 21 (→46,66%) travaillent en centre-ville de petites agglomérations, 11 (→24,44%) travaillent en périphérie de petites agglomérations et 5 (→11,11%) dans un village.

Habitudes de prescriptions :

Tous connaissent l'aciclovir et 37 la spécialité : zovirax®. 36 dentistes ont déjà prescrit de l'aciclovir.

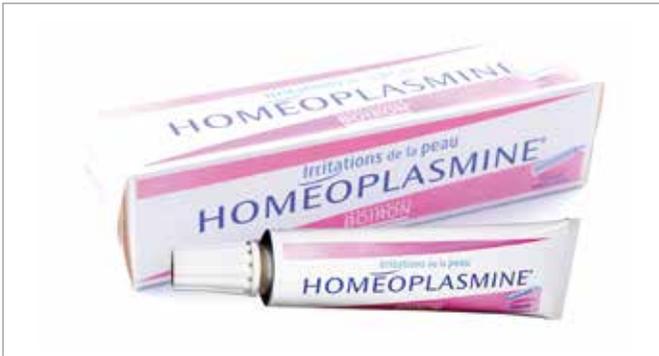
Seulement 15 (→33,33%) connaissent le Vectavir® et 2 (→04,44%) le prescrivent, même si cela est très rare.

7 d'entre eux connaissent l'Erazaban®, aucun ne le prescrit.

Très peu (8) connaissent le Zinolium®, et un seul l'a déjà prescrit. Le Lipactin® est connu par seulement 4 dentistes (→08.88%) et prescrit par un seul. Tous connaissent les patchs et 21 (→46.66%) dentistes en ont déjà conseillé.

39 (→82.22%) connaissent l'Homéoplasmine® mais aucun n'en prescrit pour traiter l'herpès labial. De même que pour les

huiles essentielles. Tous savent qu'elles existent mais aucun dentiste n'en prescrit à ses patients. Même chose pour les antiseptiques et le Fucidin® qui sont connus de tous mais jamais prescrits pour ce type de lésion par les dentistes.





Médicaments	% de dentistes qui le connaissent (et nombre)	% de dentistes qui le prescrivent (et nombre)
Aciclovir	100% (45)	80% (36)
Zovirax®	82.22% (37)	8.88% (4)
Penciclovir (Vectavir®)	33.33% (15)	4.44% (2)
Docosanol (Erazaban®)	15.55% (7)	0% (0)
Sulfate de zinc (Zinolium®)	17.77% (8)	2.22% (1)
Sulfate de zinc + héparine (Lipactin®)	8.88% (4)	2.22% (1)
Patchs	100% (45)	46.66% (21)
Homéoplasmine®	82.22% (39)	0% (0)
Rhus toxicodendron	0% (0)	0% (0)
Vaccinotoxinum	0% (0)	0% (0)
Apis mellifica	22.22% (10)	0% (0)
Huiles essentielles	100% (45)	0% (0)
Antiseptiques	100% (45)	0% (0)
Fusidate de sodium (Fucidin®)	100% (45)	0% (0)

Plus d'un tiers (35.14%) adoptent un traitement particulier pour les enfants, généralement homéopathique ou à base d'huiles essentielles. Environ deux-tiers (61.26%) adaptent le traitement en fonction des moyens financiers, délivrant plus facilement Zovirax® et patchs aux personnes aisées, et aciclovir en générique aux revenus plus modestes. Environ un quart (26.13%) ont un retour fréquent des patients, trois quart (70.27%) plus rarement et

quelques-uns (3.6%) jamais. Parmi ces retours, 13 (→12.15%) disent que les patients sont très satisfaits, 82 (→76.64%) qu'ils sont satisfaits et 12 (→11.21%) qu'ils sont moyennement satisfaits. 56 (→50.45%) disent que des patients ont déjà exigé un autre traitement. 85 (→76,58%) d'entre eux ont redirigé un patient vers un médecin, souvent pour 3 (→2.7%), parfois pour 41 (→36.94%) et rarement pour 41 (→36.94%).

Analyse statistique :

Le traitement des données sur SPSS n'a pas permis de mettre en évidence une différence statistiquement significative dans les habitudes de prescription des dentistes par rapport aux différentes variables : sexe / université du diplôme / statut / âge / ancienneté / province / situation du cabinet / statut socio-économique de la patientèle. Cela aurait pu éventuellement être possible avec un nombre beaucoup plus grand de questionnaires, mais cela sort du cadre de ce mémoire. Il existe donc une grande uniformité dans les conseils donnés par les dentistes en région du Hainaut et de Bruxelles pour traiter l'herpès labial.

ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE :

Gradation adoptée pour évaluer le niveau scientifique de l'étude de traitement :

- **Grade 1** → Efficacité prouvée par de nombreuses études, notamment des études en double aveugle.
- **Grade 2** → Efficacité prouvée par des études, mais aucune en double aveugle.
- **Grade 3** → Absence d'études scientifiques.

Aciclovir (grade 1) :

molécule antivirale, peu toxique, ciblant spécifiquement HSV et VZV. C'est un nucléoside artificiel, qui, une fois triphosphaté par la thymidine-kinase virale, inhibe l'ADN polymérase de la cellule infectée et empêche ainsi la multiplication virale [1]. Sa spécificité d'action est due au fait que seule la thymidine-kinase virale et non celle de la cellule hôte entraîne sa phosphorylation [1]. Distribué sous le nom de Zovirax® ou Viratop®.

Penciclovir (grade 1) :

molécule très proche de l'aciclovir quant à sa structure et à son mode d'action. Une étude réalisée en 2008 montre que le penciclovir pénètre mieux la couche cornée, par voie paracellulaire, et est donc plus concentré dans les couches épidermiques profondes, là où se trouve HSV1. Distribué sous le nom de Vectavir® crème [5].

Docosanol (grade 1) :

alcool gras saturé de formule brute : C²²H⁴⁶O. Le mode d'action est encore mal connu. Une étude suggère qu'il inhibe la réplication virale intracellulaire en empêchant le virus de pénétrer dans les cellules cibles. L'hypothèse étant que l'interaction entre le groupement très lipophile du docosanol et la membrane cellulaire rend ces cellules plus résistantes à l'entrée de HSV1. [6]. Le docosanol est retrouvé dans l'Erazaban® crème.

Sulfate de zinc (grade 2) (ZnSO⁴) :

il a un effet antiviral dû à l'inhibition des fonctions glycoprotéiques virales suite à l'accumulation de zinc dans celui-ci. Cette accumulation serait due à son lien avec les groupes sulphhydryl des glycoprotéines B [7]. Le sulfate de zinc est le principe actif du Zinolium®-Z gel.

Sulfate de zinc (ZnSO⁴) + héparine sodique (grade 2) :

l'héparine est un glycosaminoglycane. Son action bloquante sur l'adsorption du virus s'ajoute à celle du sulfate de zinc. Cette composition se retrouve dans le Lipactin® [8].

« Patchs » (grade 1) :

composés d'hydrocolloïdes de taille nanométrique (nanocolloïdes). Ils isolent le bouton de fièvre du milieu extérieur ; ils sont aussi utilisés pour soigner les plaies cutanées. Une étude en double aveugle (efficacité de ces patchs par rapport à celle déjà prouvée de l'aciclovir) n'a montré aucune différence significative. Les patchs

offrent une bonne alternative [9]. De plus, ils ont l'avantage d'isoler la lésion, diminuant ainsi le risque de transmission ou d'auto-inoculation. Enfin, ils permettent de camoufler une lésion peu esthétique avec du maquillage [1]. Plusieurs marques proposent ce type de patch, telles Compeed®, Urgo®,...

L'homéopathie (grade 3) :

n'est pas reconnue par le milieu scientifique ; elle est populaire car peu chère, originale (alternative à une médecine traditionnelle), et sans risques, même en cas d'automédication. Mis à part, un éventuel effet placebo, aucune étude à ce jour n'a permis de démontrer scientifiquement son efficacité.

Elle se base sur 3 principes :

- La similitude : principe selon lequel les semblables guérissent les semblables, c'est-à-dire qu'une substance ayant les mêmes effets symptomatiques qu'une maladie permettrait de guérir celle-ci.
- Le principe de la dilution infinitésimale, associé à celui de la dynamisation par succussion (le fait de secouer le flacon après la dilution restituerait le pouvoir curatif au médicament).
- Le principe d'individualisation du traitement : on adapte le traitement à chaque patient [10].

Les principaux remèdes homéopathiques conseillés sont :

Homéoplasmine® (grade 3) : pommade homéopathique utilisée lors d'irritations cutanées et contenant différentes teintures (de souci des jardins, de phytolaque, de bryone, de benjoin du Laos) et de l'acide borique (un antiseptique). Aucune étude n'a été trouvée dans la littérature scientifique; rien ne permet d'affirmer qu'elle aurait une efficacité sur une récurrence d'herpès labial, excepté son effet antiseptique dû à l'acide borique [11].

Rhus toxicodendron (grade 3) : provient du latex du sumac vénéneux, arbrisseau d'Amérique du nord et du Japon. Ce latex, irritant, contient des tanins galliques, un flavonoïde et de la vitamine C. Il contient également des urushiols, dérivés phénoliques, vraisemblablement responsables d'éruptions vésiculeuses et prurigineuses lors de l'application [1].

Vaccinotoxinum (grade 3) : obtenu à partir du vaccin antivariolique préparé à partir de lambeaux épidermiques d'une éruption cutanée de vaccine [1].

Apis mellifica (grade 3) : l'abeille sous forme d'insecte entier est utilisée dans sa composition. Il contient ainsi plusieurs molécules (dopamine, oxytyramine, adrénaline, noradrénaline, lumazine, carotène, mellitine, apamine) et un venin de composition complexe [1].

Les huiles essentielles (grade 3) :

sont des liquides concentrés et hydrophobes issus des composés aromatiques volatils d'une plante. Elles sont utilisées en aromathérapie, une médecine non-conventionnelle. Pour l'herpès labial, nombre d'entre elles sont conseillées, seules ou en mélange. Les plus utilisées sont: Tea tree, niaouli, lavande aspic, ravintsare, menthe poivrée, etc. [1].

Antiseptiques (grade 2) :

in vitro, ils inactivent le virus [12]. Les plus prescrits sont : l'eau dalibour, l'alcool, l'isobétadine.

Le fusidate de sodium (grade 3) :

est un antibiotique et non un antiviral. Il n'est donc pas recommandé de l'utiliser pour traiter l'herpès labial sauf en cas de complication ou de surinfection, et même dans ce cas un antiseptique sera préféré pour éviter les résistances. La spécialité de cette molécule est le Fucidin® [13].

DISCUSSION

L'aciclovir est le traitement le plus fréquemment délivré par les dentistes, ce qui est scientifiquement justifié puisque son action antivirale et son efficacité ont été démontrées [14]. Celle-ci est meilleure au stade des prodromes et du début de la phase inflammatoire [14].

En outre, il a peu d'effets secondaires (quelques cas d'allergie de contact décrits) [13]. L'aciclovir en crème (Zovirax®, viratop® ou générique) suffit généralement pour le traitement de l'herpès labial, sauf chez les patients immunodéprimés. Il existe une différence de prix entre la spécialité (Zovirax®) et les crèmes génériques (voir annexe n°2 pour les prix), celles-ci sont plus souvent prescrites aux personnes ayant un faible revenu tandis que la spécialité sera préférée pour une personne plus aisée. Il s'agit pourtant de la même molécule dans les deux cas, on peut donc se demander s'il est justifié éthiquement et scientifiquement de faire une différence.

Le penciclovir est beaucoup moins connu et beaucoup moins conseillé que l'aciclovir (seuls deux dentistes le conseillent). Or son efficacité a été scientifiquement prouvée et serait même supérieure à celle de l'aciclovir [4]. On peut supposer que le manque de publicité et sa sortie sur le marché plus récente que celle de l'aciclovir expliquent cette différence de délivrance [15] car son prix est proche de celui du Zovirax® et, comme pour celui-ci, aucun effet indésirable n'a été décrit mis à part la réaction allergique [13].

Le docosanol est presque inconnu de tous les dentistes interrogés et jamais conseillé, bien que son action ait elle aussi été scientifiquement prouvée, notamment par une étude en double-aveugle [16]. Comme pour le penciclovir, il est fort probable que son manque de publicité et sa récence sur le marché jouent en sa défaveur. Cependant, aucune étude n'a été réalisée pour déterminer lequel de l'aciclovir ou du docosanol est le plus efficace, il serait intéressant de pouvoir répondre à cette question.

Le sulfate de zinc, à la fois retrouvé sous sa forme brute dans le Zinolium® et associé à l'héparine dans le Lipactin®, a une valeur scientifique moindre que les traitements vus précédemment, car même si son efficacité à inactiver le HSV a été prouvée in vitro [17], [18], aucune étude en double aveugle n'a encore été réalisée. Ces traitements sont tous dans la même gamme de prix et aucun n'ont d'effets secondaires ou de contre-indications autres que l'allergie. Seul 1 dentiste interrogé conseille le zinolium ainsi que le lipactin.

Les patchs : leur efficacité et leurs différents avantages, isolation de la lésion et sa discrétion, ne sont plus à mettre en doute. Leur prix élevé (voir annexe n°2) fait que les dentistes ne les conseillent principalement qu'aux personnes aisées, choix compréhensible car d'autres traitements (aciclovir) sont tout aussi efficaces et beaucoup moins chers en générique [9]. Eux aussi font presque l'unanimité au sein des dentistes, qui encore une fois tendent à rejoindre l'avis des études réalisées sur le sujet démontrant que les patchs sont très efficaces pour traiter une récurrence d'herpès labial.

Ce n'est par contre pas le cas pour les traitements homéopathiques ainsi que pour l'aromathérapie. Bien que de nombreux articles sur le net vantent leur mérite, aucune étude scientifique n'a pu mettre en évidence leur effet thérapeutique. Ces médecines non-conventionnelles auront surtout un effet placebo sur le patient [10].

Aucun des dentistes repris dans l'étude ne prescrit ou ne conseille ces traitements. Ils renvoient plutôt le patient chez le pharmacien qui, lui, peut éventuellement conseiller ces traitements. Dans l'opinion

publique, l'aromathérapie reste une médecine douce et inoffensive alors que les antiviraux sont considérés comme des médicaments et donc à prendre avec plus de parcimonie sauf s'ils sont conseillés par un membre du corps médical.

Quant au fusidate de sodium, même s'il s'agit d'un médicament reconnu, son efficacité à soigner les récurrences dues au HSV1 n'a jamais été mise en évidence. On l'utilisera pour éviter une surinfection du bouton de fièvre ainsi que les antiseptiques, qu'on lui préférera.

24.44% des dentistes ont déjà renvoyé des patients chez un médecin. Cela montre la limite d'action des traitements topiques qui ne sont indiqués que dans des cas simples de récurrences herpétiques.

L'aciclovir semble être le choix qui fait l'unanimité au sein des communautés scientifique ainsi que chez les professionnels de la santé bucco-dentaire. De plus il est peu cher et n'entraîne pas d'effets secondaires, mis à part en cas d'allergie.

Ensuite vient le patch, lui aussi très prisé par les deux communautés, avec comme avantages d'isoler le bouton de fièvre et de pouvoir le camoufler, et comme inconvénient son prix. Les autres traitements ne sont quant à eux que très rarement, voire jamais, conseillés.[19]

CONCLUSION

Rares sont les ordonnances provenant d'un dentiste pour un traitement topique de l'herpès. Le diagnostic et le traitement de cette pathologie faisant partie de nos compétences, pourquoi cette situation ?
- soit le patient ne va pas consulter le dentiste pour un herpès labial
- soit le dentiste ne prend pas en charge ces lésions.

C'est ce deuxième cas de figure qu'il faut essayer de corriger. En effet, le dentiste est en première ligne afin de prévenir, diagnostiquer et traiter ce genre de pathologie, il ne doit pas hésiter à conseiller un traitement symptomatique pour une récurrence. Certain cas méritent cependant une approche pluridisciplinaire nécessitant une étroite collaboration avec le dermatologue et le stomatologue. Il existe une multitude de traitements topiques, non invasifs et avec peu, ou pas d'effets secondaires sur le marché.

Les dentistes ont tendance à conseiller principalement l'aciclovir ainsi que les patchs.

Les études scientifiques réalisées sur le sujet corroborent ces choix puisque l'aciclovir et les patchs en ont fait l'objet et été décrits comme efficaces.

Seuls le penciclovir et le docosanol ne constituent pas, auprès des dentistes, un succès proportionnel à leur efficacité.

Parmi la multitude de traitements topiques proposés pour traiter l'herpès labial, il est important de retenir les premiers choix thérapeutiques : l'aciclovir (générique et spécialité : Zovirax®), le penciclovir et le patch, les trois ayant une efficacité prouvée et pas d'effets secondaires.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Joudon F. Le pharmacien d'officine face à l'herpès labial. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie, 2007, Université de Nantes. Faculté de Pharmacie.

[2] R G Pebody, N Andrews, D Brown, R Gopal, H de Melker, G François, N Gatcheva, W Hellenbrand, S Jokinen, I Klavs, M Kojouharova, T Kortbeek, B Kriz, K Prosenec, K Roubalova, P Teocharov, W Thierfelder, M Valle, P Van Damme, R Vranckx. The seroepidemiology of herpes simplex virus type 1 and 2 in Europe. Sex Transm Infect 2004;80:185-

191 doi:10.1136/sti.2003.005850.

[3] Société Française de dermatologie. Conférence de consensus : Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent (manifestations oculaires exclues). Mercredi 7 novembre 2001 Espace Landowski – Boulogne.

[4] Thessicar Antoine, Paul J. Park, Deepak Shukla. Glycoprotein Targeted Therapeutics: A New Era of Anti-Herpes Simplex Virus-1 Therapeutics. Rev Med Virol. 2013 May; 23(3): 194-208.

[5] Hasler-Nguyen N, Shelton D, Ponard G, Bader M, Schaffrik M, Malfet P. Evaluation of the in vitro skin permeation of antiviral drugs from penciclovir 1% cream and acyclovir 5% cream used to treat herpes simplex virus infection. BMC Dermatol. 2009; 9: 3. Published online 2009 Apr 2. doi: 10.1186/1471-5945-9-3

[6] Katz D H, Marcelletti J F, Khalil M H, Pope L E, Katz L R. Antiviral activity of 1-docosanol, an inhibitor of lipid-enveloped viruses including herpes simplex. Proc Natl Acad Sci U S A. 1991 Dec 1; 88(23): 10825-10829.

[7] Kümel G, Schrader S, Zentgraf H, Brendel M. Therapy of banal HSV lesions: molecular mechanisms of the antiviral activity of zinc sulfate. Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und Verwandte Gebiete [1991, 42(7):439-445].

[8] WuDunn D, Spear PG. Initial interaction of herpes simplex virus with cells is binding to heparan sulfate. J. Virol. January 1989 vol. 63no. 1 52-58.

[9] Karlsmark T, Goodman JJ, Drouault Y, Lufrano L, Pledger GW. Randomized clinical study comparing Compeed registered cold sore patch to acyclovir cream 5% in the treatment of herpes simplex labialis. J. Eur.Acad..Dermatol.Venereol. 2008 ;22(10) :1184-1192.

[10] Theodor J. La validité scientifique de l'homéopathie en question :

Quelques réflexions critiques. Laboratoire de Zététique, 2002.

[11] Laboratoire Boiron. Notice Homéoplasmine®. Novembre 2014.

[12] Croughan W S, Behbehani A M. Comparative study of inactivation of herpes simplex virus types 1 and 2 by commonly used antiseptic agents. J Clin Microbiol. 1988 February; 26(2): 213-215.

[13] C.B.I.P. Répertoire commenté des médicaments. Edition 2014.

[14] W Opstelten, A Knuistingh Neven and J Eekhof. Treatment and prevention of herpes labialis. Can Fam Physician. 2008 Dec; 54(12): 1683-1687.

[15] J E Malkin. Antiviral drugs for treatment and prevention of herpes infection in the year 2000. Pathologie Biologie Volume 50, Issue 8, October 2002, Pages 477-482.

[16] S L. Sacks, R A. Thisted, T M. Jones, R A. Barbarash, D J. Mikolich, G E. Ruoff, J L. Jorizzo, L B. Gunnill, D H. Katz, M.H. Khalil, P R. Morrow, G J. Yakatan, L E. Pope, J E. Berg. Clinical efficacy of topical docosanol 10% cream for herpes simplex labialis: A multicenter, randomized, placebo-controlled trial. Journal of the American Academy of Dermatology Volume 45, Issue 2, August 2001, Pages 222-230.

[17] Arens M, Travis S. Zinc Salts Inactivate Clinical Isolates of Herpes Simplex Virus In Vitro J Clin Microbiol. 2000 May; 38(5): 1758-1762.

[18] Godfrey, H. R., Godfrey, N. J., Godfrey, J. C., & Riley, D. (2001). A randomized clinical trial on the treatment of oral herpes with topical zinc oxide/Glycine. Alternative Therapies in Health and Medicine, 7(3), 49-56.

[19] De Messemacker N. Analyse des différents traitements de l'herpès labial, topiques et en délivrance libre, à la disposition du dentiste ; étude des critères selon lesquels les pharmaciens les conseillent aux patients. 2015.

Tableau 2

Molécule	Spécialité(s) + Générique(s)	Prix (€)
Aciclovir ¹	Zovirax® 2g 50mg/g	8.35
	Viratop® 3g 50mg/g	7.75
	Aciclovir EG 2g 50mg/g	7.35
	Aciclovir Sandoz 2g 50mg/g	5.95
	Aciclovir Teva 2g 50mg/g 3g 50mg/g	5.95 8.50
Penciclovir ¹	Vectavir® 2g 10mg/g	9.07
Docosanol ¹	Erazaban® 2g 100mg/g	8.90
Sulfate de zinc ²	Zinolium®-Z	7.50
Sulfate de zinc + héparine ²	Lipactin® gel	7.90
Technologie Hydrocolloïde ¹	Patch (Compeed®)	9.78
	(Elastoplast®)	14.11
Homéopathie ³	Rhus Toxicodendron	1.68 (20g)
	Homéoplasmine®	6.50
	Apis Mellifica	9.90 (20g)
Aromathérapie ³	Vaccinotoxinum	
	Ravintsara, Niaouli, Lavande,...	
Fucidate de sodium ³	Fucidin® 15g 20mg/g	8.75
Antiseptiques ²		

Légende :

¹ Efficacité de la molécule pour traiter l'herpès labial prouvée par de nombreuses études, notamment des études en double-aveugle.

² Efficacité de la molécule pour traiter l'herpès labial prouvée par certaines études scientifiques, mais pas d'études en double-aveugle réalisées.

³ Efficacité de la molécule pour traiter l'herpès labial non prouvée scientifiquement.

La même technique efficace avec une plus grande flexibilité.

PROTAPER•GOLD™



**PROTAPER
GOLD™ REMPLACERA
DÉFINITIVEMENT LE
PROTAPER® UNIVERSAL
À FIN DÉCEMBRE 2016.**

Pour plus de renseignements
contactez votre dépôt dentaire
ou représentant de
Dentsply Sirona.



PROTAPER® UNIVERSAL

La référence endodontique en or en termes d'efficacité.



PROTAPER GOLD™

La version optimisée des Protaper® Universal.

INCHANGÉ

Séquence • Matériaux • Géométrie/Dimension • Paramètres du moteur

CHANGÉ

Traitement thermique • Couleur dorée

AMELIORÉ

Flexibilité • Résistance à la fatigue cyclique • Sensibilité tactile • Sécurité



Aspects pratiques de des pathologies de la par le dentiste

Pr. Dominique PARENT
Chargée de Cours à l'ULB



la prise en charge muqueuse buccale

INTRODUCTION

Le dentiste est en première ligne pour déceler de manière précoce les lésions de la sphère orale, qu'elles soient bénignes ou précancéreuses. Une bonne anamnèse est indispensable suivie d'un examen méticuleux des muqueuses afin de déceler toute lésion.

L'article, orienté vers la pratique, vous apportera des réponses aux questions : comment gérer les plaintes les plus fréquentes (sécheresse buccale ou douleur muqueuse) ?, comment prendre en charge une candidose orale ?, comment discuter les diagnostics différentiels des lésions blanches et des lésions rouges ?

Une fois ce diagnostic posé, que faire ? Quels sont les traitements

qui sont à la portée du dentiste, quand faut-il référer à un spécialiste ? »

L'ARSENAL THÉRAPEUTIQUE DISPONIBLE POUR LA PATHOLOGIE DE LA MŪQUEUSE ORALE

Le choix entre un bain de bouche liquide d'une part et un gel ou une pâte orale semi-solide d'autre part se fera en fonction de l'extension des lésions. Le premier a son utilité pour traiter toute la surface muqueuse orale, les seconds sont réservés aux zones plus limitées (palais, gencive...).

Les agents actifs disponibles les plus utilisés sont les antiseptiques (chlorhexidine digluconate 0.2%), antimycosiques (nystatine, micornazole 2%), anesthésiants (lidocaïne chlorhydrate 5% maximum)

et corticoïdes (hydrocortisone acétate 1% maximum, triamcinolone butyrate 0.1% maximum, bétaméthasone valérate 0.121% maximum, clobétasol propionate 0.05% maximum).

Le formulaire thérapeutique magistral (2016)¹ propose des formules magistrales et indique la concentration maximale des différentes molécules actives ainsi que leurs propriétés.

Les bains de bouche antiseptiques ont pour unique indication les infections bactériennes et le traitement désinfectant post chirurgical. Ils sont inutiles, voire irritants, dans les maladies inflammatoires comme l'aphtose, le lichen plan, les bulloses auto-immunes...

Les antimycosiques sont soit fongicide (nystatine) soit fungistatique (miconazole). La nystatine n'est pas résorbée dans le tube digestif mais est très active sur le *Candida* spp., elle peut être utilisée comme traitement de la candidose buccale mais aussi pour limiter la prolifération des *Candida* spp. dans le tube digestif et donc préventivement.

Les anesthésiques locaux sont efficaces transitoirement sur les douleurs dues à des inflammations ou des ulcérations, ils sont inutiles sur les douleurs éprouvées dans la stomatodynie, la glossodynie ou la bouche sèche. Ils n'ont aucune action étiologique mais permettent de boire et manger.

Les corticoïdes locaux sont essentiellement utiles dans des affections inflammatoires comme le lichen plan, l'allergie de contact, les maladies bulleuses auto-immunes... Divisés en quatre classes de puissance différente, ils seront choisis en fonction de la pathologie. Ils ont deux actions indésirables : (1) Ils diminuent la synthèse du collagène et des protéoglycans, ralentissant ainsi la cicatrisation. (2) Ils favorisent les infections locales : bactéries, virus (papillomavirus = HPV, herpès virus = HSV), mycoses (*Candida*)... Si le traitement est de longue durée -> vérifier la présence de *Candida* spp. buccal et prescrire éventuellement un traitement antimycosique préventif. Si le terrain est immunocompromis ou si les récurrences d'herpès sont fréquentes -> traitement préventif continu par aciclovir per os (400mg le matin, 400mg le soir). Si infections à papillomavirus (HPV) orales (condylomes, verrues) -> pas de prescription de corticoïdes locaux.

Un bain de bouche (BIBOSA), alcalinisant, peut aider à rééquilibrer la flore normale de la cavité buccale. (R/bicarbonate de soude 80g, borate de soude 40g, salicylate de soude 20g pour une poudre U.E.).

Le gel au sucralfate est un cicatrisant disponible en France (ulcar®, kéal®) utilisé pour les ulcères d'estomac. A badigeonner sur ulcération (aphte...) plusieurs fois par jour avec un coton tige ou en faire des bains de bouche.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE TRAITEMENTS

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE : diminue le symptôme (douleur, sécheresse de bouche) ou le fait disparaître sans avoir d'action sur la cause de la pathologie qui persiste jusqu'à guérison spontanée et puis souvent récidive ⇒ ex : lidocaïne sur les aphtes.

TRAITEMENT EFFICACE SUR MECANISME PATHOGENIQUE : diminue ou fait disparaître les symptômes et les lésions sans action sur la cause de la pathologie qui peut toujours récidiver après l'arrêt du traitement

⇒ ex : action anti-inflammatoire des corticoïdes sur le lichen plan érosif

TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE : actif sur la cause de la pathologie ⇒ ex : antibiotiques, antifongiques et antiviraux

TRAITEMENT PREVENTIF : prescrit en l'absence de lésions ou symptômes pour éviter que la pathologie ne réapparaisse, le patient présentant une situation qui le rend vulnérable.

ex : prescription de nystatine ou d'aciclovir chez un patient sujet aux candidoses orales ou aux récurrences d'herpès.

PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS LES PLUS FREQUENTES

LA SÉCHERESSE DE BOUCHE peut-être une sensation subjective accompagnant des situations psychologiques négatives comme le stress, l'anxiété, la dépression. Il n'y a pas, dans ce cas, de déficience de la sécrétion salivaire. Lorsque cette déficience est objective et permanente, on parle de xérostomie, souvent associée à des lèvres sèches (xérochéilite). L'anamnèse définira si la sensation de bouche sèche survient ou s'aggrave lors de l'alimentation, évoquant une véritable xérostomie. De même, ce symptôme s'aggrave la nuit, moment où la sécrétion salivaire est minimale. L'examen de l'orifice de la glande majeure massée (parotide mais surtout sous maxillaire) permet d'objectiver la présence d'un flux salivaire plus ou moins important.

Le patient se plaint d'inconfort, de brûlures, de dysesthésies, d'altération du goût, de difficultés pour mastiquer, avaler, parler. Il a tendance à sucer des bonbons, à s'humidifier la bouche. L'examen clinique montre une langue rouge et dépapillée, une muqueuse rouge et sèche, une salive épaisse, rare, mousseuse. Les lèvres sont souvent sèches, fissurées, associées à une chéilite commissurale, candidosique ou non.

Les étiologies les plus fréquentes sont l'effet secondaire des médicaments qui s'additionnent. Plus de 80% d'entre eux ont une action inhibitrice sur les glandes salivaires. La seconde cause en fréquence est le syndrome de Gougerot-Sjögren qui affecte plutôt les femmes âgées (>65 ans), avec des plaintes oculaires (sécheresse, impression de sable dans les yeux...) et parfois des plaintes plus générales (fatigue, arthralgies). La mise au point faite par le médecin spécialiste comportera au minimum un avis ophtalmologique, une biopsie des glandes salivaires accessoires et une biologie pour exclure une connectivité.



QUE FAIRE ?

Mesures générales	Dents - Prothèses	Candidoses
REASSURANCE	HYGIÈNE stricte	SURVEILLANCE
APPORT HYDRIQUE CORRECT (min : 1.5l / jour)	RÉGIME pauvre en sucre	BAINS DE BOUCHE bicarbonatés
Eviter TABAC, ALCOOL, BOISSONS avec CAFFEINE	TOPIQUES FLUORÉS	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT systématiques
CONTRÔLE FONCTION GASTRIQUE si plaintes	SURVEILLANCE RÉGULIÈRE ⇒ traitement rapide et systématique	
EVITER LES MEDICAMENTS		

QUE PROPOSER ?

STIMULI MASTICATOIRES PHYSIOLOGIQUES	SUBSTITUTS SALIVAIRES = MUCINES	TRAITEMENTS SIALAGOGUES
Bonbons, «chewing gums » sans sucre, jus de citron dilué entre repas	carboxymethylcellulose = composition « proche de la salive » ou polymère de glycérine = protecteur de la muqueuse Aucun ne remplit toutes les fonctions de la salive Action courte du fait de la déglutition	UNIQUEMENT SI persiste une fonction résiduelle de la glande salivaire ATTENTION EFFETS SECONDAIRES Chlorhydrate de pilocarpine 5mg/capsule : 3x5mg/jour Surfarlem S25® 3co / jour (anétholtrithione)

LA DOULEUR DANS LA CAVITÉ BUCCALE EN ABSENCE DE LÉSION

La stomatodynie ou sa forme plus localisée, la glossodynie se traduit par une gêne douloureuse à type de brûlure, permanente. Un érythème

discret de la muqueuse est souvent associé. Le profil type est la femme de plus de 50 ans, endeuillée, dépressive.

Cette pathologie est toujours un diagnostic d'exclusion. Avant de le poser, avec beaucoup de précautions, il faut rechercher :

ANAMNESE	EXAMEN CLINIQUE	EXAMENS COMPLEMENTAIRES
Effet secondaire de médicaments (sécheresse de bouche) Mucosite sur chimiothérapie Allergie de contact par exemple à du matériel dentaire	Pathologie de contact par frottement mécanique d'une prothèse mal adaptée Allergie réelle de contact à une prothèse par exemple	BIOLOGIE : anémies et déficiences nutritionnelles ⇒ EHC, Fer - ferritine, Zn, Vitamines B12 - PP - Acide folique FROTIS pour examen direct et culture : Candidose érythémateuse

Puis orienter vers le spécialiste en fonction des résultats.

LA CANDIDOSE ORALE

Le Candida spp. est une levure commensale utile du tube digestif. Elle fait partie de la flore normale de la cavité orale et y a un taux de prévalence de 3 à 48% chez l'adulte sain et de 45 à 65% chez l'enfant sain.

Ce commensal est en fait un opportuniste toujours prêt à devenir pathogène quand l'équilibre entre sa propension à proliférer et les défenses de l'hôte est rompu. Il passe alors du stade de colonisation de la muqueuse au stade d'infection appelée candidose.

Règles générales à observer

- La présence de Candida en bouche ne signifie pas infection candidosique
- Eviter d'assimiler toute plainte ou lésion à une candidose
- Confirmer la candidose avant de traiter à l'aveugle
- Chercher « la faille » pour expliquer l'apparition d'une candidose
- Prévenir le facteur favorisant pour éviter la récurrence (prise d'antibiotiques...)
- Traiter si possible la cause sous-jacente (diabète...)

QUE FAIRE ?

Etablir le diagnostic en cherchant d'autres signes cliniques. Confirmer par un frottis pour examen direct et culture (24 à 48h). Chercher la cause en déterminant le facteur d'environnement si infection aiguë
Le terrain altéré ou compromis si chronique ou récidivant : avis spécialiste.

Principales causes d'apparition d'une candidose orale

FACTEURS D'ENVIRONNEMENT		
SALIVE	Médicaments, Gougerot-Sjögren	Examen salivation ⇨ spécialiste si hyposialie
FLORE COMMENSALE	Antibiotiques à large spectre Bains de bouche antiseptiques	Traitements préventifs si nécessaire Stop si pas indispensables
MUQUEUSE	Plaies, brûlures...	
CORPS ETRANGER	Port de prothèse	Nettoyage prothèse et traitement local
TABAC		STOP

FACTEURS SYSTEMIQUES		
PHYSIOLOGIQUES	Nouveau-né - Grossesse - Sujet âgé	Traitement local
IATROGENES	Corticothérapie (aérosols, b.de b. ...)	Traitement préventif
NUTRITIONNELS	Carence fer, folates, zinc, vit.B12	Biologie ⇨ spécialiste : correction + traitement
ENDOCRINOPATHIES	Diabète, hyper (hypo) thyroidisme,	⇨ spécialiste
IMMUNOSUPPRESSION ⇨ spécialiste		

La forme blanche pseudo membraneuse est différenciée d'une leucoplasie par le détachement de l'enduit blanc qui couvre la muqueuse. La forme érythémateuse est plus inflammatoire et parfois couverte d'une pseudo membrane.

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CANDIDOSE ORALE

- Recherche et correction systématique, lorsqu'elle est possible, des facteurs favorisants et des affections sous-jacentes
- Maintien d'un milieu hostile à Candida par la prescription de bains de bouche stabilisant le pH (alcalinisant)
- Eviction des bains de bouche antiseptiques non justifiés qui détruisent la flore bactérienne
- Désinfection de la prothèse dentaire dans la stomatite du dentier
- Traitements locaux pour les infections aiguës
- Traitements systémiques pour les infections chroniques, récidivantes ou étendues à d'autres organes

QUE PROPOSER ?

TRAITEMENT LOCAL (FTM 2016)

- Gel oral à 2% de miconazole ou daktarin® gel oral
- Bain de bouche à la nystatine

TRAITEMENT PREVENTIF : en fonction de la gravité de la situation

- Bain de bouche alcalinisant
- Pipettes de nystatine (suspension buvable 2.400.000 U dans 24ml), 2 le matin et 2 le soir (bain de bouche puis avaler). pour diminuer le réservoir de Candida dans le tube digestif.

TRAITEMENT ORAL

- Fluconazole et itraconazole en second choix.
- Attention (1) pas de femme enceinte (2) nombreuses interactions médicamenteuses (3) quelques contre-indications absolues.

LA PERLECHE (intertrigo commissural, chéilite angulaire) se présente sous forme d'un érythème plus ou moins fissuré au coin des lèvres. La cause la plus fréquente est infectieuse : Candida et/ou Streptocoque.

QUE FAIRE ?

Un examen clinique à la recherche de :

- Prothèses inadaptées qui accentuent le pli commissural provoquant une macération chronique
- Candidose orale (muguet ou érythémateuse) associée
- Xérochéilite (lèvres sèches) dans le cadre d'une :
- Xérostomie: traiter l'ensemble
- Réaction médicamenteuse: rétinoides
- Irritation et/ou une atopie : automne hiver : fissures douloureuses

- Allergie de contact retardée -> orienter vers spécialiste: tests...
- Psoriasis -> orienter vers spécialiste
- Langue rouge, décapillée, douloureuse: exclure anémie ou déficit nutritionnel : biologie ⇨ hématologique complet + Fer, ferritine, Zn, folates, vit B12

Un **frottis** pour isoler un *Candida* (prescrire une crème cutanée avec un azolé) ou une bactérie (préférer une crème à l'acide fusidique).

LES LESIONS ORALES ROUGES (ERYTHEMATEUSES)

Causes (figure 1)

- POTENTIELLEMENT NEOPLASIQUES et CANCERS
 - Erythroplasie / Erythroleucoplasie
 - Sarcome de Kaposi
- ORIGINE INFECTIEUSE
 - Candidose érythémateuse
 - Stomatite de la prothèse
- ORIGINE IRRITATIVE OU ALLERGIQUE DE CONTACT
- DERMATOSES :
 - Lichen plan
 - Lupus érythémateux
- DEFICIT NUTRITIONNEL
- STOMATODYNIE - GLOSSODYNIE

LES LESIONS ORALES BLANCHES

Causes (figure 2)

- LESIONS DECOLLABLES PAR GRATTAGE : candidose pseudo membraneuse
- LESIONS BLANCHES NON KERATOSIQUES
 - GENODERMATOSES : «white sponge nevus», leucoedème ...
 - INFECTIEUSES: leucoplasie chevelue orale (EBV) ...
- KERATOSES ET LEUCOPLASIES
 - KERATOSES SECONDAIRES A DES FACTEURS EXOGENES
 - Tabac : Cigarette - Pipe - Fumeurs de cigarette inversée
 - Autres usages du tabac que fumer
 - Utilisation de noix d'areca et de feuilles de betel
 - Kératoses frictionnelles (chimiques ou thermiques)
 - ORIGINE INFECTIEUSE
 - Leucoplasie de la syphilis tertiaire
 - Candidose chronique hyperplasique (tabagisme)
 - Infection à Papillomavirus : HPV 6,11 et HPV-16
 - DERMATOSES : Lichen planus - Lupus érythémateux discoïde
 - GENODERMATOSES : ichthyoses, pachyonychia congenita, dyskeratosis congenita...
 - NEOPLASIES : Leucoplasie proliférative verruqueuse - Carcinomes verruqueux / épidermoïde
 - KERATOSES IDIOPATHIQUES

(Les affections en rouge ont un risque carcinogène élevé, celles en rose ont un risque beaucoup moins élevé)

LES PRECANCEROSES et LES CANCERS EPITHELIAUX

Les cancers de l'oropharynx sont au 6^{ème} rang pour la fréquence mondiale. Plus de 90% d'entre eux sont des carcinomes épidermoïdes (cancers épithéliaux). Entre 1 et 5 % de la population présente des lésions ou des affections orales potentiellement malignes.

Le mécanisme étiologique est complexe associant les altérations génétiques intrinsèques et les facteurs carcinogènes extrinsèques. Un processus de longue durée transforme une muqueuse orale normale en une lésion pré maligne caractérisée par des atypies cellulaires et une désorganisation tissulaire.

Cette lésion est potentiellement capable de devenir un carcinome in situ puis invasif.

Les lésions précancéreuses (leucoplasie et érythroplasie) possèdent un risque de transformation maligne potentiel. Il en est de même de conditions comme (immunosuppression, certaines dermatoses, des infections chroniques...). Les principaux facteurs de risque extrinsèques comportent l'utilisation de tabac, de feuille de bétel/noix d'areca, la prise d'alcool. (Figure 3).

SIGNES D'APPEL POUR UN CARCINOME :

Les localisations les plus fréquentes sont le plancher buccal, la région ventrolatérale de la langue, le trigone rétromolaire et le pilier de l'amygdale. Des aspects d'érythroplasie, de leucoplasie inhomogène ou la présence de plusieurs lésions doivent attirer l'attention. Une masse augmentant rapidement de taille ou une ulcération ne guérissant pas sont très suspects.

Douleur et saignements doivent être pris en considération même si les carcinomes oraux sont souvent indolores. La palpation est essentielle, mettant en évidence des processus comme la rétraction des tissus, l'induration de la masse et sa fixation au plan profond.

LES DIFFÉRENTS

La pathologie de la muqueuse buccale est vaste et diversifiée. En fonction de ses connaissances et de son expérience, le dentiste diagnostiquera et rassurera ou soignera le patient, fera une mise au point préliminaire avant de demander l'avis d'un médecin ou orientera directement le malade vers un spécialiste.

Quelques traités de pathologie de la muqueuse orale :

1. Formulaire thérapeutique magistral 2016 (FTM). https://www.fagg-afmps.be/fr/humain/medicaments/medicaments/distribution/Formulaire_Therapeutique_Magistral
2. Beauvillain de Montreuil C et Billet J (eds). Pathologie de la muqueuse buccale. Société française d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico faciale. 2009.
3. Cawson RA et Odell EW. Cawson's essentials of Oral pathology and oral medicine. Churchill Livingstone Elsevier. Edinburgh, London... 2008
4. Kuffer R et al. La muqueuse buccale, de la clinique au traitement. Thomson P. rd. Oral precancer. Diagnosis and management of potentially malignant disorders. Wiley Blackwell. Newcastle upon Thyne. 2012. ditions méd'com. www.medcom.fr. 2009.
5. Scully C. Oral and maxillofacial medicine. The basis of diagnosis and treatment. Churchill livingstone. Elsevier. Edinburgh, London 2008.
6. Thomson P. Oral precancer. Diagnosis and management of potentially malignant disorders. Wiley Blackwell. Newcastle upon Thyne. 2012.

Figures : voir page suivante ⇨

FIGURE 1

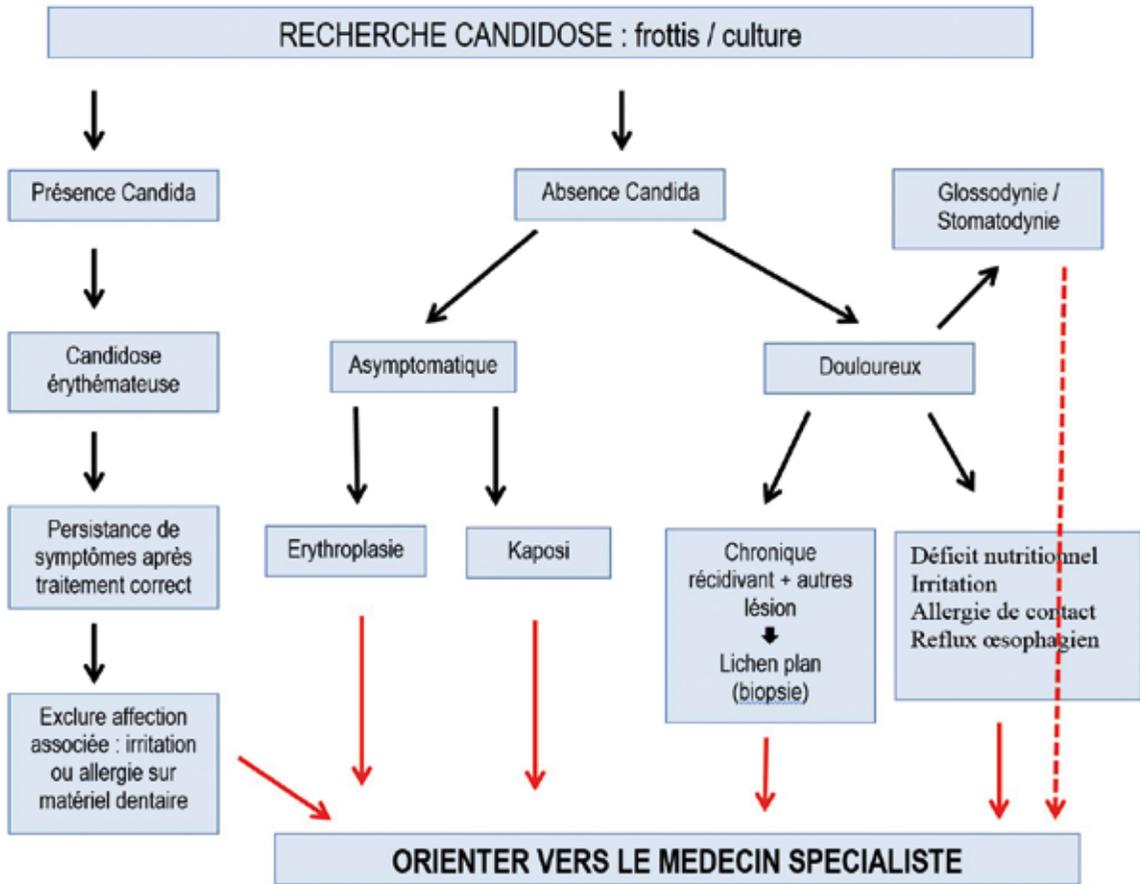


FIGURE 2

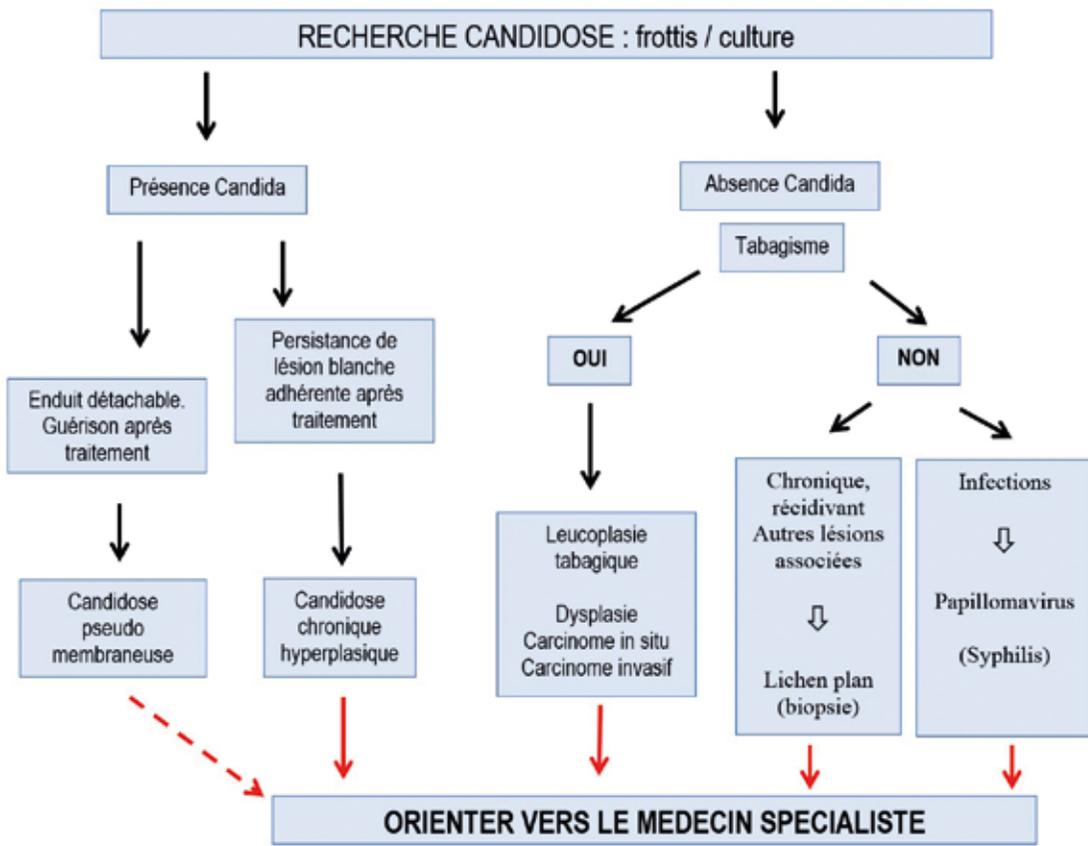
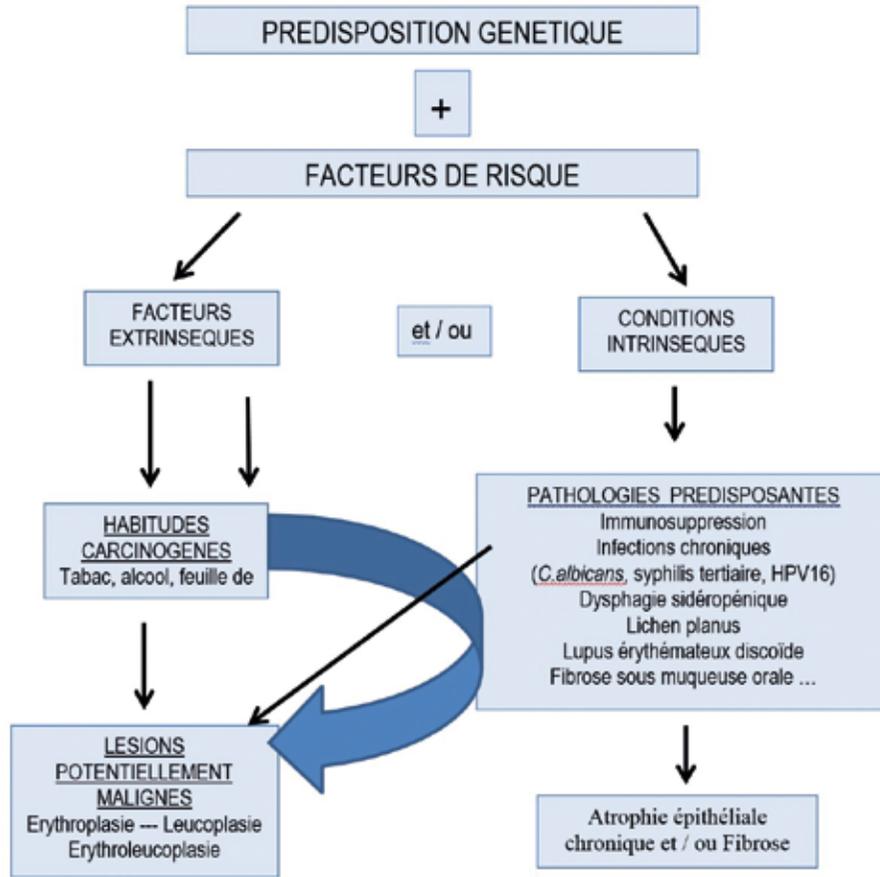


FIGURE 3



Respecte vos besoins.
Aujourd'hui et demain.

NOUVEAU



PEOPLE HAVE PRIORITY



Le nouvel Implantmed de W&H

Répond parfaitement aux besoins des chirurgiens-dentistes et des implantologues !

Les besoins évoluent. L'Implantmed de W&H aussi : la commande au pied sans fil, le moteur LED+ et le module W&H Osstell ISO sont donc disponibles en option. Une mise à niveau à tout moment pour aujourd'hui et pour demain !

implantmed



Le rôle esthétique de la **stratification** **du composite** en secteur antérieur

Myriam TAHRI, Ramin ATASH et Sibel CETIK
Hôpital Erasme, Service de Stomatologie et de Dentisterie
Université Libre de Bruxelles

Résumé

La restauration d'une dent antérieure peut être l'une des procédures esthétiques les plus difficiles à effectuer en dentisterie. En effet, la structure de contour, la morphologie et la texture doivent être reconstituées de manière similaire. La technique de stratification facilite cette réalisation et apporte d'excellents résultats esthétiques.

La technique de stratification de composite permet de reconstituer les dents en les préparant à minima tout en ayant une esthétique optimale. Elle doit donc être connue et maîtrisée pour permettre un choix complet et éclairé des possibilités offertes aux patients, dans le respect du principe de conservation tissulaire qui est majeur aujourd'hui.

Introduction

La recherche continue de la meilleure esthétique dento-faciale persiste dans la société moderne. Il existe un panel de types de restaurations (fixe, amovible, implantaire) mais toutes intègrent un certain nombre de paramètres de références en vue des résultats les plus optimaux. Parmi les techniques financièrement abordables, la technique de stratification de composite nous permet de reconstituer des dents en les préparant à minima tout en ayant une esthétique adéquate. La restauration des composites antérieures sans stratification correspond à une pratique quotidienne au sein du cabinet dentaire. Mais très souvent, la difficulté technique de la stratification et le peu de succès esthétique (par manque de pratique) découragent les praticiens. En effet, la mise en oeuvre d'un composite selon un concept de couleur, de forme et d'état de surface permet de reproduire

l'aspect naturel des dents¹. Cependant, certaines notions de principes biomimétiques doivent être prises en compte telles que l'analyse structurelle de la jonction émail-dentine, la texture de surface (micro et macrotexture) et la colorimétrie^{2,3}.

Concernant ce dernier point, la couleur est définie par trois paramètres de base^{2,4} :

La **teinte** (ou tonalité chromatique) désigne la forme pure d'une couleur par laquelle nous distinguons plusieurs familles de couleur différente (rouge, bleu, vert).

La **saturation** est la quantité de pigment qu'il y a dans une couleur et grâce à laquelle nous distinguons une couleur vive d'une couleur pâle.

La luminosité est la quantité de blanc dans une couleur. C'est la qualité par laquelle nous distinguons une couleur claire d'une couleur sombre; le noir a une luminosité nulle et le blanc a une luminosité maximale ⁵.

Les dimensions complémentaires de la couleur, essentielles pour le mimétisme de la dent lors de la restauration, doivent être prises en compte, telles que la translucidité, la fluorescence, les pigmentations blanches, l'opalescence et les caractérisations.

Translucidité

Un matériau translucide laisse passer les rayons lumineux et elle les diffuse: l'objet à travers n'est pas clairement distinguable. La translucidité est très présente sur les dents jeunes au niveau du bord incisif ⁵.

Fluorescence

La dentine est responsable de la fluorescence de la dent. Elle absorbe l'énergie ultraviolette et la diffuse de retour en une lumière bleuâtre ⁵.

Pigmentations blanches

Les pigmentations blanches, aussi appelées 'Intensifs' surviennent plus fréquemment chez les dents jeunes et représentent des zones d'émail hypominéralisées. Elles sont classées en quatre types de forme ⁶.

Opalescence

Dans les zones où seul l'émail est présent (c'est-à-dire, le bord incisif), le phénomène de la réflexion de la lumière interne crée l'effet d'opalescence, qui apparaît généralement comme des teintes bleues et oranges et qui créent le halo incisif. Elle peut se présenter sous 5 formes ^{5,7}.

Caractérisations

Les caractérisations se trouvent soit dans l'émail, soit dans la dentine. Elles peuvent être divisées en cinq types. Les caractérisations principalement présentes dans une dent jeune sont les mamelons (type 1), qui peuvent apparaître blanc ou ambré, créant ainsi une frontière avec les opalescents; et la marge incisale (type 3), qui est soulignée par une ligne blanche ou ambrée. Dans la dent adulte, les caractérisations observées sont une ou plusieurs bandes horizontales avec une tonalité blanchâtre ou ambrée qui se prolongent dans les espaces interdentaires (type 2); les caractérisations sont ambrées ou brunes comme des tâches dans le type 4 au tiers incisif; et un éclat d'émail (type 5) produit par des fissures pigmentées brunes ou des fissures opaques blanches ⁶.

Le degré d'émail translucide dépend de son épaisseur, ce qui influe sur la luminosité de la dent et qui change avec l'âge. Chez les dents jeunes, l'émail est plus épais et présente une densité élevée, une faible translucidité et une luminosité élevée. Dans les dents âgées, l'émail est plus mince et présente une faible densité, une translucidité élevée et une faible luminosité. La dentine est responsable de la saturation d'une dent. Dans les dents naturelles, le degré de saturation de la dentine diminue de la zone cervicale vers le bord incisif et elle augmente avec le vieillissement.

La couleur des dents est par conséquent le résultat complexe de plusieurs facteurs qui doivent être analysés avec soin afin de comprendre les caractéristiques uniques d'une dent. Finalement, la couleur de la dent que nous voyons est une fonction des propriétés physiques de la dentine et de l'émail, et leur interaction avec la lumière ^{6,8,9}.

Les techniques de stratification

Stratification classique en 2 couches

Cette technique en 2 couches est réalisée avec un premier composite de corps simulant les propriétés esthétiques de la dentine (saturation).

Un composite incisif ou transparent vient ensuite reproduire le bord incisif. La réussite esthétique de ce type de restauration dépend des propriétés de mimétisme du composite utilisé en teinte unique. L'effet grisé est le principal inconvénient de ce type de restauration⁵. Ex. de composite adapté: «Z250» (3M).

Stratification classique en 3 couches

Une dentine opaque, une dentine de corps et un composite émail composent cette stratification en 3 couches. Cette technique se base sur les principes de stratification de la céramique en laboratoire, où l'armature opaque masque le métal. Dans le cas des stratifications de restauration directe, la couche de composite opaque masque le noir de la cavité buccale et le trait de fracture ou la zone de transition entre la dent et la restauration. Ensuite une couche de dentine de corps vient recréer la teinte de corps d'où son nom. Pour terminer, une dernière couche recrée l'émail. La difficulté réside dans le dosage des épaisseurs des différents matériaux. Si cette technique est mal maîtrisée, les résultats sont moins satisfaisants au niveau esthétique qu'avec des techniques en deux couches. Une difficulté supplémentaire réside dans l'absence de standardisation des différentes couches: les appellations varient en fonction des fabricants. La couche opaque peut aussi être appelée «dentine», la couche de dentine de corps peut être appelée «dentine» voire «émail», et la dernière couche est appelée «émail», «transparent» ou «incisif». La longue courbe d'apprentissage a longtemps découragé les praticiens par des résultats finaux pas satisfaisants, les incitant à revenir à une technique plus simple ⁵. Ex. de composite adapté: «Herculite» (Kerr).

Stratification moderne en 2 couches ou « Natural Layering Concept »

Cette technique a été proposée pour résoudre les difficultés rencontrées avec la technique à trois couches. Elle permet de remplacer les tissus dentaires par des composites ayant des principes optiques similaires aux tissus qu'ils remplacent. Deux composites sont utilisés pour cette technique: l'un pour l'émail et l'autre pour la dentine. Les couches de composite sont de la même épaisseur que les tissus qu'ils remplacent, cependant la dentine recouvre une partie du biseau amélaire pour cacher la transition entre la restauration et la dent ⁵. Ex. de composite: «Point 4» (Kerr).

Stratification moderne en 3 couches ou technique évoluée du « Natural Layering Concept »

Cette technique est une évolution de la technique du «Natural Layering Concept», avec l'ajout d'effets permettant la reproduction des détails anatomiques plus fins. L'ajout de ces matériaux se fait entre les couches d'émail et de dentine. Les intensifs les plus souvent utilisés sont le doré (augmenter la saturation dans des zones précises), le bleu (l'opalescence), et le blanc (reproduire les plages d'hypominéralisation). Ex. de composite adapté : «Miris» (Coltène).

Il est considéré aujourd'hui que la technique de stratification classique de 2 couches ne permet pas d'obtenir des résultats esthétiques suffisants contrairement aux techniques à 3 couches, ou les techniques apparentées au «Natural Layering Concept» ⁵. Nous avons comparé la stratification classique en 3 couches et la stratification moderne en 2 couches en restaurant une même dent dans une teinte A2. Nous obtenons un résultat tout autant satisfaisant (Fig. 1).

Ce mémoire a pour objectif de présenter les différences entre un composite stratifié et non-stratifié en secteur antérieur en se basant sur plusieurs critères, notamment l'esthétique et la résistance. De plus, un cas clinique illustrera la stratification en 3 couches.

La stratification

La Fig. 2 illustre les étapes les plus optimales pour la stratification de composite en secteur antérieure. Ce cas a été réalisé à l'Hôpital Erasme, sur une patiente de 49 ans (après signature du consentement éclairé) :

1. Analyse du cas pour restaurer les dents 12 à 22 (A-E).
2. Mise en articulateur et wax-up en tenant compte des fonctions et para-fonctions occlusales (F-H).
3. Le choix de la teinte se fait au collet pour la dentine et sur le bord incisal pour l'émail, sans la mise en place de la digue (nécessité d'avoir les dents hydratées) avec polymérisation (I).
4. Après anesthésie, pose d'un champ large pour avoir une vue d'ensemble et adapter la clef en silicone faite à partir du wax-up (J).
5. Dépose des anciennes obturations avec une fraise de grosse granulométrie et préparation de la surface à la fraise boule (K).
6. Système de collage M&R3 «Optibond FL» ; etching-primer-bonding.
7. Stratification avec composite «Filtek Supreme» (3M ESPE) en 3 couches :
 - clé en silicone en place afin de créer la coque palatine d'émail teinte A1E (L-M).
 - couche dentine opaque teinte A3D (N).
 - couche dentine de corps et mamelons dentinaires teinte A2B (O).
 - polymérisation de la dernière couche émail vestibulaire suivie d'une seconde polymérisation sous glycérine (Q).
8. Dépose de la digue et vérification de l'occlusion en mouvement de propulsion et latéralité (R).
9. Finitions et polissage (S).

La mise en œuvre clinique d'une stratification de composite en secteur antérieur est détaillée comme suit :

Wax-up

Afin de préparer la restauration d'une dent antérieure, l'analyse préopératoire (examen extra/intra-oral, âge du patient et sa demande) est impérative. Elle permet d'observer l'anatomie de la dent restante ainsi que la morphologie des dents adjacentes qui serviront de références¹⁰. Plusieurs situations peuvent se présenter¹¹.

- Changement d'un composite déjà existant de forme esthétique et fonctionnelle convenable, un enregistrement de la situation à l'aide d'une clé en silicone suffira ;
- Perte de substance peu importante ou anatomie dentaire nécessitant une légère modification, il est également possible de faire un mock-up (reconstitution en composite directement sur la dent, sans traitement de surface). Cette nouvelle forme est alors enregistrée à l'aide d'une clé en silicone ;
- Perte de substance plus importante ou modification de l'anatomie sur plusieurs dents du sourire: il sera nécessaire de passer par un wax up. Ceci correspond au montage en cire «diagnostic» sur modèle qui permet de modifier idéalement les volumes perdus ou à corriger. Ensuite, cette nouvelle situation est également enregistrée à l'aide d'une clé en silicone (Fig. 3).

Choix de teinte

La teinte des dents est déterminée avant de poser le champ opératoire car les dents se déshydratent pendant la séance de restauration. Un plot de composite sur la surface de la dent à restaurer sans traitement de surface est polymérisé, et cela, dans un environnement lumineux adéquat. La prise de teinte dentine se fait à la jonction du tiers médian et cervical de la dent car c'est la zone la plus saturée de la dent. Tandis que pour l'émail, la teinte est choisie au niveau du bord libre, endroit le plus translucide de la dent¹¹ (Fig. 4). Trop souvent, les teintiers présentés par un fabricant ne sont pas réalistes et fait d'un matériau différent comme le plastique¹². Nous avons donc

pensé à construire un teintier personnalisé à l'aide du composite «Filtek» (3M ESPE) (Fig. 5).

Isolation

La digue est placée de manière suffisamment étendue idéalement de prémolaire à prémolaire, pour permettre le positionnement de la clé en silicone et avoir une vue globale en évitant toute gêne pendant le traitement. Elle est généralement considérée comme la meilleure méthode de contrôle de l'humidité pour les procédures de restauration adhésives^{13,14}.

Préparation de la cavité

Afin d'obtenir le meilleur résultat esthétique possible, il faut préparer les dents de manière à ne pas distinguer la limite composite-dent. Pour une préparation correcte des limites périphériques il est nécessaire de considérer l'élasticité du matériau employé, sa relation avec les prismes d'émail et son intégration esthétique. Les composites micro-charges étant très élastiques (module de Young de 4 GPa), ils nécessiteront des biseaux longs pour des raisons esthétiques. Ces préparations seront inappropriées pour les composites micro-hybrides plus rigides (module de Young de 15GPa) car les limites des restaurations très fines risquent de se fracturer. Une meilleure résistance entre les prismes de l'émail et la restauration est à privilégier. La meilleure préparation combinant un rendu esthétique et les exigences mécaniques est un chanfrein vestibulaire accompagné d'une finition droite à 90° au niveau proximal et palatin. Ce chanfrein est facilement obtenu à l'aide d'une fraise diamantée. La finition à angle droit est obtenue avec une fraise diamantée conique. La préparation doit être finie avec une fraise diamantée de 40 µm de granulométrie et polie avec des fraises siliconées qui éliminent les prismes d'émail non-soutenus¹⁵. Ex. : «Dimanto» (Voco).

Lors de la stratification du composite, la majeure partie de la zone de collage se situe sur l'émail. Le choix de l'adhésif se tourne donc plutôt vers un système avec mordantage préalable en deux ou trois étapes (M&R2 ou M&R3). Ex. : «Optibond FL». En effet, seule l'application d'acide phosphorique à 37 %, pendant 30 sec sur l'émail permet une adhérence suffisante¹¹.

Application du composite

Une fine couche de composite émail est posée sur la clef en silicone pour créer la face palatine. La clef est ensuite placée en bouche puis le composite est photopolymérisé. Comme la couleur de la dentine détermine la couleur de la dent, il est important que la paroi palatine ne soit pas trop épaisse pour laisser suffisamment d'espace pour le composite dentine et la couche d'émail finale¹³. Les matrices bombées sont placées, permettant de monter les faces proximales en mésial et distal avec la masse émail. Elles sont utilisées pour obtenir une forme anatomique ainsi que pour respecter le point de contact et le profil d'émergence de la dent¹. Ex.: «ContactMatrix» (Danville).

Les épaisseurs dans le sens sagittal doivent être respectées: beaucoup de composite dentine sont placés au niveau du collet et peu au niveau du bord incisal. Il peut y avoir une évolution de la saturation de la dentine, c'est-à-dire des composites dentine de saturations différentes peuvent être incrémentés. Normalement, la saturation est plus élevée au niveau du collet mais il est possible que dans certains cas il soit moins saturé. La plupart du temps, la saturation diminue jusqu'au bord incisal. Les masses dentine sont déposées contre la face palatine. Cet incrément de dentine doit chevaucher la ligne de fracture et la masquer en s'étendant à peu près à la moitié du biseau. Le composite dentine doit façonner 3 lobes pour imiter l'anatomie naturelle et s'arrête, à une distance variable du bord incisif ; si c'est un patient jeune, il faut laisser un espace pour avoir de la translucidité de l'émail. Si c'est un patient plus âgé, la dentine s'étend vers le bord incisal laissant peu d'émail translucide^{14,16,17} (Fig. 5 J-O).

La difficulté réside dans l'évaluation de l'épaisseur de l'émail. Ainsi, le LM-arte Misura permet au clinicien de créer avec précision l'espace optimal pour l'émail au cours de la stratification. Après la stratification de la dentine composite, et avant son durcissement, l'extrémité fine de l'instrument, de forme cylindro-conique, est placée en contact avec l'émail de la dent naturelle. La couche de composite émail finale correspond à 0,5 à 0,7 mm. Cet instrument permet un calibrage correct des masses translucides et opaques, en évitant les composites à effet grisé ¹² (Fig. 5 P).

Au niveau des bords libres et des espaces entre les mamelons, les caractérisations peuvent éventuellement être placées au pinceau; les intensificateurs de couleur blanc opaque, gris translucide, ocre et bleu irisé sont les plus utilisées. Le choix dépend de chaque patient. En effet, si les dents adjacentes ont des défauts, il est nécessaire de les reproduire pour obtenir une meilleure intégration. Une technique pour reproduire une craquelure est de donner un coup de bistouri là où le colorant est placé, tapoter le colorant à l'intérieur et refermer par une dernière couche de composite afin que le colorant s'y noie. Il existe deux façons pour reproduire les pigmentations blanchâtres. La première est de griffer la face vestibulaire de la dent avec la pointe d'une fraise flamme dans la dentine pour ensuite appliquer les caractérisations blanchâtres. L'excédent est enlevé et cette caractérisation est noyée dans la dentine. Ce premier cas s'applique plus pour des pérykymaties blanchâtres. Une autre façon d'obtenir une forme plus nuageuse est de déposer une pointe grossière de colorant blanc à étaler avec une sonde pour dessiner ¹⁸.

Enfin, la dernière couche de composite correspondant à l'émail vestibulaire est appliquée et lissée avec des pinceaux pour texturer obtenir un bon remodelage, la translucidité et l'éclat désiré¹⁹ (Fig.9Q). Cette couche est plus fine en cervical qu'en incisal. La photopolymérisation finale est réalisée en plaçant un film de gel de glycérine sur la restauration, protégeant de l'oxygène. Ceci permet d'augmenter la résistance superficielle du matériau et la pérennité de la couleur. En effet, la polymérisation de la dernière couche de composite est inhibée par l'oxygène et ça résulte en la présence de radicaux libres dans le composite à nu. La glycérine permet de chasser l'oxygène ¹¹. Pour finir, après polymérisation de cette couche, une mince mine de crayon est utilisée pour visualiser la position

des lignes de transition et les périkymaties. L'objectif est d'établir des longueurs et des contours corrects ²⁹. La couronne gagnera sa forme définitive par un traitement final de finition et polissage, pour s'adapter à la forme des dents antérieures restantes ¹³ (Fig. 5 R-U).

Finition

Le but premier de l'étape de finition est de pouvoir faire ressortir la macro-anatomie (lignes de transition, bombés, anatomie du bord libre) et la micro-anatomie (rugosité, état de surface) de la dent ²¹ (Fig. 6). Une partie des finitions est donc réalisée le jour de la réalisation de la stratification en utilisant une variété de fraises ^{4,14}:

- fraise de finition diamantée à fins grains ou en carbure de tungstène pour affiner la forme;
- disques de finition moyenne pour lisser la restauration et affiner les angles/ lignes de transition. Ex.: «Sof-lex» (3M);
- disques et cupules en silicone pour introduire les caractéristiques anatomiques secondaires telles que les rainures. Ex.: «Enhance Multi-Finishing» (Dentsply);
- bandes de finition abrasives pour enlever l'excès proximal et affiner les profils d'émergence;
- fraise diamantée à gros grains ou en carbure de tungstène (utilisés à très basse vitesse) pour créer un «effet de périkymaties» qui augmente la luminosité de restauration.

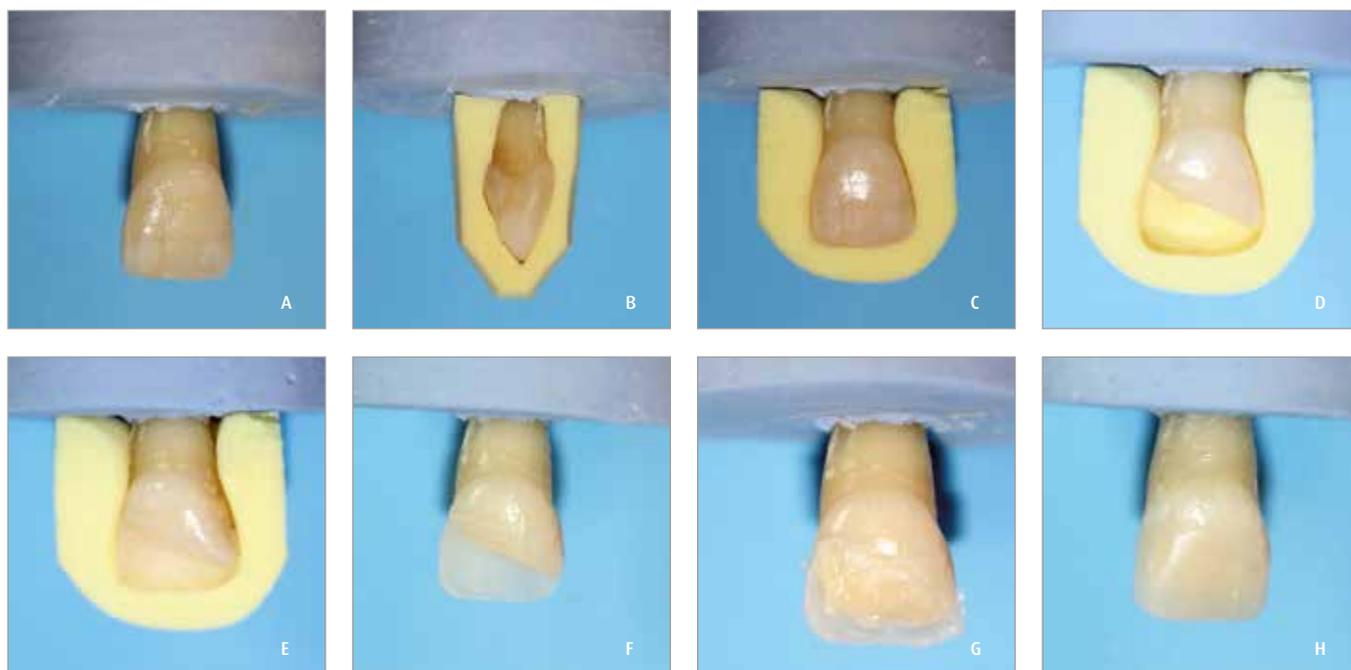
Polissage

Dès que les reliefs ont été corrigés, vient l'étape de brillantage qui se fait à l'aide de cupules en silicone (de la plus abrasive à la moins abrasive), de disques associés à des pâtes à polir et de brossettes de carbure de silicium ¹¹ Ex.: «Astrobrush» (Vivoclar Vivadent), «Prisma-Gloss» (Dentsply; Fig. 7).

L'occlusion doit être soigneusement contrôlée et corrigée pour éviter une charge occlusale trop importante sur la restauration. Après finition et polissage, une légère différence entre les composites fraîchement appliqués et les tissus dentaires déshydratés est visible. Les dents se réhydratent complètement en minimum 24h ^{21,22}.

Maintenance

La pérennité d'une restauration correcte des dents antérieures dépend d'une maintenance régulière avec des séances de contrôles périodiques (polissage, ré-étanchéification) ^{15,23}.



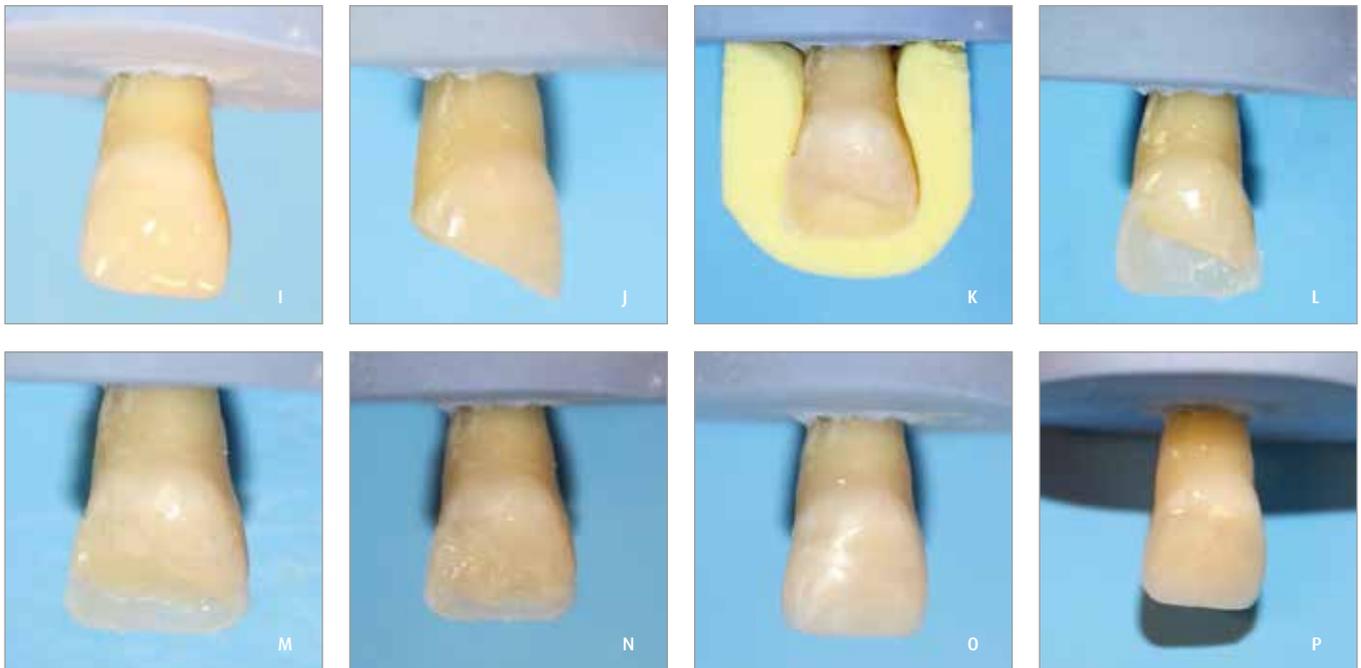


Fig.1. Etapes de stratification en 2 couches (A-I) suivie de la technique en 3 couches (J-P) sur la même dent

A: dent intacte
 B: clé vestibulo-palatine
 C: clé palatine
 D: trait de fracture amélo-dentinaire et biseau vestibulaire
 E-F: coque palatine d'émail teinté A2E
 G: couche dentine teinté A3D

H: couche émail vestibulaire, contrôlée par la clé vestibulo-palatine
 I: après finition et polissage
 J: dépose de la restauration
 K-L: coque palatine d'émail teinté A1E
 M: couche dentine teinté A3D
 N: couche dentine de corps («body») teinté A2B
 O: couche d'émail vestibulaire
 P: après finition et polissage



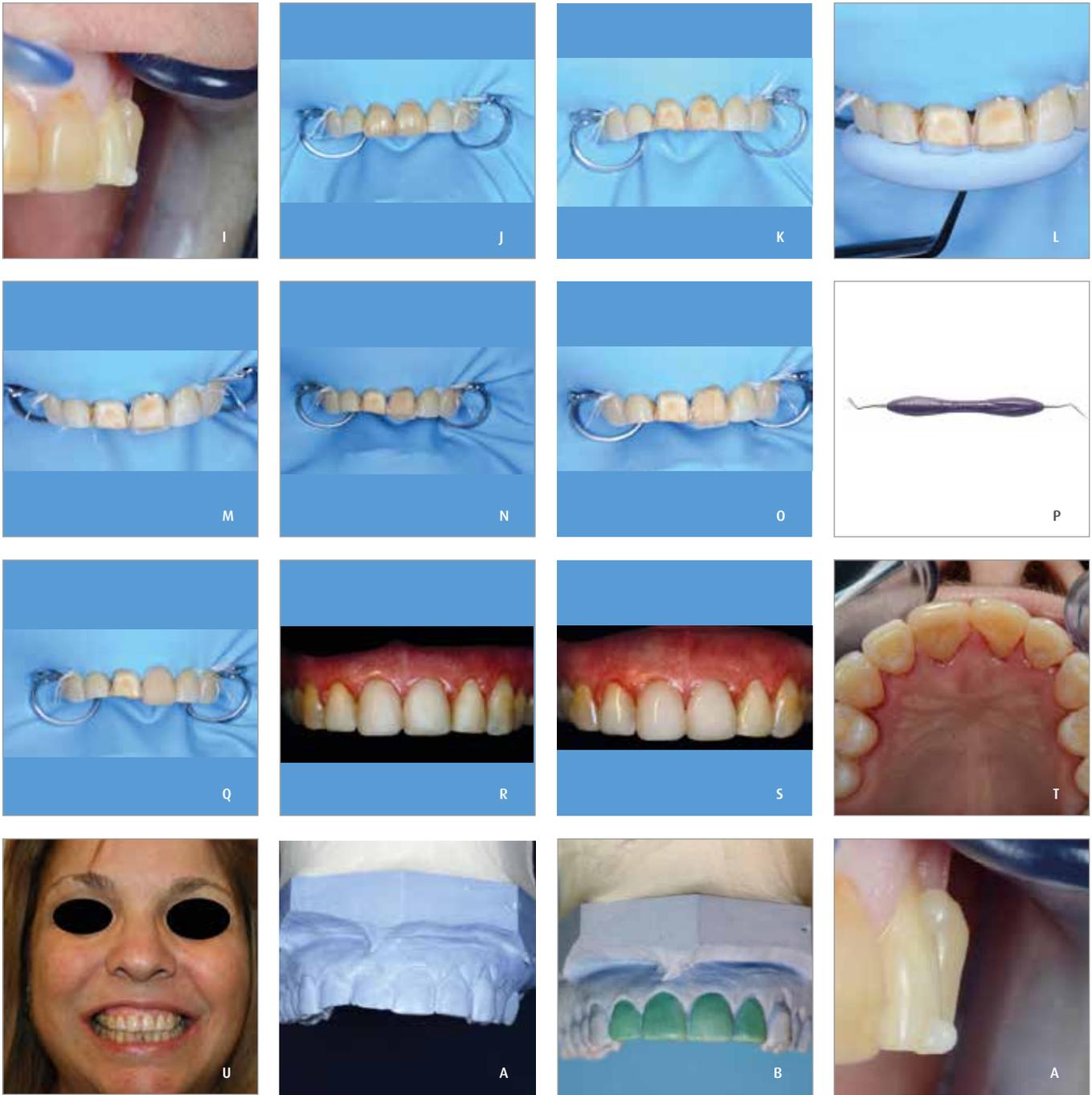
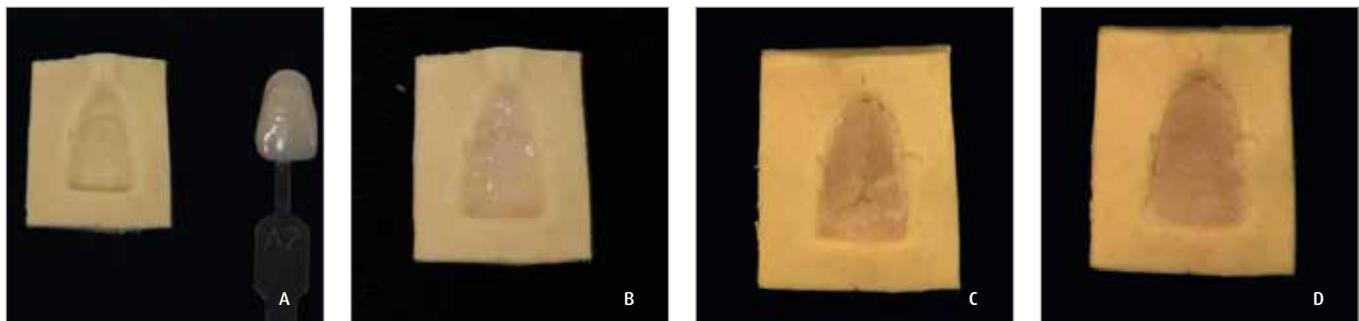


Fig. 2. Etapes pour la stratification de composite en secteur antérieur (A-U)

Fig. 3. Wax-up

Fig. 4. Choix de la teinte



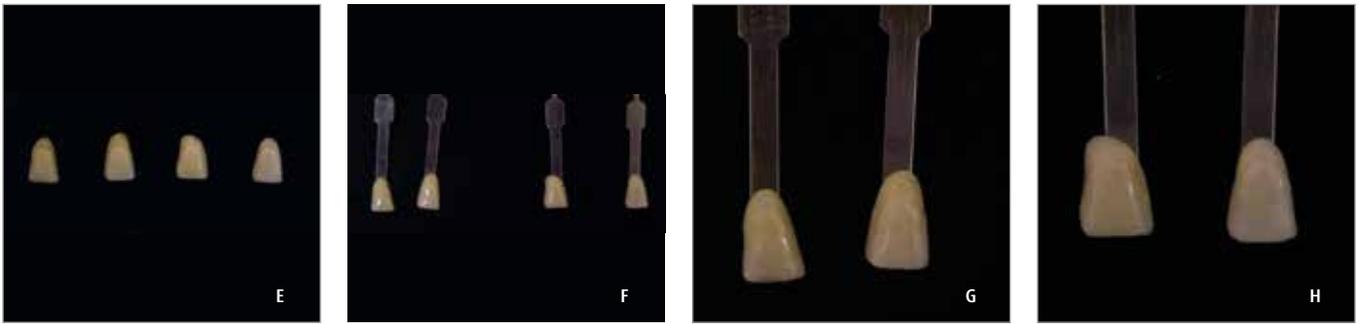


Fig. 5. Etapes de création d'un teintier A2 et A3 avec une technique de stratification en 2 et 3 couches

A: réalisation d'une clé en silicone à l'aide d'un teintier existant
 B: couche email vestibulaire
 C: couche dentine

D: couche dentine de corps dans le cas de la technique en 3 couches
 E: avant finition et polissage
 F: teintier terminé
 G: teinte A3 en 2 couches (gauche) et 3 couches (droite)
 H: teinte A2 en 2 couches (gauche) et 3 couches (droite)



Fig. 6. Texture de surface verticale (A) et horizontale (B) obtenue lors des finitions



Fig. 7. Etapes de polissage : cupule de silicone (A), brosseuse carbure de silicium (B), pâte à polir (C), résultat final (D)

Discussion

En dépit des avancées dans les systèmes composites contemporains, la majorité des praticiens utilisent des matériaux monochromatiques pour les composites antérieurs. De telles techniques sont idéales pour les petites cavités, mais peuvent fournir des résultats esthétiques insuffisants dans les zones esthétiquement plus importantes⁴. La technique de stratification est devenue une référence dans le domaine des restaurations en composite, ayant beaucoup d'avantages. Elle est indiquée dans de nombreux cas mais il est essentiel de connaître les contre-indications et d'informer le patient

sur les désavantages et les complications potentielles à court et long terme qui peuvent découler d'une restauration directe^{1,16,24} (Table 1 et 2).

Manauta et al. (2014) ont comparé la satisfaction esthétique de la stratification versus la technique traditionnelle monochromatique par l'indice de réfraction lumineuse⁸. Il existe une différence de comportement entre les matériaux dentaires et l'émail naturel. L'objectif est de faire voyager la lumière dans les matériaux d'une manière qui est similaire à la façon dont il se déplace dans les dents naturelles. D'un point de vue physique, l'indice de réfraction est la

façon dont la lumière se déplace à travers un objet, qui est, sa vitesse et sa direction. L'indice de réfraction des composites actuellement sur le marché est proche de celui du verre à savoir 1,51 alors que celui de l'émail est de 1,62. Ne présentant pas le même indice de réfraction que l'émail naturel, si le composite est placé de façon non stratifiée, dans la même épaisseur que celle de l'émail, l'intégration optique ne sera pas atteinte. Les composites se comportent de façon similaire au verre: ils perdent la luminosité par augmentation de l'épaisseur. En revanche, dans l'émail de la dent naturelle, l'épaisseur est directement proportionnelle à la luminosité totale de la dent. Par conséquent l'application de composite de façon traditionnelle peut entraîner un effet de verre : la restauration devient grise et une visibilité du joint dent/composite devient visible. C'est le résultat de la différence entre les indices de réfraction de la résine composite et l'émail. Les cliniciens tentent de résoudre le problème par la stratification, où la clé de réussite est la relation d'épaisseur des composites émail translucides et dentine opaques.

Les couches de composites d'émail doivent avoir une épaisseur ne dépassant pas la moitié de celle de l'épaisseur de l'émail naturelle. Cela suppose, lors de la stratification, d'amener les différentes couches dentine très proches de la surface pour aboutir à une couche pelliculaire du composite émail. Ainsi, l'aspect vitreux que peut prendre la restauration sous l'effet de la lumière est estompé. Ceci nous permet d'éviter des restaurations ayant un aspect gris d'aspect excessivement translucide ^{8,19,25}.

Les résultats esthétiques ne sont pas les seuls facteurs déterminants à prendre en compte : en effet, il faut notamment considérer le coût, la difficulté technique de mise en place, la pérennité de l'obturation (avec et sans polissage), et les résistances mécaniques pour les composites monochromatiques versus stratifiés en secteur antérieur.

Le composite en lui-même, utilisé dans la technique de stratification, n'est pas plus coûteux que le composite de la technique conventionnelle. Cependant, afin d'obtenir des résultats esthétiques optimaux les fabricants proposent une plus large gamme de teinte, d'opacités et de translucidités pour la mise en œuvre des techniques de stratification. C'est la raison pour laquelle le coût global est plus élevé que pour une technique traditionnelle mono-teinte où la gamme est plus restreinte.

La difficulté de mise en œuvre dans la technique de stratification est liée aux nombreuses étapes et demande plus de temps par rapport à la technique traditionnelle où le choix de teinte est réduit à une seule teinte et où l'application du composite ne tient pas compte des proportions d'épaisseurs des différentes couches. Concrètement, la stratification ne suggère qu'une ou deux étapes (2 ou 3 étapes de stratification, respectivement) de plus que les restaurations antérieures mono-teintes.

Les composites micro-hybrides (ex.: «Enamel plus HFO» Micerium) et micro-chargés (ex.: «Durafill VS» Heraeus Kulzer) sont appréciés dans la technique traditionnelle monochromatique et offrent de bons résultats mécaniques, mais la plus récente nanotechnologie s'avère avoir de meilleurs propriétés esthétiques. C'est pourquoi la technique de stratification fait appel à l'utilisation de composite micro-hybride nano-chargé ²⁶ (ex.: «Premise» Kerr).

La pérennité de la restauration dépend des propriétés de surface conférées par le polissage. La taille moyenne des particules qui composent la résine influence l'aptitude au polissage. En effet, plusieurs études concernant les composites micro-hybrides nano-chargés montrent qu'ils peuvent améliorer l'aptitude au polissage et donc le maintien de la surface lisse à long terme. Et ce, grâce à la distribution de ses charges de deux façons dans la matrice :

(nano-particules de 20 nm de diamètre) ou regroupés en grappe (nanoclusters de 0,6 à 1,4 µm de diamètre). Cela permet lors du polissage d'arracher une nanoparticule d'un nanocluster et non pas l'arrachage d'un cluster entier. La surface est plus lisse que dans le cas des composites hybrides. Ces derniers possèdent des charges de plus grande dimension, l'exfoliation d'une charge va donc laisser une surface plus rugueuse. Théoriquement les composites nano-chargés auraient une meilleure résistance à l'abrasion et une rétention du poli plus importante ²⁶. Van Dijken et Pallesen (2012) ont comparé la performance clinique sur 6 ans et ont obtenu un taux de réussite de 88,1% pour les composites nano-chargés, qui est comparable à celui des composites hybrides ²⁷.

La résistance à la fracture permet d'évaluer les performances mécaniques des résines composites et qui sont caractérisées par le module élastique (variant en moyenne de 5,2 GPa pour les micro-chargés à 9,3 GPa pour les micro-hybrides nano-chargés), le module de flexion (de 66,3 MPa pour les micro-chargés et 109,8 MPa pour les micro-hybrides nano-chargés) et la dureté Vickers (de 30,8 pour les micro-chargés à 57,0 pour les micro-hybrides nano-chargés). Les propriétés mécaniques sont influencées principalement par la taille et la quantité des charges. Les composites micro-hybrides nano-chargés ont un taux de charges en poids plus élevé (72,0 à 86,0%) que celui des micro-chargés (46,0 à 77,0 %) ²⁶. Beun et coll (2007) ont comparé leurs propriétés mécaniques et leur étude montre un module élastique plus élevé pour les composites micro-hybrides nano-chargés et une résistance en flexion équivalente aux composites micro-chargés ²⁸. Il n'existe actuellement aucune étude in vivo sur le sujet et très peu d'études in vitro. Rastelli et coll (2012) en ont conclu que les qualités mécaniques des composites nano-chargés utilisés dans la technique de stratification sont au moins tout aussi appréciables que celles des composites micro-hybrides dans la technique traditionnelle mono-teinte ²⁹.

La comparaison de tous ces critères apporte le bilan suivant : le résultat esthétique est mieux apprécié dans la stratification, le coût global du matériel est moins élevé dans la technique traditionnelle, la mise en œuvre est plus simplifiée dans la technique traditionnelle, enfin la pérennité et la résistance mécanique des restaurations dépendent du type de composite employé.

Au vu des nombreux avantages et résultats qu'apporte la stratification des composites antérieurs et le peu de contraintes imposées par la technique, il est conseillé d'opter pour une stratification en 2 ou 3 étapes dans le but d'obtenir, notamment, de meilleurs résultats esthétiques.

Conclusion

La stratification et la mise en place du composite de façon traditionnelle en mono-teinte sont deux méthodes qui, techniquement ne sont pas très différentes. L'esthétique est le seul critère déterminant. Dans les limites de notre recherche de littérature nous pouvons conclure que la technique de stratification est préférable aux techniques traditionnelles mono-teintes, surtout en secteur antérieur.

La technique de stratification en résine composite sur les restaurations antérieures directes a connu un développement important ces dernières années grâce aux progrès sur les propriétés mécaniques mais surtout optiques des résines. Cependant, des matériaux performants en association avec une méthode opératoire, sont indispensables pour l'obtention d'un résultat optimal et d'une bonne intégration esthétique. Le remplacement des tissus perdus par des composites émail et dentine, associé à un travail au niveau de l'état de surface permet de reconstruire l'architecture interne et externe de la dent afin de reproduire un effet de lumière similaire à la dent naturelle. En plus des notions de base, patience et habileté

manuelle sont exigées, pour travailler avec les composites au niveau du secteur antérieur.

Références

1. Gaillard C. Apport de la stratification de composite. *Fil Dent.* 2013; 81: 34-37.
2. Magne P, Belsler U. Bonded porcelain restorations in the anterior dentition: a biomimetic approach. Edition Slp Berlin. 2003.
3. Yu B, Ahn JS, Lee YK. Measurement of translucency of tooth enamel and dentin. *Acta Odontol Scand.* 2009; 67:57-64.
4. Mackenzie L., Parmar D., Shortall A., Burke T. Direct Anterior Composites: A Practical Guide. *Dent Update.* 2013; 40: 1-16.
5. Decerle N., Turpin Y.L., Desa C., Hennequin M. Le point sur la stratification esthétique des composites. *EDP Sciences.* 2011; 256: 341-352.
6. Vanini L. Conservative composite Restorations that Mimic Nature ; A Step-by-Step Anatomical Stratification Technique. *J of Cosm Dent.* 2010; 26: 80-101.
7. Manauta J., Salat A. Layers, An Atlas of Composite Resin Stratification. Chapitre 4 'Mid'. Edition Quintessenza. 2012, pp. 194-195.
8. Manauta J., Salat A., Putignano A., Devoto W., Paolone G., Hardan I.S. Stratification in anterior teeth using one dentine shade and a predefined thickness of enamel: A new concept in composite layering. *Trop Dent J.* 2014; 146: 5-16.
9. Villarroel M., Fahl N., De Sousa A.M., De Oliveira O.B. Direct Esthetic Restorations Based on Translucency and Opacity of Composite Resins. *J Esth Rest Dent.* 2011; 23: 73-88.
10. Kirilova J., Kirov D., Topalova-Pirinska S. Stratification technique in maxillary anterior incisors restoration. *J of IMAB.* 2014; 20: 550-553.
11. Roux T., Cazier S., Chéron R. La stratification des composites esthétiques, quelle méthode pour quel résultat? *ID.* 2012; 27: 2-6.
12. Devoto W., Saracinelli M., Manauta J. Composite in Everyday Practice: How to Choose the Right Material and Simplify Application Techniques in the Anterior Teeth. *Eur J Esthet Dent.* 2010; 5: 102-124.
13. Panduric V., Gabric D., Negovetic-Mandic V. Immediate post-traumatic upper incisor reconstruction using composite resin materials. *Dent Tr.* 2008; 24: 108-111.
14. Pontons-Melo J.C., Furuse A., Mondelli J. A direct composite resin stratification technique for restoration of the smile. *Quint Int.* 2011; 42: 205-211.
15. Vanini L. Technique de stratification anatomique ; restaurations en résine composite des secteurs antérieurs. *ID.* 2006; 37: 2291-2299.
16. Paschoal M.A., Santos-Pinto L., Nagle M., Ricci W.A. Esthetic and Function Improvement by Direct Composite Resins and Biomimetic Concept. *J Contemp Dent Pract.* 2014; 15: 654-658.
17. Marques S. Composite resin stratification. *The Dent.* 2013; 80-82.
18. Mario F. Romero. Esthetic anterior composite resin restorations using a single shade: Step-by-step technique. *J of Prost Dent.* 2015; 114: 9-12.
19. Martos J., Silveira C.F, Silveira L.F.M. Restorative treatment of crown fracture in lateral incisors with a direct composite resin stratification technique. *Ped dent J.* 2013; 23: 95-98.
20. Romero M.F., Haddock FJ., Freitas A.G., Brackett W.W., Brackett M.G. Restorative Technique Selection in Class IV Direct Composite Restorations: A Simplified Method. *Op Dent.* 2016: 41-3.
21. Oliveira G.M.S., Ritter A.V. Composite Resin Restorations of Permanent Incisors with Crown Fractures. *Ped dent.* 2009; 31: 102-109.
22. Dietschi D., Lampl S. Free-hand bonding: the ultimate treatment modality to enhance smiles in young patients. *Aust Dent Pract.* 2012; 138-142.
23. de Almeida Cesar W. Rajeunissement des dents utilisant une technique de stratification sans fraisage. *Cosmetic Dentistry.* 2012; 2: 1-4.
24. Korkut B., Yanikoglu F., Tagtekin D. Direct Midline Diastema Closure with Composite Layering Technique: A One-Year Follow-Up. *C Rep Dent.* 2015; 2016: 1-5.
25. Weisrock G., Merz R., Ortet S., Koubi S., Tassery H., Faucher A. Clonage artificiel de l'émail. *ID.* 2009; 35: 2020-2026.
26. Berthault G.N., Durand A.L., Lasfargues J.J., Decup F. Evaluation and clinical interests of direct technique restorations. *Rev Odont Stomat.* 2008; 37:1 77-197.
27. van Dijken J.W.V, Pallesen U. A six-year prospective randomized study of a nano-hybrid and a conventional hybrid resin composite in Class II restorations. *Dent Mat.* 2013; 29: 191-198.
28. Beun S., Glorieux T., Devaux J., Vreven J., Leloup G. Characterization of nanofilled compared to universal and microfilled composites. *Dent Mat.* 2007; 23: 51-59
29. Rastelli A.N.S., Jacomassi D.P, Faloni A.P, Queiroz T.P, Rojas S.S, Bernardi M.I, Bagnato V.S, Hernandez A. The Filler Content of the Dental Composite Resins and Their Influence on Different Properties. *Microsc. Res. Tech.* 2011; 1-8.

Oral-B® PRO 6000 SmartSeries

avec Bluetooth™ et CROSS ACTION®

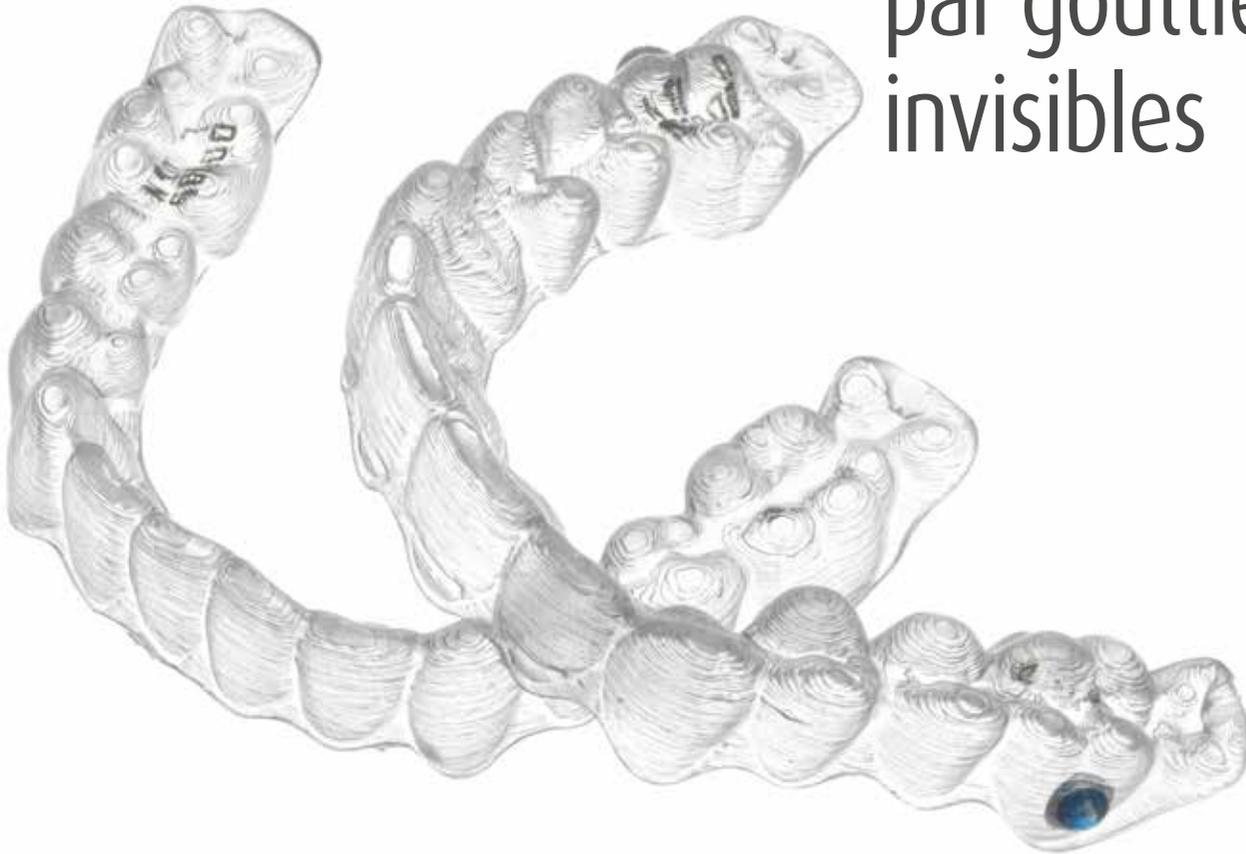


La brosse à dents électrique **Oral-B® PRO 6000** avec **CrossAction®** est la toute première brosse à dents électrique interactive. Dotée d'une connectivité Bluetooth 4.0 intelligente, elle se connecte à l'application Oral-B®. Celle-ci fournit des conseils en temps réel pendant le brossage et enregistre l'activité sous forme de données convertibles en graphique et partageables avec les professionnels des soins dentaires. La brosse **CrossAction®** possède des poils inclinés à 16 degrés pour soulever et éliminer efficacement plus de plaque qu'une brosse à dents manuelle ordinaire, laissant les dents parfaitement propres.

Poursuivre les soins qui commencent entre vos mains

Oral-B®

L'Orthodontie par gouttières invisibles

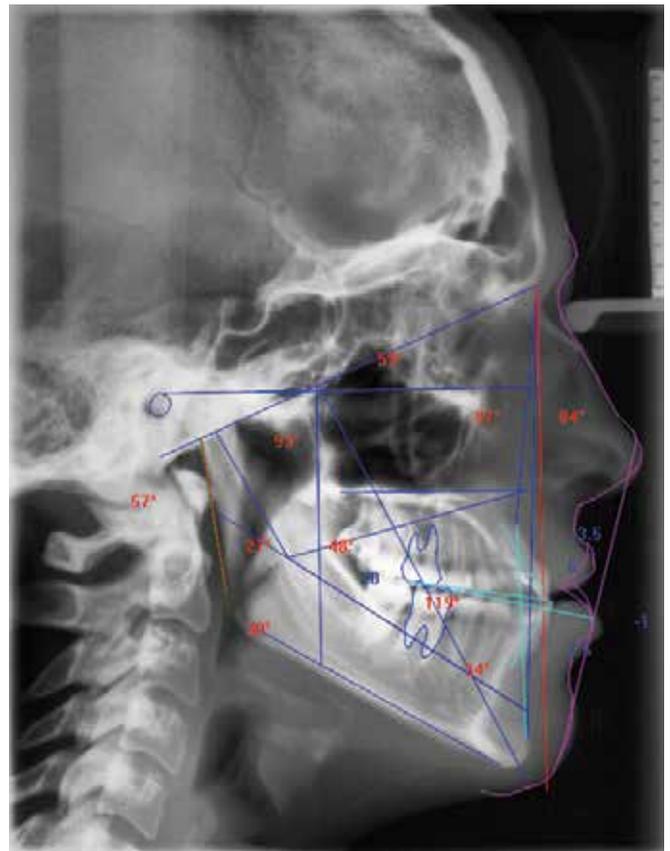


Amir PHILIPS
Dentiste Spécialiste en Orthodontie

Photos avant traitement







DIAGNOSTIC

- Classe III
- Rétrognathie du maxillaire supérieure et recul du point A.
- $I/Apo = +6$ et $i/Apo = +7.5$
- Déviation des lignes médianes.

PLAN DE TRAITEMENT

- Traitement par gouttières Invisalign et chirurgie orthognathique mandibulaire
- correction de la déviation de la ligne médiane
- Préparation à la chirurgie
- Expansion du maxillaire supérieure
- Recul des incisives supérieures

Comparatif entre le début et la fin du traitement



Traitement réalisé par 20 gouttières en 12 mois





Dr E. Binhas

Nouvelle année : nouveaux objectifs à fixer

Au gré de différentes discussions avec nos confrères, nous constatons que de nombreux cabinets n'ont pas d'objectif spécifique et travaillent au jour le jour. Ils enchaînent les années en attendant que les patients appellent pour prendre rendez-vous. Nous souhaitons donc, en ce début d'année (période en général propice à la réflexion), vous interpeller sur l'importance d'avoir des objectifs et la manière de les formuler.

Définir un objectif n'est pas un gadget de management supplémentaire. En effet, des objectifs écrits, documentés donneront des résultats bien meilleurs que des objectifs aléatoires et non mesurables.

Les objectifs doivent être formulés dans un langage clair. Un objectif abstrait comme par exemple « avoir un meilleur exercice » peut signifier des choses très différentes d'un praticien à un autre. C'est la raison pour laquelle les objectifs du cabinet doivent être établis pour répondre à un certain nombre de questions précises :

- Quelle taille souhaitez-vous atteindre pour votre structure ?
- Combien de jours souhaitez-vous travailler ?
- Quel niveau de production horaire pouvez-vous réaliser ?
- Quels revenus souhaitez-vous dégager de votre pratique professionnelle ?
- Quels types de services voulez-vous offrir ?

Par ailleurs, vérifiez l'absence de conflit entre vos convictions personnelles et professionnelles. Sinon, n'hésitez pas à modifier vos objectifs. Par exemple, un praticien peut-il produire 1 million d'euros par an en travaillant 2 jours par semaine ? Pour la plupart des cabinets, cela n'est pas réaliste. Tout objectif doit certes représenter un challenge, mais aussi rester réaliste. Ici, l'objectif représente un conflit entre le volet personnel et professionnel du praticien. Il doit par conséquent être modifié.

D'autre part, fixez-vous des dates butoirs pour réussir. Les objectifs doivent être arrêtés dans le temps. Une évaluation réaliste doit être établie et une date butoir assignée à l'objectif. C'est un bon test pour valider le caractère réalisable de l'objectif. Cela permettra aussi de vérifier si votre objectif est écologique c'est-à-dire qu'il respecte votre biorythme et n'excède pas vos possibilités.

VOTRE OBJECTIF EST-IL BIEN FORMULÉ ?

Un objectif, c'est une action à réaliser, un résultat à atteindre, une échéance à respecter, des contraintes à intégrer et des moyens dont vous pouvez disposer.

Étudions ensemble ces différentes composantes qui feront que votre objectif sera bien formulé. Il s'agit d'un travail préliminaire important qui vous fera gagner un temps précieux et in fine conditionnera vos résultats. Définir les objectifs correctement est le premier pas pour les atteindre. Nous pouvons même dire que la moitié du travail est réalisé.

Un objectif doit être clair.

Il doit être précis et s'appuyer sur des faits. Un objectif n'est pas une hypothèse, une vague envie. Exemple : « Je veux réduire de 30 % le nombre de mes rendez-vous manqués ».

Un objectif doit être positif.

Il est commun de dire que la forme influe sur le fond. Aussi votre objectif doit-il être formulé affirmativement. Ainsi, « je ne veux plus avoir de rendez-vous manqués... » n'est pas un objectif. Dans ce cas, il s'agit de le remplacer par ce que vous voulez à la place ? Se motiver, c'est d'abord formuler correctement son objectif, c'est-à-dire de façon positive. Dites ce que vous voulez et non ce que vous ne voulez pas.

Un objectif doit être arrêté dans le temps.

Fixez-vous des dates butoirs pour réussir. Exemple : « Je veux réduire de 30% le nombre de mes rendez-vous manqués d'ici à 3 mois ». Une évaluation réaliste doit être établie et une date butoir assignée à l'objectif. C'est un bon test pour valider le caractère réalisable de l'objectif.

Un objectif doit être contextualisé.

Vous devez pouvoir répondre aux questions : Où ? Quand ? Avec qui ? Ces éléments préciseront les contours de votre objectif.

Un objectif doit être réalisable.

Votre objectif doit évidemment s'inscrire dans une démarche réaliste. Exemple : « Je veux éliminer 100 % de mes rendez-vous manqués d'ici demain », n'est ni réaliste ni réalisable.

Un objectif doit être priorisé.

Déterminez des priorités entre vos différents objectifs et faites attention au cumul d'objectifs. Exemple : « Je veux réduire de 30 % mes rendez-vous manqués d'ici à 3 mois. Puis je réduirai dans les 3 mois suivants le nombre de mes patients vus par jour de 15 à 12. » Parfois, à vouloir tout faire en même temps, on ne fait rien de bien et l'on est inévitablement frustré.

Un objectif doit être écologique.

Votre objectif doit vous respecter et ne pas excéder vos possibilités. Il doit respecter votre environnement personnel et professionnel. Poser vous la question s'il existe des inconvénients à atteindre votre objectif ? Est-ce que je risque de perdre quelque chose ? Il faut connaître, rechercher ces inconvénients. L'une des questions majeures qu'oublie malheureusement trop de chirurgiens-dentistes est : « Suis-je prêt à payer le prix pour atteindre cet objectif ? » Trop souvent, on entend dire : « Si j'avais su... ». L'intérêt est d'anticiper les inconvénients potentiels afin qu'ils ne soient pas consciemment ou inconsciemment à l'origine d'un échec.

Un objectif doit être évaluable.

Qu'un praticien pense intuitivement avoir atteint ses objectifs est souvent un indicateur insuffisant de réussite. Si l'objectif est atteint, il doit être mesurable. Il ne doit pas être basé sur des intuitions ou

des impressions. Si votre objectif est de réaliser 400 000 euros de chiffre d'affaires et que vous avez réalisé 350 000 euros à fin octobre, il est réaliste de penser que vous atteindrez votre objectif. Définissez donc quels sont les critères CHIFFRÉS qui vous permettront de dire que votre objectif est atteint.

Un objectif doit être souple.

Ce n'est pas parce qu'un objectif a été défini, écrit qu'il est pour autant figé. N'hésitez pas à le réajuster si besoin. Si vous n'arrivez pas à atteindre l'objectif visé, c'est soit qu'il était irréaliste, soit qu'un dysfonctionnement non décelé existe, soit qu'un événement imprévu et majeur est survenu.

Enfin, ces objectifs une fois correctement formulés, devront être partagés avec l'ensemble de l'équipe, à l'occasion d'une réunion par exemple. C'est l'une de nos préconisations fortes pour entretenir une dynamique et une cohésion d'équipe. En effet, force est de constater que bien souvent, les membres de l'équipe n'ont pas d'objectif ou qu'on ne leur en a pas donnés. Ils s'inscrivent donc dans une certaine routine des tâches quotidiennes.

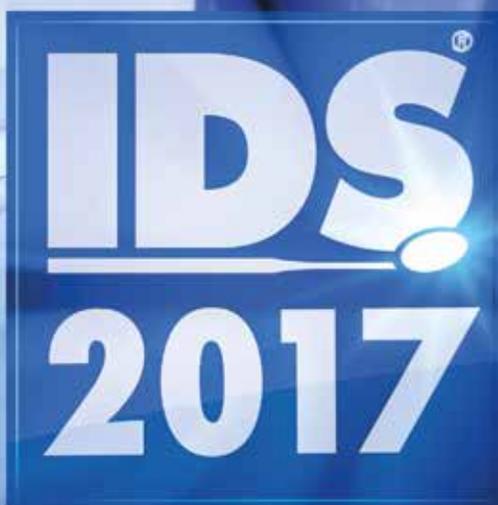
Au fil des années, une certaine démotivation s'installe ou d'autres parleront d'un manque de motivation. Il est donc de la responsabilité du praticien d'inscrire les tâches de son personnel dans un cadre beaucoup plus vaste pour que ces derniers s'impliquent dans un véritable projet professionnel pour le cabinet. C'est au capitaine de définir le cap, l'équipage se chargera alors de l'atteindre !

La recherche de la performance et une gestion prévisionnelle sont désormais des composantes critiques pour un exercice plus serein. La définition d'objectifs est véritablement au cœur de la recherche de la performance. C'est ce qui vous permettra d'aller chercher vos enfants à la sortie de l'école ou de rentrer plus tôt chez vous le soir.

www.ids-cologne.de

**Achetez vos
tickets dès
maintenant :**

[www.ids-cologne.de/
tickets/en](http://www.ids-cologne.de/tickets/en)



37e Salon international d'odontologie
de Cologne, du 21 au 25 mars 2017
Journée du commerce spécialisé : le 21 mars 2017

**Projetez-vous dans le
futur des soins dentaires !**

Le futur s'invite à Cologne en mars 2017 : plus de 2 400 exposants venant de quelques 60 pays se retrouveront à IDS, salon de référence au niveau mondial, et y présenteront les produits et les thématiques incontournables pour le cabinet et le laboratoire.

Luc Van Den Eede
Interleuvenlaan 62 | BE-3001 Heverlee,
Tel. +32 16 394855 | Fax +32 16 394858
visiteurs@koelnmesse.be



Formation Continue

SOMMAIRE FORMATION CONTINUE

48	TARIF DES COURS	
49	PROFESSIONNEL	27/01/2017
50	FACETTES, INLAYS, ONLAYS	11/02/2017
51	DOULEURS ORO-FACIALES	17/02/2017
52	EMPREINTES OPTIQUES	21/02/2017
53	BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL	10/03/2017
54	SUTURES	11/03/2017
55	PULPE FICTION	18/03/2017
56	GESTION DES CONFLITS	27/04/2017

Tarif des cours

De nouvelles formules pour nos formations en 2017 !

Pour les jeunes :

Les étudiants en Master 1 & 2 bénéficieront dorénavant d'un tarif unique* fixé à 50 €.

Les jeunes praticiens, qu'ils soient stagiaires ou en début de carrière, bénéficieront quant à eux d'un tarif préférentiel durant les trois premières années calendrier suivant leur année de diplôme.

Pour les fidèles :

A partir de la troisième formation* suivie (hors formations gratuites, workshops et peer-review), une réduction sera accordée.



Inscription à une 3^{ème} formation : réduction de 60 €

Inscription à une 4^{ème} formation : réduction de 120 €

Inscription à une 5^{ème} formation : réduction de 180 €

Pour les prévoyants :

Des packs avec inscription précoce. Inscrivez-vous en début d'année à plusieurs formations contenues dans un pack* et profitez d'un tarif serré.



Pack Premium : 3 cours au choix (hors workshops) + 2 peer-review : 800 €

Pack Gold : 4 cours au choix (hors workshops) + 2 peer-review : 950 €

Pack Diamond : 5 cours au choix (hors workshops) + 2 peer-review : 1.100 €

Pour les indécis, les distraits :

Il est bien entendu toujours possible de s'inscrire au coup par coup à chaque formation (dans la mesure des places disponibles). Attention toutefois qu'un supplément est appliqué pour inscription tardive.

(*) offres non cumulables.

Conditions générales :

Les offres sont non cumulables entre elles.

Les offres ne concernent pas les workshops, ni les peer-review, ni les formations gratuites.

Les packs doivent être souscrits avant le 1^{er} mars 2017.

Les packs sont payables à la date de souscription et sont non remboursables.

Toutes nos formules à tarif réduit ne sont applicables qu'aux membres en règle de cotisation pour l'année 2017.

Professionnel

Vendredi 27 janvier 2017

De 14h à 17h30

Imagibraine - Braine l'Alleud

Accréditation en demande 20 UA dom 2 formation continue 180 min.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Une fois de plus, notre après-midi professionnelle vous présentera des sujets d'actualité hors du contexte scientifique.

- Informatisation dans les soins de santé : tous les « services » déjà disponibles ou qui le seront dans un avenir proche
- La planification des professions de santé : numerus clausus, mais encore ?
- Se protéger des cyberattaques / Sauvegarder les données de son cabinet
- Le point sur le (non)-Accord Dento-Mutualiste 2017 -2018

MyCareNet, au présent et au futur : Les échanges électroniques entre dentistes et mutuelles

Ca y est. La e-Santé, on en parle depuis longtemps, mais cette fois, elle est bien là. 2017 sera l'année de son développement extensif pour le secteur des dentistes.

Des « services » existent déjà. D'autres sont annoncés pour le 1er mars.

Vous saurez tout sur eFAC, eDMG, eATTEST, etc. Le voile sera levé sur les applications que vous utiliserez prochainement. TOUS les dentistes sont ou seront concernés. La disparition des documents « papier » est en marche, et sera inéluctable.

Démographie professionnelle Le nombre de dentistes : hier, aujourd'hui et demain.

« Gouverner, c'est prévoir », dit le célèbre adage.

Mais pour se projeter dans l'avenir de la force de travail de notre profession, il s'agit de disposer de données fiables de l'activité actuelle des dentistes en activité, du nombre d'étudiants en cours de formation, des dentistes émigrants et immigrants, etc.

Il sera présenté les perspectives de notre profession pour l'avenir ainsi que des scénarios envisagés pour le futur.



Mme Marie-Pascale **VERSAILLES**

Coordinatrice Inter-Mutualiste MyCareNet - CIN
Coordination fonctionnelle et project manager inter-mutualiste des projets MyCareNet (projets d'informatisation des échanges de données soins de santé entre les mutualités et les prestataires de soins).



Anne **DELVAUX**

- Analyste statisticienne
- DGGS - Service professions de santé et pratique professionnelle
- Cellule planification de l'offre des professions des soins de santé
- SPF Santé publique



Michel **DEVRIESE**

- Président de la SMD
- Mandataire à la Commission Nationale Dento-mutualiste à l'INAMI
- Président du Groupe de travail dentiste de la Commission de planification des professions de santé.

Membre étudiant
00 €

Jeune membre
00 €

Membre ordinaire
00 €

Non membre
360 €

Facettes...

Samedi 11 février 2017

De 9h à 18h

GC Training Center Heverlee

Accréditation en demande 40 UA dom 4 formation continue 360 min.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Facettes, inlays, onlays en pratique quotidienne : de la préparation au collage.

La demande esthétique de nos patients est en continuelle croissance tant pour la forme que pour la teinte des dents visant à améliorer leur sourire. Outre les traitements d'éclaircissement très à la mode, l'utilisation des facettes représente une alternative également très médiatisée. Souvent peu enseignée à l'université, et en conséquence peu pratiquée, l'utilisation des facettes et des inlays-onlays en céramique ou composite, s'avère parfois un vrai challenge pour le dentiste. Le but de cette journée est de permettre au praticien de se familiariser avec ces techniques selon deux aspects, le premier théorique et le deuxième, pratique où chaque dentiste fera des tailles de facettes et d'inlays-onlays sur des dents Frasaco, et procédera par la suite au collage d'une facette. Le cours théorique répondra aux questions les plus posées concernant ces préparations :

- 1 Inlays-Onlays : restaurations postérieures indirectes Principes, instrumentation et techniques pour la préparation des Inlays-Onlays. Inlay en céramique ou en composite ? Peut-on faire un Inlay sur une dent dévitalisée ? Avec quoi et comment coller un inlay ? Longévité et maintenance des inlays-Onlays.
- 2 Facettes en céramique : La pose de facettes nécessite deux séances au moins et comporte plusieurs étapes se résumant par la préparation, la prise d'empreintes et la fabrication des provisoires durant la première séance. Le deuxième rendez-vous est réservé au collage et au polissage des facettes. Actuellement plusieurs systèmes adhésifs sont disponibles sur le marché, mais lequel choisir ? Comment prétraiter les facettes avant le collage ? Que faire si une facette se décolle ?

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

Le nombre de participants est fixé à 17 pour une meilleure communication et déroulement de la journée.

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



Dr Joseph **SABBAGH**

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

Membre étudiant

340 €

Jeune membre

340 €

Membre ordinaire

340 €

Non membre

450 €

Douleurs oro-faciales

Vendredi 17 février 2017

De 9h à 17h

SMD - Bruxelles

Accréditation en demande 40 UA dom 7 formation continue 360 min.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Nouvelle formule - Une journée complète - Plus d'exercices pratiques

Les "douleurs" oro-faciales ne sont pas neuves mais leurs causes sont peut-être un peu trop souvent mal définies et donc fréquemment mal prises en charge.

Ces causes peuvent tout aussi bien provenir d'un dysfonctionnement au niveau de la tête que du cou.

Une journée complète de formation permet, de dominer la physiologie/physiopathologie de ces causes et ainsi d'être à l'aise face aux plaintes du patient.

Douleurs dentaires atypiques, douleurs et dysfonctionnements des ATM, douleurs buccales, certaines otalgies, différents types de céphalées et d'algies de la face,...peuvent être liées à une sur-activité maxillo-faciale, à une irritabilité du trijumeau voire un dysfonctionnement au niveau de la colonne cervicale supérieure.

Aborder la "mécanique" du système manducateur, de la colonne cervicale, de la gestion du tonus musculaire (les muscles de la mâchoires sont proportionnellement les plus puissants du corps) et de la neurologie (principalement le trijumeau) commune à ces systèmes vous aidera dans cette approche.

Une étude théorique approfondie de ces systèmes permettra ensuite d'aller en profondeur dans la partie pratique de cette formation. Cette expertise vous permettra par une bonne anamnèse et un examen clinique approprié de confirmer vos hypothèses et proposer une prise en charge efficace à votre patient.

Le dentiste est avec le médecin généraliste en première ligne pour mettre en évidence l'origine de ces plaintes très fréquentes.

Le but de cette formation est de les aider dans cette démarche.



Marc **RENGUET**

- Kinésithérapeute.
- Spécialiste en kinésithérapie maxillo-faciale, vestibulaire et HMTC
- Initiateur du concept HMTC (Harmonisation Myotensive de la Tête et du Cou).
- Coordinateur de la formation HMTC pour kinésithérapeute, traitant de toutes ces pathologies.
- Travaille dans un centre pluridisciplinaire dans la gestion de ces pathologies, à Louvain-La-Neuve.

Membre étudiant
300 €

Jeune membre
300 €

Membre ordinaire
300 €

Non membre
400 €



Mardi 21 février 2017

De 14h à 18h

Advimago - Bruxelles

Accréditation en demande 20 UA dom 7 formation continue 180 min.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Suite à la digitalisation de l'imagerie radiographique, l' "impression-free dentistry" ou la dentisterie sans matériaux d'empreintes fait maintenant son apparition dans le cabinet dentaire. Ce changement révolutionnaire utilisant l'imagerie optique nous offre la possibilité de prise d'empreintes numériques ou digitales. Celles-ci ont de nombreux avantages comparées aux empreintes conventionnelles. Ces avantages se situent non seulement au niveau du cabinet dentaire, mais aussi du labo et du patient. Le digital workflow dans le cabinet est donc une fois de plus amélioré avec un temps de travail réduit, une précision optimale et l'élimination de stress associé aux reprises.

Ce workshop familiarise le dentiste aux empreintes optiques, avec des travaux pratiques :

- Que sont les empreintes optiques ?
- Le workflow traditionnel vs le workflow digital
- Aspects cliniques des empreintes optiques
- Quels sont les avantages, limites et indications des empreintes optiques ?
- Exercices pratiques d'empreintes optiques d'une préparation unitaire et d'un implant, antagonistes et prise d'occlusion (+ ergonomie digitale)
- Introduction de 3-4 systèmes d'empreintes optiques différents



Bart **VANDENBERGHE**

- Docteur en science dentaire KUL
- Master en imagerie médicale
- Membre du Conseil Central de l'Académie Européenne de Radiologie Dentomaxillofaciale
- Radiologue dentaire à d'Advimago

Membre étudiant
250 €

Jeune membre
250 €

Membre ordinaire
250 €

Non membre
350 €

Bien-être au travail

Jeudi 9 mars 2017

De 9h à 17h

SMD - Bruxelles

Accréditation en demande 40 UA dom 2 formation continue 360 min.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Le burnout est devenu, ces dernières années, un véritable fléau dans le domaine professionnel, à tel point qu'il vient d'être reconnu par la Ministre de la Santé comme maladie professionnelle.

Le stress et la vie hyperactive en sont une des nombreuses causes.

Le but de ce séminaire pratique n'est pas de combattre l'épuisement professionnel, mais bien de le prévenir, en détectant les signes avant-coureurs et en mettant en place des solutions.

Lors de cette journée, vous découvrirez ce qu'est le stress et comment il peut nous mener jusqu'au Burn out : symptômes, risques, diagnostic différentiel, conséquences. Vous aurez l'occasion de réévaluer l'équilibre entre votre vie professionnelle et votre vie privée et de comprendre combien votre perception de la réalité et ses conséquences peuvent influencer la nature du stress. Vous aurez l'occasion d'identifier et de confirmer vos priorités et objectifs tant professionnels que personnels qui vous permettront de prévenir, voire de combattre, l'épuisement.

Finalement, vous pourrez vous projeter dans l'avenir et conclure par un plan d'action personnalisé tout en respectant vos priorités et vos valeurs de vie. Objectifs de l'atelier-séminaire. Identifier les facteurs et circonstances professionnels qui peuvent fragiliser les personnes dans l'exercice de leur métier. Reconnaître et anticiper les situations à risques. Découvrir les leviers d'actions utiles dans le cadre de la prévention. Définir les actions à mener en cas de situation de stress aigu. Méthode : La méthode est basée sur le principe d'une pédagogie interactive et « orientée solution ». Des apports théoriques sont couplés à des exercices en sous - groupes. La pédagogie est participative et impliquante : elle permet d'intégrer le changement recherché. Le partage de réflexions et d'expériences vécues lors des débriefings et des feedbacks sont animés par un formateur-coach.



Fatima **AZDIHMED**

- Coach professionnel certifié (PCC) par la Fédération Internationale de Coaching et membre de cette Fédération.
- Dirige le centre de Formation et de Coaching Mozaik Coaching (www.mozaik-coaching.be)
- Formatrice et Coach dans le domaine médical et paramédical ainsi qu'un entreprise.
- Formée au coaching, à l'approche systémique des organisations, à la thérapie systémique brève, à l'analyse transactionnelle et maître praticienne en programmation neurolinguistique.
- Anciennement cadre auprès de l'ONDRAF (Organisme National des Déchets Radioactifs et des matières fissiles enrichies).

Membre étudiant
300 €

Jeune membre
300 €

Membre ordinaire
300 €

Non membre
400 €

Les sutures

Samedi 11 mars 2017

De 9h à 13h

Maison des Dentistes - Bruxelles

Accréditation en demande 20 UA dom 2 formation continue 180 min.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Un workshop qui vous apprendra les sutures sous toutes les coutures !
Un fil, une aiguille, un porte-aiguille, vous voilà prêt(e) à réaliser les points les plus sophistiqués...

Après un résumé sur les différents types de plaies que l'on peut rencontrer dans notre pratique courante en chirurgie dentaire nous parlerons des caractéristiques des fils de suture, et lesquels utiliser en fonction des plaies. Puis les techniques de suture vous seront exposées avant de passer vous-mêmes à vos porte aiguilles pour nous démontrer combien vous mettez parfaitement la théorie en pratique. Le matériel de suture et les fils vous seront fournis mais si vous le souhaitez, vous pourrez apporter votre propre matériel.

- Point simple
- Point de Blair Donati
- Point en croix
- Surjet passé
- Surjet arrêté
- Point inversé
- Surjet endermique



Dr Cyrille **VOISIN**

- Docteur en Médecine, (ULB 2004)
- Licencié en Sciences dentaires, (ULB 2007)
- Spécialiste en Stomatologie (ULB 2009)
- Spécialiste en Chirurgie Maxillo-Faciale (ULB 2011)
- Consultant CHU Erasme ; Chef de service adjoint Hopital Ixelles et consultant
- Hopital Baron Lambert. Pratique privée à Bruxelles

Membre étudiant
230 €

Jeune membre
230 €

Membre ordinaire
230 €

Non membre
320 €

Pulpe fiction

Samedi 18 mars 2017

De 9h à 17h30

Centre Diamant de Liège

Accréditation en demande 40 UA dom 4 formation continue 360 min
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

Et si l'endodontie du futur (très) proche n'était plus mécanique ?

Et si plutôt qu'éliminer le tissu pulpaire avec des instruments, aussi performants soient-ils, le dentiste préservait les cellules-souches présentes pour favoriser la revascularisation intra-pulpaire ?

Et ceci même dans les cas d'infection aigüe !

D'ailleurs si, plutôt qu'être invasif, on réhabiliterait les coiffages pulpaire et les pulpotomies ?
L'endodontie deviendrait du même coup très simple et accessible à tous (patients et praticiens) !

Connaissez-vous les résorptions cervicales externes ? Bien souvent, le defect est découvert par hasard et pris pour une résorption interne. Pourtant la situation est bien différente.

Alors plutôt que de se lancer, tête baissée, dans le traitement, mieux vaut savoir le pourquoi et connaître le comment de cette pathologie pas si exceptionnelle que cela.

Les Professeur Stéphane Simon et Paul Lambrechts sont des experts de leurs sujets respectifs. Passionnants et didactiques, ils ont l'habitude de s'adresser à un public de généralistes. Ils présenteront une journée d'endodontie ou on ne parlera pas d'endodontie....



Pr Stéphane **SIMON**

- MCUPH en Sciences Biologiques et Endodontie – Université Denis Diderot (Paris 7)
- Spécialiste Qualifié en Médecine Bucco Dentaire
- Directeur du Diplôme Universitaire Européen d'Endodontologie Clinique
- Laboratoire INSERM UMRS 812, Equipe 5 – Paris.
- Associate Researcher – College of Medical and Dental Sciences - University of Birmingham (UK)
- Auteur de 5 ouvrages et 6 chapitres en langue française, 5 chapitres dans des ouvrages en langue anglaise.
- Editeur et auteur d'un iBook.
- Auteur de 22 articles scientifiques et cliniques dans des revues internationales référencées Pubmed et de 81 articles en langue française.



Pr Paul **LAMBRECHTS**

Professor in cariology and endodontology at the KU Leuven, Belgium. He focusses on minimal-invasive endodontic research, using 3D X-ray Micro-CT scanning, Cone-Beam CT and Environmental SEM, towards new root-canal preparation and filling techniques. Micro, bio and techno in endo are his idealistic goals in clinical dentistry, research and teaching.

Membre étudiant

50 €

Jeune membre

120 €

Membre ordinaire

240 €

Non membre

350 €

Gestion des conflits

Jeudi 27 avril 2017

De 9h à 17h

SMD - Bruxelles

Accréditation en demande 20 UA dom 2 formation continue 180 min.
Inscription sur www.dentiste.be ou par téléphone au 02 375 81 75

A qui s'adresse cet atelier ?

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

Quelques exemples :

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

Acquisitions :

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

La Méthode :

La méthode est basée sur le principe d'une pédagogie interactive et « orientée solution » Des mises en situation et des jeux de rôle (exercices personnalisés) sont prévus et s'inspireront de « situations réelles. ». Les grilles de lecture et d'intervention privilégient la mobilisation des ressources personnelles tout en tenant compte de la réalité de chacun Les outils employés font référence à ceux employés - notamment en Analyse Transactionnelle et en programmation Neuro - Linguistique (PNL) Les exercices s'accompagnent de débriefings qui permettent d'explorer les nouvelles options et pistes de progression pour résoudre les situations à l'origine de tensions relationnelles.



Fatima **AZDIHMED**

- Coach professionnel certifié (PCC) par la Fédération Internationale de Coaching et membre de cette Fédération.
- Dirige le centre de Formation et de Coaching Mozaik Coaching (www.mozaik-coaching.be)
- Formatrice et Coach dans le domaine médical et paramédical ainsi qu'une entreprise.
- Formée au coaching, à l'approche systémique des organisations, à la thérapie systémique brève, à l'analyse transactionnelle et maître praticienne en programmation neurolinguistique.
- Anciennement cadre auprès de l'ONDRAF (Organisme National des Déchets Radioactifs et des matières fissiles enrichies).

Membre étudiant
300 €

Jeune membre
300 €

Membre ordinaire
300 €

Non membre
400 €

STUDY

CLUBS

BRABANT WALLON

Lieu : Cliniques St Pierre à Ottignies

Av. Reine Fabiola 9 - 1340 Ottignies

Entrée par les urgences, suivre salle de conférence étage -2. Parking payant

Responsables : Christine VRANCKX - 02 354 21 90 - Jacques WALENS 02 522 70 95 - Jean-Pierre SIQUET 02 387 01 07

Les soirées débutent à 20h00. Les conférences débutent à 20h30 précises et durent 90 minutes.

Petite restauration et verre de l'amitié avant et après la conférence.

31/05/2017 : sujet à définir

22/11/2017 : sujet à définir

BRUXELLES

Lieu : County House

Square des Héros 2-4 à Uccle

Parking délicat, préférez les transports en commun; Tram 4, 92 - Bus 38, 43

Responsables : Véronique FRANCO - 02 375 02 63 - Fabienne SIRAUT - 02 534 45 58

7/02/2017 : Initiation à l'hypnose médicale dentaire - K KAISER - **Soirée de Ste Apolline (repas sur inscription au 02/375 81 75)**

25/04/2017 : sujet à définir

CHARLEROI

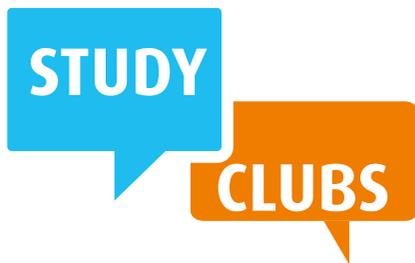
Lieu : Hôtel Charleroi Airport

Chaussée de Courcelles 115 6041 Gosselies - 071/ 25 00 50

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

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

22/03/2017 : Le cone beam - B VAN DEN BERGHE



HAINAUT OCCIDENTAL

Lieu : Hôtel Cathédrale

Place Saint-Pierre 2 - 7500 Tournai

Responsables : Olivier DUMORTIER - Tél. : 056 34 65 85 - Nathalie SENGER - Tél : 056 33 73 55

e-mail : studyclubhainautoccidental@gmail.com

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

16/03/2017 : Hypnose : un nouvel outil pour la gestion de l'anxiété en odontologie pédiatrique - Y HO CIUNG, V PAUWELS

27/04/2017 : Gestion des complications biologiques survenant autour des implants - D BLASE

HUY

Lieu : FOURNEAU Ste ANNE

Rue E. Quique 6 à 4520 Vinalmont-Wanze

Responsables : Renaud Bribosia - 085 25 45 65 - Cécile MICHAUX - 085 71 12 44 - Michel MINUTE - 019 33 03 53

Raphaël PRAPOTNICH - 085 71 12 44

Les soirées commencent à 20 h précises.

Repas offert sur réservation obligatoire au 085 71 12 44 au plus tard la veille.

Bientôt de nouvelles dates et sujets

LIÈGE

Lieu : Restaurant Marco Polo

Rue du Sart-Tilman, 343 - 4031 Angleur

Responsables : Philippe GOHMANN - 04 371 28 74 • Jean-Paul SMONS - 04 226 53 51

Nathalie DUPONT, Nathalie ROBERT, Deborah ROTH, Julie OUDKERK

Accueil dès 19h45, conférence à 20h30.

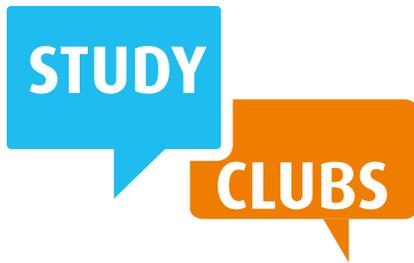
Bientôt de nouvelles dates et sujets

ATTENTION

Votre présence au Study-Club est enregistrée par scanning du code barre de votre carte de membre ou d'une prescription.

Veillez toujours vous munir de ces documents.





MONS

Lieu : LA FONTAINE

Place du Parc 31 à Mons

Responsables : Benoît CAMBIER - 065 31 79 35 - Xavier LHOIR - 0474 21 09 47

Drink d'accueil dès 19h30, conférence à 20h précises, cocktail dînatoire avant et après la conférence.

26/01/2017 : Dépulper n'est pas jouer - T HOLLAERT, M GILLI

23/02/2017 : sujet à définir

NAMUR

Lieu : Château de Namur

Avenue de l'Ermitage, 1 - 5000 Namur

Responsables : Olivier François - 081 46 20 33-Annabel Doumeng- 081 46 20 33

Les soirées débutent à 19h30, conférence à 20h30 précises, cocktail dînatoire à 22h00.

Bientôt de nouvelles dates et sujets

VERVIERS

Lieu : Restaurant "Le Brévent"

Route d'Oneux, 77 B - 4800 Verviers

Responsables : Marthe THOMAS 087 31 35 99 • Kenton KAISER 087 67 52 25

Caroline HOEN 087 33 22 00 - Quentin PIRONNET

Bientôt de nouvelles dates et sujets

Accréditation : nous vous rappelons que pour être pris en compte pour l'accréditation, vous devez être présent dès l'heure du début annoncée et rester jusqu'à la fin de la conférence.

L'INAMI est très strict à ce sujet, soyez prévoyants.

Accréditation demandée : 10 UA - Formation continue : 1h30 par SC. Les membres de la Société de Médecine Dentaire ont accès GRATUITEMENT aux SC (prière de vous munir de votre carte de membre). Le non-membre est le bienvenu au Study Club de sa région, moyennant le paiement d'une participation aux frais de **80 euros**. Toutefois, il est invité à annoncer sa visite à un des responsables du Study-Club concerné (sauf Brabant Wallon et Bruxelles), dont vous trouverez les coordonnées sur ces pages.

Activités accrédités en 2016 n°d'organisateur 002

Date	Type	Lieu	Intitulé	N°Agr.	UA	Dom.	Min.
22/01/2016	Cours	Brabant W	Droits du patient et responsabilité médicale	31111	10	2	90
22/01/2016	Cours	Brabant W	Améliorer la qualité des soins en améliorant le bien-être des patients	31112	10	2	90
18/02/2016	SC	Bruxelles	L'éducation thérapeutique : une nouvelle approche de la parodontologie	31462	10	6	90
18/02/2016	SC	Verviers	Trucs et ficelles en prothèse amovible	31463	10	7	90
25/02/2016	Workshop	Bruxelles	Module 1 : L'Induction	29879	120	1	1080
25/02/2016	SC	Liège	Actualités en radioprotection	31106	10	3	90
05/03/2016	Cours	Charleroi	Actualité en chirurgie bucco-dentaire	31233	40	6	360
09/03/2016	SC	Charleroi	Syndrome des apnées du sommeil : prise en charge pluri-disciplinaire	31049	10	1	90
10/03/2016	SC	Tournai	Traitement ultraconservateur des lésions blanches de l'émail	31245	10	4	90
11/03/2016	Workshop	Bruxelles	AM - Attelles de contentions collées	31314	20	4	180
11/03/2016	Workshop	Bruxelles	PM - Attelles de contentions collées	31315	20	4	180
15/03/2016	SC	Namur	La dépression positive	31238	10	1	90
17/03/2016	SC	Huy	Le désordre temporo-mandibulaire : mieux le gérer, l'appréhender !	31670	10	7	90
18/03/2016	Workshop	Bruxelles	Place du dentiste dans la gestion des douleurs oro-faciales	31171	20	7	180
19/03/2016	Workshop	Bruxelles	Les sutures sous toutes les coutures	31237	20	6	180
24/03/2016	SC	Mons	Urgences médicales en cabinet dentaire	31620	10	1	90
24/03/2016	Workshop	Bruxelles	Prothèse implantaire	31051	40	7	360
24/03/2016	SC	Liège	La dépression positive	31235	10	1	90
25/03/2016	Workshop	Bruxelles	Réanimation cardio-respiratoire	31234	40	1	360
19/04/2016	SC	Bruxelles	Traitement ultraconservateur des lésions blanches de l'émail	31995	10	4	90
21/04/2016	SC	Tournai	Les secrets du MTA	31763	10	4	90
23/04/2016	Cours	Bruxelles	Fonction & Esthétique : l'équation parfaite	31706	30	7	270
23/04/2016	Cours	Bruxelles	Fonction & Esthétique : l'équation parfaite	31890	10	6	90
26/04/2016	SC	Brabant W	Dentiste : une profession qui change dans un monde qui bouge	31783	10	2	90
28/04/2016	Workshop	Bruxelles	Module 2 : Utilisation	29882	120	1	1080
10/05/2016	Cours	Bruxelles	Maître de stage "Médecine dentaire intégrée au service du patient"	31638	10	2	90
11/05/2016	SC	Charleroi	La santé dentaire des jeunes en province du Hainaut	31844	10	2	90
12/05/2016	Workshop	Bruxelles	Bien-être au travail	31642	40	2	360
19/05/2016	SC	Verviers	Le diabète	32029	10	1	90
19/05/2016	SC	Huy	En médecine oublions le "passé composé" et intéressons-nous au "futur"	32005	10	2	90
26/05/2016	Workshop	Bruxelles	Gestion des conflits	31641	40	2	360
26/05/2016	SC	Mons	Photo & vidéo pour mieux communiquer	32004	10	2	90
31/05/2016	SC	Brabant W	La stratification des composites : comment mieux maîtriser l'esthétique	31622	10	4	90
31/05/2016	Cours	Namur	Maître de stage "Médecine dentaire intégrée au service du patient"	32020	10	2	90
02/06/2016	Workshop	Bruxelles	Module 3 : Spécialisation	29880	120	1	1080
02/06/2016	Workshop	Bruxelles	Nomenclature	32092	30	2	270
07/06/2016	SC	Namur	Les erreurs en endodontie	32167	10	4	90
09/06/2016	SC	Tournai	La dépression positive	31634	10	1	90
10/06/2016	Workshop	Bruxelles	Place du dentiste dans la gestion des douleurs oro-faciales	31172	20	7	180
18/06/2016	Workshop	Bruxelles	Les sutures sous toutes les coutures	31845	20	6	180
08/09/2016	Workshop	Bruxelles	Module 4 : Gestion	29881	120	1	1080
13/09/2016	Cours	Bruxelles	Maître de stage "Médecine dentaire intégrée au service du patient"	32445	10	2	90
15/09/2016	SC	Huy	Comment simplifier son traitement canalair ?	32342	10	4	90
17/09/2016	Cours	La Hulpe	AM Partie 1 - Réhabilitations prothétiques sur implants	30971	10	6	90
17/09/2016	Cours	La Hulpe	PM Partie 1 - Réhabilitations prothétiques sur implants	30970	10	7	90
17/09/2016	Cours	La Hulpe	AM Partie 2 - Réhabilitations prothétiques sur implants	31098	10	6	90
17/09/2016	Cours	La Hulpe	PM Partie 2 - Réhabilitations prothétiques sur implants	31099	10	7	90
20/09/2016	Workshop	Bruxelles	Gestion du temps	31640	40	2	360
21/09/2016	SC	Charleroi	Interaction ortho - paro	31083	10	6	90
22/09/2016	SC	Liège	Complications en Endodontie : anticiper, intercepter, gérer	32319	10	4	90
22/09/2016	Workshop	Bruxelles	Session de l'après-midi	32280	20	1	180
22/09/2016	Workshop	Bruxelles	Session du matin	32279	20	1	180
24/09/2016	Workshop	Bruxelles	Les sutures sous toutes les coutures	32168	20	6	180
29/09/2016	SC	Mons	La santé dentaire des jeunes en province du Hainaut	32396	10	2	90
04/10/2016	SC	Bruxelles	Les assurances dentaires	32481	10	2	90
08/10/2016	Cours	Bruxelles	L'aménagement du cabinet	32664	10	2	90

Activités accrédités en 2016 n°d'organisateur 002

Date	Type	Lieu	Intitulé	N°Agr.	UA	Dom.	Min.
08/10/2016	Cours	Bruxelles	La stérilisation au cabinet dentaire	32665	10	2	90
14/10/2016	Workshop	Bruxelles	Matin - Atelles de contentions collées	32127	20	4	180
14/10/2016	Workshop	Bruxelles	Après-midi - Atelles de contentions collées	32128	20	4	180
20/10/2016	Workshop	Bruxelles	Relation au travail	31639	40	2	360
20/10/2016	SC	Mons	La névralgie du nerf trijumeau : étiologie, présentation clinique et tra	32732	10	1	90
28/10/2016	Workshop	Bruxelles	Place du dentiste dans la gestion des douleurs oro-faciales	32415	20	7	180
15/11/2016	SC	Namur	Comment gérer le bruxisme en réhabilitation orale ?	32666	10	7	90
17/11/2016	SC	Huy	Ce sont les petits détails qui assurent la qualité des travaux.	en attente	10	7	90
19/11/2016	Cours	Namur	Rôle du dentiste dans les pathologies de la muqueuse buccale	31242	10	1	90
19/11/2016	Cours	Namur	Traitements antirésorbeurs osseux et ostéonécrose des mâchoires	31243	10	1	90
19/11/2016	Cours	Namur	Imagerie 2D/3D	31244	20	3	180
22/11/2016	SC	Brabant W	Complications en Endodontie : anticiper, intercepter, gérer	32768	10	4	90
24/11/2016	SC	Liège	Gestion des patients sous biphosphonates et Denosumab	32840	10	1	90
26/11/2016	Cours	Bruxelles	Les sutures sous toutes les coutures	32169	20	6	180
01/12/2016	SC	Verviers	Notions de base en chirurgie buccale	32846	10	6	90
01/12/2016	SC	Tournai	L'éducation thérapeutique : une nouvelle approche de la parodontologie	32129	10	6	90
06/12/2016	SC	Bruxelles	Conserver ou Implanter ?	32209	10	4	90
08/12/2016	Workshop	Bruxelles	Les diverses situations complexes en prothèse implantaire	32733	40	7	360
10/12/2016	Cours	Bruxelles	De la fracture coronaire à l'expulsion : prise en charge immédiate des	31764	10	5	90
10/12/2016	Cours	Bruxelles	Reconstitutions coronaires directes et indirectes	31766	10	4	90
10/12/2016	Cours	Bruxelles	De la fracture coronaire à l'expulsion : Soins conservateurs et suivi à l	31765	10	4	90
10/12/2016	Cours	Bruxelles	Reconstitutions coronaires directes et indirectes	31891	10	7	90
13/12/2016	SC	Namur	Syndrome des apnées du sommeil : prise en charge pluri-disciplinaire	32781	10	1	90
14/12/2016	SC	Charleroi	Gestion des complications biologiques survenant autour des implants	32188	10	6	90

Votre cabinet est en chantier ?
Nos cliniques vont vous dépanner !

Conditions spéciales SMD



à louer
à partir de
150 euro
par jour

Cliniques dentaires mobiles et unités modulaires provisoires
 info@mobileclinic.be · ☎ 02/880.01.49 · www.mobileclinic.be

MobileClinic.be
 HEALTHCARE SOLUTIONS

Infos Professionnelles

INFOS PROFESSIONNELLES

SOMMAIRE INFOS PROFESSIONNELLES

64 REMPLACEMENT DE LA BASE

M Devriese

PROTOXYDE D'AZOTE

M Devriese

AVANTAGES SOCIAUX (« STATUT SOCIAL »)

POUR PRATICIEN AYANT L'ÂGE DE LA PENSION

M Devriese

65 INFOBOX INAMI

M Devriese

AMALGAMES DENTAIRE

M Devriese

66 INFORMATISATION DES SOINS DE SANTÉ

M Devriese

REPLACEMENT DE LA BASE :

Modification de nomenclature depuis le 1^{er} décembre

Depuis le premier décembre, les honoraires et remboursements des remplacements de la base ne sont plus calculés comme équivalents à 30% des honoraires et remboursement de la prothèse sur laquelle ils s'appliquent.

Les honoraires et remboursements deviennent FIXES, quelque-soit le type de prothèse.

La valeur est fixée à L90.

Ceci a pour conséquence que les honoraires et remboursements de TOUS les remplacements de base sont alignés sur l'honoraire et remboursement du remplacement de base d'une prothèse complète. Soit 171,90 EUR pour l'honoraire conventionné.

PROTOXYDE D'AZOTE :

Avis du Conseil Supérieur de la Santé

Recommandations concernant l'utilisation du mélange de protoxyde d'azote (N2O) à maximum 50 % et d'oxygène pour une sédation minimale réalisée dans et dehors des institutions de soins Protoxyde d'azote & oxygène (N2O ≤ 50%)

Dans cet avis scientifique, le Conseil Supérieur de la Santé de Belgique met à la disposition des autorités sanitaires belges des recommandations spécifiques quant à l'utilisation du mélange de protoxyde d'azote (N2O) à maximum 50 % et d'oxygène pour une sédation minimale réalisée dans et dehors des institutions de soins.

Notre analyse

Voilà enfin un document solidement étayé scientifiquement, qui devrait permettre d'avancer dans ce dossier que la Société de Médecine Dentaire porte depuis ... 2003.

Ce document du CSS définit notamment un cadre précis de la formation des praticiens, les conditions d'utilisation, le matériel nécessaire. Nous avons demandé de réinscrire le protoxyde d'azote dans l'Accord Dento-Mutualiste 2017-2018.

A suivre ...

Pour lire l'avis, suivez ce lien : <http://www.dentiste.be/FileFromDatabase.aspx?id=206>

MD 7 décembre 2016

AVANTAGES SOCIAUX (« STATUT SOCIAL ») POUR PRATICIEN AYANT L'ÂGE DE LA PENSION : Une circulaire explicative

Ceci concerne les praticiens aux alentours de l'âge de la pension légale.

Un praticien pensionné peut continuer de travailler pour avoir un revenu complémentaire.

www.inasti.be/fr/faq/puis-je-encore-travailler-si-je-suis-pensionne

Ce n'est pas l'objet premier de cet article. Mais des QUESTIONS se posaient pour ces praticiens conventionnés, pensionnés ou arrivant à l'âge

de la pension légale, et qui poursuivent leur activité professionnelle : peuvent-ils continuer de bénéficier du montant des avantages sociaux INAMI ? Ou plus précisément, quel est l'impact de **l'article 17** de la Loi du 18 décembre 2015 ayant pris effet le 1er janvier 2016 ?

Cet **article 17** prévoit, dans la réglementation sur la PLCI (pension libre complémentaire pour les indépendants), que la prestation de pension complémentaire est liquidée lors de la mise à la retraite, c'est-à-dire lors de la prise de cours effective de la pension légale. Ceci signifie **qu'un indépendant lorsqu'il est pensionné ne peut plus se constituer une PLCI**, ce qui était déjà le cas avant l'adoption de la loi pour les indépendants qui finançaient eux-mêmes la PLCI. Depuis l'adoption de la loi, la question se pose de savoir si les « avantages sociaux INAMI » peuvent encore consister en une participation de l'INAMI dans une PLCI.

Une « Communication aux dispensateurs de soins » a été élaborée à ce propos. Elle a été publiée sur le site Web de l'INAMI.

Lire cette Communication sur notre site www.dentiste.be/FileFromDatabase.aspx?id=207

MD 10 décembre 2016

En savoir plus à propos du « statut social » ? :

www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/dentistes/Pages/statut-social-dentiste.aspx

INFOBOX INAMI : Dentistes

Édition mise à jour - Ce numéro répond aux questions essentielles des praticiens de l'Art dentaire sur la réglementation, surtout celle de l'assurance soins de santé

Lien de téléchargement :

<http://www.dentiste.be/FileFromDatabase.aspx?id=208>



AMALGAMES DENTAIRES : des interdictions dès le 1^{er} juillet 2018

L'utilisation du mercure dans les amalgames dentaires

- pour le traitement des dents de lait
- ainsi que pour les soins dentaires
 - des enfants de moins de 15 ans
 - et des femmes enceintes ou allaitantes

sera interdite à compter du 1^{er} juillet 2018
sauf pour des besoins médicaux spécifiques.

Ce texte a été approuvé par la présidence du Conseil de l'UE et le Parlement européen lors d'un trilogue qui s'est tenu le 6 décembre 2016.

Une **décision** sur le bannissement total n'interviendra pas avant le 30 juin 2020. Dans l'intervalle, chaque Etat membre devra élaborer un plan national visant à réduire progressivement l'utilisation des amalgames dentaires.

Ces décisions entreront formellement en vigueur après l'approbation du nouveau texte législatif par le Parlement européen et le Conseil.

Lien vers le communiqué : <http://www.dentiste.be/FileFromDatabase.aspx?id=211>

MD 18 décembre 2016

Source : Communiqué de Presse du Conseil de l'UE du 16 décembre 2016

INFORMATISATION DES SOINS DE SANTÉ : C'EST MAINTENANT !

Ça y est : divers services informatiques du plan e-Santé, annoncés depuis longtemps, sont en passe de se concrétiser. TOUS les dentistes sont concernés ! 1^{er} janvier 2017, 1^{er} mars 2017, 1^{er} janvier 2018 sont des dates importantes pour l'implémentation de ces futurs incontournables.

Quels SERVICES ?

Pour bien comprendre de quoi on parle, nous détaillerons ci-après divers services déjà concrétisés ou en passe de l'être. Ils concernent de près ou de loin l'ENSEMBLE des dentistes.

eFact

eFact est un service de facturation du tiers-payant via un réseau électronique (MyCareNet) entre le dentiste et les mutuelles (les organismes assureurs = OAs). Il permet d'envoyer les factures tiers-payant aux OAs et de recevoir les réponses en retour.

C'est un service qui intéressera les praticiens qui pratiquent le tiers-payant régulièrement et qui veulent alléger leur charge administrative. En effet, via ce service, les attestations de soins papier disparaissent.

En compléments à eFact :

- Le service « **consultation de l'Assurabilité** » permet de savoir si pour un patient donné, on peut appliquer le tiers-payant.
- Le service « consultation du Tarif » permet d'avoir des informations
 - sur ce qui peut être porté en compte (attesté)
 - et sur le remboursement qui pourra être obtenu.

Le système eFact requiert la possession d'un logiciel de gestion du cabinet qui intègre cette application.

Le service entrera en service le 1er mars 2017. Actuellement, aucun logiciel dentaire n'est prêt. Ils se connecteront progressivement courant 2017.

NB : Notez dès à présent qu'en raison des documents « annexes » à joindre aux ASD en cas de prothèse, on ne pourra pas, dans un premier temps utiliser la voie électronique pour facturer en tiers-payant les prothèses.

Consultation du Tarif

Le service de **consultation du Tarif** permet à un dentiste de consulter auprès des OAs le tarif à appliquer pour des codes de nomenclature donnés pour un patient donné. Ceci lui permettra d'établir correctement son attestation de soins (électronique ou papier).

Le service donne également l'information sur le remboursement attendu.

L'OA calculera le tarif en fonction des informations fournies par le prestataire de soins et des informations dont il dispose sur le patient. Ceci est particulièrement important **pour TOUS les dentistes**, puisque :

1. La consultation du Tarif permet de savoir si un acte sera remboursé ou non.

Exemples :

- Vous voulez savoir si une RX Pano sera remboursable aujourd'hui chez ce patient ? En vous connectant sur le service, et en mentionnant le code désiré (le code de la pano), vous voyez si c'est remboursable ou si un remboursement ANTÉRIEUR a déjà été effectué. Si le système vous indique que le remboursement n'est pas possible, il vous indique la date d'exécution de de la pano antérieure.
- Idem pour une prothèse.

2. La consultation du Tarif permet de savoir à quel niveau un acte sera remboursé.

En effet, le système du « trajet de soins » entraîne des remboursements différenciés pour certains actes. La consultation du système vous permettra de savoir quel ticket modérateur est à appliquer, compte-tenu des informations disponibles dans les ordinateurs des OAs (qui ne peuvent tenir compte bien entendu que des attestations de soins qui ont été reçues et encodées chez eux).

L'utilisation de ce service peut se faire par 2 voies :

1. via votre logiciel de cabinet. A l'heure d'écrire ces lignes (25 novembre 2016), aucun logiciel n'est prêt et ne sera prêt pour le 1er janvier 2017. Toutefois, on peut s'attendre à ce que cela soit disponible dans ces logiciels courant du premier trimestre ou semestre 2017.
2. via le portail WEB Portal MyCareNet <https://prod.mycarenet.be/portal/home.seam> . Aussi simple que votre liaison bancaire. Avec toutefois un système de sécurisation pour réaliser son identification sur le système.

Ce portail ouvre le 1^{er} janvier 2017.

Assurabilité

Le service de **consultation de l'assurabilité** permet à toute institution ou prestataire de soins autorisé de consulter les informations (assurabilité et droits dérivés) du bénéficiaire de soins nécessaires pour effectuer une facturation correcte dans le cadre du tiers payant.

C'est notamment via cette voie que vous pouvez vous assurer que le patient est BIM (bénéficiaire à intervention majorée) et/ ou que son **droit est ouvert au Tiers-payant**.

La clé pour identifier un patient est son NISS.

L'utilisation de ce service peut se faire par 2 voies :

1. via votre logiciel de cabinet. Au 25 novembre 2016, 9 logiciels dentaires présentaient cette fonctionnalité. Il s'agit de :

- A&M - Dentix
- ATX NV - Dent Admin
- Corilus - Baltes
- DA Soft - Cyberdent
- Dentasoft - E-Dent

- Flexsoft - Titanium
- LTD3 vzw - LTD3
- Publisphère - Dentisphère
- Stevensoft - Dent Open

2. via le portail WEB MyCareNet.

Ce service est DÉJÀ pleinement fonctionnel, que ce soit via un logiciel ou par le portail.

Au début de novembre 2016, 2081 dentistes étaient déjà réputés « connectés » pour le service assurabilité.

Recip-e

Recip-e est un système qui permet le stockage temporaire de prescriptions de soins ambulatoires électroniques et cryptées. Le prestataire de soins rédige la prescription électronique et l'envoie électroniquement sous forme cryptée au serveur de Recip-e. Actuellement, pour les dentistes, cela concernera principalement les prescriptions de médicaments. Le pharmacien choisi par le patient pour exécuter la prescription extrait la prescription du serveur de Recip-e et la décrypte.

Le pharmacien a accès à toutes les prescriptions de médicaments en attente pour ce patient.

Recip-e ne stocke pas l'historique des prescriptions. Il ne stocke que temporairement et sous forme cryptée les prescriptions jusqu'à ce que le prestataire de soins choisi par le patient vienne chercher la prescription afin de l'exécuter. Tout échange de données électronique s'effectue via la plate-forme eHealth.

Avantages : rendre toute fraude impossible, intégration dans des dossiers pharmaceutiques et médicaux, fonctions supplémentaires telles que feed-back au prescripteur, intégration dans MyCarenet en vue de la consultation de l'assurabilité, possibilité de supprimer une prescription moyennant motivation et, à terme, rendre tout document papier superflu.

Pour qui ?

Cette application s'adresse aux prescripteurs de soins de santé (médecins, dentistes) et aux exécuteurs de prescriptions de soins (pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers ambulatoires).

Comment remplir / utiliser ?

La priorité de développement a été accordée aux médecins généralistes et aux pharmaciens (prescriptions de médicaments), toutefois, les prescriptions de kinésithérapie, de soins infirmiers et les prescriptions par les dentistes sont aussi mises au point et déployées.

Comment accéder ?

1. Les fonctions Recip-e sont mises à la disposition de l'utilisateur via son logiciel de gestion. A vérifier auprès de votre firme de logiciel. Certains sont déjà pleinement fonctionnels. D'autres pas du tout.
2. Toutefois un portail WEB est en cours de développement, pour permettre aux praticiens ne disposant pas de logiciel de prescrire électroniquement via une page WEB (avec identification sécurisée). Ce portail devrait être disponible prochainement.

Le développement de ce portail est indispensable, car ATTENTION : l'ambition est la disparition des prescriptions de médicaments papier pour **le 1^{er} janvier 2018**. C'est demain !

eHealthConsent

Cette application vous permet d'enregistrer ou de révoquer au nom d'un patient un consentement éclairé pour l'échange par voie électronique de données relatives à sa santé et également d'assurer la gestion de ses liens thérapeutiques.

Accès :

1. Sera dans le futur accessible via les logiciels.
2. Accès via le portail : <https://www.ehealth.fgov.be/webconsent/consent/home.xhtml?language=fr>

Notre conseil : découvrez déjà cette fonctionnalité pour vous-même, en tant que patient.

eHealthBox

Ce service déjà bien connu sera intégré dans les logiciels dentaires pour permettre l'échange sécurisé avec des confrères dentistes ou médecins.

Et pour l'AVENIR...

e-ATTEST

e-ATTEST est le nom du (futur) service de facturation, en dehors du tiers-payant.

Pour être plus clair, il s'agit du service qui offrira la version électronique de nos ASD (attestations de soins ... papier) actuelles. Oui, on se dirige vers la disparition des ASD papier. Nous entrevoyons ce service à partir de 2019. Mais les ASD papier existeront certainement encore en 2020. Mais gouverner, c'est prévoir.

e-ATTEST est similaire à e-FACT. L'envoi des ASD se fait par voie électronique, mais sans paiement au praticien en retour par la mutuelle. Le patient continue de payer ses soins directement au praticien. Mais pour le patient (et les mutuelles) cela représentera une simplification administrative.

e-DMG

DMG est l'acronyme de « dossier médical global ». Le service vous permettra de savoir si le patient est inscrit chez un médecin généraliste et de connaître l'identité de celui-ci.

Cela facilitera les échanges d'information avec celui-ci.

Ceci permettra de rencontrer l'article 74 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 qui prévoit que *«le médecin spécialiste ou le praticien de l'art dentaire communique au médecin traitant avec l'accord du malade, le protocole des examens qu'il pratique»*.

D'autres services sont examinés pour le futur, comme :

- l'accès aux « sumEHR » (Summarized Electronic Health Record ou dossier santé électronique résumé)
- au « schéma de médication » du patient.

LEXIQUE

Identification

L'identification la plus sécurisée se fait par la eID. Elle reste nécessaire pour certains services. Mais le TOTP est une alternative plus facile. Demain, la montre connectée ou la lecture de l'empreinte digitale ?



Vous pouvez vous identifier en utilisant votre carte d'identité électronique (eID).



Vous pouvez vous identifier en utilisant votre Time-based One-Time Password (TOTP). Particulièrement pratique pour l'utilisation des services sur tablette, si celle-ci ne dispose pas de possibilité de lire une eID (exemple : iPad). Se présente notamment sous forme d'une appli sur smartphone (exemple : DUO MOBILE)



Vous pouvez vous identifier en utilisant votre nom d'utilisateur et token. Ce moyen devrait disparaître à terme.

NISS : Numéro d'identification à la sécurité sociale belge

Le NISS permet d'identifier une personne au sein du système de sécurité sociale belge. L'identification est effectuée à l'aide de la carte d'identité électronique. La puce sur les cartes eID contiennent les données d'identification essentielles des titulaires. Pour les personnes figurant dans le Registre national, le numéro NISS correspond au numéro de Registre national. Pour les personnes figurant dans le registre BIS, le numéro NISS est leur numéro BIS (exemple : travailleurs frontaliers).

Attention : un dentiste étranger travaillant en Belgique (et ne résidant pas en Belgique) doit nécessairement posséder un NISS pour utiliser les services.

Certificats eHealth

Les certificats eHealth sont utilisés pour authentifier les acteurs des soins de santé, lorsque leur logiciel fait appel aux services de la plate-forme eHealth.

Les certificats **eHealth** sont utilisés pour répondre à deux besoins principaux :

1. l'authentification d'acteurs des soins de santé.
2. la base pour la création de la double clé de chiffrement (ETK) utilisée par le service de cryptage.

Lorsqu'un prestataire de soins souhaite avoir accès à certains services de base de la plate-forme **eHealth** en utilisant une connexion de système à système (et non une application web), il doit disposer d'un certificat **eHealth**. Ce certificat permet d'identifier et d'authentifier le partenaire "système" tandis que l'eID ou le token permet d'identifier et d'authentifier l'utilisateur (la personne).

Ces certificats sont notamment nécessaires pour que des logiciels de gestion de cabinet ait accès à Recip-e ou la eHealthBox.

<https://www.ehealth.fgov.be/fr/services-de-base/certificats-ehealth/presentation>

https://www.ehealth.fgov.be/fr/application/applications/gestion_certificats_ehealth.htm

Connecteur

Un logiciel de connexion (comme HECTOR) peut être nécessaire pour connecter son logiciel aux services.

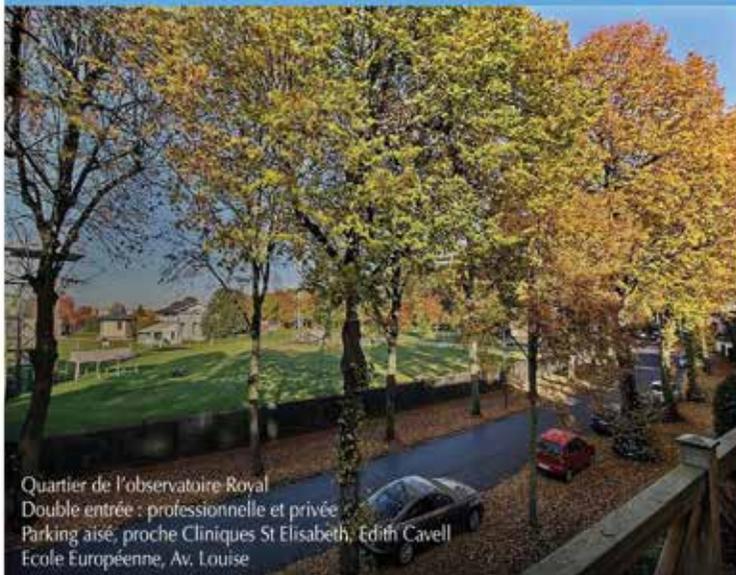
HECTOR est installé comme « une sorte de « module complémentaire » (ou « add on ») dans certains logiciels.

Outre son installation intégrée dans le logiciel, il requiert un abonnement individuel et personnel qui est nécessaire pour utiliser certains services de la e-Santé.

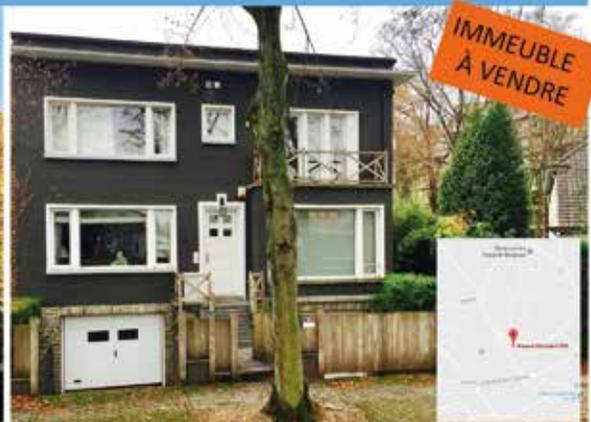
Une FAQs (Foire Aux Questions) concernant la e-Santé est en ligne sur le site SMD, à l'adresse : www.dentiste.be/DisplayPage.aspx?pid=543

MD novembre 2016 / mise à jour 21/12/2016

Votre futur cabinet vous attend à Uccle, av. circulaire



Quartier de l'observatoire Royal
Double entrée : professionnelle et privée
Parking aisé, proche Cliniques St Elisabeth, Edith Cavell
École Européenne, Av. Louise



Descriptif : Maison 3 façades entièrement rénovée avec goût de 325 M² environ, avec 3 chambres et un studio indépendant. Elle se compose d'un rez-de-chaussée accessible par deux entrées indépendantes. L'une donnant accès aux bureaux, l'autre à l'habitation privée permettant de moduler les espaces en fonction de vos besoins. A l'étage, **3 chambres** dont une vaste suite parentale avec dressing et salle de bains, et deux chambres avec SDB bénéficiant d'une vue sur l'Observatoire Royal, WC, et un espace buanderie. Au sous-sol, plusieurs caves, avec un espace buanderie, une chaufferie, deux garages, **et un studio** avec kitchenette et SDD, avec accès par une entrée indépendante depuis le jardin.

- ❖ Possibilité de moduler les volumes prof/privé : soit habitation unifamiliale +, soit 2 appartements + studio.
- ❖ Possibilité d'acheter le bien en société (-13%)
- ❖ Permis de bâtir une terrasse s/toit.

CONTACT : Jean-Pierre Coene,
0475 42 16 29 ou coenejp@gmail.com



Croquer à nouveau la vie
à pleines dents
Pleins feux sur les implants dentaires

Découvrez la nouvelle version de notre brochure sur les implants dentaires

Réalisée par des dentistes

pour informer clairement les patients.

Une réalisation commune de la SMD et la VVT



Commandez-en gratuitement sur

www.dentiste.be

Egalement disponible en téléchargement



« Toute dent manquante peut être remplacée
par un implant, pour autant que le volume
osseux soit suffisant. »

Nombre de dents manquantes	Nombre minimum d'implants nécessaires au remplacement	Alternatives possibles sans implants
1	1	<ul style="list-style-type: none"> prothèse amovible bridge collé aux dents voisines taille des 2 dents voisines et bridge de 3 dents
2	2	<ul style="list-style-type: none"> prothèse amovible bridge collé de 2 dents (espace minime) taille des 2 dents voisines et bridge de 4 dents
3	2	<ul style="list-style-type: none"> prothèse amovible taille d'au moins 2 dents voisines et bridge de 5 dents
4	2 & 3	<ul style="list-style-type: none"> prothèse amovible taille d'au moins 2 dents voisines et bridge de 6 dents
5	3	<ul style="list-style-type: none"> prothèse amovible

Avec le soutien de





COMPRENDRE LES BRUXISMES

LALUQUE J.-F., BROCARD D.

Depuis la parution du premier ouvrage sur le bruxisme (2007), les connaissances dans ce domaine ont évolué de manière importante ainsi que le diagnostic et les approches thérapeutiques.

Cette nouvelle édition permet de comprendre les processus initiateurs, les implications multifactorielles et propose des traitements beaucoup plus conservateurs.

Les nombreux collaborateurs à cet ouvrage contribuent à réunir toutes les connaissances actuelles.

Éditeur : Quintessence International
 Nombre de pages : 184 pages - 172 illustrations
 Format : 17cm x 24cm
 ISBN : 978-2-36615-032-2
 Prix : 131 € frais port inclus



IMPLANTOLOGIE DE LA ZONE ESTHÉTIQUE

Plan de traitement étape par étape

GRUNDER U.

L'expérience de l'auteur dans le domaine des restaurations implantoportées et esthétiques du secteur antérieur est mondialement connue.

Elle est fondée sur plusieurs décennies de pratique, de recherche et d'analyse des succès... et des échecs.

Toutes les situations cliniques, la gestion des pertes de substances de tissus mous et durs, les matériels et matériaux utiles, sont développés, soutenus par une importante iconographie extrêmement convaincante.

Sont ainsi développés :

- Principes biologiques
- Conception des plans de traitement
- Indications
- Analyse esthétique
- Prothétique

Avec plus de 4000 illustrations et schémas, cet ouvrage exceptionnel permet à chaque praticien d'atteindre un haut niveau de compétence correspondant à la demande des patients les plus exigeants.

Éditeur : Quintessence International
 Nombre de pages : 848 pages - 4.049 illustrations
 Format : 24cm x 31cm
 ISBN : 978-2-36615-034-6
 Prix : 345 € frais port inclus

PETITES ANNONCES

POUR DES RAISONS DE CONFIDENTIALITÉ, LES ADRESSES E-MAIL ET LES NUMÉROS DE TÉLÉPHONE ONT VOLONTAIREMENT ÉTÉ SUPPRIMÉS DES ANNONCES.

POUR RÉPONDRE À UNE ANNONCE, VEUILLEZ VOUS CONNECTER SUR NOTRE SITE WWW.DENTISTE.BE, RUBRIQUE ANNONCES, SÉLECTIONNER L'ANNONCE DÉSIRÉE ET CLIQUEZ SUR PLUS DE DÉTAILS POUR FAIRE APPARAÎTRE LE FORMULAIRE DE RÉPONSE.

Dentiste cherche emploi

1847 - BRUXELLES - Dentiste expérimenté en endo et chirurgie cherche collaboration de préférence à temps plein.

1801 - VERVIERS - Polyclinique, centre Verviers, recherche ORTHODONTISTE(S) & DENTISTE(S) pour ses cabinets de Verviers et région germanophone, tps plein ou tps partiel. Statut indépendant. BILINGUE F-D est un plus. Services existants, importante patientèle, locaux rénovés (mobilier et matériel neufs). Assistanat, accueil, secrétariat et administration assurés. CDV, D. GOBERT, Directeur, Rue Laoureux 31, 4800 Verviers. 087 308 640. cdu.denis.gobert@proximus.be.

1851 - ETTERBEEK - Dentiste généraliste sérieuse (en cours de formation orthodontie) UCL 2015 cherche emploi pour lundi et/ou mardi 0484 436 296

1813 - WOLUWE-SAINT-LAMBERT - Dentiste généraliste avec 25 ans d'expérience cherche emploi à Bruxelles

1850 - BRUXELLES - Jeune dentiste motivé, je suis à la recherche d'une collaboration comment DG. Je suis diplômé de l'université de Valence (Espagne) et depuis deux ans je travaille sur le territoire belge. Disponibilité d'un à deux jours.

1830 - BRUXELLES - Dentiste consciencieuse, appliquée, ponctuelle et assidue cherche poste sur Bruxelles pour 2 à 3 jours dont les samedis. Omnipratique et chirurgie. Contrat de collaboration demandé.

1861 - WIERS - cabinet dentaire région Péruwelz cherche orthodontiste temps plein ou partiel, demande très importante

1865 - BRUXELLES - Dentiste diplômée en 2015 (UCL) recherche collaboration sur Bruxelles en temps plein ou partiel.

1845 - BRUXELLES - Dentiste diplômée en 2013 (UCL) recherche collaboration sur Bruxelles sud ou Brabant Wallon à partir de Janvier 2017.

1815 - BRUXELLES - Dentiste cherche emploi temps partiel dans cabinet dentaire Ou clinique en région francophone

Dentiste cherche collaborateur

1410 - BELOEIL - Recherche dentiste consciencieuse pour compléter équipe, long terme. Cabinet rénové, lumineux et spacieux. Tout informatisé et digitalisé. Patientèle fidèle en attente. Nombre de jours/semaine à convenir.

1681 - HAINAUT - Clinique privée sur Gozée (proche hôpital Vésale) recherche nouveau collaborateur, bcp de patients en attente, Baltes, pano, vistascan, endo méca, labo dentaire fixe/amovible sur place, matériel haut de gamme, secrétariat,...

1856 - AUVELAIS - Cabinet pluridisciplinaire (4 unités), situé dans le Namurois proche autoroute, cherche DG pour renforcer l'équipe...

1835 - NAMUR - cabinet dentaire pluridisciplinaire à Namur cherche collaboratrice motivée pour compléter l'équipe existante le mercredi et le jeudi à partir de Mars 2017

1834 - MONS - Le Cabinet Dentaire de Mons dispose d'un poste de dentiste 2 à 3 j/sem (mardi, jeudi ou vend) et un d'orthodontiste (sam) dans un cabinet de groupe avec patientèle en attente et conditions de travail agréables. www.cabinetdentairemons.com

1795 - THUIN - Equipe pluridisciplinaire expérimentée et dynamique cherche DG pour collaboration 2 à 4j/sem. Cabinet entièrement neuf, 4 fauteuils, bien situé, informatisé, digitalisé, endo mécanisée. Patientèle assurée. CV à envoyer via formulaire de réponse.

1846 - PARIS - Je cherche pour plusieurs centres en France à paris & région parisienne, Lyon, Marseille, Cannes... des dentistes toutes spécialités avec contrat de travail et statut salarié (temps partiel ou complet) matériel haut de gamme, rémunération attractive.

1838 - 1BRUXELLES - Cabinet cherche endodontistes pour patientèle référée. Cabinet bien équipé (assistantes, dossiers informatisés, microscope Zeiss, pano et rx digitale, microscope Zeiss...) Envoyer cv.

1849 - BRUXELLES - Cabinet, quartier Tour Japonaise à Bruxelles, cherche DG. Nous proposons mi-temps, cadre agréable, informatisé, secrétariat. Envoyez CV

1079 - BRUXELLES - Cab. dentaire 2 fauteuils à Etterbeek, Place des Acacias, cherche DG-Ortho ou autres pour collaboration, entièrement équipé, informatisé et RVG.

900 - MORLANWELZ - Cherche dentiste motivé pour collaboration temps partiel dans un cabinet fraîchement rénové. Contact via formulaire de réponse.

1285 - DINANT - cabinet dentaire moderne et full équipé, informatisé et digitalisé, assistante/secrétaire, cherche collaborateur sérieux et motivé long terme... Patientèle en attente...

1797 - BRUXELLES - Cabinet dentaire situé dans un quartier universitaire cherche collaborateur/trice 4 demi journée par semaine selon convenance

1787 - CRISNEE - Poste de dentiste généraliste indépendant 2 j/sem (lundi et mardi). Deux fauteuils, tous deux informatisés et bien équipés. Pas d'investissement à prévoir, accès aisé, assistantes à disposition, patientèle fournie.

1819 - Mons - Le CHR Mons Hainaut recherche un dentiste spécialisé en orthodontie pour les sites Saint-Joseph et Warquignies.

1595 - HAVERSIN - (région Ciney, Rochefort, Marche en Famenne) : cherche dentiste généraliste (diplômé Belgique) pour collaboration long terme. Patientèle assurée.

1804 - FORRIERES - marche-30min de namur notre equipe paro-endo-stomato cherchons un(e) endo-un(e) dt generaliste-un(e) pedo cabinet super equipe (microscope-laser...) cabinetparodax@gmail.com

1459 - BRUXELLES - Cabinet dentaire recherche un collaborateur motivé, sérieux. Ayant fait ses études en Belgique de préférence et ayant pratiqué la dentisterie en Belgique. En ordre AFCN, INAMI,... Pour une collaboration immédiate.

1809 - LIEGE - Polyclinique proche Guillemins recherche dentiste (h ou f) pour compléter son équipe. Journée ou demi-journée

1810 - EMBOURG - Liège - cherche dentiste généraliste pour une collaboration 4j/sem

1852 - BRUXELLES - Cherche jeune orthodontiste pour collaboration à durée indéterminée à Uccle. Deux cabinets dentaires bien équipés, informatisés, cadre de travail très agréable. Envoyez CV par le formulaire réponse.

1326 - LA LOUVIERE - Centre dentaire pluridisciplinaire - Centre La Louvière - 8 postes informatisés - engage un dentiste généraliste pour le samedi - patientèle existante - Gros potentiel - Envoyer CV info@centre-dentaire.be

1862 - LIEGE - Cabinet dentaire région liégeoise, informatisé et parfaitement équipé, avec assistante et secrétariat, cherche DG pour compléter équipe dynamique, ambiance agréable.

1867 - DROGENBOS - Le cabinet Adriaens recrute un(e) Dentiste Généraliste, temps plein. Afin de candidater, nous vous invitons à remplir notre formulaire en ligne : <http://bit.ly/DGTempsPlein>. Merci par avance pour votre candidature !

1331 - Tubize - Cabinet dentaire situé à Tubize cherche un dentiste généraliste pour collaboration 1 demi jour à 1jr/sem

1653 - Dentiste cherche collaborateur Nord Grand-Duché Luxembourg. Langue français, allemand souhaité. Contact par mail cabinetdentairenord@gmail.com

1839 - Region TOURNAI - Cherche dentiste généraliste pour cabinet dentaire informatisé avec rx pano et assistante dentaire. envoyé cv sur adresse email.

1533 - BRUXELLES - Centre médico-dentaire (2 fauteuils) à Bruxelles, cherche un collaborateur (-trice) motivé, prestation plusieurs demi-journées par semaine. Pour tout renseignement, formulaire de contact.

1848 - Seraing - Maison médicale de Seraing cherche un dentiste généraliste motivé pour travailler 15h/semaine dans une équipe pluridisciplinaire

1844 - LESSINES - cherche endodontiste spécialisé pour cabinet 2 fauteuils à partir de mars 2017 en complément d'une équipe de 2 dentistes généralistes, un ortho, un implantologue...

1630 - TONGEREN - Déconventionné, région liégeoise, cherche collaborateur, plusieurs fauteuils, assistante et secrétariat, cabinet informatisé et parfaitement équipé

Dentiste cherche assistante-secrétaire

1798 - SCHAERBEEK - Cabinet Dentaire à Schaerbeek cherche secrétaire temps partiel ou temps plein. Plan Activa souhaitée. Bon ambiance de travail, excellente conditions. Merci bien d'envoyer le CV par email.

1855 - MONS - Cabinet super équipé à Mons avec équipe jeune et dynamique recherche secrétaire expérimentée dès janvier 2017 pour mi-temps ou temps plein avec connaissance de Dentadmin souhaitée. cabinetdentairemons@gmail.com ou 065/31.81.48

1437 - Grez-Doiceau - Cab. Ortho. BW. rech. Assist. 1/2 temps dont un samedi par mois (9h30/15h30). Bonne présentation, consciencieuse, pro-active, maîtrise parfaite du français oral et écrit et de l'outil informatique.

1788 - BRUXELLES - Centre de dentisterie spécialisée à Auderghem engage secrétaire médicale Bonne orthographe (français), connaissance de l'anglais et maîtrise de l'informatique sont des pré-requis essentiels... www.dentistbrussels.be

1789 - BRUXELLES - Centre de dentisterie spécialisée à Auderghem engage assistante dentaire (www.dentistbrussels.be) Pour compléter équipe de 8 dentistes spécialistes et 5 assistantes: Dentisterie à 4 mains (chirurgie, prothèse,...) Maîtrise de l'anglais est un atout !

1829 - BRUXELLES - cabinet de groupe, 6 praticiens, 3 fauteuils, une assistante, cherche 2ème assistante temps partiel pour compléter équipe en place. CV+ Lettre motivation par mail

1821 - BRUXELLES - cabinet dentaire de groupe cherche assistante dentaire plein temps

1569 - BRUXELLES - Nous cherchons une assistante/secrétaire dentaire dynamique, sérieuse et motivée pour 13h/semaine (lundi après midi et mercredi toute la journée. A commencer immédiatement à WSPierre. Prière d'envoyer votre CV via formulaire. Salarié ou indépendant

1853 - MOLENBEEK-SAINT-JEAN - Cabinet dentaire Ixelles cherche assistante dentaire à temps partiel. Français correct exigé et une bonne connaissance de l'anglais est un atout. Plan Activa ou FPI souhaité. Envoyer CV. www.cabinet-dentalis.be

Assistante secrétaire cherche emploi

1816 - MÉLIN - Je recherche un emploi dans un poste de assistant administratif et/ou médicale. Je suis actuellement employé dans un cabinet à Anderlues ou je gère les stocks, les chirurgies implantaires, l'administratif, les employés et ouvriers du laboratoire.

1565 - BRUXELLES - BRABANT WALLON - Je recherche un emploi d'assistante dentaire à mi-temps. Au travers de divers stages, j'ai acquis des compétences au niveau de l'accueil, de l'informatique, de l'agenda, de la stérilisation, préparation du matériel et l'assistance au fauteuil

1790 - NAMUR - Étant en formation d'Assistante Dentaire se terminant fin mai 2017, je recherche cabinet dentaire ayant une place vacante d'Assistante Dentaire mi-temps ou temps plein. Région Namur, Ciney, Dinant.

1724 - NAMUR - Etant en formation d'assistante dentaire à horaire décalé, je recherche un dentiste qui veut bien me prendre en PFI (FPI). Je suis diplômée en prothèse dentaire et j'ai acquis des compétences en gestion..

Cabinet à vendre, à remettre

1654 - A céder cabinet dentaire Luxembourg. Prendre contact par mail cabinetdentairenord@gmail.com

1840 - ETTERBEEK - Clinique dentaire à remettre en vue retraite à Etterbeek, 3 cabinets, panoramique, salle stérilisation et stockage. RDC spacieux (100m²), locaux agréables, jardin, situé dans quartier commerçant proche CEE métro écoles. Patientèle et matériels compris.

Cabinet à louer

1858 - MOLENBEEK-SAINT-JEAN - Centre Médical à Molenbeek cherche dentiste pour son cabinet ; temps plein ou partiel.

1299 - BRUXELLES - cabinet à louer ds pratique de groupe pr dentiste (raccords existants) ou autre profession médicale ou para-médicale. Libre tout de suite.

949 - BRUXELLES - cabinet dentaire à Etterbeek entièrement neuf et informatisé cherche Orthodontiste ou autres Spécialistes pour location ou collaboration.

Matériels à vendre

1808 - BRUXELLES - A vendre état neuf presque pas utilisé installation Galbiati smart, 1 série de meubles dentaires, 1 meuble à roulette, 1 tabouret. Possibilité d'avoir plus de photos. prix a débattre tel 0488 39 81 33 ou 0476 33 78 36

1825 - SERAING - transbond plus, optiband blue, alastics couleurs 3M, élastiques intra oral AO, masque de Delaire dentaforum et all ortho, brackets radiance AO, brackets esthétiques damon. gurin nut small 3 M, forsus, AO powerscope

1826 - SERAING - Trousse de brosse dentaire, gobelets oranges, silicone protection gac, oxyde d'aluminium, brosses a dents jetables cavex, rouleaux wypall 51/38; serviettes tork 34/21.2, rouleaux papier thermique 57/40/12, 57/30/12, purificateur d'eau perfect water

1827 - SERAING - tabouret fedesa, ampoules narva rouges pour chambre noire, hotte dust in

1823 - BRUXELLES - Vend siège praticien noir/gris - 100 euros

Divers

1818 - UCCLE - Le Master en orthodontie invisible par aligneurs. Formation sur la technique Invisalign. Où ? 92, Avenue Winston Churchill 1180 Uccle Quand ? 10/11 février 2017 Site : www.masterorthodonticsinvisible.com Mail: benelux@eumaa.com - Tél:0032472115847

1857 - AUVELAIS - Côte d'Azur, Fréjus Tour de Mare : bastidon tout confort, (5p) dans dom sécurisé, piscine, prox com, mer 10 min. Juin (600 €/sem), début juillet, fin août : 650 ;14/7-15/8 :700 autres dates contacter 071 77 13 60. bsti@skynet.be

1785 - GREZ DOICEAU - maison 4 chambres, annexe indépendante utilisée comme cabinet dentaire, rénovée il y a deux ans, à voir. annonce immoweb n°6593973

Maître de stage cherche Stagiaire

1811 - CINEY - Cabinet Dentaire de groupe à Ciney cherche stagiaire motivé et dynamique pour l'année académique 2017 - 2018 (début du stage en juillet, août ou septembre 2017), pratique générale et implantaire. Env CV par email.

1859 - QUAREGNON - la clinique nkidental recherche un(e) stagiaire de 6ème année, habitant près de la région montoise en vue d'une collaboration future avec l'équipe de la clinique. CV et lettre de motivation uniquement par email.

Stagiaire cherche maître de stage

1824 - ANGLEUR - Je recherche un stage à partir de l'année 2017 (temps plein ou mi-temps) dans la région de Liège si possible.

1854 - PARIS - Je souhaiterais effectuer un stage d'adaptation d'un an à temps plein à partir de Mars 2017. Je suis une jeune dentiste sérieuse, avec plus de 2 ans d'expérience.

1860 - Bruxelles - Jeune dentiste motivée habitant Bruxelles, cherche maître de stage pour 6e année. Libre immédiatement. Intéressée à travailler dans différentes régions de Belgique.

Cherche

1832 - Fraiture-en-Condroz - Cherche dentiste pour consultation 1 ou 2 demi-journées/semaine pour consultation dentaire avec un statut d'indépendant au CNRF de Fraiture-en-Condroz. Local de consultation déjà équipé avec matériel de dentisterie disponible.

1794 - EVERE - Je suis une infirmière généraliste avec études en médecine générale, mais aussi en l'hygiène générale et la santé publique. Je cherche à obtenir un emploi dans le domaine. Gsm : 0471/041135 - Phone: 022/410400 E-mail: lauricris74@yahoo.com

Pour consulter TOUTES les annonces,
ou publier une annonce, rendez-vous sur notre site :
www.dentiste.be rubrique "Annonces"

DU L T

BOZAR BRUXELLES EXPOSITION "Picasso sculptures" Jusqu'au 5 mars 2017

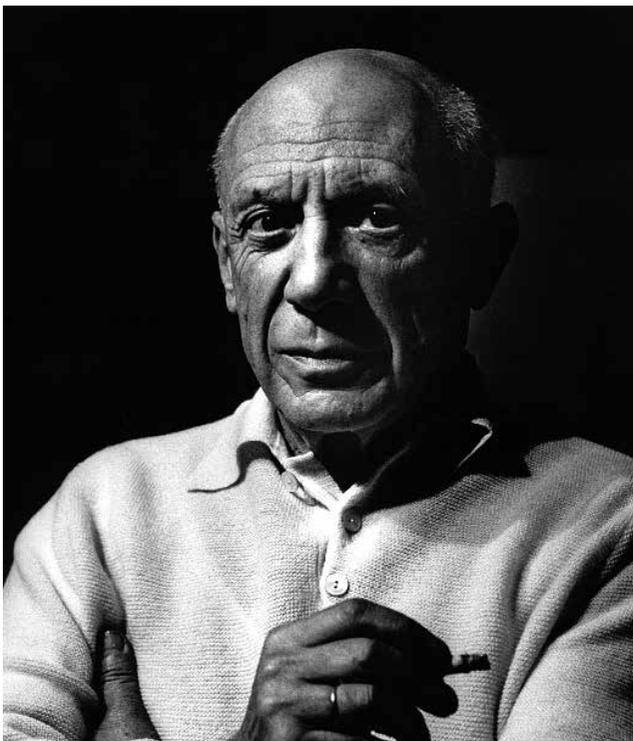
Outre la peinture, Pablo Picasso (1881-1973) fut également un grand sculpteur cherchant à innover à travers une variété de techniques et de matériaux.

Bozar réunit ici 80 pièces sculptées par l'artiste dialoguant avec ses peintures, ses céramiques et des œuvres issues de sa collection d'objets personnels.
Le visiteur se plonge dans l'univers intime de Picasso découvrant aussi l'originalité de ses sculptures.

Très opposé à la guerre, Picasso peint la célèbre Colombe de la paix (1949) à l'occasion de son adhésion au Conseil Mondial de la Paix.

À la suite du bombardement de Guernica, le 26 avril 1937, pendant la guerre civile espagnole, Picasso est horrifié par ce crime et se lance dans la création d'une de ses œuvres les plus célèbres Guernica.
Il dit : "Cette peinture n'est pas faite pour décorer les appartements. C'est un instrument de guerre, offensif et défensif contre l'ennemi".

Adresse : Rue Ravenstein 23, 1000 Bruxelles



URE

Patricia MATHIEU

ING ART CENTER "Guggenheim full abstraction" Jusqu'au 12 février 2017

L'ING Art Center à Bruxelles présente un impressionnant ensemble d'œuvres d'art issues des collections Peggy Guggenheim à Venise et Solomon R. Guggenheim à New York. Parmi celles-ci, de nombreux chefs d'œuvre représentatifs des courants de l'abstraction expressionniste d'après-guerre en provenance des deux côtés de l'Atlantique, datant des années 1940 jusqu'aux années 1960 et surtout bon nombre d'œuvres d'artistes rarement exposés en Belgique.

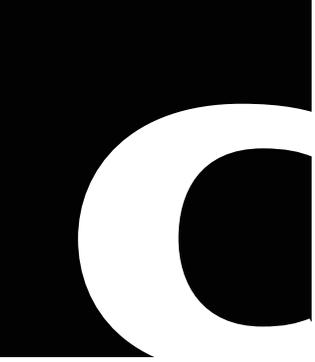
L'art abstrait est un concept utilisé dans les contextes les plus divers. Mais que désigne-t-il exactement ? Comment et où l'art abstrait a-t-il vu le jour, et comment s'est-il propagé aux Etats-Unis et en Europe ? Tel est le sujet de cette exposition.

Un décor de textile coloré crée un cadre serein éloignant le visiteur de l'agitation frénétique de la société et le place dans un décor irréal, les yeux dans les yeux avec les chefs-d'œuvre.

L'exposition Guggenheim Full Abstraction vous offre l'occasion unique de confronter le travail des représentants européens du dadaïsme, de l'art informel ou encore du spatialisme.

Adresse : Place Royale 6, 1000 Bruxelles





EXPOSITION DES ŒUVRES DE 5 GRANDS ARTISTES BELGES "De 11 Lijnen" à Oudenberg, du 27 novembre 2016 au 25 février 2017

La Fondation 'De 11 Lijnen' est un espace d'exposition consacré à l'art contemporain, situé entre Ostende et Bruges. Il se veut un lieu inspirant, authentique et invitant à la réflexion créatrice. Des artistes révolutionnaires sont invités à développer des projets uniques, spécifiques au site.

Du 27 novembre au 25 février, la Fondation 'De 11 Lijnen', centre d'art privé basé à Oudenberg (Ostende) et fondé par le Dr Griet Dupont, présente l'exposition de groupe 'Poetica-Politica'. L'exposition rassemble les travaux de cinq artistes belges internationalement reconnus qui s'intéressent aux notions de 'Poetica' et 'Politica'. Le public peut y découvrir des œuvres et installations de Marcel Broodthaers, Panamarenko, Walter Swennen, Francis Alÿs et Kasper Bosmans.

POETICA : les premiers poèmes découlent de chants populaires ou par la répétition orale d'histoires épiques. Poetica est le titre de deux livres d'Aristote.

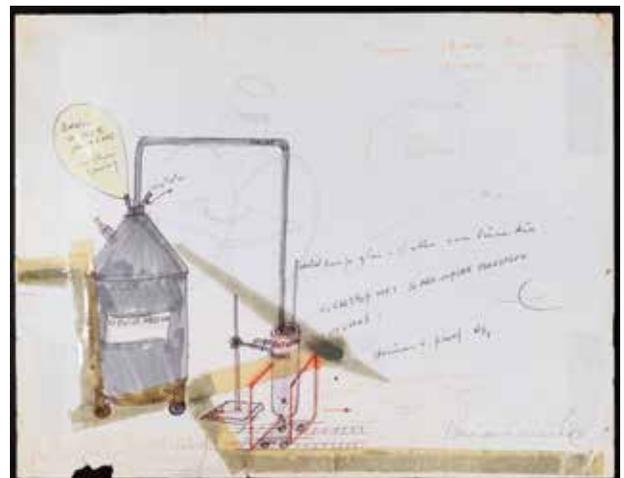
POLITICA : vient du grec ancien Politeia: 'droit du citoyen', en référence au titre d'un livre d'Aristote: 'Politica'.

Poetica_Politica : où l'art agit comme vecteur de poésie et rendant ses droits au citoyen.

La Fondation 'De 11 Lijnen' est située à Oudenberg en Belgique. La ville, ancienne colonie romaine, fut fondée au quatrième siècle. Les Romains ont ensuite bâti un fort dans la région, dont les contours sont encore visibles sur le plan de rues de la ville. Il est encore possible aujourd'hui de trouver des vestiges archéologiques de cette époque dans le sol.

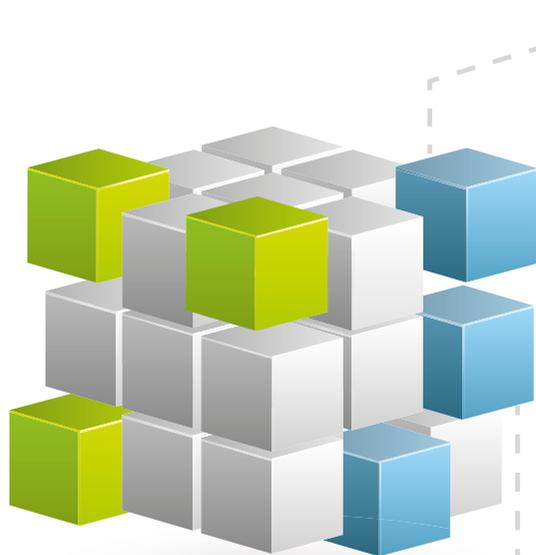
L'espace d'art 'De 11 Lijnen' est situé dans un bâtiment (une ancienne ferme) datant de 1690.

Ouverte au public depuis 2002, la Fondation attire des professionnels et des parties intéressées du monde entier. En 2006, 'De 11 Lijnen' a remporté le prix de la presse du meilleur projet artistique, avec Un Salon pour Louise Bourgeois.



“ TROUVEZ LE
PROGRAMME
QUI VOUS
RESSEMBLE ”

Dr E. Binhas,
Président & Fondateur



Une méthode de dentiste
pour des dentistes



Une méthode complète,
personnalisée et pratique



Une évolution en douceur,
système par système

N O S P R O C H A I N S S É M I N A I R E S

OMNIPRATIQUE

STRASBOURG 12 & 13 janvier 2017

RENNES 2 & 3 février 2017

LYON 9 & 10 février 2017

BRUXELLES 9 & 10 mars 2017

PARIS 16 & 17 mars 2017

CLERMONT-FERRAND 6 & 7 avril 2017

ESTHÉTIQUE

LILLE 19 & 20 janvier 2017

MARSEILLE 2 & 3 mars 2017

ORTHODONTIE

PARIS 30 & 31 mars 2017



GROUPE
EDMOND
BINHAS



Pour une vie professionnelle plus épanouie, appelez-nous au : +33 (0)4 42 108 108 / contact@binhas.com

www.binhas.com

Collaborations Interdisciplinaires Le Point de Vue de l'Orthodontiste

Formation Interdisciplinaire

le 16 mars 2016
Hôtel DOLCE, La Hulpe



Dr. Straty Righellis

*Diplomate of the American Board of Orthodontics
Professeur associé à l'université du Pacifique et à l'université de San Francisco
Ancien président de la Edward H Angle Society Northern California*

Le Dr Righellis a donné plus de 250 conférences à travers le monde.
Il est l'auteur de nombreux articles sur l'efficacité et l'excellence des traitements.

Objectifs du cours:

Développer des relations interdisciplinaires de haut niveau.

Identifier des stratégies communes pour l'obtention de résultats fonctionnels et esthétiques.

Amener le patient à comprendre le bien-fondé du traitement proposé
et les éventuelles conséquences en l'absence de prise en charge.

Agénésies des incisives latérales maxillaires et alternatives thérapeutiques.

Ces objectifs et leurs éventuelles conséquences seront illustrés par des cas cliniques.

ACCREDITATION DEMANDÉE : 40 UA DOM 5

Inscriptions sur www.sobor-bevor.be



Formation sur la technique Invisalign

EUMAA
European Masters of Aligners

Le programme de master européen comprend un certificat officiel délivré par Align Technology pour traiter les patients avec le système Invisalign®.

- Formation assurée par Amir Philips Dentiste spécialiste en orthodontie
- Invisalign® provider depuis 2005
- International Invisalign® Speaker
- Statut Invisalign® Platinum élite
- Ancien assistant aux cliniques universitaires de L'UCL



Le programme de formation «Master européen en orthodontie invisible par aligneurs» est le seul reconnu par Align Technology et comprend un certificat officiel pour traiter les patients avec le système Invisalign®.



MODULE 1

Le premier jour, les participants reçoivent l'identifiant Invisalign® pour commencer à travailler.

Session théorique

La technique étape par étape, IDS, ce que peut offrir les possibilités de la technique Invisalign®.

Pratique

Prise des empreintes PVS, photos et envoyer un cas.

MODULE 2

Session théorique

ClinCheck RIP, correction de la malocclusion de la classe 1.

Pratique

Pose des attachements, paquets et «RIP» (réduction inter proximale).

MODULE 3

Session théorique

Correction de la supra-occlusion, béances et les malocclusions de classe 2 et classe 3.

Pratique

Vérification des ClinChecks.

MODULE 4

Session théorique

Correction articulé inversé des cas complexes avec extractions et finition.

Pratique

Vérification des ClinChecks.

MODULE 5

Study Club

Mises à jour, questions et révision des ClinChecks.

Modules 1, 2, 3, 4 : sur un jour et demi

Formation sur la technique Invisalign

LIEUX DE LA FORMATION :

92 Avenue Winston Churchill, 1180 Bruxelles

INSCRIPTIONS :

Contact : benelux@eumaa.com

Tél : +32 472 115 847

www.masterorthodonticsinvisible.com

AGENDA

27 janvier 2017 **Après-midi professionnelle**

Lieu : Braine l'Alleud
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be

10 mars 2017 **Bien-être au travail**

Mme F AZDIHMED
Lieu : Bruxelles - Maison des dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be

11 février 2017 **Facettes, inlay, onlay**

Dr J Sabbagh
Lieu : Heverlee
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be

11 mars 2017 **Les sutures**

Dr C VOISIN
Lieu : Bruxelles - Maison des dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be

17 février 2017 **Douleurs oro-faciales**

M M RENGUET
Lieu : Bruxelles - Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be

16 mars 2017 **Collaborations interdisciplinaires** **Le point de vue de l'orthodontiste**

Lieu : La Hulpe - Dolce
Info : SOBOR
www.sobor-bevor.be

21 février 2017 **Les empreintes optiques**

Dr B VANDENBERGHE
Lieu : Bruxelles - ADVIMAGO
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be

9-10 mars 2017 **Notre profession évolue très vite,** **et vous ?**

Dr E Binhas
Lieu : Bruxelles
www.binhas.fr

DANS UN MONDE QUI CHANGE, LES DENTISTES PARTAGENT LEUR CABINET MÉDICAL



Le seul terminal de paiement
avec un Multi-Account

[BNPPARIBASFORTIS.BE/TERMINAUXDEPAIEMENT](https://bnpparibasfortis.be/terminauxdepaiement)

LA BANQUE DES ENTREPRENEURS



BNP PARIBAS

FORTIS

La banque
d'un monde
qui change

Maximisez-vous
les capacités de
cicatrisation de vos patients.



TAUX DE SURVIE DES
IMPLANTS EN MISE EN
CHARGE IMMÉDIATE
APRÈS 10 ANS¹



Étude multicentrique

TAUX DE RÉUSSITE DES
IMPLANTS CHEZ DES PATIENTS
IRRADIÉS PRÉSENTANT DES
LÉSIONS OSSEUSES²



Essai contrôlé randomisé

Straumann® SLActive®

Des performances au-delà
de l'imagination.



Découvrez le potentiel de cicatrisation de la surface SLActive® :
<http://slactive.straumann.com>.

¹ Nicolau P, Guerra F, Reis R, Krafft T, Benz K, Jackowski J. 10-year results from a randomized controlled multicenter study with immediately and early loaded SLActive implants in posterior jaws. Accepted for oral presentation at 25th Annual Scientific Meeting of the European Association of Osseointegration – 29 Sep – 1 Oct 2016, Paris. ² Patients treated with dental implants after surgery and radio-chemotherapy of oral cancer. Heberer S, Kilic S, Hossamo J, Raguse J-D, Nelson K. Rehabilitation of irradiated patients with modified and conventional sandblasted, acid-etched implants: preliminary results of a split-mouth study. Clin. Oral Impl. Res. 22, 2011; 546–551.