

N° 251 - Juillet - Août 2015



LE POINT

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



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 brosette **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®

SOMMAIRE

- 3** **Edito - M Devriese**
- 5** **Cotisations 2015**
- 6** **Sommaire**
- 9** **Imagina Dental - O Custers**
- 10** **Info produits**

- 11** **Sommaire articles scientifiques**
- 13 PRISE DE DÉCISION EN IMAGERIE DENTAIRE 2D ET 3D... - *B Vandenberghe*
- 21 UTILISATION RATIONNELLE DE L'ARTICULATEUR SEMI-ADAPTABLE - *Pr P-H Dupas*
- 25 PRÉSERVATION DE LA CROISSANCE DE L'OS ALVÉOLAIRE APRÈS FRACTURE RADICULAIRE CERVICALE
T Keçeli, B Kutlu, C Gungor
- 29 LE TOP 10 DES ERREURS COMMISES AUCABINET DENTAIRE ET COMMENT Y REMÉDIER - *Dr E Binhas*

- 31** **Sommaire formation continue**
- 33 7^{ÈME} CONGRÈS - 15-16-17/10/2015
- 34 ANAMNÈSE & RADIOLOGIE - 28/11/2015
- 37 GESTION DES CONFLITS - 4/06/2015
- 38 ESTHÉTIQUE : FACETTES, INLAYS, ONLAYS - 6/06/2015
- 39 RÉANIMATION - 12/06/2015
- 40 LES SUTURES - 13/06/2015
- 42 CYCLE COMPLET DE FORMATION À L'HYPNOSE - 25-26-27/02/2016

- 45** **Sommaire Info Professionnelle**
- 47 QUE FAIRE SI... UNE MUTUELLE M'ÉCRIT POUR RÉCLAMER UN REMBOURSEMENT ? - *M Devriese*
- 48 QUE FAIRE SI LE SECM INAMI M'ÉCRIT ET/OU DEMANDE UN RENDEZ-VOUS ? - *M Devriese*
- 49 MÉDICAMENTS ET RISQUES DE CARIES DENTAIRES CENTRE DE PHARMACOVIGILANCE
- 50 NOUVELLE DÉFINITION DU MÉDICAMENT "BON MARCHÉ" : POUR QUI EST-CE IMPORTANT ? - *M Devriese*

- 54** **Study-Clubs**
- 57** **Petites annonces**
- 59** **Culture - P Mathieu**
- 62** **Agenda**



A toi, Philippe...

Notre Ami, notre Confrère, Philippe Tichoux n'est plus.
Et c'est à peine croyable.

Nous venons de célébrer ton cinquantième anniversaire et tes dix années de bonheur partagé avec Christine.

Nous étions encore réunis lors de l'Assemblée Générale ce 1er juin. Et cinq jours plus tard, en ce funeste samedi du 6 juin, te voilà terrassé par une crise cardiaque alors que tu pratiquais ton sport favori, le vélo.

Un tragique destin qui te frappe en plein vol et nous enlève notre copain de promotion, notre pote, notre Confrère, notre ami.

Après de brillantes études, tu n'as eu de cesse d'affiner ta pratique de l'Art Dentaire, d'améliorer sans cesse l'organisation de ton cabinet, d'étendre tes connaissances, de développer tes aptitudes. Ta carrière professionnelle n'était qu'ascension et rencontrait la reconnaissance de tes pairs et de tes patients.

Tu étais, Philippe (mais qu'il est pénible de parler de toi au passé !), un praticien respecté, consciencieux, motivé par une formation continue personnelle qui t'a mené jusqu'au Diplôme Universitaire d'Implantologie Orale. Et en ce début d'année encore, après un stage sportif intense(!), tu participais dans la foulée à un séminaire de dentisterie esthétique à Barcelone.

Mais ton engagement ne s'est pas cantonné à la sphère professionnelle privée. Administrateur de la Société Francophone Belge de Médecine Dentaire, puis de la Société de Médecine Dentaire a.s.b.l., tu as occupé avec brio les postes de Secrétaire Général, de Président de la Commission Scientifique et dernièrement de Trésorier. Inutile de préciser que tu étais un futur Président attendu pour l'Association.

Combien de réunions professionnelles, de cours, de study-clubs, de séminaires de congrès avons-nous organisés ou suivis ensemble !
Combien d'après-cours mémorables...

Animé d'une incroyable et communicative énergie, alimenté par une puissance de travail hors norme, tu étais un homme passionné, honnête au caractère tranché. Un être curieux de tout et de tous. Un amoureux de la vie. Un épicurien gourmet gourmand. Tu déclinais tes talents dans tant de domaines : grand sportif caressant le rêve de revenir à un haut niveau de triathlon, fin cuisinier, as du potager, et, heureusement pour nous, un praticien consciencieux et un administrateur dynamique.

Comment te peindre en peu de mots si ce n'est en soulignant ce paradoxe: un bon vivant engagé à l'extrême. Mélange détonnant d'énergies te menant jusqu'au non retour ! Tu avais encore tellement d'aventures à vivre ici, d'horizons à découvrir, de côtes à grimper, de défis à relever, de joies à partager. T'en savoir privé nous est insoutenable et le vide que tu nous laisses nous écrase d'une peine immense.

Philippe, tu es parti pousser ta curiosité plus loin encore. Tu restes néanmoins à ta place dans nos cœurs : à la place du pote jovial, serviable, optimiste et terriblement attachant.

Nos plus affectueuses pensées vont à ton épouse Christine, à tes deux filles Laura et Mélanie, à ta Maman, à ta famille et à tes amis.

Olivier CUSTERS - Pierre DELMELLE - Didier EYCKEN





RECOMMANDEZ LE CHEWING-GUM SANS SUCRES DANS LA JOURNÉE, EN COMPLÉMENT DES 2 BRÖSSAGES



En journée, après chaque prise alimentaire, il est recommandé de mastiquer un chewing-gum sans sucres pendant 20 minutes. Cette solution simple et efficace pour prendre soin de sa santé bucco-dentaire, est aujourd'hui recommandée par la FDI et plus de 25 associations dentaires dans le monde.

Mâcher un chewing-gum sans sucres pendant 20 minutes après une prise alimentaire, multiplie le flux de salive ce qui :

- **Aide à neutraliser les acides de la plaque dentaire**

Après une prise alimentaire, stimuler la production salivaire avec un chewing-gum sans sucres permet de faire remonter le pH de la bouche jusqu'à la normalité de manière plus rapide.

- **Aide au maintien de la minéralisation de l'émail**

La salive apporte des ions et minéraux à la surface de la dent ce qui aide à reconstruire la densité minérale de l'émail, la renforce et inverse le processus de déminéralisation.

- **Aide à lutter contre la xérostomie**

Mâcher du chewing-gum sans sucres stimule la sécrétion de salive et contribue ainsi à lutter contre la bouche sèche.



COTISATION 2015



Vous êtes diplômé en

Montant



2009 et avant	355 euros
2010	180 euros
2011	90 euros
2012	90 euros
2013	GRATUIT
2014	GRATUIT
avec statut de stagiaire (Master 3 ou 1 ^{ère} année de stage DSO DSP)	GRATUIT
2015	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 %

Vous souhaitez régler votre cotisation par carte de crédit ? Contactez notre secrétariat au : **02 375 81 75**

Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT

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

Date d'exécution souhaitée dans le futur

Montant

EUR

CENT

Compte donneur d'ordre (IBAN)

Nom et adresse donneur d'ordre

Compte bénéficiaire (IBAN)

BIC bénéficiaire

Nom et adresse bénéficiaire

Communication

PROJET HUMANITAIRE EN DENTISTERIE AU NÉPAL



MERCI

Grâce à vous nous avons pu concrétiser notre projet humanitaire de dentisterie au Népal. Ce fut une riche expérience sur le plan professionnel et humain. Nous avons mis en place une collaboration avec le Kantipur Dental College que nous souhaitons pérenne.

Nous avons participé à un camp humanitaire dans la vallée de Katmandou en collaboration avec nos homologues, réalisé des relevés épidémiologiques sur la prévalence carieuse pour notre mémoire de fin d'étude, organisé des conférences, distribué des brosses à dents et des dentifrices dans les écoles de villages dans les Annapurnas.

Ce projet a pu être réalisé grâce à votre soutien qu'il soit financier, matériel ou humain. Nous n'aurions pu être aussi efficaces dans notre action sans vous.

Nous vous remercions.

L'ensemble de l'équipe.
Magali, Sarah, Charlotte,
Jean-Philippe, Luc,
Maxim, Julien



L'équipe belge en compagnie du président du Kantipur Dental College et de son staff



Remise des matériaux, instruments, consommables en compagnie des responsables des camps humanitaires et d'assistants du Kantipur Dental College



Camps Humanitaires

Les villageois sont prévenus les jours précédents de la tenue du camp. Ils passent par un point d'inscription puis des données médicales sont enregistrées (poids, tension...). La consultation commence par un examen de bouche avant d'être réorienté si nécessaire vers les personnes s'occupant des extractions, des soins conservateurs, des soins parodontaux, de l'hygiène dentaire ainsi qu'une pharmacie ambulante.



De nombreuses séances photos furent organisées par les enfants durant nos pauses !



Plus de 250 villageois ont pu recevoir des soins dentaires grâce à l'initiative du Kantipur Dental College et de son programme "Community Oral Health". Nous en avons profité pour échanger nos connaissances pratiques avec les étudiants du Kantipur Dental College. Chacun a dû fournir le meilleur de ses capacités dans des conditions pas toujours faciles. Ce fut une expérience formidable d'une richesse humaine inouïe. A refaire!

Marche dans l'Annapurna

Nous sommes partis marcher dans les Annapurnas quelques jours afin de pouvoir distribuer brosses à dents et dentifrices dans les écoles de villages que nous avons traversés. Nous en avons également profité pour faire des démonstrations de brossage.



Nos annonceurs vous informent de leurs dernières nouveautés



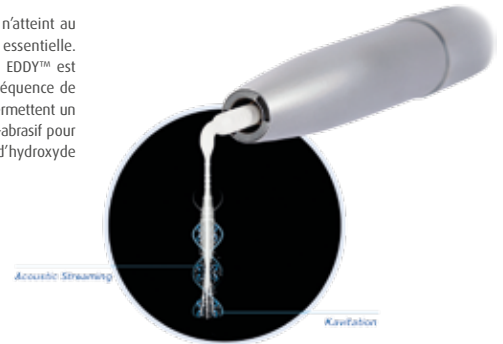
ENDODONTIE MODERNE

VDW A PRÉSENTÉ DEUX NOUVEAUX PRODUITS À L'OCCASION DU SALON IDS :

VDW.CONNECT combine la technologie de la communication moderne à une performance puissante. Le moteur d'endo ergonomique sans fil équilibré VDW.CONNECT DRIVE™ est dirigé à partir de l'iPad mini via Bluetooth. Grâce à l'application VDW.CONNECT, une vaste gamme d'applications pertinentes pour la pratique de la préparation rotative et réciproque est accessible. La liberté de mouvement, l'utilisation intuitive et les profils individuels offrent un maximum de souplesse et d'efficacité. Ce concept novateur accompagne l'utilisateur dans l'avenir, puisque VDW.CONNECT peut être mis à jour et être complété avec d'autres fonctions et services. La préparation avec RECIPROC® est aussi possible directement avec la pièce à main, sans iPad.



VDW présente une autre nouveauté dans le domaine de l'irrigation. Étant donné que l'instrumentation mécanique n'atteint au maximum que 60 à 70 pour cent de toutes les surfaces du système canalaire, une désinfection chimique efficace est essentielle. Pour pouvoir atteindre tous les restes tissulaires infectés, le produit de rinçage doit avoir un mouvement puissant. EDDY™ est un embout en polyamide qui, en raison de sa géométrie et de ses propriétés des matériaux uniques, atteint une fréquence de vibration optimale entre 5000 et 6000 Hz. Les courants acoustiques agissent conjointement aux effets de cavitation et permettent un nettoyage efficace du système canalaire complexe et une élimination des débris dentinaires. L'embout en polyamide non-abrasif pour la dentine permet une utilisation simple avec une tolérance à l'erreur. EDDY™ permet aussi l'application de ciment et d'hydroxyde de calcium, ainsi que l'élimination de l'hydroxyde de calcium. Petit instrument, grands effets.



Pour toute information supplémentaire ou un échantillon d'EDDY™ contactez votre la consultante spécialisée VDW Sabien Baisier +32 484 15 35 18, sabien.baisier@vdw-dental.com

NobelParallel Connexion Conique : en toute simplicité

Le nouvel implant NobelParallel CC (=Connexion Conique) constitue une avancée importante en terme d'innovation au sein de la gamme de produits Nobel Biocare. Ce nouveau type d'implant combine plusieurs caractéristiques éprouvées en un implant : un corps d'implant à pans parallèles (parallel-walled) identique à celui du Système Bråne-mark ainsi qu'à l'implant NobelSpeedy, l'apex conique d'un NobelSpeedy, et une connexion conique interne bien connu pour la phase prothétique.

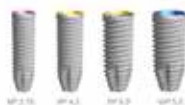


Implant NobelParallel CC
VIT avec une vis à visser angulé
©2014 Nobel Biocare FZ, Aut./Esp.
Sur demande

Les caractéristiques de l'implant NobelParallel CC :

- conçu pour un usage universel, pour un large éventail d'indications
- garantit une grande stabilité primaire pour toutes densités osseuses
- un protocole chirurgical simple et flexible
- disponible à partir d'un diamètre de 3,75 mm jusqu'à 5,5 mm
- disponible à partir d'une longueur de 7 mm
- bénéficie de la connexion conique interne éprouvée à blocage anti-rotationnel hexagonal
- éventail de possibilités en réhabilitation prothétique pour des restaurations aussi bien vissées que scellées
- à combiner avec le nouveau pilier à pertuis de vis angulé (ASC) offrant un accès optimal à la vis.

Un système original et universel, un choix sûr pour vous et votre patient.
Découvrez davantage concernant le NobelParallel sur nobelbiocare.com/NobelParallel



Platform	Implant Ø	Length						
		7mm	8.5mm	10mm	11.5mm	13mm	15mm	18mm
⊕	3.75mm	37963	37964	37965	37966	37967	37968	37969
⊕	4.3mm	37970	37971	37972	37973	37974	37975	37976
⊕	5.0mm	37977	37978	37979	37980	37981	37982	37983
⊕	5.5mm	37984	37985	37986	37987	37988	37989	-

Cover screws included



Tethys H10 - nouveauté IDS

Le premier dispositif de désinfection hybride Mocom - certifié EN ISO 15883-1/2

Tethys H10 intègre la force de l'eau, l'énergie de la chaleur et la puissance des ultrasons en un seul processus exclusif, afin de garantir la plus grande sécurité, vitesse rapide de fonctionnement et facilité d'utilisation.

4 opérations en 35 minutes :

- 1/ décontamination
- 2/ lavage aux ultrasons
- 3/ désinfection thermique à 90°
- 4/ séchage



Voulez-vous savoir plus sur ce nouveau appareil ?

N' hésitez pas à prendre contact avec nous au numéro gratuit **0800 14 605** ou par mail à **info@arseus-dental.be**.



Génération « touch » :

un écran LCD « touch » couleurs et un menu multilingue à icônes

Contrôle total :

Le Tethys H10 possède une mémoire interne en mesure d'enregistrer toutes les données relatives aux cycles de fonctionnement, directement en format PDF.

Flux de travail personnalisé :

Le Tethys H10 permet d'effectuer des cycles de lavage et de désinfection personnalisés, dont on pourra régler la température de lavage et désinfection thermique ainsi que la durée des différentes étapes de fonctionnement, y compris la phase de séchage.

L'appareil est muni d'un système de **décalcification intégré**.

ARSEUS DENTAL
A  HENRY SCHEIN® COMPANY



Arseus Dental
Mannebeekstraat 33
8790 Waregem
0800 14 605
www.arseus-dental.be

Une approche simple et directe



NobelParallel™ Connexion Conique

L'implant NobelParallel CC jouit d'une simplicité d'utilisation et convient pour toutes indications. Sa flexibilité exceptionnelle vous séduira en tant que clinicien expérimenté ou débutant. Son design, à ce jour largement documenté, vous garantit une grande stabilité initiale pour toutes densités d'osseuses et ce, pour un éventail d'indications antérieures et postérieures. Commencez dès aujourd'hui à traiter de façon optimale davantage de patients.

Plus d'informations: nobelbiocare.com/nobelparallel

20 First
for
65 50
years



SOMMAIRE

ARTICLES SCIENTIFIQUES

11 **SOMMAIRE ARTICLES SCIENTIFIQUES**

13 **PRISE DE DÉCISION EN IMAGERIE DENTAIRE 2D ET 3D...**

B VANDENBERGHE

21 **UTILISATION RATIONNELLE DE L'ARTICULATEUR SEMI-ADAPTABLE**

PR P-H DUPAS

25 **PRÉSERVATION DE LA CROISSANCE DE L'OS ALVÉOLAIRE
APRÈS FRACTURE RADICULAIRE CERVICALE**

T KEÇELI, B KUTLU, C GUNGOR

29 **LE TOP 10 DES ERREURS COMMISES AU CABINET DENTAIRE
ET COMMENT Y REMÉDIER**

DR E BINHAS

Traitement du **déplacement du disque** avec « **blocage** », sans réduction et avec limitation d'ouverture

Pr Gary **D. KLASSER**, DMD, Cert Orofacial Pain

- Professeur agrégé, Département des sciences diagnostiques
- École de médecine dentaire, Université de l'État de la Louisiane, Nouvelle Orléans (Louisiane)

Joel **B. EPSTEIN**, DMD, MSD, FRCD(C), FDS RCSE

- Consultant pour le Service d'otorhinolaryngologie et de chirurgie de la tête et du cou au centre de cancérologie City of Hope, à Duarte (Californie), et pour le Samuel Oschin Comprehensive Cancer Institute du centre médical Cedars-Sinai, à Los Angeles. Il exerce aussi la médecine buccale en pratique privée à Vancouver (oralmedicinepacific.com).

DÉPLACEMENT DU DISQUE AVEC « BLOCAGE », SANS RÉDUCTION ET AVEC LIMITATION D'OUVERTURE

- Trouble fonctionnel de l'articulation temporomandibulaire (ATM), qui fait partie de la vaste catégorie des dérèglements du complexe condylo-discal.
- En position « bouche fermée », le disque est en position antérieure par rapport à la tête du condyle et il ne se réduit pas lors de l'ouverture de la mâchoire. Il peut également y avoir déplacement du disque en position médiane ou latérale. Ce trouble est associé à une limitation de l'ouverture de la mâchoire, car le disque obstrue mécaniquement le déplacement du condyle.
- Les dérèglements du complexe condylo-discal sont considérés comme un sous-groupe des problèmes temporomandibulaires (PTM).

TABLEAU CLINIQUE

Population

- Trouble plus fréquent chez les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen.
- Environ deux fois plus répandu chez les femmes que chez les hommes.
- Trouble souvent spontanément résolutif ou fluctuant au fil du temps
- Le déplacement du disque sans réduction avec limitation d'ouverture est peu fréquent.
- Son évolution en un PTM intracapsulaire chronique et invalidant se produit rarement.

Signes

- Ouverture maximale assistée (étirement passif) inférieure à 40 mm, incluant le chevauchement vertical des incisives.
- Déviation ipsilatérale du côté atteint du maxillaire inférieur à l'ouverture et en protrusion.

- Restriction des mouvements du côté controlatéral (articulation normale).
- Absence de bruits intracapsulaires (claquements ou craquements), à moins de troubles chroniques associés à des changements au niveau des surfaces osseuses.

Symptôme

- Les patients mentionnent souvent :
 - le moment précis où s'est produit le « blocage » et ils peuvent l'associer à un évènement précis;
 - des antécédents de bruits intracapsulaires (claquements ou craquements), bruits qui ont depuis disparu.
- Il peut ou non y avoir de la douleur. Lorsque présente, la douleur est souvent localisée à la zone préauriculaire.
- La douleur peut être décrite comme vive, soudaine et (parfois) intense et elle est étroitement associée aux mouvements articulaires, en particulier au point limite des mouvements.
- En présence d'inflammation, la douleur peut être constante, sourde ou pulsatile, même au repos, et être exacerbée par les mouvements et une mise en charge de l'articulation.
- Le patient est préoccupé par la réduction soudaine des mouvements mandibulaires, causée par le blocage.

INVESTIGATION

1. Recueillir des antécédents médicaux et dentaires complets, y compris des détails sur la douleur et le dérèglement.
2. Faire un examen de la tête et du cou (sensibilité au niveau des nerfs crâniens, des muscles et des articulations; bruits articulaires; amplitude de mouvement de la mâchoire) et de la région intrabuccale (dents, gencives, tissus mous buccaux), pour exclure toute pathologie locale ou autre source de douleur et évaluer la fonction articulaire.

3. L'application d'une force vers le bas sur les incisives inférieures augmente peu, ou pas, l'amplitude d'ouverture (sensation d'arrêt de mouvement dur).
 - a. En général, le degré de limitation de l'ouverture de la bouche (ouverture interincisive maximale), causée par le dysfonctionnement musculaire, varie. Cependant, l'application d'une légère force passive sur les incisives inférieures permet généralement d'augmenter l'amplitude d'ouverture (sensation tendre de fin de mouvement).
4. La mise en charge de l'articulation atteinte est souvent douloureuse.
5. Confirmer le diagnostic par une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'ATM.
 - a. En position d'intercuspitation maximale, la bande postérieure du disque est antérieure par rapport à la position 11:30 et la zone intermédiaire du disque est antérieure à la tête du condyle.
 - b. En ouverture complète, la zone intermédiaire du disque est en position antérieure par rapport à la tête du condyle.
6. Déterminer si le déplacement du disque sans réduction et avec limitation d'ouverture (blocage) est un état aigu ou chronique.
 - a. Le tableau clinique devient moins clair lorsque le déplacement est chronique, car il y a élongation des ligaments et altération de la morphologie du disque, ce qui permet une plus grande amplitude de mouvement. Cet état peut alors être considéré, à tort, comme un déplacement du disque sans réduction et sans limitation d'ouverture.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de déplacement du disque sans réduction, avec limitation d'ouverture, est basé sur les antécédents, l'examen clinique et les analyses du patient.

Diagnostic différentiel

- Affections courantes
 - Myalgie masticatoire
 - Myosite
 - Arthrose de l'ATM (maladie articulaire dégénérative)
 - Tendinite du temporal
- Affections moins courantes
 - Ankylose de l'ATM
 - Hyperplasie de l'apophyse coronoïde
 - Rétraction tendineuse/musculaire
 - Chondromatose synoviale
 - Fibrose capsulaire
 - Polyarthrite
 - Troubles des tissus conjonctifs
 - Néoplasie
 - Traumatisme/fracture

TRAITEMENT

Le traitement des cas aigus peut différer de celui des cas chroniques

Traitements initiaux courants

- Cas aigus
 - Patient ressentant un blocage depuis une semaine ou moins.
 - Envisager de diriger le patient vers un spécialiste en médecine buccale ou un spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale.
 - Envisager une manipulation manuelle pour tenter de rétablir la

relation normale entre le disque et le condyle. Si cette manœuvre réussit, le patient pourrait ensuite porter un appareil de positionnement antérieur pendant deux à quatre jours, puis le porter uniquement la nuit. Le port d'un appareil de stabilisation nocturne pourrait être envisagé, une fois l'articulation stabilisée.

- Si l'état du patient ne s'améliore pas malgré les recommandations précitées, une chirurgie minimalement invasive (arthrocentèse/arthroscopie) pourrait être envisagée pour rétablir la relation fonctionnelle normale entre le disque et le condyle. Le traitement devra être suivi de traitements conservateurs de soutien.
- Traitements conservateurs de soutien :
 - Conseiller au patient d'éviter de mastiquer des aliments durs ou de croquer dans de tels aliments, de cesser ses habitudes parafunctionnelles (serrer les dents, grincer des dents, mâcher de la gomme, se ronger les ongles) et d'éviter dans l'ensemble les activités qui aggravent son état.
 - Conseiller au patient d'effectuer de légers exercices contrôlés de la mâchoire, à l'intérieur d'une amplitude de mouvements qui ne cause pas de douleur, car cela pourrait aider à rétablir l'amplitude d'ouverture.
 - Envisager l'application de chaleur humide ou de glace sur la zone préauriculaire symptomatique. La chaleur ne devrait pas être appliquée après un traumatisme aigu (survenu il y a moins de 72 heures).
 - Prescrire un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) pendant une courte durée pour le soulagement de la douleur et la résolution de l'inflammation.
 - Fabriquer un appareil de stabilisation à porter la nuit.
 - Recommander au patient de consulter un physiothérapeute ayant une connaissance des PTM pour aider à soulager la douleur et à rétablir l'amplitude d'ouverture.

- Cas aigus

- Diriger le patient vers un spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale si le patient présente un « blocage » chronique et si les traitements de soutien conservateurs utilisés jusque-là ont échoué. Ce spécialiste examinera les options possibles en matière de traitement chirurgical définitif.
- Recommander au patient de consulter un physiothérapeute ayant une connaissance des PTM pour aider à soulager la douleur et à rétablir l'amplitude d'ouverture.

Autres traitements

- Une anesthésie tronculaire du nerf auriculo-temporal peut être tentée pour établir une distinction entre les diagnostics primaires de douleur articulaire et de douleur musculaire

CONSEILS

- La prise en charge des patients doit prendre en compte les principes de l'orthopédie, de la santé musculosquelettique et de la médecine de réadaptation et elle requiert une expérience dans la prise en charge des PTM.
- Les patients doivent être renseignés sur cet état, car bon nombre tentent de forcer l'ouverture de leur bouche, ce qui a pour effet d'aggraver les dommages aux tissus intracapsulaires et risque d'exacerber la douleur.
- Les patients doivent être rassurés et savoir que les conséquences à long terme de cet état sont minimales, la majorité des patients recouvrant au moins une partie de leur amplitude d'ouverture initiale.

Imagina Dental Monaco

Christina **RATIU**, Dentiste Généraliste à Bruxelles - Diplômée ULB 2005 - Membre de la SMD Membre SMD



Au mois d'avril dernier j'ai assisté pour la première fois au congrès Imagina Dental de Monaco.

En plus du cadre idyllique et de la qualité des conférenciers, ce qui m'a surtout intéressée sont les conférences consacrées à la dentisterie numérique, aux nouvelles avancées passionnantes de l'imagerie 3D, des applications CFAO, de la conception numérique des prothèses et de la possibilité de les intégrer dans nos cabinets dentaires et dans notre pratique quotidienne. Comment rendre le travail passionnant mais quelques fois ardu et compliqué de la dentisterie esthétique plus simple, plus rapide et plus interactif pour le praticien ainsi que pour le patient ?

Conception digitale du sourire, communication numérique et artistique, le « smile design », plusieurs conférenciers tels que Mario Imburgia, Etienne Olivier, Christian Coachman, Galip Gurel, entre autres, ont abordé les sujets de la planification esthétique clinique en dentisterie numérique, son caractère multimédia ainsi que sa prévisibilité. Elle comporte plusieurs phases.



Mario **IMBURGIA**



Etienne **OLIVIER**



Christian **COACHMAN**



Galip **GUREL**

La première phase est celle de l'acquisition des images vidéos et photos. Galip Gurel a notamment décrit le dispositif qu'il a installé dans son cabinet privé, composé d'un appareil reflex numérique et d'un système d'éclairage semi professionnel, qui donnent une lumière naturelle même à l'intérieur et qui permettent de capter des images des mouvements, des postures et des mimiques naturelles du patient au repos et en pleine conversation .

La deuxième phase est la phase analytique dans laquelle les photos et/ou la vidéo sont des éléments de diagnostic clinique esthétique. L'analyse esthétique du sourire comporte plusieurs axes essentiels.

L'analyse faciale avec les facteurs morphologiques majeurs, les différentes proportions du nez, des yeux, de la DVO ...etc.
L'analyse dentaire avec les différentes dimensions des dents, les axes, les contours, les textures, les couleurs, ...etc.

L'analyse dento labiale avec la ligne du sourire, la largeur du sourire, le plan occlusal, la ligne inter incisive et des commissures labiales,...etc.

L'analyse phonétique dynamique notamment pour les M,N,F et la position des lèvres et des bords incisifs lors de leur prononciation.
L'analyse gingivale avec la forme, la couleur, le biotype et l'architecture des papilles.

L'analyse du sourire selon ces différents critères aboutit à la simulation numérique à l'écran du futur travail prothétique intégré au visage du patient ce qui permet de modifier, déformer, augmenter, diminuer les différentes proportions de la future prothèse et ainsi de mieux communiquer avec le patient en lui permettant de visualiser le projet initial et de participer activement à sa conception finale.

Une fois l'avant-projet déterminé en collaboration avec le patient, le Wax-up est réalisé par le prothésiste.

Grace à l'empreinte faite sur le wax up, on réalise le Mock-up, un « masque esthétique » en résine qu'on colle sur les dents du patient et qui, grâce à une simulation dynamique réelle, permet donc à ce dernier d'avoir une image concrète de sa future création prothétique qu'il peut valider ou modifier .

Après la validation du Mock-up, le projet prothétique final peut être réalisé et scellé en bouche. Ce dernier devient donc juste la concrétisation finale d'un projet étudié, conçu et validé à chaque étape par le patient et le praticien. Le patient est impliqué pratiquement à chaque étape de la création prothétique grâce au numérique qui lui permet de visualiser concrètement et d' « essayer » réellement en bouche l'avant-projet-mock up avant de le valider.

Le placement et le scellement du travail fini n'est donc plus la « grande surprise finale » pour le patient, mais l'étape ultime d'un travail qu'il a pu concevoir, visualiser, essayer et valider en toute sérénité.

Après les 3 jours de conférences, je suis arrivée à la conclusion que même si l'intégration de ces nouvelles technologies dans nos cabinets et notre pratique quotidienne a un coût réel important, l'investissement en vaut largement la peine par rapport au gain de temps, aux résultats esthétiques incomparables et à la sérénité que cela donne au praticien grâce à la coopération directe du patient dans la conception du travail prothétique.



PEOPLE HAVE PRIORITY

W&H

NEW:
Synea Vision
Ring LED!

01
Ring LED+:
the only sterilizable
5x LED ring in
the world

02
Shadowfree
illumination at
the treatment
side

03
Scratch-
resistant
surface

syneca VISION

Conditions d'association d'un **vasoconstricteur** à l'anesthésique local

Valentin **SINARD**,

- Service de Stomatologie et de Dentisterie, Hôpital Erasme, ULB.

Sibel **CETIK**,

- Service de Stomatologie et de Dentisterie, Hôpital Erasme, ULB

Laboratoire de Physiologie et de Pharmacologie, Faculté de Médecine, ULB

RÉSUMÉ

Introduction

Dans la pratique quotidienne de l'Art Dentaire, une anesthésie est souvent nécessaire afin d'assurer le bon déroulement des soins. Les anesthésiques locaux peuvent être à l'origine d'effets indésirables systémiques et d'une toxicité locale. Ils sont aussi à l'origine d'une augmentation du délai d'installation et d'une diminution de l'efficacité de l'anesthésie. Un vasoconstricteur est donc fréquemment ajouté à l'anesthésique local afin de contrecarrer ces effets.

L'objectif du présent travail est de déterminer si l'habitude d'associer un vasoconstricteur à l'anesthésique local est basée sur une pratique routinière ou fondée scientifiquement ?

Matériel et méthodes

Le présent travail s'appuie sur une revue de la littérature effectuée avec les moteurs de recherche que sont Pubmed, Google et Cible+. Les mots clés introduits pour la recherche sont notamment : vasoconstricteurs, contre-indications, anesthésie locale, épinéphrine, norépinéphrine, adrénaline, noradrénaline, effets indésirables, interactions, pharmacologie, dentisterie, stomatologie, maladies cardiovasculaires, cardiopathies, diabète.

Résultats

En agissant sur les récepteurs α , les vasoconstricteurs réduisent le flux sanguin local et la résorption systémique de l'anesthésique local, limitant sa toxicité. La durée et la profondeur de l'anesthésie se voient majorées. L'adrénaline est à l'origine d'effets hémodynamiques moins marqués que la noradrénaline, et devrait donc lui être préférée. La concentration minimale en vasoconstricteur peut être considérée comme la concentration optimale à employer. Les effets indésirables des vasoconstricteurs et les potentielles interactions médicamenteuses sont à l'origine des contre-indications d'emploi des vasoconstricteurs.

Conclusion

L'emploi d'adrénaline à une concentration d'1 :200 000 peut être considéré comme étant à faible risque chez la plupart des patients. Seules quelques pathologies et interactions médicamenteuses sont à l'origine de contre-indications absolues à l'usage de vasoconstricteurs. Une anamnèse précise est donc primordiale lors de la prise en charge de tout patient afin d'exclure tout risque lié à l'association d'un vasoconstricteur à l'anesthésique local.

1 - INTRODUCTION

Ce travail constitue une revue de la littérature scientifique permettant de faire le point sur l'utilisation des vasoconstricteurs. Dans la pratique quotidienne de l'Art Dentaire, une anesthésie est souvent nécessaire afin d'assurer le bon déroulement des soins. Les anesthésiques locaux employés agissent en bloquant les canaux sodiques potentiel-dépendants. La vitesse de dépolarisation et l'amplitude du potentiel d'action sont diminuées, l'anesthésie des fibres nociceptives (sensitives, proprioceptives et motrices) devient effective.

Les anesthésiques locaux ont une toxicité locale. Une nécrose ischémique peut apparaître à cause, notamment, de l'augmentation de la pression intratissulaire (gencive attachée, palais), du caractère irritant de la molécule ou de la présence d'un vasoconstricteur associé. Des effets indésirables systémiques dose-dépendants peuvent aussi se manifester. Ils se traduisent par des paresthésies, un engourdissement des lèvres ou de la langue, des somnolences, des troubles visuels et/ou auditifs. A des doses supérieures, apparaissent des tremblements, de l'agitation, des convulsions puis un coma, un arrêt respiratoire et une dépression cardiovasculaire ^{1,2}.

La dose maximale d'anesthésique local administrable dépend de l'association ou non avec un vasoconstricteur. La vasoconstriction induite diminue la résorption systémique de l'anesthésique local permettant son élimination progressive et réduit de ce fait sa toxicité systémique. Ainsi, la dose maximale de lidocaïne ou

d'articaine est de 4,5mg/kg sans vasoconstricteur, et de 7mg/kg avec vasoconstricteur. Ces doses correspondent à 13 carpules de lidocaïne 2% + adrénaline 1 :80 000 (=22.5µg/carpule) ou 7 carpules d'articaine 4% + adrénaline 1 :200 000 (=9µg/carpule) ¹.

Pour rappel, toute injection d'anesthésique local doit s'effectuer de manière lente (1ml/min), après un test d'aspiration négatif afin d'exclure toute injection intravasculaire ².

Plusieurs molécules vasoconstrictrices telles que l'adrénaline, la noradrénaline et la corbadrine (=lévonordéphrine) sont à la disposition du praticien. Cependant, nous nous contenterons d'aborder l'emploi des deux premières citées, la corbadrine n'étant pas commercialisée en Belgique.

Par leur grande liposolubilité et leurs propriétés vasodilatatrices, la lidocaïne et l'articaine diffusent facilement dans la circulation systémique. Les effets indésirables précédemment cités peuvent donc se manifester et être accompagnés d'une augmentation du délai d'installation et d'une diminution de l'efficacité de l'anesthésie ¹.

La problématique suivante se pose : en dentisterie, l'association d'un vasoconstricteur à l'anesthésique local est une pratique courante. Est-elle basée sur une pratique routinière ou fondée scientifiquement ?

2 - MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le présent travail s'appuie sur une revue de la littérature dans les moteurs de recherche Pubmed, CIBLE+ et Google. Les mots clés utilisés étaient notamment vasoconstricteurs, contre-indications, anesthésie locale, épinéphrine, norépinéphrine, adrénaline, noradrénaline, effets indésirables, interactions, pharmacologie, dentisterie, stomatologie, maladies cardiovasculaires, cardiopathies, diabète. Les résultats pris en compte incluent des études cliniques rétrospectives randomisées et prospectives, des méta-analyses mais rejettent les case-reports.

3 - RÉSULTATS

Le travail s'articule sous forme de six volets. Le premier s'intéressera aux bénéfices procurés par les vasoconstricteurs. Le second comparera les effets de l'adrénaline et de la noradrénaline. Dans une troisième partie, nous tenterons de déterminer la concentration optimale en vasoconstricteur à administrer. Le quatrième volet recensera les effets indésirables attribuables aux vasoconstricteurs. Les deux dernières parties porteront sur les pathologies contre indiquant l'emploi de vasoconstricteurs et les interactions médicamenteuses possibles.

a/ La première partie de cet exposé recense les avantages procurés par l'association d'un vasoconstricteur à l'anesthésique local.

L'action vasoconstrictrice est liée à la fixation du vasoconstricteur sur les récepteurs α . Celle-ci provoque l'ouverture des canaux calciques à l'origine de la contraction des cellules musculaires lisses des vaisseaux sanguins et induit ainsi la vasoconstriction souhaitée. De la sorte, le flux sanguin au sein du tissu infiltré est réduit, tout comme la résorption systémique de l'anesthésique local. Son temps de contact avec les canaux sodiques est prolongé, augmentant la profondeur et la durée de l'anesthésie.

En 1979, Sveen ³ conclut que l'emploi d'adrénaline 1:80 000 réduit

le délai d'installation de l'anesthésie, diminue le saignement peropératoire, augmente le taux de succès. Le *Tableau I* présente les résultats obtenus par Sveen ³ chez 16 patients (n) anesthésiés avec de la lidocaïne 2% + épinéphrine 1 :80000 et 16 patients avec de la mépivacaïne 3% sans vasoconstricteur.

Kämmerer et al ⁴ documentent que sans adrénaline, l'efficacité de l'anesthésie pulpaire chute de manière importante (6 échecs sur 10 vs 0 avec adrénaline) et que sa durée est réduite (15 min vs 55 min avec adrénaline 1:200 000).

En diminuant la résorption systémique, l'élimination de l'anesthésique se fait de manière progressive évitant ainsi l'apparition d'un pic plasmatique. La toxicité systémique est donc réduite, tout comme la dose nécessaire pour obtenir l'anesthésie, ce qui limite le risque de surdosage.

L'effet vasoconstricteur est aussi bénéfique dans les interventions hémorragiques (chirurgies, parodontologie, extractions). La vasoconstriction permet d'obtenir une hémostase plus rapide. Sveen ³ compare la perte de sang lors d'extraction de DDS incluses. Elle est de 32 ml pour une anesthésie sans adrénaline contre 14 ml lorsque de l'adrénaline 1:80 000 est employée. De plus, la qualité de l'hémostase dépend de la concentration d'adrénaline injectée. De nombreuses études comparent la qualité de l'hémostase obtenue, à la concentration d'adrénaline utilisée ^{3,5-8}. Buckley et al ⁵ démontrent que lors d'une chirurgie parodontale, la perte de sang est "au moins deux fois supérieure" avec de l'adrénaline à 1:100 000 comparé à l'utilisation d'adrénaline à 1:50 000. Becker et Reed ⁶ concluent que l'hémostase obtenue avec de l'adrénaline à 1:50 000 est meilleure qu'à 1:100 000. Pour Sisk ⁷, l'adrénaline à 1:50 000 n'est pas la meilleure concentration au vu d'une balance défavorable entre la qualité de la vasoconstriction et la toxicité cardiovasculaire potentielle. De même, Mulroy et Halcomb ⁸, ne remarquent pas de différences significatives quant à la vasoconstriction obtenue pour les concentrations d'adrénaline à 1:50 000, 1:100 000 ou 1:200 000.

b/ Les carpules disponibles dans le commerce peuvent associer l'anesthésique local à l'adrénaline ou à la noradrénaline. Des études scientifiques permettraient-elles d'encourager l'utilisation de l'un ou l'autre de ces vasoconstricteurs ?

L'adrénaline agit sur les récepteurs α , β_1 et β_2 . Comme décrit précédemment, l'activation du récepteur α provoque une vasoconstriction. La stimulation du récepteur β_1 est à l'origine de l'élévation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Cependant, l'adrénaline active les récepteurs β_2 majoritairement situés au niveau des vaisseaux des muscles squelettiques. Il s'en suit une vasodilatation contrebalançant l'élévation de la tension artérielle induite par les récepteurs β_1 ⁹.

La noradrénaline est un composé majoritairement α -adrénergique. Elle ne possède pas d'action sur les récepteurs β_2 vasodilatateurs. Dès lors, des conséquences hémodynamiques nettement plus marquées avec la noradrénaline qu'avec l'adrénaline sont observées ¹⁰.

De plus, l'affinité de la noradrénaline pour le récepteur α est quatre fois moindre par rapport à celle de l'adrénaline. Ainsi, la dose de noradrénaline nécessaire, pour provoquer une vasoconstriction identique à celle obtenue avec adrénaline, est nettement supérieure. Le risque de voir apparaître des effets indésirables avec la

noradrénaline est donc majoré de par la concentration supérieure employée ⁸.

Il est à noter que les concentrations en vasoconstricteurs contenus dans une carpule tiennent compte du potentiel vasoconstricteur de chacun. Ainsi, l'effet obtenu avec de l'adrénaline 1:100 000 équivaut à celui-ci obtenu avec de la noradrénaline 1 :30 000 ou bien de la lévonordépine 1 :20 000 ⁹.

Meyer ¹¹ démontre que l'utilisation de noradrénaline provoque une augmentation significative de la tension artérielle pouvant être à l'origine d'une bradycardie secondaire sévère, chez des sujets sains comme chez les hypertendus.

En présence d'adrénaline, la pression artérielle moyenne reste inchangée dans les deux groupes. Cet auteur contre indique donc l'emploi de noradrénaline.

Un autre argument en faveur de l'emploi d'adrénaline est motivé par le fait que la douleur est surtout liée à la libération de noradrénaline. Ainsi, il est préférable de ne pas apporter ce médiateur nociceptif de manière exogène ⁹.

Au vu des études précédemment citées, il semble établi que l'emploi d'adrénaline est préférable à celui de noradrénaline.

c/ La littérature permet de relier l'efficacité de l'anesthésie obtenue en termes de délai/durée/taux de succès, à la concentration d'adrénaline employée.

Cette troisième partie va nous permettre de présenter ces résultats afin d'identifier une « concentration optimale d'utilisation d'adrénaline ». Les résultats de Kämmerer et al ⁴ démontrent que le délai d'apparition de l'anesthésie pulpaire ne dépend pas de la concentration. Il est intéressant de noter que ^{4 6, 13-15} études sur ^{5 4, 6, 13-15} indiquent qu'aucune proportionnalité n'existe entre la durée de l'anesthésie obtenue et la concentration en adrénaline employée.

Le Tableau II présent en annexe récapitule les observations relevées et les recommandations émises par les auteurs quant à la concentration optimale en adrénaline à employer.

d/ La quatrième partie de notre travail détaille les effets indésirables imputables aux vasoconstricteurs.

Les catécholamines ont une action sympathomimétique à l'origine d'une réduction de la perfusion tissulaire et d'une augmentation de la consommation en d'O₂ ¹. On risque donc de voir s'installer une hypoxie tissulaire pouvant mener à une nécrose locale et/ou à un retard de cicatrisation. Ce phénomène justifie la contre-indication formelle d'employer un vasoconstricteur au niveau des extrémités (celles-ci étant moins bien perfusées) et chez les patients diabétiques mal équilibrés présentant des artériopathies périphériques.

De nombreuses études portent sur les modifications hémodynamiques induites par les vasoconstricteurs. On peut expliquer ces variations grâce aux effets précédemment décrits qu'ont les vasoconstricteurs sur leurs récepteurs. Ainsi, le passage du vasoconstricteur dans la circulation systémique peut provoquer une : augmentation de la tension artérielle, tachycardie, arythmie à l'origine d'une crise d'angor, un infarctus. Des maux de tête

peuvent aussi s'installer, tout comme une pâleur, des angoisses, un malaise.

Selon Becker et Reed ⁶, même à faible dose, l'adrénaline peut provoquer une augmentation de la fréquence cardiaque mais la pression artérielle moyenne semble rester stable.

Des réactions allergiques peuvent survenir lorsqu'un vasoconstricteur est associé à l'anesthésique local. L'allergie n'est pas directement liée au vasoconstricteur mais à l'antioxydant (métabisulfite) ajouté dans les carpules afin d'empêcher sa dégradation. Ainsi, les patients allergiques à ces conservateurs peuvent déclencher une crise d'asthme ou un bronchospasme.

e/ Les effets indésirables potentiels des vasoconstricteurs ont été décrits précédemment.

Ce cinquième volet recense les pathologies nécessitant des précautions d'emploi ou des contre-indications liées à l'utilisation des vasoconstricteurs.

Les pathologies cardiovasculaires font souvent l'objet d'un questionnement en raison du nombre de patients atteints par ces affections. Madrid et al ¹⁰ notent que 45% des patients consultant dans un cabinet dentaire présentent une pathologie (autre que dentaire) et que 20% d'entre eux souffrent d'une affection cardiovasculaire.

Peu d'études ont tenté d'établir un lien de proportionnalité entre l'augmentation du taux plasmatique de catécholamines liée à l'injection anesthésiante et les effets cardiovasculaires (i.e. élévation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque) ¹⁰.

Il semblerait néanmoins que les modifications hémodynamiques enregistrées lors de l'anesthésie locale soient principalement liées à la libération de noradrénaline par le stress ^{17,18}. Une anesthésie locale efficace, limitant le stress et la douleur, réduirait les variations hémodynamiques¹⁷.

Meyer ¹¹ conclut qu'il n'existe pas de différences significatives dans les variations de tension artérielle et de rythme cardiaque, chez des hypertendus vs normotendus, suite à une anesthésie avec ou sans adrénaline associée.

Il est nécessaire de bien différencier un patient hypertendu stabilisé, traité et compliant, d'un patient dont l'hypertension est considérée comme « non contrôlée ». Ce dernier présente des risques non négligeables de complications cardiovasculaires ou cardiocérébrales en cas d'élévation de la pression artérielle ¹⁹.

Les conclusions des différentes études portant sur l'attitude thérapeutique avec les patients hypertendus stabilisés ou non, sont présentées dans *le Tableau III*.

Pour les pathologies valvulaires telles que les lésions de la valve mitrale ou aortique, sténose mitrale ou aortique, aucune différence significative en termes de fréquence cardiaque, PO₂, pression artérielle n'ont été relevées lorsque de l'adrénaline est ajoutée ²³. L'emploi de lidocaïne 2% associée à de l'épinéphrine 1 :100 000 semble dès lors à faible risque chez les patients atteints de ce type de pathologie ²³.

L'insuffisance cardiaque nécessite de prendre des dispositions

particulières. Tout comme l'hypertension, il faut distinguer l'insuffisance cardiaque contrôlée de celle non contrôlée.

Lorsque la pathologie est contrôlée, Budenz ²¹, recommande de ne pas dépasser deux carpules d'anesthésique avec vasoconstricteur. D'autres auteurs ²⁴, considèrent que l'association lidocaïne-épinéphrine est sûre et n'a que des conséquences hémodynamiques mineures chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Selon Perusse et al ¹⁹, l'insuffisance cardiaque non contrôlée est un état pathologique découlant « d'une instabilité électrique du myocarde et d'une chute significative des capacités cardiaques ». Le risque de complications morbides étant élevé, l'emploi de vasoconstricteurs est formellement contre-indiqué.

L'angor instable contre-indique strictement l'emploi de vasoconstricteurs. En effet, à travers leur effet chronotrope et inotrope positif, ils provoquent des effets cardiovasculaires puissants sur la consommation d'oxygène, augmentant le risque d'ischémie myocardique ¹⁹.

Un patient ayant subi un infarctus du myocarde a un risque majoré de récurrence ou de souffrir d'arythmie sévère (27% à un mois, 11% entre 3 et 6 mois et 5% au-delà de 6 mois) ²⁰. Perusse et al ¹⁹ proposent donc de reporter un traitement dentaire de 3 à 6 mois après l'infarctus. Les propriétés arythmogènes de l'épinéphrine contre-indiquent formellement son utilisation. Après cette période, l'association d'un anesthésique avec un vasoconstricteur ne doit être employée qu'après accord du cardiologue.

Il en va de même pour un accident vasculaire cérébral (AVC) récent ou pour le bypass d'une artère coronaire. Ce n'est que 6 mois après un AVC qu'il est recommandé d'entreprendre les soins dentaires ²¹. Pour le bypass d'une coronaire, Perusse et al ¹⁹ contre-indiquent les traitements dentaires et l'emploi de vasoconstricteurs pour une période de 3 mois.

Les patients souffrant d'arythmie réfractaire présentent un risque médical élevé. Les tachycardies ou fibrillations ventriculaires peuvent mener à une mort subite. Ce type de pathologie est donc une contre-indication absolue à l'emploi de vasoconstricteurs ¹⁹. Il est recommandé de « traiter ces patients sous monitoring, en milieu hospitalier disposant d'une structure de réanimation » ¹⁰. Les patients atteints d'hyperthyroïdie présentent un risque de morbidité cardiaque majoré. L'excès d'hormones thyroïdiennes est à l'origine d'anomalies cardiaques (tachycardie, arythmie, ischémie myocardique) et buccales (caries, maladies parodontales, ostéoporose des maxillaires plus fréquentes, éruption précoce des dents). Ces altérations cardiaques sont liées à la stimulation chronique du métabolisme myocardique par les hormones thyroïdiennes (effet inotrope et chronotrope positif).

Il a été suggéré qu'une synergie entre les hormones thyroïdiennes et l'épinéphrine aurait pu exister mais aucun changement significatif de la réponse cardiovasculaire aux vasoconstricteurs n'a été démontré lorsque l'hyperthyroïdie est contrôlée ²⁵.

Le *Tableau IV* présente les recommandations émises pour l'emploi de vasoconstricteurs dans le cas d'une hyperthyroïdie contrôlée ou non.

Les patients hypothyroïdiens présentent les signes buccaux suivants : macroglossie, dysgueusie, retard d'éruption dentaire, problèmes parodontaux, retard de cicatrisation.

Il n'existe pas d'interactions significatives avec l'épinéphrine chez les hypothyroïdiens. Cependant, si le contrôle de la pathologie est incertain ou qu'une pathologie cardiovasculaire est présente, l'épinéphrine devra être employée avec prudence ²⁵. Selon Budenz ²¹, en cas d'hypothyroïdie sévère, il est préférable d'employer la « dose minimum en vasoconstricteur ».

L'épinéphrine est une hormone hyperglycémisante. Son action s'oppose à celle de l'insuline en favorisant la néoglucogenèse et la glycolyse hépatique ¹⁹.

Les patients diabétiques peuvent donc voir leur glycémie s'élever transitoirement. Cependant, cette hyperglycémie modérée et transitoire ne présente pas de risque particulier pour les diabétiques ¹⁶. Soulignons également que la « précaution d'emploi » pour l'adrénaline chez les diabétiques stipulée dans la notice scientifique belge et française n'est mentionnée ni au Royaume-Uni, ni aux Etats-Unis ¹⁶.

Perusse et al ¹⁹ concluent que les vasoconstricteurs peuvent être utilisés sans risque chez les diabétiques de type II équilibrés.

La réponse hyperglycémique à l'épinéphrine étant augmentée chez les patients insulino-dépendants, les auteurs recommandent pour les diabétiques de type I équilibrés, d'administrer la « dose minimale de vasoconstricteur permettant d'obtenir une anesthésie suffisamment profonde et longue pour l'intervention ». Limiter le stress et la douleur par une anesthésie efficace est essentiel afin de ne pas provoquer d'hyperglycémie par libération de catécholamines endogènes.

Il est nécessaire de porter une attention particulière aux patients diabétiques (de type I et de type II) souffrant d'artériopathie (micro/macroangiopathie), conséquence d'un diabète mal équilibré. La vasoconstriction majore l'hypoxie tissulaire pouvant mener à une anoxie et donc à une nécrose des tissus mal vascularisés, en ce compris le palais. Ce risque incite donc à contre-indiquer l'emploi des vasoconstricteurs chez les diabétiques mal équilibrés pour d'artériopathies ¹⁹.

Il en va de même dans le cas d'irradiation osseuse. La fibrose et la thrombose de la paroi des vaisseaux induite par les radiations réduit la vascularisation de l'os. Au-delà d'une dose cumulée de 40 Gy, il est donc recommandé d'éviter l'association d'un vasoconstricteur afin de réduire le risque d'ostéoradionécrose pouvant faire suite à un soin non conservateur ¹⁰.

Le phéochromocytome, tumeur de la médullosurrénale, est à l'origine de crises hypertensives paroxystiques liées à l'hypersécrétion d'adrénaline. Il expose alors le patient à un risque élevé de complications cardiaques ou cérébrales ¹⁹. Cette pathologie est une contre-indication absolue à l'emploi de vasoconstricteur. La prise en charge de ces patients doit avoir lieu en milieu hospitalier ¹⁰. Budenz ²¹ préconise de reporter les traitements dentaires facultatifs.

Comme décrit précédemment, la présence d'un vasoconstricteur dans les carpules d'anesthésiques locaux nécessite l'ajout de sulfites (antioxydants). Les asthmatiques sévères cortico-dépendants forment un groupe cinq fois plus sujet aux allergies aux sulfites (5%) que la population générale (1%) ²⁶.

Selon cette prédisposition, il est recommandé de ne pas employer

de vasoconstricteurs chez les asthmatiques cortico-dépendants afin de prévenir l'apparition d'une réaction d'hypersensibilité aux sulfites à l'origine de crises d'asthme sévères ou d'un choc anaphylactique ²¹.

Après avoir détaillé les pathologies nécessitant des précautions d'emploi des vasoconstricteurs, nous allons aborder les états physiologiques que sont la grossesse et l'allaitement, l'enfance et la vieillesse.

De par ses propriétés vasoconstrictrices, l'adrénaline pourrait en théorie réduire le débit sanguin utérin. Cependant, aucun effet indésirable n'a été démontré sur le fœtus. Chez la femme enceinte et allaitante, les vasoconstricteurs ne semblent pas contre indiqués ¹⁰. Chez l'enfant, les capacités métaboliques sont réduites. La dose maximale doit donc être adaptée afin d'éviter tout risque de surdosage. Avant l'âge de 6 mois, l'usage de vasoconstricteur est contre-indiqué ¹⁰.

Le *Tableau V* présente les doses maximales injectables en fonction du poids de l'enfant RCP Septanest® Normal articaïne 4% + adrénaline 1 :200 000 (9 µg).

Haas ²⁷, recommande la dose de 5mg/kg d'articaïne associée à un vasoconstricteur chez l'enfant. Cet auteur ne spécifie malheureusement pas la concentration maximale en vasoconstricteur autorisée. Kämmerer et al ⁴, recommandent d'employer de l'adrénaline à 1 :400 000, concentration la plus faible mais suffisante pour les traitements en pédiatrie.

En plus d'être fréquemment sujettes aux affections précédemment citées, les personnes âgées voient leur clairance rénale réduite. Leur capacité à éliminer l'anesthésique local et le vasoconstricteur étant plus faible, il est nécessaire de réduire les doses administrées. Budenz ²¹, propose d'augmenter l'intervalle entre deux injections. Malheureusement aucun intervalle n'est précisé dans la littérature. Madrid et al ¹⁰ considèrent qu'il est nécessaire de « diminuer les doses totales d'un tiers entre 70 et 80 ans et de moitié au-delà ».

f/ La dernière partie de notre analyse aborde les principales interactions médicamenteuses pouvant survenir avec un vasoconstricteur.

Le *Tableau VI* joint en annexe liste les principales molécules interagissant avec les vasoconstricteurs et l'attitude thérapeutique à adopter.

4 - DISCUSSION

Les importants retentissements cardiovasculaires provoqués par la noradrénaline ¹¹ et son implication plus que probable dans la majoration de la perception douloureuse ¹⁷ nous poussent à ne pas recommander l'emploi de noradrénaline comme agent vasoconstricteur. Au vu de ces inconvénients, l'adrénaline apparaît comme le vasoconstricteur dont l'usage est le plus sûr.

Les résultats des différentes études traitant de la concentration optimale en vasoconstricteur (cf. *Tableau II*) semblent ne pas aboutir à un consensus. Il est cependant possible d'en tirer une conclusion commune. La concentration optimale est la concentration minimale en vasoconstricteur. En effet, même à la concentration la plus faible, la durée de l'anesthésie semble compatible avec la majorité des

soins. De plus, on réduit le risque de voir apparaître les effets indésirables imputables au vasoconstricteur ainsi qu'à l'anesthésique local. Sur les 8 articles retenus, 4 recommandent une concentration de 1 :200 000 d'adrénaline. En cas d'intervention nécessitant un saignement réduit et une hémostase rapide, on pourra préférer une concentration en adrénaline plus élevée (1 :80 000 ou 1 :50 000). Le passage de faibles quantités d'adrénaline dans le compartiment plasmatique ne semble pas être à l'origine d'importantes modifications hémodynamiques. Cheraskin et Prasertsuntarasai ¹⁸, ont démontré que l'élévation de la tension artérielle avait lieu dans la salle d'attente et qu'une prémédication par anxiolytique, réduisant le stress, 45 min avant l'intervention, diminuait la variation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Goldstein et al ¹⁷, attribuent ces variations à la libération de noradrénaline endogène sous l'effet du stress. Il ne serait pas inutile de conduire des études complémentaires sur la prémédication par anxiolytique visant à réduire le stress et donc la libération de noradrénaline.

Il est important de noter que dans le cadre de l'hypertension sévère et des cardiopathies avancées, le nombre d'études sur des patients atteints par ces pathologies est faible. Des études complémentaires permettraient d'affiner la recommandation consensuelle : pour une hypertension stabilisée, il est possible d'administrer sans risque, 40 µg d'adrénaline ², équivalent de 2 carpules à 1 :100 000 ou 4 carpules à 1 :200 000. Si nécessaire, on pourra employer des carpules supplémentaires sans vasoconstricteur. Dans le cadre d'une hypertension artérielle non contrôlée, le principe de précaution nous amène à contre-indiquer l'emploi de vasoconstricteurs en raison d'une balance bénéfice/risque défavorable.

L'augmentation éventuelle et transitoire de la glycémie chez les diabétiques n'est pas la raison de la contre-indication des vasoconstricteurs chez les diabétiques mal équilibrés. Il convient d'ajouter qu'une crise d'hypoglycémie et ses conséquences sont plus à craindre qu'une hyperglycémie transitoire. Le risque majeur chez le diabétique mal équilibré est une nécrose liée à une vasoconstriction intervenant dans un tissu initialement moins bien perfusé dû à une micro/macroangiopathie.

Bien qu'aucune contre-indication ne soit clairement mentionnée dans la littérature, il est préférable d'appliquer un « principe de précaution » évitant l'administration de toute substance pharmacologique non indispensable chez la femme enceinte.

Il est également nécessaire de faire preuve de prudence dans le cas des patients âgés. Très fréquemment, ils présentent une clairance rénale réduite et souffrent d'autres pathologies nécessitant une réduction des doses de vasoconstricteurs. Enfin, une pathologie non diagnostiquée telle qu'une arythmie pourrait conduire à des complications dont la gravité est proportionnelle à la dose de vasoconstricteur injectée. Réduire la dose administrée est donc primordiale afin de prévenir tout risque de complication.

Les auteurs ayant étudié la réponse hémodynamique liée aux cordonnets rétracteurs imprégnés d'adrénaline s'accordent à dire que les variations hémodynamiques observées ne sont pas significatives ^{29,30}. Cependant, il existe un risque non négligeable de surdosage car la quantité d'adrénaline contenue dans ces cordonnets n'est pas strictement contrôlée (Malamed ² estime que la quantité d'adrénaline contenue dans 3 cm de cordonnet imprégné varie de 113 à 330 µg soit l'équivalent de 6,3 à 18,3 carpules à 1 :100 000). Le taux de résorption est aussi très variable selon l'intégrité de l'épithélium gingival, le flux salivaire et la durée d'application ¹⁰. L'application du principe de précaution nous pousse donc à ne pas

recommander l'emploi de cordonnets rétracteurs imprégnés d'adrénaline.

Notons enfin qu'il n'existe qu'un nombre limité d'études portant sur la réponse physiologique de l'homme à l'injection de vasoconstricteurs. Les auteurs fondent donc leurs recommandations sur un nombre limité d'études expérimentales.

5 - CONCLUSION

L'adrénaline est le vasoconstricteur dont l'emploi est le plus sûr. La vasoconstriction est obtenue à une concentration plus faible, limitant sa toxicité, et ne provoque pas les retentissements cardiovasculaires marqués observés avec la noradrénaline. Son association à l'anesthésique local renforce le contrôle de la douleur, réduisant le stress et l'appréhension du patient.

L'emploi d'adrénaline semble même acceptable chez les plupart des patients atteints de maladies cardiovasculaires, pour autant que celles-ci soient bien contrôlées. Dans ce cas, les bénéfices sont supplantés par les risques de voir apparaître des complications d'ordre cardiovasculaire.

Néanmoins, chez les patients hyperthyroïdiens non traités, diabétiques mal équilibrés, allergiques aux sulfites ou souffrant d'un phéochromocytome, la balance bénéfique/risque défavorable, contre-indique l'usage d'adrénaline.

La connaissance des potentielles interactions médicamenteuses avec le vasoconstricteur est nécessaire afin d'éviter toute réaction indésirable chez les patients traités par antidépresseurs tricycliques, bêtabloquants non cardio-sélectifs, halothane ou consommant de la cocaïne.

Une anamnèse détaillée et précise est donc primordiale lors de la prise en charge de tout patient afin d'exclure tout risque lié à l'association d'un vasoconstricteur à l'anesthésique local.

6 - REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier tout particulièrement le Professeur Philippe Lebrun, promoteur de ce mémoire de fin d'études, qui s'est montré particulièrement disponible tout au long de l'année pour les guider dans la réalisation de ce travail. Ses connaissances et ses conseils ont été d'une aide précieuse.

7 - RÉFÉRENCES

1. Goodman et Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics, 12e édition, Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC eds, Mc Graw-Hill, 2011, Chapter 14 : Local anesthetics.
2. Malamed SF. Handbook of Local Anesthesia, 5th edition, Mosby Editor, St Louis, 2004.
3. Sveen K. Effect of the addition of a vasoconstrictor to local anesthetic solution on operative and postoperative bleeding, analgesia and wound healing. International Journal of Oral Surgery. 1979, 8 : 301-306.
4. Kämmerer PW, Seeling J, Alshihri A, Daubländer M. Comparative clinical evaluation of different epinephrine concentrations in 4 % articaine for dental local infiltration anesthesia. Clinical Oral Investigations. 2014, 18: 415-421.
5. Buckley JA, Ciancio SG, McMullen JA. Efficacy of epinephrine concentration in local anesthesia during periodontal surgery. Journal of Periodontology. 1984, 55 : 653-657.
6. Becker D, Reed K. Local anesthetics: Review of pharmacological considerations. Anesthesia Progress. 2012, 59 : 90-102.

7. Sisk A. Vasoconstrictors in local anesthesia for dentistry. Anesthesia Progress. 1992, 39 : 187-193.
8. Mulroy MF, Halcomb JL. 1:200,000 epinephrine provides optimal cutaneous vasoconstriction. Anesthesiology. 1984, 61 : A194.
9. Brown RS, Rhodus NL. Epinephrine and local anesthesia revisited. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. 2005, 100 : 401-408.
10. Madrid C, Courtois B, Vironneau M. Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie. Recommandations. Médecine Buccale Chirurgie Buccale. 2003,9 : 65-94.
11. Meyer FU. Hemodynamic changes of local dental anesthesia in normotensive and hypertensive subjects. International journal of clinical pharmacology, therapy, and toxicology. 1986, 24 : 477-481.
12. Daubländer M, Kämmerer PW, Willershausen B, Leckel M, Lauer HC, Buff S, Rösl B. Clinical use of an epinephrine-reduced (1/400,000) articaine solution in short-time dental routine treatments : a multicenter study. Clinical Oral Investigations. 2012, 16 : 1289-1295.
13. Gangarosa LP, Halik FJ. A clinical evaluation of local anaesthetic solutions containing graded epinephrine concentrations. Archives of Oral Biology. 1967, 12 : 611-621.
14. Knoll-Köhler E, Förtcsch G. Pulpal anesthesia dependent on epinephrine dose in 2% lidocaine. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology. 1992, 73 : 537-540.
15. Wahl MJ, Ilvento TW, Schmitt MM, Wahl JA, Ganjavian S. Articaine with 1: 100,000 epinephrine versus articaine with 1: 200,000 epinephrine. e-Journal of Dentistry. 2013, 3: 371-375.
16. L'anesthésie locale dentaire avec vasoconstricteurs. La Revue Prescrire. 2003, 239 : 371-376.
17. Goldstein DS, Dionne R, Sweet J, Gracely R, Brewer HB Jr, Gregg R, Keiser HR. Circulatory, plasma catecholamine, cortisol, lipid, and psychological responses to a real-life stress (third molar extractions): effects of diazepam sedation and of inclusion of epinephrine with the local anesthetic. Psychosomatic Medicine Journal. 1982, 44 : 259-272.
18. Cheraskin E, Prasertsuntarasai T. Use of epinephrine with local anaesthesia in hypertensive patients. Effects of sedation on blood pressure and pulse rate in the waiting room. Journal of the American Dental Association. 1958, 56 : 210-218.
19. Pérusse R, Goulet JP, Turcotte JY. Contraindications to vasoconstrictors in dentistry. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology. 1992, 74 : 679-697.
20. Serrera Figallo MA, Velázquez Cayón RT, Lagares DT, Corcuera Flores JR, Machuca Portillo G. Use of anesthetics associated to vasoconstrictors for dentistry in patients with cardiopathies. Review of the literature published in the last decade. Journal of Clinical and Experimental Dentistry. 2012, 4 : 107-111.
21. Budenz AW. Local anesthetics and medically complex patients. Journal of the California Dental Association. 2000, 28 : 611-619.
22. Bader JD, Bonito AJ, Shugars DA. A systematic review of cardiovascular effects of epinephrine on hypertensive dental patients. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology. 2002, 93 : 647-653.
23. Laragnoit AB, Neves RS, Neves IL, Vieira JE. Locoregional anesthesia for dental treatment in cardiac patients: a comparative study of 2% plain lidocaine and 2% lidocaine with epinephrine (1:100,000). Clinics. 2009, 64 : 177-182.
24. Niwa H, Sugimura M, Satoh Y, Tanimoto A. Cardiovascular response to epinephrine-containing local anesthesia in patients with cardiovascular disease. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology. 2001, 92 : 610-616.
25. Pinto A, Glick M. Management of patients with thyroid disease: Oral health considerations. Journal of the American Dental Association. 2002, 133 : 849-858.
26. Grotheer P, Marshall M, Simonne A. Sulfites: Separating Fact from Fiction. University of Florida. 2005, <http://edis.ifas.ufl.edu/fy731>
27. Haas DA. An update on local anesthetics in dentistry. Journal of the Canadian Dental Association. 2002, 68 : 546-551.
28. Yagiela JA. Adverse drug interactions in dental practice: interactions associated with vasoconstrictors. Journal of the American Dental Association. 1999, 130 : 701-709.
29. Houston JB, Appleby RC, DeCounter L, Callaghan N, Funk DC. Effect of r-epinephrine-impregnated retraction cord on the cardiovascular system. Journal of Prosthetic Dentistry. 1970, 24 : 373-376.
30. Hatch CL, Chernow B, Terezhalmay GT, Van Ness M, Hall-Boyer K, Lake CR. Plasma catecholamine and hemodynamic responses to the placement of epinephrine-impregnated gingival retraction cord. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology. 1984, 58: 540-544.

8 - ANNEXES

Tableau I : Installation de l'analgésie, pertes sanguines, durée de l'intervention, hémorragies postopératoires : résultats obtenus par Sveen³

32 patients répartis en 2 groupes de 16 subissent une anesthésie pour l'extraction de dents de sagesse incluses. Le premier groupe est anesthésié avec de la lidocaïne 2% + épinéphrine 1 :80 000. Le second avec de la mépivacaïne 3%.

	n	Carpule supplémentaire nécessaire	Temps d'installation de l'analgésie	Pertes de sang	Durée de l'opération	Hémorragie postopératoire
Lidocaïne 2% + épinéphrine 1 :80 000	16	0 cas	1,9 minute	14,1 +/- 7,1ml	10,5 minutes	13 (après 6h) 6 (après 24h)
Lidocaïne 2%	16	7 cas	2,4 minutes	31,5 +/- 13,3ml	12,5 minutes	0

Tableau II : Concentration optimale en adrénaline à employer

Adrénaline	0	1:400 000	1:300 000	1:200 000	1:100 000	1:50 000
Kämmerer et al ⁴	Anesthésie pulpaire limitée	✓				
Daubländer et al ¹²		✓				
Gangarosa et Halik ¹³			✓		Durée, profondeur, hémostase idem à 1:300 000	
Knoll-Köhler et Förtsch ¹⁴	Taux d'échecs élevé			40% d'échecs	✓	Délai, durée et profondeur idem à 1:100 000
Becker et Reed ⁶				✓	Délai et durée idem à 1:200 000	Hémostase ++
Wahl et al ¹⁵				✓	Délai, durée et échec idem à 1 :200 000	
Mulroy et Halcomb ⁸				✓	Vasoconstriction idem à 1:200 000	Vasoconstriction idem à 1:200 000
Prescrire ¹⁶				✓		

Tableau III : Recommandations concernant l'emploi de vasoconstricteurs chez les patients hypertendus stabilisés ou non

Etude	HTA stabilisée	HTA non contrôlée
Madrid et al ¹⁰	Dose adrénaline maximale 40 µg (2 carpules avec adrénaline 1:100 000 ou 4 carpules avec adrénaline 1:200 000)	2 carpules avec vasoconstricteur puis poursuivre sans. Hospitalisation, structure de réanimation, monitoring si éléments grevant le pronostic
Meyer ¹¹	Noradrénaline contre indiquée	
Serrera Figallo et al ²⁰	Limiter la dose à 36 µg d'adrénaline si possible (2 carpules avec adrénaline 1:100 000 ou 4 carpules avec adrénaline 1:200 000)	Exclure les vasoconstricteurs ou « faire très attention » Etudes complémentaires nécessaires
Perusse et al ¹⁹	Utilisation sûre et bénéfique si tension « modérément élevée » Vasoconstricteurs contre indiqués si PA > 180/100 mmHg	Contre-indication absolue
Budenz ²		Sédation au Valium® puis 1 à 2 carpules avec vasoconstricteur
Brown et Rhodus ⁹	Dose adrénaline maximale 54 µg (3 carpules avec adrénaline 1:100 000 ou 6 carpules avec adrénaline 1:200 000)	
Bader et al ²²		Risque semble faible mais études complémentaires nécessaires

Tableau IV : Recommandations concernant l'emploi de vasoconstricteurs dans le cas d'une hyperthyroïdie contrôlée ou non

Etude	Hyperthyroïdie contrôlée	Hyperthyroïdie non contrôlée
Pinto et Glick ²⁵	Pas de contre-indication (sieuthyroïdien)	Contre-indication
Madrid et al ¹⁰	Pas de contre-indication	
Perusse et al ¹⁹		Contre-indication absolue
Budenz ¹¹	Pas de contre-indication	Contre-indication

Tableau V : Résumé des Caractéristiques du Produit Septanest® : articaïne 4% + adrénaline 1 :200 000 (1 carpule contient 9 µg d'adrénaline)

Poids de l'enfant	20 kg	30 kg	40 kg
dose maximale 0.18ml/kg	3,6 ml 2 carpules	5,4 ml 3 carpules	7,2 ml 4 carpules

Tableau VI : Principales interactions médicamenteuses pouvant survenir avec un vasoconstricteur

Molécule	Mécanisme d'action/Propriétés	Interactions avec le vasoconstricteur	Précautions/Conclusions
Halothane (anesthésiques généraux)	Augmentation de la sensibilité des récepteurs GABAA au GABA Inhibition des récepteurs NMDA Activation de canaux potassiques ¹	Sensibilisation du myocarde à l'effet des catécholamines -> arythmie	Prévenir l'anesthésiste lors de l'emploi d'un vasoconstricteur ²⁸ Contre-indication ¹⁰
Antidépresseurs tricycliques	Blocage de la recapture des amines biogènes (catécholamines et sérotonine), des récepteurs muscariniques et $\alpha 1$. Potentialisation de l'action des neurotransmetteurs (Noradrénaline ++)	Dépression du myocarde Modification de la réponse cardiovasculaire aux vasoconstricteurs : crises hypertensives, arythmies avec noradrénaline et lévonordéphrine	Noradrénaline et lévonordéphrine contre-indiqués ²⁸ Dose épinéphrine = 1/3 de la dose maximale normale ²⁸ 1-2 carpules d'épinéphrine sans risque ²¹ Fils de rétractions imprégnés d'épinéphrine contre-indiqués ²⁸
IMAO	Blocage de la métabolisation des médicaments normalement métabolisés par la MonoAmineOxydase Empêche la destruction de la noradrénaline -> augmentation du pool de neurotransmetteurs pouvant être libérés	Aucune interaction significative avec les vasoconstricteurs car les vasoconstricteurs exogènes sont principalement inactivés par la catéchol-O-méthyltransferase ²⁸	Pas de contre-indication ^{10,28}
β bloquants	Blocage compétitif de la stimulation des récepteurs β par les catécholamines endogènes et exogènes ➤ β bloquants cardio-sélectifs : blocage $\beta 1$ ➤ β bloquants non cardio-sélectifs : blocage $\beta 1+\beta 2$	β bloquants cardio-sélectifs : Aucun incident décrit ²⁸	β bloquants cardio-sélectifs : Pas de contre-indication (préférer adrénaline 1 :200 000) ¹⁰ 2 carpules d'adrénaline 1:100 000 ²¹
		β bloquants non cardio-sélectifs : Blocage des récepteurs $\beta 2$ -> blocage de l'action vasodilatatrice sur les muscles lisses des vaisseaux sanguins -> action purement α -adrénergique de l'épinéphrine -> augmentation de la tension artérielle + bradycardie réflexe ²⁸	β bloquants non cardio-sélectifs : Adrénaline 1 :50 000 et fils de rétraction imprégnés contre-indiqués ²⁸ Dose la plus faible possible (injection lente, fractionnée d'adrénaline) ¹⁰ 2 carpules d'adrénaline 1 :100 000 ²¹ Arrêt du β bloquant 3 jours avant sinon association contre-indiquée ¹⁹
Cocaïne Premier anesthésique local (1884)	Blocage de la conduction nerveuse empêche la recapture présynaptique de noradrénaline, sérotonine, dopamine -> potentialisation des effets des vasoconstricteurs	Réponse exagérée suite à l'injection de vasoconstricteurs : arythmie, hypertension artérielle, angor, infarctus du myocarde	Vasoconstricteurs contre-indiqués au moins 24 heures après la prise de cocaïne ²⁸ Reporter les soins 24 à 72 heures ²¹

Dilemme diagnostique : l'énigme de la sensation de brûlure en bouche

Pr Gary **D. KLASSER**, DMD, Cert Orofacial Pain

- Professeur agrégé, Département des sciences diagnostiques
- École de médecine dentaire, Université de l'État de la Louisiane, Nouvelle Orléans (Louisiane)

Joel **B. EPSTEIN**, DMD, MSD, FRCD(C), FDS RCSE

- Consultant pour le Service d'otorhinolaryngologie et de chirurgie de la tête et du cou au centre de cancérologie City of Hope, à Duarte (Californie), et pour le Samuel Oschin Comprehensive Cancer Institute du centre médical Cedars-Sinai, à Los Angeles. Il exerce aussi la médecine buccale en pratique privée à Vancouver (oralmedicinepacific.com).

Dana **VILLINES**,

- MA coordonnatrice de la recherche, Hôpital général Advocate Lutheran, Park Ridge.

SOMMAIRE

La sensation de brûlure en bouche est un état énigmatique qui peut être difficile à reconnaître et à diagnostiquer. Les praticiens dentaires doivent être en mesure de distinguer la sensation de brûlure primaire (essentielle ou idiopathique) de sa forme secondaire. La forme primaire se caractérise par une sensation de brûlure au niveau de la muqueuse buccale et des zones péri-buccales, qui a généralement une distribution bilatérale symétrique, et par l'absence de résultats cliniques et de résultats de laboratoire pertinents. Dans la forme secondaire, la sensation de brûlure est due à des anomalies cliniques ou à un trouble systémique ou psychologique. Jusqu'à maintenant, la sensation primaire de brûlure en bouche a été considérée un diagnostic d'élimination. Nous décrivons le cas d'une femme qui ressentait une sensation de brûlure en bouche et présentons les résultats d'une analyse rétrospective de cas, pour aider les praticiens à comprendre, à reconnaître et à diagnostiquer la sensation primaire de brûlure en bouche.

INTRODUCTION

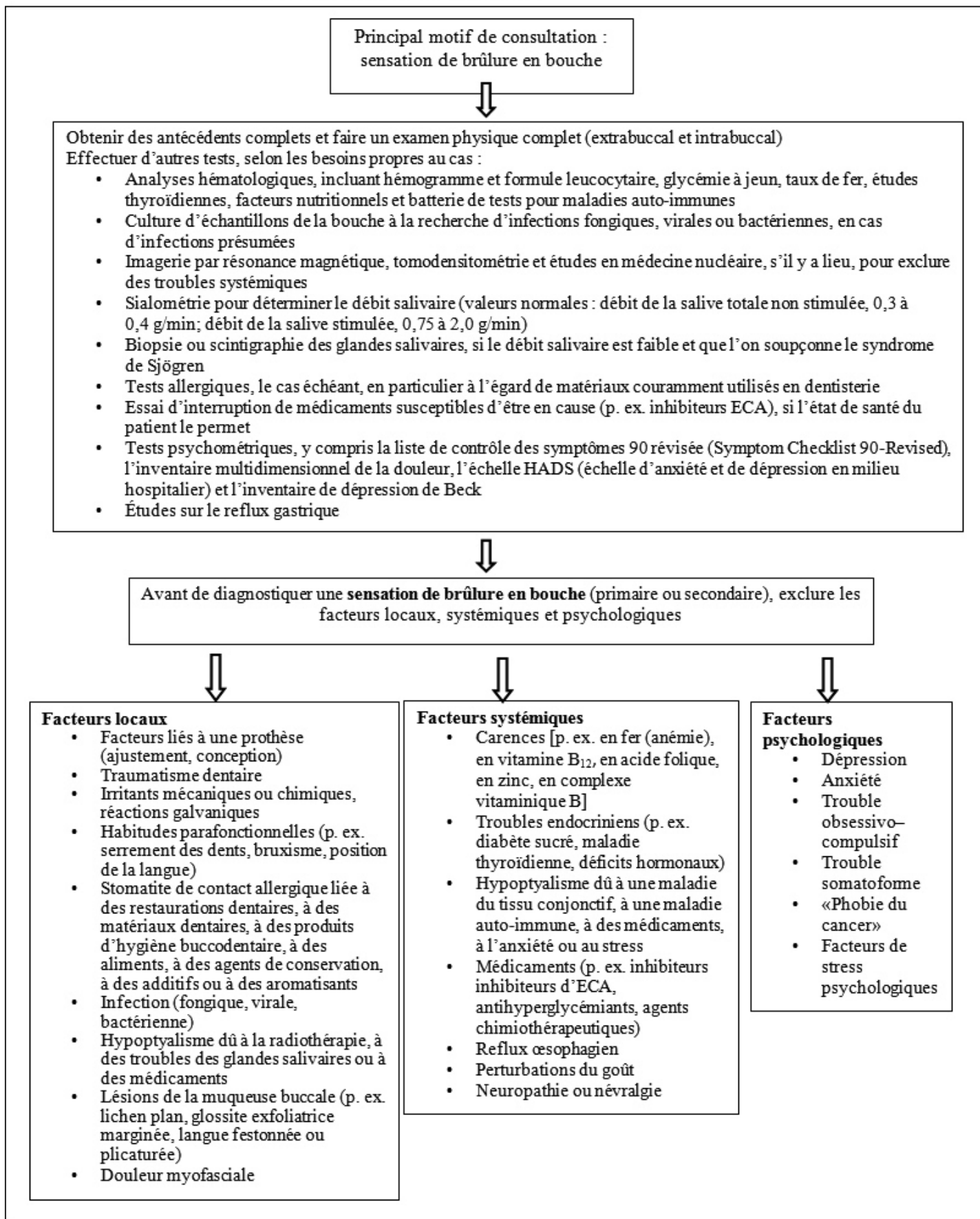
Une femme de 51 ans s'est présentée dans un cabinet dentaire, car elle ressentait une sensation de brûlure bilatérale sur la partie antérieure du dos de la langue, la face antérieure du palais dur et la lèvre inférieure. La patiente a indiqué que la sensation de brûlure était apparue spontanément quelque 10 ans auparavant, mais elle ne se rappelait aucun événement déclencheur. Elle a décrit la sensation de brûlure comme une douleur constante accompagnée d'engourdissements et de picotements, d'une intensité moyenne de 8 [sur une échelle de 0 (absence de douleur) à 10 (douleur maximale)], et indiqué que la douleur empirait généralement à mesure que la journée progressait. La sensation de brûlure avait aussi gagné en intensité depuis son apparition et elle était exacerbée par le stress et la consommation de boissons chaudes, mais elle diminuait lorsque la patiente mangeait. De plus, la femme ressentait une sécheresse de la bouche et avait constamment un goût salé en

bouche, peu importe ce qu'elle ingérait. La sensation de brûlure n'avait toutefois pas d'incidence sur son sommeil. La femme était en périménopause et avait reçu des diagnostics de fibromyalgie, de dépression et d'hypertension, troubles pour lesquels elle prenait un antidépresseur, un anticonvulsivant et un antihypertenseur. Ses antécédents dentaires ne montraient rien de particulier. Une variété de tests diagnostiques avaient été faits pour exclure des troubles locaux (lésions de la muqueuse, maladie buccodentaire et infections fongiques ou virales) et systémiques (troubles endocriniens tels que diabète sucré et hypothyroïdie, troubles nutritionnels, anémie et pathologies du système nerveux central); parmi ces tests figuraient des examens dentaires et des études d'imagerie médicale de routine (tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique), des dosages hématologiques, des tests d'allergie et une biopsie de la muqueuse buccale. Aucun de ces examens n'a révélé de signe particulier et n'a permis de découvrir quelque cause sous-jacente à la sensation de brûlure. La patiente ne consommait pas de produits à base de nicotine, d'alcool ou de drogues à usage récréatif et elle n'avait aucune habitude parafunctionnelle.

L'examen, incluant la palpation, n'a montré aucune anomalie des structures extrabuccales (nerfs crâniens, ganglions lymphatiques, muscles, articulations) ou intrabuccales (muqueuse buccale, langue, dentition, tissus parodontaux, restaurations existantes). L'amplitude des mouvements cervicaux n'était pas limitée et les mouvements du rachis cervical n'ont pas reproduit la douleur qui avait amené la patiente à consulter.

Les manifestations cliniques chez cette patiente étaient compatibles avec un diagnostic de sensation de brûlure en bouche. La forme primaire (essentielle ou idiopathique) de cet état se caractérise par une sensation de brûlure dans la muqueuse buccale et les zones péri-buccales, avec habituellement une distribution bilatérale symétrique, et par l'absence de résultats cliniques et de résultats de laboratoire pertinents pouvant expliquer la sensation de brûlure^{1,3}. Le diagnostic s'appuie sur l'identification des symptômes et de leurs

III. 1 : Algorithme des éléments du diagnostic pour les patients ayant une sensation de brûlure en bouche. ECA = enzyme de conversion de l'angiotensine.



ANALYSE RÉTROSPECTIVE DE CAS ANTÉRIEURS

La difficulté à parvenir à un diagnostic formel dans le cas présent nous a amené à croire qu'il pourrait être utile d'examiner des cas antérieurs de sensation de brûlure en bouche. Cette analyse rétrospective avait pour but de relever tout schéma qui pourrait faciliter l'établissement d'un diagnostic formel et ainsi mener à l'élaboration de stratégies adéquates de prise en charge.

Une analyse rétrospective a été faite des cas traités dans une clinique de médecine buccale et de traitement de la douleur buccofaciale, avec l'autorisation du comité de révision de l'établissement de l'Université de l'Illinois à Chicago. Les dossiers de 49 patients consécutifs adultes (âgés de 18 ans et plus), ayant consulté pour une sensation de brûlure en bouche durant une période de 5 ans (de janvier 2003 à mars 2008), ont été examinés. La plupart de ces patients (43 ou 88 %) étaient des femmes, pour la plupart âgées dans la cinquantaine (âge moyen de 56,4 ans; fourchette de 33 à 68 ans). Pour chacun de ces cas, l'un des 2 cliniciens (GDK ou JBE) a recueilli les antécédents complets, fait un examen complet et bilan hématologique complet (hémogramme et formule leucocytaire, glycémie à jeun, taux de fer, complexe vitamini B, acide folique et fonction thyroïdienne), effectué une sialométrie (c.-à-d. détermination du poids de la salive totale stimulée et non stimulée), évalué le patient à la recherche de maladies liées à une hypofonction des glandes salivaires et fait des tests de dépistage de maladies auto-immunes et de maladies des tissus conjonctifs, avant d'établir le diagnostic formel conformément au protocole diagnostique défini à l'ill. 1.

Une légère différence a été observée entre les sièges où la sensation de brûlure a été qualifiée de «pire» (langue > lèvres > palais dur) par les sujets de l'analyse rétrospective et les sièges mentionnés par la patiente (langue > palais dur > lèvre) de la présente étude de cas. Dans l'ensemble, toutefois, les observations étaient compatibles avec les données de la littérature faisant état de multiples sièges de la douleur^{4,7}. Tout comme la patiente de la présente étude de cas, la plupart des sujets de l'analyse rétrospective ont déclaré que la sensation de brûlure était apparue «soudainement» (35 ou 76 %; données non disponibles pour 3 patients) plutôt que «graduellement» (11 ou 24 %; données non disponibles pour 3 patients) et ont qualifié la douleur de «constante» (39 ou 80 %) plutôt que d'«intermittente» (9 ou 18 %) ou «autre» (1 ou 2 %). La patiente du cas à l'étude a décrit la sensation de brûlure en des termes habituels et indiqué que cet état nuisait considérablement à sa qualité de vie¹. La durée des symptômes (10 ans) chez cette patiente concordait avec les données de la littérature qui faisaient état de périodes allant de mois à des années, ponctuées ou non de périodes d'arrêt ou de rémission⁸. L'intensité de la sensation de brûlure est souvent qualifiée de modérée à intense et l'intensité (mais non la nature) de la douleur est parfois comparée à un mal de dent⁹. De plus, tout comme la patiente de la présente étude de cas et conformément aux données mentionnées dans la littérature^{8,10,11}, la majorité des patients de l'analyse rétrospective (30 ou 63 %; données non disponibles pour 1 patient) ont indiqué que la sensation de brûlure avait gagné en intensité depuis son apparition; seulement 3 patients (6 %; données non disponibles pour 1 patient) ont indiqué qu'il y avait eu diminution des symptômes au fil des ans et 15 (31 %; données non disponibles pour 1 patient) n'ont observé aucun changement. En général, les patients ne ressentent pas la sensation de brûlure durant leur sommeil ou à leur réveil et l'intensité de la douleur augmente progressivement durant la journée pour at-

teindre son maximum vers la fin de l'après-midi et en début de soirée^{1,2}. Dans l'ensemble, la patiente de la présente étude de cas avait bon nombre de caractéristiques en commun avec les patients de l'analyse rétrospective et d'autres cas mentionnés dans la littérature.

Bon nombre de sujets de l'analyse rétrospective ont relié l'apparition de la sensation de brûlure à un événement identifiable, par exemple un traitement dentaire (13 ou 27 %), un nouveau médicament (8 ou 16 %) ou un autre événement médical ou personnel (7 ou 14 %), mais aucun n'a mentionné de facteurs de stress précis comme éléments déclencheurs de leur état. Les 21 autres patients (43%) ont dit ignorer quel facteur aurait pu déclencher leur état. Selon la littérature, quelque 17 % à 33 % des patients attribuent l'apparition de leurs symptômes à une infection des voies respiratoires supérieures, à une intervention dentaire antérieure ou à une pharmacothérapie (y compris une antibiothérapie)^{8,12,13}, alors que d'autres l'associent à un facteur de stress traumatique^{6,8,10}. Dans le cas présent, la patiente était incapable de se rappeler quelque événement déclencheur, mais elle présentait plusieurs troubles médicaux susceptibles d'avoir des effets psychologiques (p. ex. la dépression). Tout comme chez cette patiente, la sécheresse de la bouche (déclarée par 30 patients ou 61 %) et la perturbation du goût (altération du goût ou changement dans l'intensité du goût, signalés par 26 patients ou 53 %) ont été des symptômes relevés couramment dans l'analyse rétrospective. Ces manifestations sont fréquentes chez les personnes qui ressentent une sensation de brûlure en bouche, tant en conditions expérimentales que cliniques^{2,4,5,14-20}, et elles peuvent être tout aussi, voire plus, perturbantes que la sensation de brûlure elle-même². La littérature semble également indiquer que, dans certains cas, la sensation de brûlure en bouche diminue ou disparaît après une absorption ou une stimulation orale², comme ce fut le cas ici. Cette particularité n'a toutefois été signalée que par une minorité des sujets de l'analyse rétrospective (4 ou 8 %), la majorité d'entre eux déclarant plutôt un effet paradoxal d'exacerbation de la sensation de brûlure (20 ou 41 %) ou l'absence de changement (25 ou 51 %), après une absorption ou une stimulation orale. Il y aurait donc lieu d'étudier plus à fond le lien entre la fonction du goût, l'absorption orale et la sensation de brûlure.

Les sujets de l'analyse rétrospective, comme la patiente à l'étude, présentaient généralement des troubles médicaux concomitants (**tableau 1**). Il est possible que ces troubles systémiques ou que certains médicaments administrés pour traiter ces problèmes aient déclenché les symptômes chez les patients ou y aient contribué, comme l'indique la littérature^{2,12,8}. Enfin, bon nombre des personnes qui avaient une sensation de brûlure en bouche présentaient davantage de problèmes de santé non spécifiques et des symptômes ménopausiques plus graves que les témoins en santé⁴.

TROUBLE MÉDICAL	NOMBRE (%) DE PATIENTS ^a (n = 49)
Hypertension	16 (33)
Reflux gastro-œsophagien	14 (29)
Hypercholestérolémie	11 (22)
Maladie auto-immune	11 (22)
Trouble thyroïdien	7 (14)
Anémie	1 (2)

^a Certains patients ont indiqué plus d'un trouble médical

DISCUSSION

D'un point de vue clinique, l'étiologie de la forme primaire de la sensation de brûlure en bouche est mal définie. Les options thérapeutiques qui sont généralement envisagées sont donc basées sur les symptômes du patient. En revanche, dans le cas de la forme secondaire où la sensation de brûlure est due à des anomalies cliniques ou à des troubles systémiques ou psychologiques, il faut s'appuyer sur le diagnostic et le traitement de l'état sous-jacent.

La prévalence de la sensation de brûlure en bouche varie de 0,7 % à 5 % de la population totale (incluant les études canadiennes^{2,10}). La variation du taux de prévalence est sans doute attribuable à la méthodologie de l'étude (enquête ou évaluation clinique) et à l'emplacement géographique^{2,4,19,29}. La sensation de brûlure en bouche s'observe principalement chez les femmes âgées d'environ 50 à 70 ans^{4,30,31} et elle se manifeste habituellement de 3 ans avant à 12 ans après la ménopause⁴. Cet état est rare chez les moins de 30 ans^{18,32}. Le rapport femmes-hommes déclaré parmi les patients atteints varie de 3:1 à 16:1^{14,6,33-35}. L'extrapolation de ces données à la population canadienne permet d'estimer que la sensation de brûlure en bouche pourrait toucher de 250 000 à 1,5 million de Canadiens.

On semble s'entendre de plus en plus sur le fait que la sensation de brûlure en bouche est une douleur neuropathique idiopathique^{30,36}. De récentes données laissent croire à des changements neuropathiques centraux³⁷⁻⁴⁰ et périphériques^{31,41-43}. Une atteinte du goût a également été signalée en association avec la sensation de brûlure en bouche, et cette manifestation a été attribuée à une désinhibition de la nociception⁴⁴. Une théorie étiologique mettant en cause une dysrégulation stéroïdienne chez les patients atteints de cet état a aussi été proposée⁴⁵.

Il peut arriver que les patients qui consultent, comme ce fut le cas de notre patiente ici, présentent une série précise de caractéristiques cliniques communes aux personnes atteintes de la sensation de brûlure en bouche. Les dentistes doivent être en mesure de reconnaître ces manifestations souvent négligées et mal interprétées.

Ce faisant, ils devraient être en mesure d'établir un diagnostic préliminaire. Dans le doute, toutefois, les dentistes devraient diriger ces cas énigmatiques vers des collègues spécialisés en médecine buccale et dans le traitement de la douleur buccofaciale, en raison du large éventail de facteurs buccaux et systémiques qui doivent être évalués. La prise en charge de toute douleur chronique, y compris la sensation de brûlure en bouche, vise à atténuer les symptômes et, idéalement, à résoudre le problème; le processus peut toutefois être complexe. Un article d'accompagnement traite des facteurs à considérer pour la prise en charge de la sensation de brûlure en bouche⁴⁶.

RÉFÉRENCES

1. Woda A, Navez ML, Picard P, Gremeau C, Pichard-Leandri E. A possible therapeutic solution for stomatodynia (burning mouth syndrome). *J Orofac Pain*. 1998;12(4):272-8.
2. Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome. *Am Fam Physician*. 2002;65(4):615-20.
3. Danhauer SC, Miller CS, Rhodus NL, Carlson CR. Impact of criteria-based diagnosis of burning mouth syndrome on treatment outcome. *J Orofac Pain*. 2002;16(4):305-11.
4. Grushka M. Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987;63(1):30-6.
5. Gorsky M, Silverman S Jr, Chinn H. Burning mouth syndrome: a review of 98 cases. *J Oral Med*. 1987;42(1):7-9.
6. van der Ploeg HM, van der Wal N, Eijkman MA, van der Waal I. Psychological aspects of patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987;63(6):664-8.
7. Svensson P, Bjerring P, Arendt-Nielsen L, Kaaber S. Sensory and pain thresholds to orofacial argon laser stimulation in patients with chronic burning mouth syndrome. *Clin J Pain*. 1993;9(3):207-15.
8. Grushka M, Katz RL, Sessle BJ. Spontaneous remission in burning mouth syndrome. *J Dent Res*. 1987;66:274.
9. Grushka M, Sessle BJ, Miller R. Pain and personality profiles in burning mouth syndrome. *Pain*. 1987;28(2):155-67.

10. Grushka M, Sessle BJ. Burning mouth syndrome. *Dent Clin North Am*. 1991;35(1):171-84.
11. Drage LA, Rogers RS 3rd. Clinical assessment and outcome in 70 patients with complaints of burning or sore mouth symptoms. *Mayo Clin Proc*. 1999;74(3):223-8.
12. Tammiala-Salonen T, Hidenkari T, Parvinen T. Burning mouth in a Finnish adult population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993;21(2):67-71.
13. Hammaren M, Hugoson A. Clinical psychiatric assessment of patients with burning mouth syndrome resisting oral treatment. *Swed Dent J*. 1989;13(3):77-88.
14. Maresky LS, van der Bijl P, Gird I. Burning mouth syndrome. Evaluation of multiple variables among 85 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1993;75(3):303-7.
15. Nilner K, Nilsson B. Intraoral currents and taste thresholds. *Swed Dent J*. 1982;6(3):105-13.
16. Ship JA, Grushka M, Lipton JA, Mott AE, Sessle BJ, Dionne RA. Burning mouth syndrome: an update. *J Am Dent Assoc*. 1995;126(7):842-53.
17. Grushka M, Sessle B. Taste dysfunction in burning mouth syndrome. *Gerodontology*. 1988;4(5):256-8.
18. Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med*. 1999;28(8):350-4.
19. Eguia Del Valle A, Aguirre-Urizar JM, Martinez-Conde R, Echebarria-Goikouria MA, Sagasta-Pujana O. Burning mouth syndrome in the Basque Country: a preliminary study of 30 cases. *Med Oral*. 2003;8(2):84-90.
20. Grushka M, Sessle BJ, Howley TP. Psychophysical evidence of taste dysfunction in burning mouth syndrome. *Chem Senses*. 1986;11(4):485-98.
21. Netto FO, Diniz IM, Grossmann SM, de Abreu MH, do Carmo MA, Aguiar MC. Risk factors in burning mouth syndrome: a case-control study based on patient records. *Clin Oral Investig*. 2010 May 4. [Epub ahead of print].
22. Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, Gombos F, Nunziata M, Cuccurullo L, et al. Burning mouth syndrome and burning mouth in hypothyroidism: proposal for a diagnostic and therapeutic protocol. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 2008;105(1):e22-7.
23. Soares MS, Chimenos-Kustner E, Subira-Pifarre C, Rodriguez de Rivera-Campillo ME, Lopez-Lopez J. Association of burning mouth syndrome with xerostomia and medicines. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10(4):301-8.
24. Salort-Llorca C, Minguez-Serra MP, Silvestre FJ. Drug-induced burning mouth syndrome: a new etiological diagnosis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(3):E167-70.
25. Brailo V, Vuceljaevic-Boras V, Alajbeg IZ, Alajbeg I, Lukenda J, Aeurkovic M. Oral burning symptoms and burning mouth syndrome-significance of different variables in 150 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11(3):E252-5.
26. Di Fede O, Di Liberto C, Occhipinti G, Vigneri S, Lo Russo L, Fedele S, and others. Oral manifestations in patients with gastro-oesophageal reflux disease: a single-center case-control study. *J Oral Pathol Med*. 2008;37(6):336-40. Epub 2008 Feb 15.
27. Gao J, Chen L, Zhou J, Peng J. A case-control study on etiological factors involved in patients with burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med*. 2009;38(1):24-8.
28. Carrington J, Getter L, Brown RS. Diabetic neuropathy masquerading as glossodynia. *J Am Dent Assoc*. 2001;132(11):1549-51.
29. Klausner JJ. Epidemiology of chronic facial pain: diagnostic usefulness in patient care. *J Am Dent Assoc*. 1994;125(12):1604-11.
30. Zakrzewska JM. The burning mouth syndrome remains an enigma. *Pain*. 1995;62(3):253-7.
31. Lauria G, Majorana A, Borgna M, Lombardi R, Penza P, Padovani A, et al. Trigeminal small-fiber sensory neuropathy causes burning mouth syndrome. *Pain*. 2005;115(3):332-7.
32. van der Waal I. The burning mouth syndrome. Copenhagen: Munksgaard; 1990. p. 5-90.
33. Basker RM, Sturdee DW, Davenport JC. Patients with burning mouths. A clinical investigation of causative factors, including the climacteric and diabetes. *Br Dent J*. 1978;145(1):9-16.
34. Main DM, Basker RM. Patients complaining of a burning mouth. Further experience in clinical assessment and management. *Br Dent J*. 1983;154(7):206-11.
35. Gorsky M, Silverman S Jr, Chinn H. Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. An open study of 130 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991;72(2):192-5.
36. Patton LL, Siegel MA, Benoliel R, De Laat A. Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;103 Suppl:539 e1-13.
37. Jaaskelainen SK, Rinne JO, Forssell H, Tenovuo O, Kaasinen V, Sonninen P, et al. Role of the dopaminergic system in chronic pain -- a fluorodopa-PET study. *Pain*. 2001;90(3):257-60.
38. Jaaskelainen SK. Clinical neurophysiology and quantitative sensory testing in the investigation of orofacial pain and sensory function. *J Orofac Pain*. 2004;18(2):85-107.
39. Hagelberg N, Forssell H, Aalto S, Rinne JO, Scheinin H, Taiminen T, et al. Altered dopamine D2 receptor binding in atypical facial pain. *Pain*. 2003;106(1-2):43-8.
40. Forssell H, Jaaskelainen S, Tenovuo O, Hinkka S. Sensory dysfunction in burning mouth syndrome. *Pain*. 2002;99(1-2):41-7.
41. Heckmann SM, Heckmann JG, Hilz MJ, Popp M, Marthol H, Neundorfer B, et al. Oral mucosal blood flow in patients with burning mouth syndrome. *Pain*. 2001;90(3):281-6.
42. Formaker BK, Mott AE, Frank ME. The effects of topical anesthesia on oral burning in burning mouth syndrome. *Ann N Y Acad Sci*. 1998;855:776-80.
43. Nagler RM, Hershkovich O. Sialochemical and gustatory analysis in patients with oral sensory complaints. *J Pain*. 2004;5(1):56-63.
44. Grushka M BL. Burning mouth syndrome and oral dysesthesias. *Can J Diagnosis*. 2000;17(6):99-109.
45. Woda A, Dao T, Greneau-Richard C. Steroid dysregulation and stomatodynia (burning mouth syndrome). *J Orofac Pain*. 2009;23(3):202-10.
46. Klasser GD, Epstein JB, Villines D. Prise en charge de la sensation de brûlure en bouche. *J Can Dent Assoc*. 2011;77:b151_f.

Les relations interpersonnelles : la clé pour **un service patient** et **un marketing** interne **exceptionnel**



Aujourd'hui, et encore plus depuis la crise, nos patients ont changé :

- 1- Ils sont devenus de véritables consommateurs de santé : ils en veulent plus pour la même somme d'argent.
- 2- Ils sont de plus en plus attentifs à la qualité perçue des traitements : en conséquence, les cabinets dentaires doivent construire un plus fort relationnel avec leurs patients actuels pour rester dans la course.

Pour réussir dans ce nouvel environnement, les compétences en communication des membres de l'équipe doivent être renforcées. Un service patient optimal et la mise en place de stratégies marketing sont des points cruciaux si les cabinets veulent rester compétitifs. Quand les membres de votre équipe possèdent de fortes compétences relationnelles, ils peuvent nouer des liens de qualité avec les patients. Cela motive ces derniers à rester actifs au cabinet, à accepter les traitements recommandés. Cela les incite aussi à adresser à votre structure des amis ou des personnes de leur famille. L'objectif actuel pour les membres de l'équipe est de dépasser les attentes de chaque patient à chaque rendez-vous. La communication doit être vue comme un ensemble de compétences qui peuvent être enseignées et intégrées à l'exercice professionnel. Si toute l'équipe est concentrée sur cette notion de service et de communication optimale avec les patients, c'est une expérience Waouh pour eux.

Toutes ses compétences relationnelles se travaillent. Il ne faut pas se leurrer, peu de personnes sont nées avec l'avantage de développer naturellement des relations positives avec les gens qu'ils rencontrent tout au long de leur vie. L'éventail de personnalités humaines étant diversifié, les patients qui poussent notre porte sont également des êtres humains, avec leur lot de différences.

Heureusement, même si elles ne sont pas innées, ce genre de compétences peuvent s'apprendre et être utilisées efficacement aussi dans votre vie professionnelle. Elles vous serviront tout au long de votre carrière avec tous vos patients.

Les principes suivants donnent aux membres de l'équipe les manières d'offrir une meilleure qualité de communication :

1 - PERSONNALISEZ CHAQUE RELATION

A chaque visite, apprenez un point personnel nouveau sur

votre patient. Qu'il s'agisse d'un élément concernant son travail, ses futures vacances, ses préférences culturelles, ses hobbies ... Lorsqu'ils en viennent à partager ce genre d'informations, c'est qu'ils se sentent déjà un peu plus en confiance avec le praticien et son équipe. Ce genre d'informations peut facilement être collecté au début de chaque conversation. Il vous suffit de dire : « J'adorerais en connaître un peu plus sur vous, dites-moi ... » La plupart des gens adorent parler d'eux-mêmes. Ils seront ravis de partager ce genre de données et se montreront rapidement à l'aise en discutant. C'est une excellente approche pour débiter une nouvelle relation avec un patient.

Bien sûr, qui dit plus de confiance, dit aussi plus de probabilité d'accepter des projets de traitements. Attention ! Toutefois, certains sujets restent sensibles (politique, religion, actualité...) Ne vous embarquez pas sur des chemins trop glissants où vous pourriez, au final, vite dérapier et perdre le contrôle.

2 - PRATIQUEZ L'ÉCOUTE ACTIVE

L'écoute active va au-delà de la simple écoute classique. Par exemple, l'écoute active signifie prêter toute votre attention aux patients. De nombreux praticiens partent du principe qu'ils connaissent déjà ce que le patient va dire. Donc, ils en profitent pour prendre des notes, se noyer dans leurs pensées, etc. La différence avec l'écoute active est la pleine concentration offerte au patient, la conservation d'un contact visuel avec lui, les hochements de tête pour montrer que vous avez compris, ... Cette pratique permet d'obtenir du patient des éléments qu'il n'aurait pas livrés s'il ne s'était pas senti vraiment écouté ! Les patients se sentent ainsi plus confiants pour exposer tous leurs problèmes, leurs questions et leurs sources d'inquiétudes. Les individus qui maîtrisent l'écoute active sont perçus comme des êtres humains bienveillants. Une des plus

récurrentes critiques émises par les patients au sujet de leur dentiste est qu'il n'écoute pas autant qu'il le devrait.

3 - CHERCHEZ DES POINTS D'INTÉRÊTS COMMUNS

En interrogeant les patients, il y a de grandes chances que vous trouviez des points communs avec eux. Cela peut être sur la famille, les hobbies, le sport, les loisirs, etc. Quand des gens se trouvent des points communs, cela élève le niveau de relation : « oh ! Vous aussi vous faites ça ? » Recherchez des domaines d'intérêts communs et orientez la conversation dans cette direction.

4 - REMERCEZ LES PATIENTS AUSSI SOUVENT QUE POSSIBLE

L'une des meilleures opportunités pour développer votre communication avec les patients revient à vous montrer reconnaissant à leur égard. Pour développer un tel état d'esprit, les membres de l'équipe devraient utiliser le mot « merci » aussi souvent que possible. Dans les scripts abordant la relation avec le patient, le mot « merci » apparaît plusieurs fois tout au long de la conversation. Pourquoi ? Car ce mot a le pouvoir de faire preuve de considération auprès des patients. Il est important de comprendre que plus le nombre de fois le mot « merci » est prononcé dans une journée, plus vous développez des relations positives avec eux. Souvenez-vous, les gens adorent avoir le sentiment d'être apprécié.

5 - COMPLIMENTEZ TOUS VOS PATIENTS

Faites à vos patients un compliment sincère à chaque fois qu'ils se rendent à un rendez-vous. Chaque nouvelle information personnelle collectée se présente comme une opportunité en or pour rebondir sur ce sujet et le transformer en compliment. Peu importe s'il concerne sa vie, son apparence, sa famille ou ses enfants, ... Les gens adorent les compliments pour plusieurs raisons : La première est qu'ils aiment être reconnus. La seconde raison est que les compliments créent une atmosphère positive. Les gens aiment être dans ce genre d'environnement. Enfin, les compliments tissent de l'énergie entre les hommes et amènent davantage de confiance dans la relation. De cette manière, les patients seront plus enclins à accepter vos recommandations de traitements. Faites-en une règle : donnez à chaque patient un compliment sincère à chaque fois que vous le voyez au cabinet.

CONCLUSION

Une excellente relation avec les patients peut booster le niveau d'enthousiasme général au sein de votre cabinet. Les structures dentaires qui sont attentives au relationnel avec leurs patients sont celles qui bénéficient du meilleur taux de recommandations. L'utilisation des 5 points clés précités peut considérablement améliorer les compétences en communication et le marketing interne du cabinet.

SPRAY BUCCAL DE 100 ML PRÊT À L'EMPLOI



L'administration peut être répétée plusieurs fois par jour.

XEROTIN® CONVIENT À UN GRAND NOMBRE DE PATIENTS

- XEROTIN® soulage la sécheresse buccale en imitant la composition normale de la salive
- XEROTIN® a un pH neutre
- XEROTIN® ne contient aucun dérivé d'origine animale (porcine, bovine)
- XEROTIN® ne contient ni gluten ni saccharose
- XEROTIN® est un spray physiologique sans gaz propulseur

Xerotin®

Norgine est ouvert aux retours sur ses produits et leur utilisation. Merci de nous envoyer votre expérience ou vos remarques concernant le XEROTIN® à l'adresse suivante:

NORGINE
Romeinsestraat 10, 3001 Heverlee
belgium.info@norgine.com

XEROTIN® est un dispositif médical.
Lisez le mode d'emploi avant utilisation.

XEROTIN est une marque déposée de Difa Cooper S.p.A., donnée en licence au groupe SpePharm AG.



SOMMAIRE

FORMATION CONTINUE

31 **SOMMAIRE FORMATION CONTINUE**

33	7^{ÈME} CONGRÈS	15-16-17/10/2015
34	ANAMNÈSE & RADIOLOGIE	28/11/2015
37	GESTION DES CONFLITS	4/06/2015
38	ESTHÉTIQUE : FACETTES, INLAYS, ONLAYS	6/06/2015
39	RÉANIMATION	12/06/2015
40	LES SUTURES	13/06/2015
42	CYCLE COMPLET DE FORMATION À L'HYPNOSE	25-26-27 FÉVRIER 2016



zeta hygiene



La ligne de produits ZHERMACK pour la désinfection et la stérilisation qui permet de répondre à toutes les exigences du cabinet dentaire.

julie.martindiaz@zhermack.com
M +32 471 09 95 38

Zhermack 
Dental

7^{ème} Congrès

de la Société de Médecine Dentaire

15-16-17 octobre 2015

Dolce-La Hulpe

Traiter
c'est Innover



www.dentiste.be



BULLETIN D'INSCRIPTION (prière de remplir un formulaire par personne)

7^{ème} CONGRÈS de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DENTAIRE 15-16-17 Octobre 2015

À renvoyer à la SMD Avenue De Fré 191 1180 BRUXELLES ou à faxer au 02 375 86 12 ou à scanner et envoyer par mail à secretariat@dentiste.be

Nom _____ Prénom : _____

Epoux - épouse de : _____

Société : _____ N° national :

N° INAMI : - - - N° de Membre : Sexe : M F

Adresse : _____ CP : _____ Localité : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____ @ _____

Paiement par :

virement IBAN : BE20 0682 3275 4456 BIC : GKCCBEBB
Communication : N° de membre ou N°INAMI, Nom et Prénom - 7^{ème} Congrès

carte de crédit (VISA, MasterCard)
Nom complet figurant sur la carte : _____

N° : - - - Date d'expiration : -

Signature : _____

Je suis : Dentiste Stagiaire Etudiant Assistant(e) Accompagnant Membre : Oui Non

TARIFS									
Date paiement	Avant le 30 Juin					Avant le 1 ^{er} Septembre		Après le 1 ^{er} Septembre	
	Membre	+65 ans	Etudiant mb	Stage mb	Autre	Membre	Autre	Membre	Autre
3 jours	520 €	320 €	180 €	250 €	680 €	550 €	730 €	600 €	780 €
1 jours	260 €	160 €	120 €	125 €	340 €	290 €	390 €	340 €	830 €
TP	120 €	120 €	120 €	120 €	200 €	150 €	250 €	200 €	300 €
Assistants 1j	140 €	140 €			200 €	170 €	250 €	220 €	300 €
Wellness	175 €	175 €	175 €	175 €	175 €	175 €	175 €	175 €	175 €
Soirée jeudi	40 €	40 €	40 €	40 €	50 €	40 €	50 €	40 €	50 €
Soirée vendredi	60 €	60 €	60 €	60 €	100 €	75 €	125 €	95 €	150 €
Chambre sem.	165 €	165 €	165 €	165 €	185 €	165 €	185 €	165 €	185 €
Chambre WE.	110 €	110 €	110 €	110 €	115 €	110 €	115 €	110 €	115 €
Date d'arrivée	<input type="checkbox"/> 14/10	<input type="checkbox"/> 15/10	<input type="checkbox"/> 16/10	<input type="checkbox"/> .../...	Date de départ	<input type="checkbox"/> 17/10	<input type="checkbox"/> .../...		

Seules les personnes inscrites au congrès peuvent participer au travaux pratiques.

Montant de mon inscription au congrès : €
Montant de mes TP : €
Montant de ma chambre : €
Montant des extras : €
Total : €

JEUDI 15 OCTOBRE 2015

Salle A

Salle B

Matin

09:00-10:30

- Le côté obscur de la photopolymérisation

11:00-12:30

- Restaurations antérieures...

09:00-10:30

- Traitements Orthodontiques accélérés par « Piezocision »

11:00-12:30

- Améliorer l'interface paro-prothétique...

Après-midi

14:00-15:30

- Gestion des complications en petite chirurgie

16:00-17:30

- Périimplantite : l'anticiper, diagnostic, étiologie, traitement

14:00-15:30

- Traitement actuel de l'édentement total

16:00-17:30

- Le DAM c'est simple

Workshops AM

9:00-12:30

- Les contentions collées

9:00-12:30

- Enlèvement de tenons et instruments fracturés sous microscope

Workshops PM

14:00-17:30

- Les contentions collées

14:00-17:30

- Enlèvement de tenons et instruments fracturés sous microscope

14:00-17:30

- Petite chirurgie buccale (frénectomie, extraction atraumatique, lambeaux,...)

Conférence inaugurale

18:00-19:00

- Les vols spatiaux habités : aujourd'hui et demain

Soirée

19:00-23:00

- Walking dinner

VENDREDI 16 OCTOBRE 2015

Salle A

Salle B

Matin

09:00-10:30

- Planification des cas pluridisciplinaires... (1)

11:00-12:30

- Planification des cas pluridisciplinaires... (2)

09:00-10:30

- Les lésions péri-apicales inflammatoires...

11:00-12:30

- Impact des nouvelles technologies...

Après-midi

14:00-15:30

- Mieux s'asseoir, mieux voir, mieux se sentir, mieux travailler (1)

16:00-17:30

- Mieux s'asseoir, mieux voir, mieux se sentir, mieux travailler (2)

14:00-15:30

- La restauration adhésive des dents dévitalisées...

16:00-17:30

- ... tenons et couronnes sont-ils encore nécessaires ?

Workshops AM

09:00-12:30

- Nouveaux concepts dans la restauration des dents dévitalisées

09:00-12:30

- Corticotomies accélérés par « Piezocision »

Workshops PM

14:00-17:30

- Nouveaux concepts dans la restauration des dents dévitalisées

14:00-17:30

- Stratification des composites

Assistant(e)s

09:00-12:30

- Rôle de l'assistante dans le relationnel patient
Tubs et cassettes : une organisation efficace
Communiquer avec son praticien

14:00-17:30

- Mieux s'asseoir, mieux voir, mieux se sentir, mieux travailler

Soirée

19:00-23:00

- Soirée festive

SAMEDI 17 OCTOBRE 2015

Salle CANOPÉE

Matin

09:00-12:30

- Implants et esthétique : des attentes à la réalité

Veillez cocher les conférences et workshops auxquels vous souhaitez assister.

7^{ème} Congrès

de la Société de Médecine Dentaire

15-17 octobre 2015 - Dolce-La Hulpe

Traiter c'est Innover



Tout le congrès sur votre smartphone ou votre tablette

A l'occasion de notre 7^{ème} Congrès, nous avons mis en place une application pour votre smartphone (ou votre tablette) qui vous permettra à tout moment de savoir ce qui se passe, dans quelle salle aller suivre un exposé, les détails sur le contenu, l'orateur et même les côtés du congrès.

Facile à télécharger grâce au QR-code visible en bas de page et totalement gratuite, nous espérons que cette appli vous rendra bien des services.

Quelques détails :

Écran d'accueil



Programme



Détails



Favorites



Plan d'accès



Salles



Scannez ce QR-code avec votre smartphone pour télécharger l'application*.

(*) Disponible à partir du 1er août 2015

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

EUROPEAN SCHOOL of ORAL REHABILITATION IMPLANTOLOGY and BIOMATERIALS

21^{ÈME} FORMATION COMPLÈTE EN IMPLANTOLOGIE

Cours Intensifs répartis sur une seule année académique

**Rejoignez-nous pour la session
Octobre 2015 - Juin 2016**

NOS POINTS FORTS :

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

Demande d'informations complémentaires

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

Avenue Prékelinden, 167 B - 1200 - Bruxelles

Tél. : 02.734.00.33 Fax : 02.736.51.26 E-mail : marc.lippert167@g-mail.com

www.esoribinternational-belgium.be



Anamnèse & Radiologie

28 novembre 2015 de 9h00 à 17h30

Acinapolis - Jambes - Namur

Le dentiste et le patient malade : du bilan d'état général à la conduite à tenir

L'espérance de vie étant en constante augmentation, peu de personnes âgées arrivent à un âge avancé indemnes de maladies chroniques, on ne compte plus les patients atteints d'hépatite C, de maladie d'Alzheimer, d'arthrose, de Parkinson, d'hypertension artérielle, d'allergies, ...

Les raisons de s'intéresser à la santé de nos patients en dehors de la bouche ne manquent donc pas. Le chirurgien-dentiste est amené de plus en plus fréquemment à soigner des patients à l'état général perturbé. En effet, les progrès de la médecine, de la chirurgie, l'augmentation de la durée de la vie et le vieillissement de la population qui en découlent, conduisent dans nos cabinets un pourcentage régulièrement plus important de patients qui présentent une ou plusieurs pathologies générales associées très souvent à une polymédication.

De plus en plus de ces patients malades vivent chez eux ou en institution et sont soignés, et équilibrés : ils retrouvent une vie sociale à peu près normale et désirent bénéficier des mêmes soins bucco-dentaires que les personnes bien portantes. Dès lors, le médecin-dentiste doit prendre toutes les précautions pour que ses actes ou ses prescriptions ne viennent pas perturber un équilibre souvent installé avec difficulté. Pour cela, il devra solliciter le patient et souvent son médecin afin qu'ils précisent l'état de santé du patient. Le médecin-dentiste sera dès lors en mesure d'évaluer les risques qui découlent de la maladie elle-même ou de son/ ses traitement(s) (risque hémorragique, infectieux, toxique, cardio-vasculaire, allergique, osseux). Le médecin-dentiste doit alors être en mesure de mettre en oeuvre les gestes et les précautions utiles.

Médecin-Dentiste et médecin interniste ou spécialiste doivent communiquer autour de la prise en charge bucco-dentaire sans que cela tourne en un dialogue de sourds. La connaissance que le médecin-dentiste a des interférences de ses traitements avec la santé générale du patient est certainement une des clefs de voûte de ce dialogue confraternel harmonieux.

Dr Carlos MADRID

- Médecin Associé. Division de Chirurgie Orale et Maxillo-Faciale- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Lausanne

Radioprotection

« L'exposition aux RX dans la pratique dentaire est si faible qu'elle peut être considérée comme négligeable sur le plan de son impact sur la santé, tant des praticiens que des patients ! »

Ce type de discours est trompeur, comme l'ont rappelé encore récemment les organisations scientifiques internationales et l'AFCN ! Les doses ne sont faibles que si une bonne pratique est appliquée sur le plan de la radioprotection. C'est pourquoi, de nouvelles dispositions réglementaires d'interdiction et d'obligations sont apparues ces dernières années en radiologie dentaire, comme le contrôle de qualité des appareils à RX par un expert en radiophysique médicale ou les formations supplémentaires qui seront exigées lors de l'utilisation d'un tomographe volumique à faisceau conique (CBCT).

Dr Vera PIRLET

- Licenciée en Science ULg 1993
- DES en radioprotection de l'environnement 1995

Accréditation demandée :
20 UA dom 1 - 20 UA dom 3
Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75



- Doctorat en Sciences 2003, ULg
 - Agrément d'expert qualifié en contrôle physique de classe II accordé par l'AFCN
 - Direction du service de contrôle physique des radiations de l'Université de Liège et du CHU de Liège.
 - Maître de conférence à l'ULg pour toute la charge de cours en radioprotection et législation
 - Expertise technique pour la Commission européenne
 - Membre du jury médical de l'AFCN
-

L'imagerie 3-D pré-implantaire : un rendez-vous à ne pas manquer ?

L'implantologie dentaire est une procédure de réhabilitation prothétique qui comporte une phase chirurgicale.

Peut-on la mener à bien sur base de modèles d'études, d'un cliché panoramique et d'éventuels clichés intrabuccaux ?

Notre bilan stratégique peut-il être complet et pertinent sans un examen tridimensionnel des structures osseuses ?

L'évaluation préopératoire du risque anatomique, fonctionnel, et esthétique dans les zones antérieures, est-elle suffisamment précise sans une image réelle des tissus durs ?

La réponse est clairement : non.

L'introduction du CT Scan (examen tomодensitométrique) et plus récemment du Cone Beam (tomographie volumique numérisée à faisceau conique) en dentisterie a radicalement modifié le diagnostic et la planification pré-implantaire.

Après un résumé historique de la radiologie en Médecine Dentaire, du fonctionnement du CT scan et du CBCT et des principes d'acquisition des images 3-D, nous discuterons des avantages et des limites de l'imagerie comme aide au diagnostic et à la planification des traitements implantaires.

Didier EYCKEN

- Dentiste LSD – DG, UCL 1988
- Post-gradué en Prothèse Dentaire, UCL 1991
- Diplômé Universitaire en Parodontologie, Lille II 1995
- Certificate of Periodontics New York University, 1997
- Attestation Universitaire d'Implantologie, Paris VII 1999
- Fellow International Team for Implantology
- Past President de la Société de Médecine Dentaire a.s.b.l.

Le moyen de protéger vos dents de l'érosion dentaire

Agissez par mesure préventive pour aider vos patients
à se protéger contre les attaques acides

Notre régime alimentaire actuel est souvent riche en acides. Les boissons gazeuses, le café noir et les fruits frais sont susceptibles de provoquer une déminéralisation de la surface dentaire et amollir l'émail, le rendant vulnérable à l'érosion.

4 aliments ou boissons acides par jour suffisent pour exposer les dents de vos patients au risque des attaques acides.^{1,3}

Avec 1 jeune adulte* sur 3 présentant des signes d'érosion dentaire, dont les attaques acides sont la principale cause,⁴ il devient urgent d'engager une action en guise de prévention.^{1,5} Outre conseils élémentaires en matière de régime alimentaire et d'hygiène dentaire que vous prodiguez à vos patients exposés au risque d'attaques acides, l'emploi d'un dentifrice spécialisé à la formule optimisée, tel que Sensodyne® Proglasur® favorise la reminéralisation par brossage biquotidien, et protège vos patients contre les attaques acides futures.^{5,6}

Il a été démontré que Proglasur® reminéralise et renforce l'émail ramolli par l'action des acides.⁷⁻¹⁰

Proglasur® apporte le fluor plus en profondeur et en plus grande quantité au niveau de la surface de l'émail déminéralisé pour le renforcer en comparaison avec de nombreux autres dentifrices fluorés.⁷



Placebo
(0 ppm F)

Montre l'absence de toute absorption de fluor



Dentifrice de renforcement
de l'émail concurrent
(1450 ppm NaF)

Absorption du fluor au
niveau de la surface dentaire



Proglasur®
(1450 ppm NaF)

Taux d'absorption accru de fluor
au niveau de la surface dentaire

In vitro, l'imagerie DSIMS¹ a démontré que le traitement avec Proglasur® permettait d'obtenir un taux d'absorption supérieur du fluor dans l'émail en comparaison avec un dentifrice concurrent.⁷



Faible abrasivité

pH neutre

POUR UN ÉMAIL SOLIDE ET RÉSISTANT RECOMMANDEZ PROGLASUR®

*18-35 ans. 1 Dynamic Secondary Ion Mass Spectrometry

References: 1. Lussi A. Erosive Tooth Wear – a Multifactorial Condition. In: Lussi A, editor. Dental Erosion – from Diagnosis to Therapy. Karger, Basel; 2006. 2. Lussi A. Eur J Oral Sci 1996; 104: 181-186. 3. Horii AT et al. Caries Res 2009; 43: 57-63. 4. Barrett DW et al. J Dent 2013; 41(11): 1007-1013. 5. Zero DT. Int Dent J 2005; 5: 288-293. 6. Lussi A et al. Caries Res 2004; 38 (suppl 1): 34-44. 7. Edwards M et al. Correlation of Enamel Surface Rehardening and Fluoride Uptake—DSIMS imaging. Presented at IADR, September 2006. 8. GSK Data on file. 134320. 9. Fowler C et al. J Clin Dent 2006; 17(2): 100-105. 10. Burbury AP et al. J Clin Dent 2009; 20(6): 190-199.





Esthétique

Facettes, inlays, onlays

12 septembre de 9h00 à 17h00
Heverlee (autoroute Bruxelles - Liège)

Accréditation demandée :
40 UA dom 7
Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75

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

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

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

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

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

1. Inlays-Onlays : restaurations postérieures indirectes

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

2. Facettes en céramique

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

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

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

Le nombre de participants est fixé à 16 pour une meilleure communication et déroulement de la journée. Une liste des instruments nécessaires et que les dentistes devront avoir avec eux sera envoyée en temps voulu.



Dr Joseph SABBAGH

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



Gestion du temps

17 septembre de 9h00 à 17h00

Bruxelles - Maison des Dentistes

Accréditation accordée :
40 UA dom 2
Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75

Ces dernières années, nombreuses sont les études qui ont révélé que les dentistes sont de plus en plus stressés. La charge de travail du dentiste est sans cesse croissante et les patients sont de plus en plus exigeants. Les contraintes administratives sont toujours plus importantes. La gestion du cabinet dentaire (comptabilité, enregistrement des feuilles de soin, commandes aux fournisseurs, etc.) empiète jusqu'à 18% sur son temps de travail. Le dentiste se retrouve du coup à la merci du temps.

De nombreux outils permettent de prioriser, organiser et classer. Seulement, comme dit Parkinson : « Plus on dispose de temps pour faire un travail, plus ce travail prend du temps ». Ceci implique qu'il ne suffit pas d'avoir une « to do list », un agenda, un gestionnaire de mails, etc. il nous faut également apprendre à respecter notre temps.

Objecif

- Lors de cette journée vous apprendrez ce que signifie gérer le temps, à travers des outils d'organisation professionnelle qui vous feront gagner en efficacité et en productivité.
- Vous apprendrez à reconnaître les signes de ce qui peut être chronophage et à y faire face grâce à des techniques et outils qui vous feront gagner du temps.
- Cette formation vous permettra de reconnaître les aspects de votre comportement qui sont des qualités et découvrir ceux qui peuvent devenir un piège et qui sont à changer.
- Enfin, vous apprendrez à anticiper certaines actions administratives afin qu'elles n'empiètent pas sur votre vie sociale et familiale.

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-groupe.

La pédagogie est participative et impliquante : elle permet d'intégrer le changement recherché. Le partage d'expériences vécues et de réflexions lors des débriefings et des feedbacks sont animés par un formateur-coach.



Mme Fatima AZDIHMED

- Coach professionnel certifiée (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'en 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).



Gestion des conflits

24 septembre de 9h00 à 17h00

Bruxelles - Maison des Dentistes

Accréditation demandée :
40 UA dom 2
Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75

À 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

1. Comprendre comment se créent les conflits
2. Identifier ses propres modes de fonctionnement en face du conflit et découvrir les pistes de progression.
3. Apprendre à utiliser des outils (techniques) pour mieux gérer les conflits et en franchir les obstacles
4. Identifier et Utiliser les bons canaux de communication.
5. 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.
6. Développer de nouvelles compétences pour enrichir sa qualité de vie professionnelle et privée.

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.



Mme 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'en 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).



La relation au travail

29 octobre de 9h00 à 17h00

Bruxelles - Maison des Dentistes

Accréditation accordée :
40 UA dom 2
Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75

Au delà de la rigueur et la précision que demande le métier de dentiste, celui-ci se voit confronter dès ses études à une difficulté trop souvent négligée ; la relation. Lors des études universitaires, le dentiste n'apprend pas vraiment toutes les clefs de la relation qui permettraient d'améliorer l'ambiance au cabinet, le rapport avec les patients et les collaborateurs mais aussi de ce qui pourrait faciliter l'adhérence au traitement.

Différentes études ont révélé que le dentiste commence à subir le stress et ses complications tels que la dépression et le Burn out dès qu'il commence à entrer en relation avec le patient. Les techniques de communication existent et amènent le dentiste à plus de sérénité et plus d'efficacité dans la pratique de son métier.

Objectifs

Lors de cet atelier, vous apprendrez :

- Comment fonctionne notre cerveau.
- Comment entrer en relation avec le patient.
- Comment choisir ses mots et quelle posture corporelle adopter.
- Comment montrer de l'empathie sans tomber dans le piège de la compassion (garder la distance nécessaire pour la pratique de votre métier).
- À Découvrir quel champs de manœuvre face à la peur (du dentiste et/ou du patient).
- À Développer votre sens de l'observation pour mieux comprendre et donc mieux agir.
- À Créer un rapport de confiance pour favoriser l'adhérence au traitement.
- À Se protéger face aux personnalités dites "difficiles" (manipulateur, Type A).

Méthode

La méthode est basée sur le principe d'une pédagogie interactive et « orientée solution ». (Avec des outils venant des neurosciences et la PNL entre autre).

Des apports théoriques sont couplés à des exercices en sous-groupe.

La pédagogie est participative et impliquante : elle permet d'intégrer le changement recherché. Le partage d'expériences vécues et de réflexions lors des débriefings et des feedbacks sont animés par un formateur-coach.



Mme 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'en 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).



Douleurs oro-faciales

13 novembre de 14h00 à 18h00
Bruxelles - Maison des Dentistes

Accréditation accordée :
20 UA dom 7
Formation continue 3 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75

Place du dentiste dans la gestion des douleurs oro-faciales

Douleurs dentaires atypiques, douleurs et dysfonctionnements des ATM, douleurs buccales, certaines otalgies, différents types de céphalées et d'algies de la face,...

Comment gérer ces problèmes, quelle anamnèse peut diriger un diagnostic et quels examens cliniques peuvent confirmer les hypothèses ?

Ces différentes plaintes sont souvent liées à des dysfonctionnements maxillo-faciaux mais pas toujours.

Par l'approche théorique et surtout pratique de cette formation nous proposons aux dentistes de pouvoir se positionner face à ces plaintes.

Beaucoup de plaintes douloureuses dans la sphère oro-faciale peuvent avoir des causes fonctionnelles. De fait, certaines dysfonctions, voir para fonctions très courantes peuvent entrainer ces plaintes et le dentiste est réellement en première ligne pour les déceler et proposer une prise en charge efficace de ces problèmes.



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 depuis 15 ans dans un centre pluridisciplinaire dans la gestion de ces pathologies, à Louvain-La-Neuve.



Bien-être au travail

19 novembre de 9h00 à 17h00
Bruxelles - Maison des Dentistes

Accréditation demandée :
40 UA dom 2
Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75

Comment prévenir stress, épuisement et/ou burnout ?

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.



Mme Fatima AZDIHMED

- Coach professionnel certifiée (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'en 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).



Les sutures

5 décembre de 9h30 à 13h00

Bruxelles - Maison des Dentistes

Accréditation demandée :
20 UA dom 6
Formation continue 3 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75

Un tout nouveau 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.

Après ces TP de haute couture vous n'aurez plus à envier à Yves Saint Laurent ni Karl Lagerfeld...

Limité à 14 personnes donc réservez vite !



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 place du Luxembourg à Bruxelles.

HYPNOSE HYPNOSIS



Diamant - Bruxelles



Cycle complet de formation à l'hypnose

1^{er} module : 25 - 26 - 27 février 2016
2^{ème} module : 28 - 29 - 30 avril 2016
3^{ème} module : 2 - 3 - 4 juin 2016
4^{ème} module : 8 - 9 - 10 septembre 2016

OBJECTIFS

Il s'agit d'une formation à l'hypnose dentaire graduée se déroulant en quatre modules de trois jours

- Apprentissage de l'induction hypnotique et des techniques de la communication hypnotique chez l'Adulte et l'Enfant
- Applications cliniques et thérapeutiques permises par l'hypnose et notamment l'analgésie hypnotique
- Travail avec les peurs, les douleurs (aiguës ou chroniques), les saignements, les nausées ...
- Approfondissement
- Supervision et perfectionnement possibles

Module 1 : INDUCTION

Objectifs

Acquérir les connaissances de bases pour mener une séance d'hypnose au cabinet dentaire

Programme pédagogique

Définition et historique de l'hypnose

la rhétorique hypnotique accompagner ? mais comment?

Module 2 : UTILISATION

Le second module de formation va entrer dans la partie pratique de l'utilisation de l'hypnose dans le cadre du cabinet dentaire :

Introduction des outils hypnotiques (lévitation, catalepsie, implication, double lien...).

Parties théoriques illustrées par des exercices pratiques.

Au terme de ce second module, les praticiens sont en mesure de créer des trances hypnotiques chez leurs patients pour créer des analgésies et réaliser des soins avec et sans anesthésiants chimiques.

Module 3 : SPECIALISATION

D'autres outils hypnotiques sont ajoutés dans la «boîte à outil» hypnose :

Régression, fractionnement, utilisation, amplification, confusion...

Ces derniers, combinés à des techniques permettent au praticien de commencer à faire du «taylorisme» c'est-à-dire des séances de soins sur mesure.

L'auto-hypnose y est enseignée.

L'utilisation du non verbal, du langage corporel est étudiée en détail.

Au terme de ce module, le praticien est capable d'utiliser, de mélanger différentes techniques pour obtenir des trances plus profondes et plus adaptées aux attentes de chaque patients.

Le praticien est également en mesure de réagir aux signes minimes que le patient lui transmet durant le travail hypnotique sans avoir à le ramener à la réalité.

Module 4 : GESTION

Avec ce quatrième et dernier module, vient le temps des révisions.

Revue et approfondissement des techniques acquises

Exercices de gestion complète de séances d'hypnose

Vidéos et exemples de cas très complexes

Ressources pour le praticien et le patient

Au terme de cette formation d'hypnose dentaire, le praticien est capable d'induire un état hypnotique chez son patient tout en étant en mesure de le soigner. Il maîtrise des outils de communication verbale et non verbale qui lui permettront de gérer beaucoup de problèmes du quotidien d'un cabinet dentaire. (Angoisses, phobies, allergies, nausées, saignements intempestifs, communication avec des patients difficiles, auto-hypnose ...).

Accréditation demandée
480 UA dom 1
Formation continue 72 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75

RECIPROCATE and SMILE



Docteur Roger Zemp, Fribourg, Suisse

« Depuis longtemps j'utilise le système RECIPROC® et je ne regrette pas l'avoir acheté !

D'habitude, je n'aime pas trop les traitements endo, mais je les fais avec beaucoup plus de plaisir depuis cette acquisition. J'ai l'impression d'obtenir un résultat plus prévisible et je possède plus de sécurité lors de la préparation. »



www.vdw-dental.com

RECIPROC®
one file endo

SOMMAIRE

INFOS PROFESSIONNELLES

45 **SOMMAIRE INFO PROFESSIONNELLE**

47 **QUE FAIRE SI... UNE MUTUELLE M'ÉCRIT POUR RÉCLAMER UN REMBOURSEMENT ?**

M DEVRIESE

48 **QUE FAIRE SI LE SECM INAMI M'ÉCRIT ET/OU DEMANDE UN RENDEZ-VOUS ?**

M DEVRIESE

49 **MÉDICAMENTS ET RISQUES DE CARIES DENTAIRES**

CENTRE DE PHARMACOVIGILANCE

50 **NOUVELLE DÉFINITION DU MÉDICAMENT "BON MARCHÉ" : POUR QUI EST-CE IMPORTANT ?**

M DEVRIESE



En 2011, DKV lança le Plan Soins Dentaires. Après un examen préalable par le dentiste ainsi qu'une évaluation approfondie du risque à assurer, le Plan Soins Dentaires offre une excellente couverture moyennant une prime intéressante. L'expérience des dentistes et les études du marché démontrent cependant que beaucoup de patients reculent devant la procédure de sélection plutôt compliquée pour souscrire un

Plan Soins Dentaires.

C'est pourquoi DKV a développé DKV SMILE : une assurance soins dentaires abordable, facile à souscrire et sans examen approfondi chez le dentiste. DKV SMILE est la solution par excellence pour les patients qui ont des dents saines et qui souhaitent une bonne couverture pour leurs soins dentaires sur base d'un questionnaire simple.

Comparons DKV SMILE au Plan Soins Dentaires

	DKV Smile	Plan Soins Dentaires
Groupe-cible	<ul style="list-style-type: none"> • Une assurance soins dentaires facile et rapide à souscrire, avec une évaluation limitée du risque, comme alternative très concurrentielle à des produits similaires des mutualités. • Les personnes avec des dents saines (trois dents manquantes au maximum) souhaitant un couverture abordable pour leurs soins dentaires sur base d'une procédure rapide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une assurance soins dentaires sur mesure. Grâce à un examen approfondi par un dentiste, DKV est en mesure de faire une estimation précise des risques et des exclusions éventuelles. • Les personnes avec des dents saines qui souhaitent une excellente protection pour leurs soins dentaires et ce, sur base d'un examen dentaire et une prime plus élevée.
Procédure	Quatre questions simples. Ni RX, ni visite chez le dentiste nécessaires. Dans le cas où plus de trois dents seraient manquantes, le candidat assuré n'entre en principe pas en ligne de compte pour DKV Smile.	Questionnaire médical détaillé, examen par le dentiste et RX complète (OGP). DKV paie au dentiste des honoraires forfaitaires.
Personnalisation	Les traitements orthodontiques et parodontaux en cours et antérieurs sont exclus, ainsi que les dents entièrement manquantes ou remplacées par des implants, bridges ou prothèses amovibles. Maximum trois dents peuvent manquer.	DKV détermine éventuellement des exclusions détaillées en fonction de l'examen dentaire.
Remboursement (pour plus de détails, veuillez consulter notre site web)	80% après l'intervention de la mutualité, avec max. 1 500 EUR à partir de la 4 ^e année d'assurance.	80% après l'intervention de la mutualité, avec max. 5 195,98 EUR à partir de la 4 ^e année d'assurance.
Stages	Pas de stage pour : <ul style="list-style-type: none"> • Les traitements conservateurs • Les contrôles annuels • Les nouveau-nés Les traitements parodontaux, d'orthodontie et les réparations prothétiques : 12 mois.	Pas de stage pour : <ul style="list-style-type: none"> • Les traitements conservateurs • Les contrôles annuels • Les nouveau-nés • Les traitements prothétiques Les traitements parodontaux : 12 mois, les traitements d'orthodontie : 36 mois.
Prime moyenne pour une personne assurée de 40 ans	10 EUR par mois.	18,41 EUR par mois

Comme vous pouvez le constater, DKV SMILE se distingue du Plan Soins Dentaires par la simplicité de sa procédure de souscription et sa prime intéressante.

Comparé à des produits similaires proposés par les mutualités sur le marché, le niveau de remboursement (80%) ainsi que le capital pour les réparations prothétiques dans le cadre de DKV SMILE sont plus élevés, tandis que les primes sont plus au moins du même niveau, voire inférieures que celles des mutualités.

Avec DKV SMILE, DKV, en tant que partenaire d'assurances soins de santé essentiel, souhaite mieux répondre aux différents besoins financiers des personnes avec des dents saines. Ainsi, vos patients ne doivent plus hésiter s'ils se voient confrontés à des soins dentaires imprévus.

Si vous avez encore des questions ou si vous souhaitez obtenir des folders d'informations pour votre salle d'attente, n'hésitez pas à envoyer un e-mail à contract-dental@dkv.be.

www.dkvsmile.be

Les meilleurs soins. Pour toute la vie.

Les cas se sont multipliés ces derniers mois (depuis fin 2013) : vous attestez un soin chez un patient. La mutuelle rembourse le patient, puis s'aperçoit ... à posteriori (!) que le patient n'avait PAS droit à ce remboursement et se tourne alors vers... le dentiste pour lui réclamer le montant indûment remboursé en évoquant l'article 164 de la Loi coordonnée.

Ce mécanisme vous avait déjà été expliqué dans les pages du POINT en 2009. Comme quoi ce n'est pas nouveau - nouveau. Nous réexpliquons le mécanisme dans l'encadré ci-dessous.

Il ne faut pas commettre l'erreur de penser que c'est de la responsabilité unique de la Mutuelle de vérifier que les attestations de soins sont correctes. Le praticien est tenu d'attester conformément à la législation en vigueur. Le praticien s'expose à des problèmes s'il atteste par exemple chez le même patient plusieurs détartrages par an, alors que le patient n'y a pas droit, ou qu'il atteste des extractions ou une prothèse à une personne qui n'est pas dans les tranches d'âge requises.

La Loi prévoit effectivement cette disposition - qui peut vous paraître curieuse - qui permet à la Mutuelle de réclamer au praticien le remboursement qu'aurait perçu un patient sur base d'une attestation erronément rédigée. La décision de la mutuelle se fonde sur le texte légal suivant :

Art. 164. [Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994]

QUE FAIRE SI ... LE SECM INAMI M'ÉCRIT ET/OU DEMANDE UN RENDEZ-VOUS ?
Qui est tenu à la fourniture des articles 142, 143 et 146 de la Loi, par suite d'un refus ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités ou de l'assurance maternité, est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur qui les a octroyées. Toutefois, la valeur des prestations octroyées indûment à un bénéficiaire est remboursée par le dispensateur qui ne possède pas la qualification requise ou qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Si, toutefois, les honoraires relatifs aux prestations octroyées indûment n'ont pas été payés, le dispensateur de soins et le bénéficiaire qui a reçu les soins sont solidairement responsables du remboursement des prestations octroyées indûment. Les prestations mentionnées sur les attestations, les factures ou les supports magnétiques, qui ne sont pas introduites ou corrigées selon les modalités fixées en cette matière par le Roi ou par règlement, sont considérées comme des prestations octroyées indûment et doivent dès lors être remboursées par le dispensateur de soins, le service ou l'établissement concerné.

NB : Le soulignement est du rédacteur

Cela doit vous paraître curieux comme procédure. Mais la Mutuelle rembourse le patient sur foi de l'attestation de soins, réputée correcte. Si un contrôle interne postérieur met en évidence que le soin n'était pas remboursable, puisque le praticien l'avait déjà attesté, c'est alors que la Mutuelle peut enclencher cette procédure.

NB : la mutuelle n'est pas toujours à même de contrôler « à priori » les attestations de soins (ASD). En effet, la chronologie de réception des ASD par la mutuelle n'est pas la chronologie de la rédaction des ASD.

Vous devrez rembourser la Mutuelle, et puis ... vous avez la possibilité de réclamer au patient le montant qu'il a effectivement perçu indûment. Mais vous ne le ferez sans doute pas, puisque le problème démarre par un soin non remboursable commis par vous. On rappellera ici toute l'importance d'un dossier du patient correctement tenu.

La question peut se poser sur ce que va faire la Mutuelle quand ce soin redondant a été posé par un second praticien. Bonne question. La Mutuelle ne peut alors pas se retourner vers le second praticien qui attestait ce soin pour lui réclamer la responsabilité de ce soin. Le praticien N'EST PAS engagée !

NB : se pose toutefois la question des cabinets de groupe où les dossiers et où l'informatique



Dernière erreur à ne pas commettre : délivrer systématiquement une attestation de soins, « que ceux-ci soient remboursés ou non par les mutuelles ». Non, il ne faut rédiger une attestation de soins que si le patient peut prétendre au remboursement par notre système d'assurance - maladie (INAMI), dans le respect de la réglementation.

Nous avons bien du constater que certaines mutuelles adressaient à des dentistes des demandes de remboursement dans le cadre de l'article 164, alors que le praticien ... n'avait commis aucune faute ! Et certains praticiens ont remboursé la mutuelle alors qu'ils n'étaient absolument pas redevables de ces montants !

Ce dossier a déjà fait l'objet de grands débats à l'INAMI. L'été dernier, nous pensions que la remise aux Mutuelles d'un document TRES

MÉDICAMENTS ET RISQUE DE CARIES DENTAIRES

Communiqué du Centre de Pharmacovigilance

Les caries dentaires sont la conséquence d'un processus de déminéralisation causé par des parties de sucres. La présence prolongée ou fréquente de sucre dans la bouche, le brossage dentaire insuffisant et la diminution de la production salivaire favorisent l'apparition de caries dentaires. Un article paru dans *La Revue Prescrire* [2014;34:750-55] attire l'attention sur les médicaments exposant aux caries dentaires. On ignore l'impact de la durée du traitement et quelle est l'incidence des caries.

Il s'agit principalement des médicaments suivants :

- **Médicaments riches en sucre** : sirops ou autres formes orales riches en sucre.
- **Médicaments induisant une sécheresse de la bouche.**
 - *Substances à effet anticholinergique* : il s'agit de médicaments utilisés pour leur effet Anticholinergique : atropine, bromure de butylhyoscine, anticholinergiques utilisés dans l'asthme et la BPCO (par inhalation), dans la maladie de Parkinson, dans les troubles de la fonction vésicale, et certains mydriatiques et cycloplégiques. Il s'agit aussi de médicaments à propriétés anticholinergiques qui ne sont pas utilisés pour ces propriétés, mais qui ont néanmoins des effets indésirables anticholinergiques, par exemple la plupart des antidépresseurs tricycliques et apparentés, certains ISRS, antipsychotiques et antihistaminiques H1, le néfopam, le disopyramide [voir Introduction du Répertoire (Intro.6.2.3.) pour une liste plus complète].
 - *Les médicaments inhibant les récepteurs α_1 ou stimulant les récepteurs α_2 présynaptiques* : entre autres les α_1 -bloquants utilisés dans l'hypertension et dans l'hypertrophie bénigne de la prostate, les β -bloquants à effet α -bloquant (carvédilol, labétalol), et les antihypertenseurs centraux (clonidine, méthyldopa, moxonidine).
 - *Autres médicaments* : entre autres certains diurétiques (thiazides, furosémide), les antitumoraux cytotoxiques, les dérivés de l'amphétamine (y compris le bupropion et le méthylphénidate), les opiacés, le lopéramide, la propafénone.
 - A côté de cette liste de médicaments basée sur l'article de *La Revue Prescrire*, nous avons mentionné dans les Folia de janvier 2010 qu'il existe aussi des données indiquant une sécheresse de la bouche avec les benzodiazépines, les IPP et l'iode radioactif.

Il est important que les patients ou les parents d'enfants qui prennent des médicaments pouvant favoriser la formation de caries dentaires soient informés de ce risque. Boire un verre d'eau et se brosser les dents après la prise d'un médicament riche en sucre permet de limiter le risque de caries dentaires.

Dans la mesure du possible, on évitera la prise de médicaments riches en sucre le soir; si cela n'est pas possible, il est en tout cas conseillé de se brosser les dents après la dernière dose.

En ce qui concerne la prise en charge de la sécheresse de la bouche, nous renvoyons aux Folia de janvier 2010 : la prise de médicaments pouvant provoquer une sécheresse de la bouche doit aussi de préférence être évitée le soir. Pour prévenir les caries, une bonne hygiène buccale est évidemment importante [voir Folia d'avril 2013 concernant les dentifrices à base de fluorure].

<http://www.cbip.be/folia/>

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.

17/11/2015 : Lecture du Cone Beam - *B VANDENBERGHE*



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 SIRAULT - 02 534 45 58

Accueil à 19h45, conférence à 20h15 précises, suivie du drink de l'amitié avec petite restauration.

6/10/2015 : Sujet Orthodontie

1/12/2015 : Sujet de Radiologie



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.

16/09/2015 : La dépression positive - *Dr E PAYEN*

ATTENTION

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

Veuillez toujours vous munir de ces documents.





Hainaut Occidental

Lieu : Hôtel Cathédrale - Place Saint-Pierre 2 - 7500 Tournai

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

e-mail : studyclubhainautoccidental@skynet.be

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

10/09/2015 : Syndrome des apnées du sommeil : prise en charge pluri-disciplinaire

Dr A DAELEMANS - M BRUGMANS - J DAUDE

29/10/2015 : Sujet de stomatologie - *Dr P MAHY*



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.

17/09/2015 : Traumatismes dentaires chez l'enfant : en pratique,

comment gérer l'urgence et assurer le suivi à long terme ? - *France FOUCHER*



Liège

Lieu : Restaurant Marco Polo - Rue du Sart-Tilman, 343 - 4031 Angleur

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

Accueil dès 19h45, conférence à 20h30.

24/09/2015 : Les douleurs oro-faciales - *Dr Eric DEROU*

22/10/2015 : Les affections potentiellement malignes de la muqueuse buccale : intérêt de la détection précoce

Dr M MAGREMANNE

19/11/2015 : Sujet à déterminer

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.



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.

17/09/2015 : Les empreintes optiques - *B LAMBERT*

22/10/2015 : Sujet de parodontologie - *J LASSERE*



Lieu : Château de Namur - Avenue de l'Ermitage, 1 - 5000 Namur

Responsables : Françoise Goossens - 081 30 53 81 • Chantal Hossay - 081 61 56 05
Dominique Scalais 081 64 02 24

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

6/10/2015 : Traumatisme chez l'enfant : en pratique, comment gérer l'urgence et assurer le suivi à long terme ?
F FOUCHER

17/11/2015 : Les empreintes optiques - *B LAMBERT*



Lieu : Restaurant "Le Brévent" - Route d'Oneux, 77 B - 4800 Verviers

Responsables : Marthe THOMAS - 087 31 35 99 • Oleg BEKISZ - 087 23 06 60
Kenton KAISER - 087 67 52 25

Les soirées débutent à 20h00 précises, les conférences à 20h30.

Inscription et réservation de repas souhaitées par mail à scverviers@gmail.com

1/10/2015 : Dentiste : une profession qui change dans un monde qui bouge - *M DEVRIESE*

3/12/2015 : Les empreintes optiques - *B LAMBERT*

ACCREDITATION DEMANDÉE : 10 UA - Formation continue : 1h30 par SC. Les membres de la Société de Médecine Dentaire ont accès GRATUITEMENT aux SC (prière de vous munir de votre carte de membre). Le non-membre est le bienvenu au Study Club de sa région, moyennant le paiement d'une participation aux frais de **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.

AUTOMNE 2015

5 MODULES :

- MISE EN FORME CANALAIRE ET RETRAITEMENT
- INSTRUMENT UNIQUE ET TECHNIQUES D'IRRIGATIONS
- TECHNIQUES D'OBTURATION ENDODONTIQUE
- RETRAIT DE TENON ET D'INSTRUMENTS FRACTURÉS
- RECONSTRUCTIONS CORONO-RADICULAIRES



15 PARTICIPANTS

**MICROSCOPE, ULTRASONS ET MATÉRIEL À
DISPOSITION**

DE 12 À 18 H 30

CHÂTEAU DES THERMES DE CHAUDFONTAINE

ACCREDITATION DEMANDÉE

**INSCRIPTIONS : 1500 € PAR CYCLE
MEMBRES SMD/ADULG : 1300 €**

JEUDI 17.09.2015

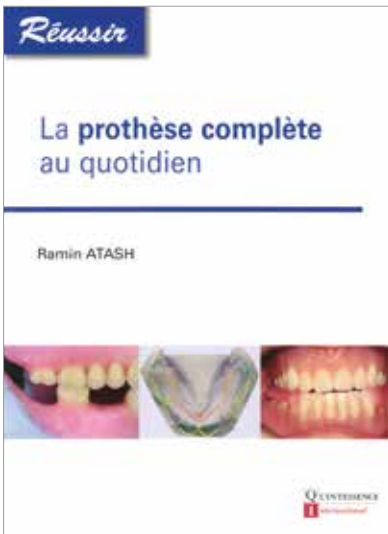
JEUDI 01.10.2015

JEUDI 29.10.2015

JEUDI 12.11.2015

JEUDI 03.12.2015

**ORATEURS : PROF. S. GEERTS, DR. A. GUEDERS, A. BOLETTE, J. DEGRAVE.
RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS SUR [FACEBOOK.COM/ENDO.ULG](https://www.facebook.com/endo.ulg)
OU PAR MAIL [ENDO.ULG@GMAIL.COM](mailto:endo.ulg@gmail.com) OU AU 04.270.30.16**



LA PROTHÈSE COMPLÈTE AU QUOTIDIEN

R. ATASH (ULB)

La prothèse complète, loin d'être une thérapeutique en voie de disparition, montre une fréquence de réalisations qui augmente régulièrement. L'allongement de la durée de vie de la population, le coût élevé de l'implantologie de grande étendue, contribuent aux nombreuses indications d'un traitement conventionnel, mais aussi transitoire en vue d'une réhabilitation prothétique implanto-portée.

Il est donc nécessaire de réactualiser les protocoles de traitement correspondant à la majorité des édentements, tout en détaillant chacune des étapes indispensables au succès de cette prothèse. L'auteur, professeur spécialiste en prothèse complète, enrichi cet ouvrage de nombre de tours de mains indispensables à toutes les étapes cliniques, dans un ouvrage rigoureux et très bien illustré. Indispensable au praticien en exercice comme à celui en devenir. .

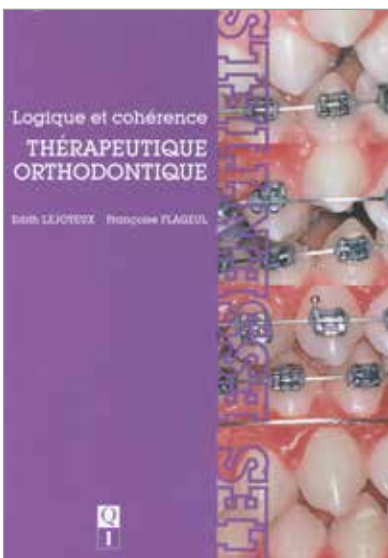
Editeur : Quintessence International

Pages : 120

Illustrations : 365

ISBN : 978-2-36615-025-4

Prix : 80 € frais de port inclus



LOGIQUE ET COHÉRENCE THÉRAPEUTIQUE ORTHODONTIQUE

Edith Lejoyeux, Françoise Flageul

L'établissement d'un plan de traitement logique et cohérent est la première étape pour atteindre les objectifs thérapeutiques et choisir les systèmes mécaniques adaptés à chaque situation.

Cet ouvrage, véritable guide de pratique orthodontique actuelle, comporte d'abord deux chapitres très nouveaux concernant l'étude mécanique du déplacement dentaire et des matériels et matériaux. Tous les autres chapitres apportent les informations pratiques et cliniques nécessaires à la conduite du traitement, issues d'une longue expérience de la méthode Bioprogressive™ dans ses développements les plus modernes. C'est sur l'équilibre entre la forme et fonction, poursuivi tout au long des étapes du projet thérapeutique, que repose le véritable espoir de gagner la stabilité

future du traitement plutôt que l'obtention de valeurs conformes à des normes. Logique et cohérence thérapeutique sont les maîtres mots de cette approche.

Editeur : Quintessence International

Pages : 192

ISBN : 978-2-36615-024-7

Prix : 129 € frais de port inclus



Jean-Christian MINNE

IN MEMORIAM

A l'âge de 82 ans, un confrère, un ami nous a quittés.

Jean-Christian était, comme beaucoup d'entre nous, un praticien minutieux et dévoué à ses patients.

Il avait été assistant à l'Université de Gand. Mais il était aussi un de ces praticiens investi dans les associations professionnelles. Il fut le fondateur et la cheville ouvrière de l'asbl Service de Garde Dentaire de Bruxelles.

Posé, sa prise de parole était toujours brève mais toujours teintée de bon sens et surtout de vision à long terme. Son regard sur notre Profession et notre monde alliait douceur et force.

Issu d'une famille d'artistes, étant le petit-fils du sculpteur symboliste George Minne, il excellait -lui- dans l'Art de la peinture et même de la création de bijoux. On lui doit la mise sur pied des expositions des « dentistes-artistes » lors des Congrès quadriennaux de la Société Royale Belge de Médecine Dentaire. Chaque été, il exposait ses oeuvres à la Côte belge dont les ciels si changeants lui avaient inspiré tant de marines.

Il remplit aussi pendant de très nombreuses années le rôle de Dentiste Conseil auprès de la Caisse Maladie de l'Union Européenne. D'une déontologie sans faille, il jouait son rôle avec compétence et doigté.

Ses avis prenaient toujours en compte l'intérêt du patient, mais après avoir écouté le praticien, de façon telle que c'était toujours une décision harmonieuse lorsque le plan de traitement n'était pas immédiatement accepté. Lorsque c'était nécessaire, son sens social permettait de faire bouger les lignes au profit du patient.

Cher Jean-Christian, que l'exemple que tu as donné humblement nous rappelle notre mission centrée sur nos patients.

Nous présentons nos sincères condoléances à sa famille, à sa fille Anne-Hélène Minne et son beau-fils Thierry Van Bogaert, tous deux dentistes également.

ML, MD

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

549 - BRABANT WALLON - DG cherche collaboration 2-3 jours/semaine dans la région de Waterloo, Braine L'Alleud, Braine le Château, La Hulpe, Lillois, Tubize.

552 - BRUXELLES - Dentiste généraliste cherche collaboration à Bruxelles et Brabant Wallon pour 2 jours/semaine.

567 - BRUXELLES - Consoeur DG cherche complément d'activité en collaboration quelques jours par mois sur Bruxelles.

Dentiste cherche collaborateur

551 - BRUXELLES - Private Clinic 3 chairs in Brussels Business District looking for General Dentist, minimum 3 years experience and fluent in English. Fully computerised+digital radiography.

553 - LIEGE - Cabinet dentaire pluridisciplinaire cherche pédodontiste pour compléter l'équipe et prendre en charge les patients en attente. Ambiance très agréable, nouvelles installations informatisées, secrétariat,.....

554 - LIEGE - Cabinet dentaire, région liégeoise, cherche collaborateur(trice), 3 installations, 2 assistantes, Rx digitale, informatisé et parfaitement équipé, Patientèle en attente.

561 - Bois d'haine (La Louvière) - Cabinet pluridisciplinaire (3 fauteuils-Rx digitale-2 assist) cherche ortho pour reprendre la patientèle d'un ortho partant à la retraite. Envoyer CV .

563 - BRUXELLES - Cabinet dentaire flambant neuf (numérisé, assistante...) avec patientèle existante, cherche dentiste pour une collaboration long terme 1 ou 2 jours/sem à partir du mois de mai

564 - BRUXELLES - remplacement pour deux mois (avril et mai) et possibilité de collaboration dans le futur (un grand nombre de patients dans 2 cabinets dentaire Uccle et Etterbeek).

569 - WEMMEL - Cabinets sur Jette 3 fauteuils, Wemmel 2 fauteuils, super équipés, tout digit, bates, assistantes, cherche DG, horaire à convenir.

571 - DINANT - Cabinet de standing à Dinant cherche collaborateurs (toutes spécialités) long terme. Cabinet informatisé, digitalisé, assistante, secrétaire. Excellentes conditions.

572 - OTTIGNIES - Cabinet dentaire pluridisciplinaire situé à Ottignies (Brabant Wallon) cherche jeune dentiste le lundi, mercredi et/ou vendredi pour 3ème fauteuil. Dossiers informatisés, rx intra-buccale et pano numérique.

581 - ANDENNE - Cherche Pédodontiste pour cabinet dentaire situé à Andenne , exercice 1 j / sem avec assistante mise à disposition.

582 - FORRIERES - Cab. dent. paro-endo-stomato situé centre Marche en Famenne cherche endo et pédo. Très bien équipé (microscope opér,...) patientèle existante 084/21.43.69.

596 - BRUXELLES - Cabinet dentaire moderne près de la Basilique de Koekelberg (numérisé, assistante...) avec une grande patientèle existante, cherche dentiste(s) motivé(e)(s) pour collaboration à long terme.

597 - BRUXELLES - Cabinet dentaire Boitsfort cherche

remplaçant(e) pour congé de maternité et voir collaboration à long terme par après. Actuellement nous sommes 2 dentistes.

601 - NAMUR - Namur: Nous recherchons un collaborateur (trice) 2 jrs/semaine et plus à l'avenir. Cabinet moderne et bien équipé: 2 fauteuils XO et Flex Intégral, informatisé et numérisé pour la RX ,Baltès...

604 - VERVIERS - cherche collaborateur de longue durée pour 2 jours par semaine.

607 - BRUXELLES - Clinique dentaire (3 Cabinet) à Molenbeek Saint-Jean, cherche dentiste généraliste et orthodontiste.

612 - BRUXELLES - Recherche pédodontiste pour reprendre consultation de dentisterie pédiatrique existante le mercredi après midi ainsi que les soins sous MEOPA et sous anesthésie générale au Cliniques de l'Europe-site St Michel.

615 - BRUXELLES - Recherche dentiste pour partager très beau cabinet dentaire récemment implanté (2 fauteuils), parfaitement équipé, dans quartier de standing.

618 - ANTWERPEN - Quart. Diamantaire - Cabinet pluridisc moderne avec assist. cherche Dentiste Généraliste. Langue : préf Anglais et Français.

640 - BRUXELLES - cabinet dentaire à 2 pas du rond point schuman cherche pédodontiste pour compléter une équipe de 3 DG et 1 ortho. .

643 - LASNE - Cherche collaborateur dynamique et motivé (qui aime soigner les enfants et/ou praticien exerçant l'endodontie) pour 2 à 3 jours par semaine dans le Brabant Wallon. Cabinet moderne, bien équipé, informatisé et numérisé.

646 - BRUXELLES - Dentiste cherche collaborateur pour 2 à 4 demi journées par semaine. cabinet spécialisé en endodontie. (microscope), bonne situation géographique (cabinet situé à Etterbeek).

651 - BRUXELLES - Polyclinique à haut potentiel située à Ixelles cherche dentiste pour compléter équipe existante. Plusieurs plages horaires disponibles.

658 - AMAY - Cabinet dentaire ortho expertise implanto paro informatisé, 3 sièges, 2 assistantes, 3 dentistes, cherche jeune collaborateur(trice) motivé, consciencieux minimum 2 j/sem.(région de Huy).

663 - TILFF - dentiste cherche collaborateur

664 - MONS - Cabinet Pluridisciplinaire à Mons recherche confrère confirmé en Implantologie et prothèse sur implants. Cadre de travail très agréable. cabdespe@gmail.com.

543 - WEZEMBEEK-OPPEM - Cherchons dentiste pour collaboration ds centre médical à Watermael Boitsfort et/ou Stockel.

672 - GHLIN - Cabinet neuf, recherche dentiste pour les mois d'octobre et novembre, tps partiel/plein. Bien équipé: fauteuil planméca, OPG, rx plaques au phosphore, syst. inf. dentadmin. Assistante tps plein, agenda full.

673 - VERVIERS - Orthodontie exclusive cherche orthodontiste pour partager frais généraux fixes en vue de terminer ses cas pour fin de carrière.

675 - BRUXELLES - Centre dentaire tout proche de Simonis cherche un ou une dentiste pour collaboration à plein temps ou à temps partiel. Excellentes conditions !

676 - ANDENNE - 1j / sem (vendredi) Assistante au fauteuil mise à disposition Cabinet informatisé TEL 085/844765.

678 - BRUXELLES - D.G. hospitalier, expérimenté, recherche cabinet à louer bien équipé sur Forêts ou Saint-Gilles ou Uccle ou Ixelles. Collaboration possible. Profil : Sérieux, loyal et respectueux. Réponse par mail SMD Bien.

682 - LIEGE - CHR hutois cherche dentistes généralistes et spécialistes en orthodontie pour son site d'Andenne. Patientèle existante.

683 - LIEGE - CHR hutois cherche collaborateurs généraliste et orthodontiste pour ses sites de Huy et du Mont Falise (proche de Villers le Bouillet).

Dentiste cherche assistante-secrétaire

590 - BRUXELLES - Cabinet dentaire moderne situé 1150 Bruxelles cherche assistante/secrétaire, homme ou femme, bilingue anglais/français. Début du contrat: fin-mars 2015. SVP, envoyez votre candidature (CV + lettre présentation).

617 - BRUXELLES - Recherche Assistante Polyvalente Mi-temps pour compléter équipe dans cabinet de groupe.

648 - BRUXELLES - Cabinet de dentisterie spécialisée en pleine expansion recherche 1 secrétaire de direction médicale trilingue (FR - NL - AN) pour rejoindre 1 équipe de 8 dentistes spécialistes et 4 assistantes. + d'infos : www.dentistbrussels.be www.mobileclinic.be.

665 - TILFFL - DENTISTE à TILFF cherche assistante le mardi et le vendredi de 17h à 19h30.

Assistante secrétaire cherche emploi

631 - NIVELLES - Dame 53 ans ,accueillante, serviable, bonne présentation, polyvalente et méticuleuse cherche travail mi-temps comme assistante dentaire dans le Brabant Wallon. Expérience du travail laboratoire dentaire. Gsm: 0486/257 031

632 - OVERIJSE - Met à votre service son expérience, son dynamisme, son sens de l'initiative, son esprit d'équipe et sa motivation. Disponible et flexible concernant les horaires je recherche CDD, CDI ou remplacements temporaires en Brabant wallon, Namur, Bxl.

659 - NIVELLES - Assistante dentaire avec 9 ans d'expérience (soins et chirurgie), motivée et sérieuse, disponible immédiatement, cherche un poste à Nivelles ou environs.

662 - PÉTANGE - Secrétaire médicale - assistante dentaire cherche emploi, cause arrêt du cabinet médical, dans lequel elle travaille depuis 30 ans. Sans hésiter, demandez son CV et lettre de motivation.

Cabinet à vendre - à remettre

579 - NIVELLES - A vendre à Nivelles, maison de maître et cabinet dentaire complet, fondé en 1979 (sous forme de SPRL). Qualité de vie et facilités logistiques de premier ordre. Visite et info via www.bleret.be.

580 - BRUXELLES - a remettre cab dent en pleine activité, place meiser bxl près metro tram ring ds centre medical dynamique patientele fidele attachée au centre cab complet avec unit 5ans vistascan pano numerique meubles integres pc presence ortho stomato.

599 - BRUXELLES - cabinet dentaire à Binche créé en

1978 à céder cause R.C cab dentaire.parking int. 2voit.parking ext.2voit.jardin avant+jard.arriere clos de murs.1er-étage parental.2ème étage enfants + grand grenier.700.000 euros

602 - ATHUS - Maison de maître avec consultation dentaire, Grand jardin, parking important, 3 cabinets, bureau, salle d'attente, grosse clientèle depuis 75 ans. Rue Claude 10, 6791 Athus Belgique.

603 - ATHUS - Appartement 100m², consultation dentaire, garage et cave situé Rue Gillardin 28, à 6735 Pétange.

605 - VERVIERS - Cabinet à vendre dans maison de ville (grand appart 2 niveaux, caves et grenier + cabinet). 2 Fauteuils - Clim-pano-statom etc... cause départ à l'étranger. Accompagnement possible le temps nécessaire.

629 - CHAUMONT-GISTOUX - Centre médical à vendre dans le brabant wallon. 100% des parts sont à vendre. Idéal pour l'installation d'une pratique à plusieurs. Grand parking, grande visibilité en bord de chaussée. Cave disponible pour placer un compresseur.

630 - STROMBEEK-BEVER - Belle villa spacieuse (living 100m²,3 grandes chambres à coucher) avec deux cabinets;près du Ring,des grandes surfaces, écoles, transports publics, Heysel/Kinépoupolis (dentex à pied). Prix avantageux par reprise d'actions de société.

633 - BRUXELLES - Belle grande maison à vendre, 3ch.+prof.lib.(ancien dentiste)ou 6ch. 240m² hab., lumineuse, bon état, garage 2 voit., terrasse 55m², 1sdb, 2sdd, cuis.hyperéquip., feu de bois, planchers, 1140 BXL, prix 430 000e. Immoweb 5385222, Tel: 0479 74 21 83

637 - BRAINE L'ALLEUD - cabinet dentaire en activité à remettre en 2015-2016. Conditions financières attractives - 0495-24-73-33 repressident@gmail.com

657 - LUXEMBURG - CD (+20 ans) à reprendre à.p.d. 08/2016. Excellente situation. Patientèle int. de qualité. CA élevé et fiscalité intéressante. 2 faut.ds 2 salles. OPT dig. Imp. potentiel. Curieux s'abs. sb@vocats.com

Cabinet à louer

598 - BRUXELLES - Rez de chaussée à Molenbeek en pleine activité depuis plus de dix années.Prix à convenir ainsi que la durée de bail.

679 - BRUXELLES - D.G. hospitalier, expérimenté, recherche cabinet à louer bien équipé sur Forets ou Saint-Gilles ou Uccle ou Ixelles. Collaboration possible. Profil : Sérieux, loyal, respectueux. Réponse par mail.

Matériel à vendre

577 - BRUXELLES - Je vends un lot de 4 implants IDI + une trousse chirurgicale IDI quasi neuve. Prix sacrifié. cause double emploi.

578 - BRUXELLES - Je vends un capteur OWANDY krista lx à vendre excellent état; prix à discuter. cause, changement de capteur.

606 - BRUXELLES - Pano Trophy Trex (15 ans), très bon état Développeuse velopex extra-x (état neuf) à vendre pour 7000 euros.

616 - BRUXELLES - Orthodontiste à la retraite met en vente son installation OMS en très bon état, modèle Tempo 9 Kart, fauteuil Arcadia bleu (2500 euros) A donner : radiographie panoramique et céphalométrique argentique.

624 - BRUXELLES - A vendre KODAK 2200 RX mural avec bras de 170 cm (année 2010) ainsi que 2 meubles de rangement mobiles. Prix très intéressant ! Photos disponibles.

635 - YVOIR -evelop. Dürr xr24 bon état + chambre noire + regen automat. + produits : 300 euros.

636 - YVOIR -appareil panoamique argentique trophy bon etat + accessoires 400 euros.

654 - BRUXELLES - éveloppeuse Dürr Dental XR24 avec chambre noire DL26 en état de fonctionnement.

661 - ATHUS - Vente de 3 fauteuils , 4 installations , 1 ancien panoramique , 1 RX , matériel orthodontique, quantité d'instruments, nouveau stérilisateur...

677 - LODELINSART - Soredex Digora PCT .Plus de développement par bain , numérisation des rx panoramiques en qq secondes. Film au phosphore réutilisable , Logiciel fourni (windows xp,7,8) . Excellent état. 390 euros

Maitre de stage cherche stagiaire

660 - CHARLEROI - cherche stagiaire mi-temps pour l'année académique 2015-2016 cabinet 3 fauteuils, pano digitale, assistantes actives, Baltes... n° 0495201097.

Stagiaire cherche maitre de stage

482 - BRUXELLES - Jeune diplômé à la recherche d'un maître de stage a mi temps. azdin100@gmail.com - 0489258354.

562 - BRUXELLES - Chirurgienne dentiste, 27 années, avec 2 années d'expérience (1 année en France) cherche maître de stage à Bruxelles ou dans une région francophone. Je suis disponible depuis fin février.

621 - BRUXELLES - Chirurgienne dentiste 27 anns,avec 2 annes d'experience,cherche un maitre de stage a Brussel ou a cote du Brussel.

639 - BRUXELLES - Bonjour je suis chirurgien dentiste avec 1 an et demi d'experience. Je maitrise tres bien les traitemements endos, j extrais les molaires de sagesse incluses et je fais aussi de la prothese. Je serais disponible en debut octobre.

680 - CHARLEROI - Chirurgien dentiste 27 ans, je cherche maître de stage a mi temps, 0489258354.

POUR CONSULTER
TOUTES LES ANNONCES,
OU PUBLIER UNE ANNONCE,
RENDEZ-VOUS SUR NOTRE SITE :
WWW.DENTISTE.BE
RUBRIQUE
"ANNONCES"

BIENNALE DE VENISE "NOTRE PETIT REPORTAGE"

La Biennale de Venise est la plus importante manifestation d'art contemporain au monde. Les Giardini et l'Arsenal sont investis par les pavillons nationaux.

Dans toute la cité se déroulent d'autres expositions et événements collatéraux. On découvre parmi tant d'autres le pavillon luxembourgeois et le fameux pavillon arménien. Ce dernier se situe sur une petite île dans le Monastère Mehkitariste. La commissaire Adelina Von Furstenberg a invité une dizaine d'artistes issus de la diaspora arménienne dont Sarkis, l'artiste choisi par la Turquie pour investir son pavillon cette année.

Le Lion d'or a été attribué au Pavillon arménien.

PAVILLON TURC : RESPIRO

Un pavillon national (500m²) situé dans l'Arsenal a été acquis par la Turquie pour 20 ans. Le pays n'en possédait pas encore pour la Biennale.

Sarkis Zarbunyan connu sous le nom de Sarkis (né à Istanbul en 1938) désigné par le jury turc a choisi lui-même le commissaire de son exposition. Fait exceptionnel, car habituellement, c'est l'inverse.

L'artiste de renommée internationale, d'origine grecque et vivant à Paris depuis 1964, présente son projet qu'il qualifie comme empli de respiration, d'où le nom "Respiro" le titre italien de son exposition. Dans le cadre de la Biennale, il joue avec la lumière, le son et a permis la participation d'enfants qui ont laissé leurs empreintes sur de vastes miroirs.

Trente six vitraux sont suspendus comme des boucles d'oreilles. Un arc en ciel peut être vu comme l'image du Big Bang.

Sarkis est d'origine arménienne, une très belle surprise pour lui d'être choisi par le jury turc. Sarkis exposera à la villa Empain en Belgique à partir du 24 septembre 2015.

Il présentera des œuvres et installations en vis à vis d'une cinquantaine de créations de Sergueï Paradjanov (1924-1990) cinéaste majeur du cinéma moderne. Ces créations proviennent du musée Paradjanov de Erevan (Arménie).



PAVILLON ITALIEN : CODICE ITALIA

Quinze artistes investissent le pavillon parmi lesquels : Claudio Parmiggiani qui fréquenta l'atelier de Giorgio Morandi à Bologne. Il commence ensuite son travail dans la lignée des artistes de l'Arte Povera, comme Mario Merz, dans les années 1960. Son travail utilisant les matériaux pauvres est en rapport avec la question de la mémoire et de la destruction.

Yannis Kounellis (1936) de renommée internationale (d'origine grecque) est connu pour ses grandes installations de matières brutes comme le charbon. Il est aussi lié à l'Arte Povera.

Mimmo Paladino (1948), peintre et sculpteur italien est l'un des principaux représentants de la Trans-avant-garde.

Ses œuvres sont exposées en permanence dans les principaux musées internationaux.

Vanessa Beecroft (1969) artiste italo-anglaise connue pour ses performances de femmes nues. La démarche de l'artiste a une portée anthropologique.

Une très belle scénographie pour ce pavillon !



PAVILLON BELGE : PERSONNE ET LES AUTRES

Travaillant en étroite collaboration, l'artiste Vincent Meessen et la curatrice Katerina Gregos ont développé une exposition internationale de groupe.

L'exposition accueille dix autres artistes originaires de quatre continents et, pour la première fois dans le pavillon, des artistes africains, dont l'œuvre intégrale a exploré le thème de la modernité coloniale. (voir photos)

Parmi les artistes invités figurent :

- Mathieu K. Abonnenc (1977, Guyane française, vit et travaille à Metz)
- Sammy Baloji (1978, République Démocratique du Congo, vit et travaille à Lubumbashi et à Bruxelles)
- James Beckett (1977, Zimbabwe, vit et travaille à Amsterdam)
- Elisabetta Benassi (1966, Italie, vit et travaille à Rome)
- Patrick Bernier et Olive Martin (1971, France, 1972, Belgique, vivent et travaillent à Nantes)
- Tamar Guimarães et Kasper Akhøj (1967, Brésil, 1976, Danemark, vivent et travaillent à Copenhague)
- Maryam Jafri (1972, Pakistan, vit et travaille à Copenhague et à New York)
- Adam Pendleton (1984, États-Unis, vit et travaille à New York)



PAVILLON CHINOIS

Encore une très belle mise en scène pour ce pavillon se trouvant à l'Arsenal. Quatre artistes importants y ont collaboré :

Liu Jiakun, architecte de renom, Wen Hu grande chorégraphe et danseuse, Lu Yang, compositeur et chef d'orchestre, Tan Dun compositeur contemporain classique.

Liu Jiakun conçoit entre autres des produits pour Alessi, Tan Dun a composé la musique pour la remise des médailles des jeux olympiques à Pékin en 2008.

Evidemment, ils ont des commandes et performances plus prestigieuses. Lors de l'ouverture du pavillon, dans une pièce d'eau circulaire, des musiciens ont donné un petit concert les pieds dans l'eau.

A la fin de leur prestation, ils ont déposé leurs instruments de musique dans le bassin.



PAVILLON FRANÇAIS : RÉVOLUTION

Dans son pavillon des Giardini, la France présente révolution, une installation de Céleste Boursier-Mougenot, associée à Emma Lavigne.

L'artiste ayant une grande culture musicale, couvre le pavillon français d'écume, de murs de musique, de sons qui deviennent parois mouvantes et captent jusqu'au bruit des arbres qui se mettent à tourner sur eux-mêmes, dans une danse onirique.

Ce projet est donc à la fois, poétique et terriblement technologique. Un hommage à l'imagination humaine et à la liberté.



PAVILLON RUSSE : LE PAVILLON VERT

Irina Nakhova (1955) célèbre artiste du cercle du « conceptualisme moscovite », a commencé sa carrière artistique à la fin des années 70. Au début des années 80, elle a été la première en URSS à réaliser une installation totale dans son appartement. Elle est connue pour sa série "Rooms". Cette année, elle est la première artiste femme à représenter la Russie au pavillon national (construit par l'architecte russe Aleksey Shchusev, inauguré en 1914) dans les jardins Giardini. Le pavillon est peint en vert d'où le titre de l'exposition.

L'installation « Pavillon vert », composée de cinq parties, est consacrée aux relations difficiles de l'artiste avec la couleur. À l'intérieur, dans chaque pièce du pavillon, le voyage à travers l'histoire personnelle de l'auteur se poursuit comme dans un kaléidoscope : en passant d'une pièce à l'autre, on voit changer la couleur de l'histoire de sa famille, et avec elle, celle du pays.

L'artiste a reçu le prix Kandinsky en 2013. Un véritable plaisir de déambuler à travers les deux étages. Projections, images fortes, sculpture géante à l'entrée, et verre trompe l'œil que l'on traverse avec appréhension.



La Vanhaerents Art Collection est une collection familiale d'art contemporain qui fournit un aperçu important des courants artistiques de la fin des années '70 jusqu'à aujourd'hui. M Vanhaerents, entrepreneur de métier, s'est intéressé et a acquis au fil du temps une superbe collection. Son développement constant permet aussi la présentation des créations des plus jeunes et prometteurs artistes du moment, en parallèle de celle de créateurs aux valeurs déjà établies.

Andy Warhol constitue le point de départ de la collection, son influence met en valeur la collection d'œuvres d'artistes comme Cindy Sherman, Barbara Kruger, ou Allan McCollum. Le pendant japonais du pop-art occidental est également intégré dans la collection. (Manga).

Parmi les autres figures-clés de la collection se distinguent Bruce Nauman et ses œuvres des années '80, John Baldessari, Jeff Koons, Christian Boltanski, Franz West ou Paul McCarthy.

Pour son septantième anniversaire, Walter Vanhaerents organise une exposition à la Biennale de Venise : "Heartbreak Hotel". jusqu'au 15 septembre 2015. Pendant ce temps sa fille Els et son fils Joost prennent le relais à la Fondation siégeant dans le quartier Dansaert (voilà où vous pouvez découvrir du Boltanski à Bruxelles). Nous avons découvert à Venise une famille bien sympathique et passionnée.

info "Heartbreak Hotel" jusqu'au 15 September, 2015 au Zuecca Project Space, Giudecca, Venice. www.vanhaertensartcollection.com

Voici ce que découvriront les prochains visiteurs jusqu'à la fin de la Biennale. Vidéos, sculptures, peintures et musique sont bien sûr au rendez-vous. Impressionnant.



4 juin 2015

Gestion des conflits

Lieu : Bruxelles - Maison des Dentistes

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : secretariat@dentiste.be

www.dentiste.be



13 juin 2015

Sutures

Lieu : Bruxelles - Maison des Dentistes

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : secretariat@dentiste.be

www.dentiste.be



5 juin 2015

Douleurs oro-faciales

Lieu : Bruxelles - SMD

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : secretariat@dentiste.be

www.dentiste.be



4-6 Septembre 2015

L'orthodontie pluridisciplinaire

Lieu : Ostende : Therae Palace

Info : De Coster Thierry, AIOF :

326 Avenue Brugmann 1180 Bruxelles

Tél : 32(0)23449484

E-mail : : decoster.thierry@skynet.be

www.aiof.org



6 juin 2015

Facettes

Lieu : Heverlee - GC Training Center

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : secretariat@dentiste.be

www.dentiste.be



**du 7 septembre
au 20 novembre 2015**

International Short Term

Course in Orthodontics

Lieu : Danemark : à l'Université d'Aarhus

Info : Prof. Ass. Marie Cornelis

E-mail : : Marie.Cornelis@odont.au.dk

www.odont.au.dk/short term



12 juin 2015

Réanimation

Lieu : Bruxelles - Best Western County

House

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : secretariat@dentiste.be

www.dentiste.be



15-16-17 oct. 2015

7ème Congrès de la SMD

Traiter c'est innover

Lieu : Dolce - La Hulpe

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : secretariat@dentiste.be

www.dentiste.be





*Je vis mon métier d'entrepreneur
comme mes passions : en gardant le cap.*

Votre patrimoine a une histoire, écrivons son avenir.
Ensemble, gérons votre patrimoine privé et professionnel.

Plus d'info sur privatebanking.bnpparibasfortis.be



BNP PARIBAS FORTIS
PRIVATE BANKING

La banque d'un monde qui change



Plus qu'un partenariat. Une synergie de forces.



Aujourd'hui, pres d'un implant sur deux nécessite le recours à une procédure de régénération osseuse guidée. Straumann, leader global en chirurgie et prothèse implantaire, participe à cette tendance au travers du partenariat avec botiss, un fabricant majeur de biomatériaux dentaires de haute qualité.

- Biomatériaux dentaires pour toutes les indications et préférences: en complément de la thérapie implantaire.
- Implants, prothèse et biomatériaux d'une seule source.

Pour plus d'informations sur nos produits de régénération contactez Straumann: +32 2 790 10 00 - www.straumann.be - info.be@straumann.com

