

LE POINT

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

Editeur responsable : Didier Eycken - Maison des Dentistes - Avenue De Fré 191 - 1180 Bruxelles - Journal Officiel de la Société de Médecine Dentaire asbl - Association Dentaire Belge Francophone.



www.dentiste.be
www.mondentiste.be



L'esthétique exceptionnelle des facettes Procera® laminate, représentée par le sourire radieux de la quadruple médaillée d'or olympique hollandaise, Inge de Bruijn.

grâce à Procera®, il est désormais plus simple d'offrir

un sourire magnifique

La gamme Procera® vous garantit, ainsi qu'à vos patients, une parfaite adaptabilité, une résistance et une esthétique à long terme inégalées. Pierre angulaire de notre concept Easy Esthetics™ (esthétique simplifiée), Procera® permet de redonner un sourire splendide à vos patients, plus facilement, plus rapidement et également de façon plus rentable.

La gamme Procera® comprend

- **NOUVEAUTÉ !** Procera® Crown Zirconia 0.4 (Couronne en zircone) – une infrastructure plus fine pour une esthétique optimisée avec la même résistance que le zircone Procera® Zirconia
- Procera® Bridge Zirconia (Bridge en zircone) – bridge complet jusqu'à 14 éléments, avec le zircone le plus résistant du marché – résistance à la flexion de 1200 MPa
- Procera® Laminate (Facette) – la facette la plus résistante du marché – résistance à la flexion de 700 MPa
- Procera® Bridge Alumina (Bridge en alumine) – translucidité exceptionnelle et résultats esthétiques d'excellence

Associez complète satisfaction de vos patients et meilleure rentabilité de votre activité.

Consultez notre site www.nobelbiocare.com pour de plus amples informations

**Nobel
Biocare™**
making you smile™

Je feuillette machinalement la revue de cette compagnie aérienne qui m'emporte Outre-Atlantique vers un nouveau congrès. Passant sur les articles aussi inintéressants les uns que les autres, entrecoupés de publicités (ou devrais-je dire : parcourant les publicités entrecoupées d'articles, tant il y en a) vantant les mérites d'un tas de produits et services indispensables, censés améliorer mon quotidien si médiocre.

Entre les hôtels de luxe, les GPS ou les portables dernier cri, les agences matrimoniales *high class*, les meilleurs cigares, les bijoux de rêve, les appareils d'exercices, les centres de santé et de bien-être, ... je tombe sur des publicités médicales. Une page, avec un portrait de chirurgien, annonce que les noms des spécialistes énumérés font partie des Best Doctors de New York. Une page sur une clinique de Cleveland spécialisée dans le traitement aux rayons gamma des tumeurs cérébrales explique la guérison d'un patient sans incision, sans même passer une nuit à l'hôpital. Une autre sur un centre de cancérologie offre le témoignage d'un papy golfeur ressuscité d'un cancer de la prostate. Répartis dans le magazine, trois fois un quart de page vantent la confiance en soi qu'un beau sourire apporte, grâce bien entendu au blanchiment réalisé par un praticien « membre de notre réseau prestigieux de dentistes », avec photo et numéro de téléphone des membres. D'autres pages encore sur cette école de médecine, haut lieu de la gynécologie, ou sur un centre spécialisé dans les traitements de la main, expert dans le traitement du canal carpien.

Et sur celle-ci, quoi donc ? Une pub pour un piano. Ah ? Non... Pour un CD classique. Mais non, on y parle de soins dentaires... Bon sang ! Mais c'est bien sûr ! Il s'agit d'une publicité pour un cabinet privé de la ville de Houston, au Texas.

La pose figée, le sourire crispé, la cravate nouée et les mains bien posées, dans un décor nouveau riche mais étudié pour inspirer la confiance, avec un piano (ces deux-là doivent être doués de leurs dix doigts), l'éclairage ajusté, des cas présentés avant/après (des patients « comme tant d'autres, qui sont venus d'un autre état pour se faire soigner chez nous ! ») et toute la panoplie d'un cabinet moderne et performant. Des cas esthétiques réalisés en 48 heures, des réhabilitations orales complètes, la pose d'implants permettant le placement des dents dans l'heure, des facilités de paiement et une équipe cinq étoiles qui offre un service exceptionnel et qui donne des rendez-vous même le samedi dans notre luxueux cabinet... Une page entière dans un magazine qui fera le tour du monde ! Du vrai travail de pro de la com.

Ma sensibilité est bien entendu titillée par cette autre culture et je m'interroge...

Dans mon petit pays du vieux continent, nous en sommes déjà aux vitrines tape-à-l'oeil (la vitre sablée avec un logo démesuré est très *trendy*, comme on dit là-bas), aux cartes de visites « oubliées » sur un comptoir de salon de coiffure ou d'un magasin, aux sites Internet, aux reportages télé montrant le nom et l'adresse d'un cabinet (par inadvertance bien sûr, mais en gros plan et suffisamment longtemps pour que l'on puisse bien lire), sans oublier les annonces vantant les mérites d'un exercice illégal dans les toutes-boîtes.

Et pourquoi pas un jour des tracts distribués en rue ? Comme un candidat en campagne. Ou des publicités comparatives entre cabinets dentaires ? « Venez chez moi ! Je suis meilleur que le voisin, bien entendu beaucoup moins cher, et au cinquième composite, je vous offre une brosse à dents ». Ou un racolage dans la rue ? « Approchez ! Approchez ! N'ayez pas peur : nous sommes spécialisés dans le traitement des patients anxieux ! ». Ou des panneaux à tous les carrefours ? « Docteur Truc, diplômé des Universités du monde entier, de réputation interplanétaire, demandé dans toute la galaxie, inventeur d'un tout nouveau concept bla-bla-bla et bla-bla-bla ».

Il faut peut-être rappeler que l'exercice de la Médecine Dentaire est, chez nous, un peu réglementé. Par des lois, ancestrales certes, mais par des lois quand même (la loi nous interdisant toute forme de publicité date de 1958, l'Arrêté Royal relatif à l'exercice des professions des soins de santé date de 1967 et l'Arrêté Royal réglementant l'exercice de l'Art Dentaire date de 1934).

Et que le maintien de notre agrément y est subordonné. A bon entendeur...

Si l'une ou l'autre de ces lois doit un jour s'adapter à son temps, je souhaite que cette adaptation aille dans le sens d'une certaine retenue pour ne pas sombrer dans une pathétique surenchère commerciale à la mode U.S.

Les professionnels de la santé qui jouent la carte marketing offrent de fait une image plus mercantile que médicale de notre Art. Il ne faut pas s'étonner dès lors de la métamorphose de nos patients en consommateurs de soins (faisant leur *shopping*, comme on dit là-bas) ou en touristes de la santé ("profitons des vacances pour se refaire le nez, les dents et les seins, cela sera très seyant avec le bronzage"), discutant (marchandant ?) les honoraires des soins (tels des breloques au marché), comparant des « prix » sans tenir compte de variables aussi importantes que la formation et l'expérience d'un praticien ou les frais d'équipement et de fonctionnement d'un cabinet.

Verrons - nous un jour une majorité de la profession se fourvoyer, comme quelques « confrères » espérant remplir leur salle d'attente grâce à de la publicité, et s'abaisser à faire perdre à notre Médecine ses lettres de noblesse ?

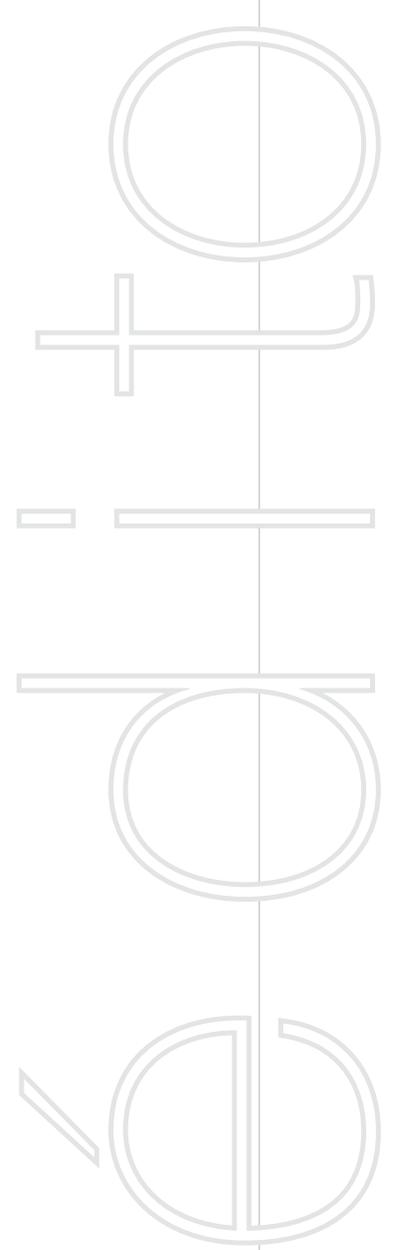
Force est de constater les prémisses d'une déplorable dérive.

Would You Travel To Houston Just To See These Dentists?

Read Why So Many Do!

- Consistently ranked in the top 100 of the world's top dentists (McCall's)
- Awarded "Best of Houston" for 10 consecutive years
- Over 20 years of experience
- Over 20,000 patients completed
- Multiple awards, including "Best of Houston"
- Available for emergency services

SmileTexas.com - Because Experience Matters.™



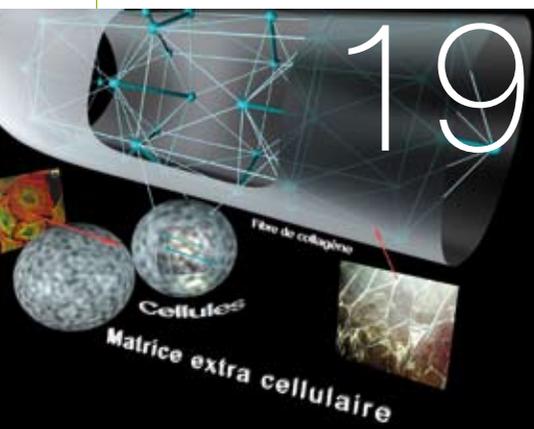
sommaire



11



12



19

3 Edito

Didier EYCKEN - Président

7 Être membre

9 Cotisations

11 Voyage troublant au pays du sourire

Christine TESTAERT

12 Soins dentaires au Cambodge

Philippe SOETAERT

15 Sommaire articles scientifiques

16 Céphalées/migraines, douleurs...

Marc RENGUET

19 Equilibre biomécanique de l'appareil manducateur

Paul DIEUDONNÉ - Alain PIRON

23 Les composants prothétiques innovateurs de l'implant Ankylos

Paul WEIGL

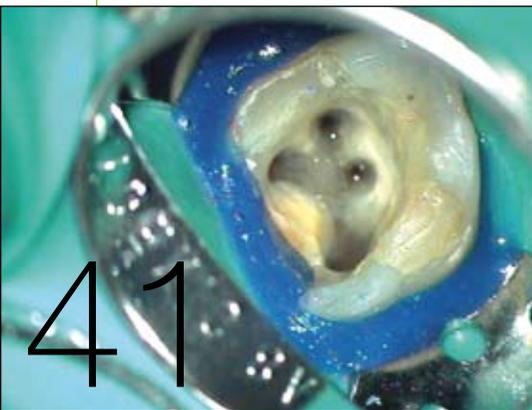
27 Présentation rationnelle des plans de traitement

Edmond BINHAS

37 Sommaire formation continue

39 Chirurgie 28 avril - Maîtrisez vos actes chirurgicaux sans stress - Théorie

Equipe du Pr ROMPEN - ULg



- 40 Chirurgie 29 avril - Maîtrisez vos actes chirurgicaux sans stress - Pratique
Equipe du Pr ROMPEN - ULg
- 41 Endodontie 15 mai - Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le retraitement sans oser le demander
- 42 Peer-review 19 mai
- 43 Kinésithérapie 24 mai - Céphalées/migraines, douleurs et dysfonctionnements des ATM...
Marc RENGUET, Laurent PITANCE, Philippe SAERENS
- 45 Ergonomie 5 juin - Ergonomie et problèmes de dos ... au cabinet dentaire - formation pratique
Fabienne PAPAZIAN
- 47 Sommaire Infos professionnelles**
 - 48 Dossier cabinet de groupe - 1^{ère} partie
Michel DEVRIESE - Eric THIRY
 - 49 Quand l'AFCN récupère son dû
Michel DEVRIESE
 - 51 Accréditation 2007

55 Pages culturelles
Patricia MATHIEU

58 Biblio

62 Study-Clubs

64 Petites annonces

66 Agenda

Juin 2008, Mois de l'hygiène dentaire !



1 MOIS POUR UNE VIE DE DENTS SAINES

En **juin 2008**, la Société de Médecine Dentaire asbl, le 'Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw' et Colgate organisent, pour la septième fois, le Mois de l'hygiène dentaire. En quoi cela consiste-t-il ?

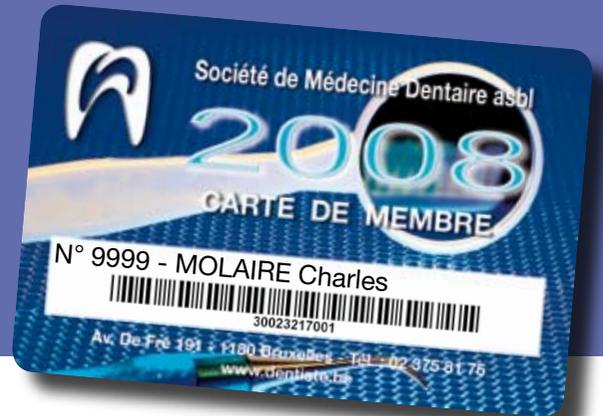
-  Une campagne de prévention pour une meilleure hygiène dentaire
-  1 mois pour une vie de dents saines
-  Une grande action d'échange de brosses à dents usagées auprès des dentistes participants

Vous pouvez collaborer activement à cette action. Les informations pratiques concernant les modalités de participation vous seront prochainement envoyées par la poste.

Salutations distinguées,
Colgate-Palmolive Belgium SA



Etre membre ?



Qui sommes-nous ?

Une association scientifique et professionnelle représentative des dentistes de Belgique et reconnue par l'INAMI. Notre but principal est de contribuer au progrès de la science odonto-stomatologique et au développement de la médecine dentaire, notamment par :

- L'encouragement à l'enseignement et à la recherche
- L'organisation de toute activité scientifique
- La collaboration à l'information et à l'éducation du public
- La représentation professionnelle auprès des instances (INAMI, Santé Publique, Accréditation, ...)
- Les contacts avec les autorités officielles, la presse, l'industrie, ...
- ...

Vos avantages !

- Une formation continue de qualité et abordable (dont 6 heures gratuites par an – hors repas)
- L'accès gratuit à tous nos Study-Clubs
- Une équipe de spécialistes pour vos questions pratiques, juridiques ou professionnelles
- L'abonnement gratuit et exclusif à la Revue Belge de Médecine Dentaire
- Des assurances à des conditions de groupe (DKV hospit, RC prof. et privée, Europ Assist., etc)
- Un service gratuit de recouvrement de créances (sauf frais de justice éventuels)
- Un agenda de bureau offert chaque année, en fin d'année
- Un caducée pour votre voiture
- Une information indépendante
- Une branche prévention gérée par une équipe dynamique
- Et bien d'autres choses.....



*Un nano-pas pour l'homme,
un pas de géant pour la
dentisterie implantaire...*

*L'implant de 3^{ème} génération
NanoTite™ –
Une surface innovante pour
une performance optimisée.*

- Synergie surface OSSEOTITE® et Discrete Crystalline Deposition™ de phosphate de calcium (CaP) - la topographie de surface plus complexe et les bénéfices biologiques du CaP jouent un rôle prépondérant dans l'amélioration de la réponse du site, optimisant la prévisibilité et les résultats cliniques.
- Les études précliniques réalisées avec l'implant NanoTite démontrent une amélioration considérable de la vitesse et de l'étendue de l'ostéointégration par rapport à l'implant OSSEOTITE.*
- Adhésion de l'os renforcée dont résulte une meilleure stabilité de l'implant pendant les premières phases de cicatrisation, phases souvent les plus critiques - Améliore la prévisibilité dans les cas cliniques les plus complexes.*



Implant NanoTite
PREVAIL®



Implant NanoTite
Certain®



Implant NanoTite
Certain Tapered

*Pour prendre le prochain pas, N'hésitez pas à contacter
dès aujourd'hui votre représentant BIOMET 3i*

BIOMET 3i,

Bruxelles, Belgium

Tel : 02.541.02.90

www.biomet3i.com

*Données enregistrées

Certain, OSSEOTITE and PREVAIL are registered trademark and Discrete Crystalline Deposition and NanoTite are trademarks of Implant Innovations, Inc. BIOMET 3i and design are trademarks of BIOMET, Inc. ©2007 BIOMET 3i. All rights reserved.

NOUVEAU ! Demi.

Encore une idée brillante de Demetron.



LAMPE A PHOTOPOLYMERISER LED



Demi avec PLS – polymérisation en 5 secondes

Matériau	Profondeur de polymérisation (mm)	Dureté Rockwell*	
		Surface	Base
COMPOSITE			
Premise™ Enamel, A3	4.22	78.4	77.3
Tetric EvoCeram®, A3	4.11	77.1	74.9
Z100™, A3	4.63	89.4	87.7
Grandio®, A3	4.90	85.1	85.7
Esthet-X®, C4	4.55	76.8	77.7
COLLE			
NX3 photopolymérisable, jaune	4.12	71.6	67.5

Les marques déposées sont la propriété de leurs titulaires respectifs.
*Spécifications techniques sur demande.

Avec encore plus de fonctions.

- **Véritable polymérisation en 5 secondes.** La haute puissance du programme Periodic Level Shifting (PLS) assure une polymérisation complète en 5 secondes pour la teinte A3 et/ou les teintes plus claires.
- **Pas de coupe circuit.** Un ventilateur silencieux et un système de contrôle de température unique combinés au PLS refroidissent l'appareil pour qu'il puisse être utilisé sans interruption. Cette action prolonge la durée de vie des diodes électroluminescentes.
- **Puissance régulière constante.** La lampe fournit une puissance constante pendant la durée de charge de la batterie.

Kerr France Immeuble Sinclair 1, rue Séjourné 94000 Créteil
Tél : +33 (0)1 48 90 77 77 Fax: +33 (0)1 49 56 95 04
infofrance@kerrhawe.com www.KerrHawe.com





Voyage troublant au pays du sourire...

Christine Testaert

Quoi de plus tentant comme proposition que d'aller assister mon boss pour soigner des enfants au Cambodge... Ce pays est fabuleux, il y règne une beauté et une sérénité parfaites. Le raffinement est dans le détail des couleurs, les fleurs, la végétation luxuriante et dans la simplicité de ce peuple qui a survécu à tant de souffrances.

D'abord quelques jours « découvertes » au marché de Siam Reap, où pour quelques dollars on ramène des trésors à toute sa famille; sur le site des temples d'Angkor où chaque endroit où l'on pose les yeux génère un moment de pur bonheur et où l'on voudrait tout acheter à ces petits enfants plus craquants les uns que les autres, qui se précipitent vers nous avec leurs traits parfaits et leurs superbes sourires.

Après, direction notre mission, le foyer Lataste où rien que le trajet vaut le voyage, les rizières, les paysans, les pick-up bondés, les écolières à bicyclettes en uniforme impeccable, les buffles, les travaux routiers qui nous montrent que ce pays va se relever, les temples colorés, les vieilles personnes encore actives parce qu'il n'y a pas de pension, le village des sculpteurs, la poussière, le soleil...

Séjour au foyer, riche en émotions, travail efficace grâce à l'ingéniosité de notre matériel et à l'habitude de notre travail d'équipe. Ces enfants sont d'un stoïcisme incroyable !!

Etant sur place je décide de parrainer un petit garçon de 6 ans ½, vivant au foyer, le contact passe très vite entre nous et depuis nous correspondons. Je passerai trois merveilleux derniers jours très proche des enfants en dehors de mon cadre de travail. Retour difficile avec le sentiment de vouloir faire plus pour eux, avec 500 photos remplies de souvenirs et l'envie d'y revenir très vite...

Merci à Philippe Soetaert de m'avoir fait vivre cette expérience, aux femmes médecins françaises de m'avoir si gentiment adoptée et spécialement à Marie-Claude avec qui j'ai materné avec bonheur des enfants merveilleux. Leurs jolis regards ne me quitteront jamais. Belle leçon de simplicité, retour à l'essentiel.



SOINS DENTAIRES AU CAMBODGE

Philippe Soetaert - Photos Christine Testaert

J'avais été contacté début 2007 par une ONG française pour prodiguer des soins dentaires à des enfants orphelins au Cambodge. Comme j'ai un certain goût pour des situations particulières, que j'aime voyager et que depuis un certain temps s'élaborait dans mon esprit la réflexion qu'il me fallait des actions plus altruistes et moins égocentriques, j'acceptai cette opportunité. Début novembre 2007 je suis ainsi parti au Cambodge dans le foyer des enfants orphelins, en compagnie de mon assistante Christine, de la présidente de l'association et d'une de ses amies pédiatre.

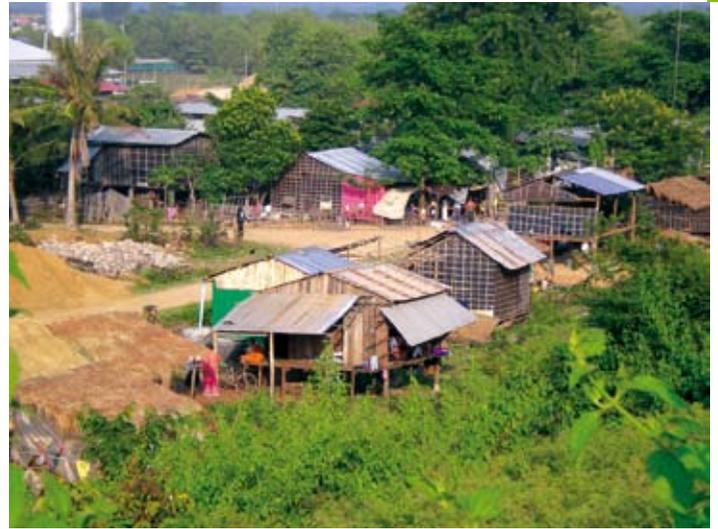
Cette ONG est une association qui se nomme : « Aide aux enfants Cambodgiens-Foyer Lataste » qui existe depuis une douzaine d'années et a construit un foyer dans le village de Kla-kon Thmey, à proximité de Sisophon, dans la province de Battambang, au nord-ouest du Cambodge, non loin de la frontière thaïlandaise.



Le village de Klakon Thmey compte environ 260 familles, la plupart ayant été déplacées sous le régime des Kmers rouges, soit 1500 habitants. Au sein du village environ 37 personnes sont mutilées pour avoir sauté sur des mines dont la province est encore truffée. Le seul accès au village est une route en terre, très difficilement praticable après les pluies. Il y a quatre puits pour l'eau et pas d'électricité.

La population ne possède pratiquement rien, ni bétail, ni rizières, uniquement quelques animaux de basse-cour. Les habitants occupent quatre métiers principaux : casseurs de pierre au profit des thaïlandais, ouvriers agricoles au profit des propriétaires terriens, quelques uns sont motos-taxis (tuk-tuk), ouvriers porteurs ou marchands de légumes dans des échoppes très sommaires. Il n'y a pas de service de santé, seulement une sage-femme, une infirmière et un médecin traditionnel sans diplôme. C'est dans ce contexte que l'association intervient.

Le foyer accueille à peu près 160 enfants, une cinquantaine y vivent en permanence, c'est « leur maison », ces enfants sont orphelins. Les autres, les « filleuls isolés », viennent à l'école au foyer et y prennent également le repas de midi, ils ont encore un parent ou un grand-parent, mais trop pauvres ou trop déstructurés pour pouvoir les assumer. Les enfants sont donc pris en charge par le foyer au niveau scolaire, vestimentaire, médical,... et également pour redonner un environnement sécuritaire, affectueux et éviter les écueils de la prostitution ou de la pédophilie. L'âge des enfants s'étale de 5 ans à 18 ans c'est-à-dire l'âge de scolarisation. Pour subvenir aux besoins du foyer, une grande partie des enfants sont soutenus, parrainés par des donateurs, principalement en France, Suisse et Belgique. Certains parrainages sont bien personnalisés et un échange de courrier s'installe, les parrains s'engageant à soutenir l'enfant tout au long de son parcours scolaire et jusqu'à ce qu'il soit autonome financièrement. Le foyer après acquisition d'un terrain en bordure du village, a construit des classes, des dortoirs, des sanitaires, un réfectoire, des bureaux, un forage pour un puits d'eau, une infirmerie. Sur place, le foyer est dirigé par un français et par 3 cadres locaux. Le français Denis est un ancien officier de la légion étrangère, c'est dire s'il a de l'expérience au niveau organisation et discipline, expérience qu'il emploie juste assez pour que règne un certain ordre nécessaire à ce genre d'entreprise et sûrement pas trop car il affectionne énormément ces enfants dont il s'occupe maintenant depuis 10 ans.



Pour l'éclairage j'utilisai 2 frontales Petzl de 15 leds sur accus, ce qui me fournissait un éclairage vraiment très satisfaisant, éclairage fourni par Marc Depauw de la firme Silver Scape. Les produits consommables m'ont été fournis par la très charmante Madame Joëlle Dupont de la firme DPI et une lampe portable de polymérisation me sera offerte par la tout aussi charmante Madame Rolande De Leener de la firme 3M.

Comme je savais ne pas disposer d'une aspiration chirurgicale et me disant que sans cet outil nous allions être moins efficaces et performants, j'emportai dans mes bagages, un aspirateur. J'avais tout simplement imaginé aspirer dans la partie supérieure d'un bidon et également de brancher les tuyaux de la pompe à salive et d'une canule d'aspiration dans cette partie. Le bidon faisant donc effet de décanteur à vider en fin de journée. Ce système très simple fut d'une efficacité sans pareille et nous facilita énormément le travail.

Nous avons donc pu ainsi être très efficaces, mon assistante Christine et moi-même, faisant les soins à quatre mains comme au cabinet à Bruxelles.

J'avais emporté également un détartreur car on m'avait prévenu qu'ils « produisent beaucoup de tartre ». Malheureusement la pointe de l'insert cassa le premier jour, chose qui ne m'est jamais arrivée en 30 années de pratique.

Les soins furent principalement des obturations et des extractions, pas d'endo car ne disposant pas d'appareil RX, ni de localisateur d'apex. Beaucoup de ces enfants n'avaient pas du tout de caries, je ne pense pas néanmoins qu'ils possèdent un émail très résistant permettant de dire qu'ils ont des bonnes dents bien calcifiées, car les enfants des cadres qui sont également au foyer mais un peu plus aisés et donc consommateurs de sucreries, ont des lésions carieuses importantes. Cela doit plus tenir au fait qu'en général ils ont une très bonne hygiène dentaire et que vu la situation de pauvreté, ils n'ont pas souvent l'occasion de consommer des sucres raffinés. Il y a deux caractéristiques que j'ai pu observer sans en faire une étude systématique, c'est premièrement la présence très fréquentes de stries horizontales colorées qui sont probablement les témoins de malnutrition, de carences pendant les périodes de croissance et de calcification de leurs dents. La deuxième est un nombre anormalement élevé de bruxomanes chez ces enfants entre 4 et 18 ans, ce qui témoigne



Pour les soins dentaires, une dentiste française s'était déjà rendue deux fois sur place, la dernière fois il y a 2 ans, il y avait donc déjà un suivi au niveau des soins. Pour le matériel, je disposais d'un unit avec turbine, micromoteur et seringue 3 fonctions. Ayant le matériel à disposition depuis quelques mois, j'avais pu en faire une révision complète et m'assurer de son parfait fonctionnement. C'est un unit entièrement pneumatique, ne nécessitant que de l'air comprimé et donc moins susceptible de pannes. Sur place je disposai d'une table de consultation médicale qui s'est avérée très pratique, seule ombre au tableau, le fait de devoir travailler debout.

peut-être d'un stress important au niveau affectif du fait de leur situation d'orphelin ou de leur situation familiale très perturbée.

Pendant les soins ils sont d'un stoïcisme absolument incroyable, même les plus jeunes. Sur 160 enfants, nous n'avons eu que 2 enfants qui ont refusé les soins par peur, et encore, nous avons pu en soigner un des deux le lendemain. Que ce soit pendant l'anesthésie, pendant les soins ou les extractions, la plupart pour ne pas dire la majorité, ne manifeste absolument rien, c'est-à-dire rien, pas un plissement au coin des yeux, ni une petite crispation au bas du ventre, ni un serrement de la main de Christine. Dans un sens c'est assez confortable pour traiter mais néanmoins déconcertant car on ne sait pas s'ils ressentent quelque chose et donc il y a toujours cette crainte de faire mal. Cette attitude apparemment inébranlable, doit provenir d'un mélange de leur personnalité asiatique, des souffrances que ce peuple a endurées et qui sont enfouies profondément dans leur chair, ainsi que de leur dénuement.

J'avais déjà fait ce genre de mission au Mexique, et comme cette fois-ci au Cambodge, j'ai le sentiment d'avoir été utile, en toute humilité, mais ce n'est évidemment pas suffisant. Je pense que c'est bien que ces enfants aient des dents soignées, c'est un souci en moins pour eux qui en ont déjà suffisamment, et je pense retourner pour continuer ce suivi. Mais il faut bien se rendre compte que ce n'est pas grand-chose, cela représente 6 jours de travail et de plus ils sont toujours tributaires de notre bon vouloir. Le slogan bien connu : « Mieux vaut apprendre à pêcher à quelqu'un que de lui donner un poisson » est bien d'application ici comme ailleurs. L'idée pourrait être d'installer un cabinet dentaire à demeure dans le dispensaire du foyer, cabinet pouvant être utilisé par un dentiste local à son profit avec en contrepartie des soins dentaires aux enfants. Les opérations caritatives sont tout à fait nécessaires vu le dénuement, mais un vrai partenariat serait probablement plus adéquat et sûrement la seule façon à long terme de les aider à sortir de leur précarité.



articles scientifiques

Sommaire

- 16** Céphalées/migraines, douleurs...
Marc RENGUET
- 19** Equilibre biomécanique de l'appareil manducateur
Paul DIEUDONNÉ - Alain PIRON
- 23** Les composants prothétiques innovateurs
de l'implant Ankylos
Paul WEIGL
- 27** Présentation rationnelle des plans de traitement
Edmond BINHAS

Céphalées/migraines, douleurs et dysfonctionnements des ATM, otalgies, cervicalgies, douleurs dentaires atypiques, vertiges...

Pour tous ces problèmes, le dentiste serait-il un intervenant de première ligne ? Marc Renguet - Kinésithérapeute Maxillo-facial HMTC

«Cela fait plusieurs années que je souffre de céphalées importantes et quasi quotidiennes, que ma mâchoire est douloureuse et parfois se bloque et que par moment mon oreille me fait mal.

J'ai déjà consulté plusieurs spécialistes et pour le moment aucune solution valable ne m'a été proposée.»

Les patients qui se plaignent de ces symptômes, nous les rencontrons tous les jours en kinésithérapie maxillo-faciale et dans la plupart des cas, ils auraient pu arriver en soin bien plus tôt avant que le problème ne dérape, si un avis avait pu être donné plus tôt.

Nous pensons que le dentiste est en première ligne pour déceler les causes de ces problèmes dès les premières plaintes du patient voire même avant qu'il ne s'en plaigne en observant certains dysfonctionnements maxillo-faciaux que celui-ci présente.

Quelle est la logique que le dentiste peut établir entre toutes ces plaintes et sa pratique quotidienne ?

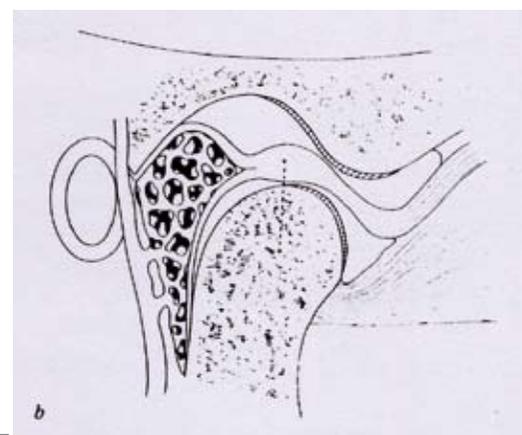
Pour y répondre il faut que nous définissions les origines de tous ces problèmes.

Les plaintes de l'articulation temporo-mandibulaire

L'ATM est une articulation suspendue qui ne supporte pas les compressions.

La compression du système discal peut entraîner une réaction de défense du muscle Ptérygoïdien externe qui entraîne le disque vers l'avant et le place de plus en plus en situation de luxation. La compression peut venir de la sur-activité maxillo-faciale en terme de « serrage » dentaire mais aussi par la mise en tension continue des muscles releveurs de la mâchoire.

La douleur que l'on perçoit au niveau temporo-mandibulaire peut être due à l'inflammation de l'ATM mais aussi à une irritation de la musculature, quelques tests faciles permettront de le définir.

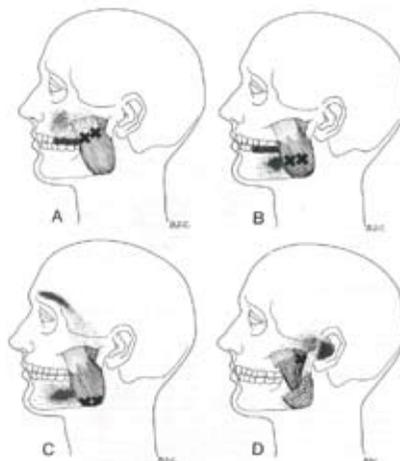


ATM
en ouverture

Ces perturbations peuvent entraîner de la douleur, de la raideur, voire un blocage articulaire.

Un de ces blocages soudain, suite à un passage chez le dentiste, peut être dû à l'irritation du muscle Ptérygoïdien interne suite à l'anesthésie et entraînera un « trismus » de ce muscle. Il se peut aussi que le muscle temporal se soit enraidie suite à l'ouverture buccale prolongée chez le dentiste, il peut entraîner un blocage articulaire.

Les « douleurs projetées » d'origine musculaire peuvent créer des hypersensibilités, voire des douleurs au niveau des dents sans qu'aucun signe clinique ne puisse être mis en évidence au niveau des dents incriminées.



Douleurs projetées musculaires créant des douleurs dentaires atypiques ou une otalgie

Bien souvent, ces situations ne seraient pas arrivées s'il n'y avait pas eu une irritation préalable du système musculo-articulaire maxillo-facial.

Le dentiste peut le mettre en évidence en repérant l'usure dentaire ainsi que l'irritation anormale de la musculature des releveurs de la mâchoire.

Il pourra aussi estimer la qualité du jeu articulaire.

Les céphalées de tension

Les céphalées de tension (+/-80 % des céphalées) sont de plus en plus reconnues comme étant des douleurs musculaires.

Le neurologue, lorsqu'il veut mettre en évidence cette céphalée de tension, cherchera à mettre en évidence une suractivité du système de gestion du tonus musculaire : **Le système réticulaire.**

Le tonus musculaire maxillo-facial peut être objectivé par la mesure de l'E.S.T (Exteroceptive Suppression of Temporal muscle).

Normalement, une information nociceptive au niveau de la mâchoire (ou de la langue) provoque immédiatement une relaxation du muscle temporal.

Il s'agit d'un réflexe protecteur destiné à protéger les structures buccales lors de la mastication. Il comporte 2 phases: ES1 et ES2.

Une diminution ou une absence du silence (signal EMG) ES2 reflète une hyperactivité du système réticulaire avec hypertonie musculaire.

Il se fait que le nerf trijumeau, par l'intermédiaire de la suractivité musculaire maxillo-faciale, influence le système réticulaire dans la définition de son niveau d'activité.

Ce système réticulaire est aussi influencé par l'activité psychique.

Il faudra donc mettre en œuvre un traitement de relâchement musculaire de la tête et du cou pour calmer les douleurs et influencer, avec l'entraînement, le niveau d'activité réticulaire. Il faudra aussi avec divers type de biofeedback aider le patient à relâcher lui-même ses muscles mais aussi à se détendre lui-même.

Les migraines sont une tout autre pathologie même si certains symptômes peuvent être semblables aux céphalées de tension. Il est de plus en plus reconnu que dans la migraine le processus soit lié à une perturbation neuro-vasculaire dans laquelle le nerf trijumeau est impliqué.

Voici une raison supplémentaire pour calmer toute la suractivité qui s'exprimerait dans la zone d'influence du trijumeau.

Otalgies, perturbation de l'activité de la trompe d'Eustache et certains vertiges

Beaucoup de patients vivent souvent, faute de solutions, durant des années avec des douleurs ainsi que d'autres perturbations de la sphère ORL. Il n'est pas rare que des otalgies soient dues à une inflammation chronique de l'ATM ou à des douleurs projetées d'origine musculaire.

Beaucoup de « vertiges » d'origine proprioceptive (différents des vertiges vestibulaires) peuvent être provoqués par la suractivité maxillo-faciale qui augmente le tonus musculaire de la tête et du cou amplifié par une asymétrie très courante, de ce processus. Les tensions que l'on perçoit au niveau maxillo-facial sont asymétriques et souvent celles-ci se retrouvent au niveau de la nuque, ce qui peut entraîner une irritation asymétrique des capteurs proprioceptifs de la base du crâne et peuvent donc provoquer ces fameux « vertiges » proprioceptifs très courants. L'activité de la trompe d'Eustache peut être entravée par une hypertonie du muscle Ptérygoïdien interne, diminuer cette suractivité peut libérer le jeu tubaire et ainsi, par exemple, aider les gens qui se plaignent de douleurs aux oreilles en avion.

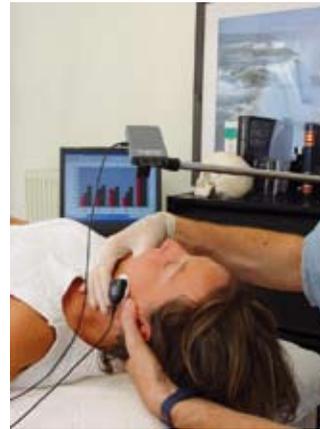
Ces problèmes sont très courants et rien que les céphalées de tension font souffrir près de 20% de la population. Ils ont un coût social important, entre autre par l'absentéisme, et représentent donc un problème de santé publique.

Le dentiste en apprenant à déceler les perturbations maxillo-faciales comme l'usure dentaire, l'irritation musculaire, les claquements des ATM, l'asymétrie des mouvements articulaires, la diminution de l'ouverture buccale, les douleurs dentaires atypiques et autres plaintes de la tête et du cou... peut être un intervenant de premier ordre.

Une fois qu'il a décelé ces perturbations, il peut donner des conseils judicieux à son patient, exécuter quelques petits gestes thérapeutiques et référer son patient auprès du thérapeute adéquat en étant capable de juger de la qualité de la mise en œuvre d'un éventuel traitement.

La formation qui est proposée par la SMD a pour but de familiariser le dentiste avec toutes ces plaintes en visitant la physiopathologie de ces problèmes et la logique qu'il faudrait mettre en œuvre pour lutter contre ces problèmes souvent dus à une suractivité maxillo-faciale.

Une kinésithérapie globale de la tête et du cou et plus particulièrement maxillo-faciale adéquate (de type HMTC) ayant pour but de normaliser cette situation d'irritation chronique, sera souvent le traitement de base.



La kiné HMTC : harmoniser la musculature, les mouvements et la position de la tête et du cou.

Une fois la cause du problème mise en avant, la première chose qu'il faudra harmoniser est la suractivité maxillo-faciale, en faisant percevoir au patient qu'il serre les dents et que ses muscles sont tendus même sans serrer les dents.

Pour ce faire, une thérapie manuelle accompagnée du biofeedback sera mise en route pour relâcher les muscles et apprendre au patient à les relâcher lui-même, ce qui est indispensable pour que cela ne recommence pas..

Il faudra aussi corriger les mauvaises habitudes de positionnement mandibulaire.

Des perturbations posturales peuvent aussi entretenir certaines hypertonies, il faudra y remédier autant que possible.

Dans certaines situations, telles que le « serrage » dentaire nocturne trop intense (« piège nocturne »), certains cas de sur occlusion, de propulsion mandibulaire compensatrice ou autres, la collaboration avec le monde dentaire est vraiment nécessaire par la pose d'une gouttière nocturne ou par la mise en œuvre d'un traitement occlusal ou chirurgical.

La suractivité maxillo-faciale est un phénomène très courant et très mal perçu par le monde médical.

Durant la formation*, une partie pratique sera proposée qui permettra aux participants de percevoir les tensions musculaires et aussi de mettre en œuvre quelques manoeuvres manuelles appropriées accompagnées du biofeedback afin de tenter de relâcher quelques muscles.

Le dentiste pourra ainsi évaluer objectivement l'importance de cette perturbation maxillo-faciale, percevoir la difficulté de relâcher ces muscles et participer, en conseillant adéquatement son patient, à la bonne prise en charge de ce problème en vue de sa guérison.

Il sera donc un intervenant de premier ordre pour résoudre ces problèmes.

* (voir page 43)

ANKYLOS[®]

System



DENTSPLY
FRIADENT

ÉQUILIBRE BIODYNAMIQUE DE L'APPAREIL MANDUCATEUR

Paul DIEUDONNÉ, Lic. Education Physique, Lic. Kinésithérapie, Lic. Sciences Dentaires
Alain PIRON, Kinésithérapeute, Ostéopathe d.o

Introduction

Le but de cette petite série d'articles est d'aider à mieux comprendre de quelle façon nos gestes, en thérapie manuelle et en occlusodontie, exercent une influence au niveau des différents constituants du corps humain. Pour atteindre cet objectif, nous faisons appel au concept de *tenségrité* qui est appliqué en biologie cellulaire depuis une trentaine d'années et plus récemment au niveau du tissu conjonctif. Nous poursuivons l'application de ce concept jusqu'au niveau macroscopique de la biomécanique où il représente un outil de réflexion et de recherche exceptionnel étayé par des modèles scientifiquement rigoureux.

Cela correspond, comme nous le verrons ultérieurement, à une réalité clinique qui ne peut plus se contenter de modèles biomécaniques classiques linéaires et rigides.

C'est, entre autre, grâce à la thèse de J.F.Mégret (2003) que nous avons découvert ce concept et son implication en biologie humaine. Ce travail constitue un des éléments qui ont éclairé aujourd'hui de manière novatrice notre pratique quotidienne. Nous vous livrons dans le cadre de ces articles, très simplement et succinctement, de quelle façon nous avons intégré ce concept dans notre réalité clinique. Il vous faudra seulement un peu de patience. En effet, les trois premiers articles (indispensables à la compréhension) sont consacrés respectivement à :

1°- la *tenségrité* et le niveau cellulaire,

2°- le niveau conjonctif (c'est-à-dire le lien entre micro et macro),

3°- la *dysfonction totalitaire*. Le 4ème article, celui que vous attendez évidemment, sera réservé exclusivement à notre démarche clinique diagnostique et thérapeutique.

ARTICLE I

Le concept de *tenségrité* et son implication fonctionnelle au niveau cellulaire

1. Parlons d'abord d'une manière simple et synthétique de la *tenségrité*.

Observez ces structures architecturales (fig.1), elles sont toutes les deux stables et d'une morphologie bien déterminée. Cependant, les concepts architecturaux utilisés pour leur réalisation sont radicalement différents.

- Pour la construction traditionnelle, les principes de base sont ceux de la physique classique où compression, appuis et leviers mécaniques assurent la stabilité de l'ensemble.
- Pour la tour de Snelson, construite selon le concept de *tenségrité*, les principes architecturaux classiques ne s'appliquent pas ; la stabilité de l'ensemble est assurée par un réseau **discontinu** d'éléments en compression (barres) sous-tendus par un réseau **continu** d'éléments en tension (câbles). Cette structure est stable, légère, économe en énergie de réalisation, résistante et résiliente (retour spontané à sa forme initiale après déformation par une contrainte externe).



(fig.1) a. Architecture classique (temple maya), b. Architecture en *tenségrité* (tour de Snelson)

La paternité du néologisme *tenségrity*, contraction de « tensional integrity », revient à l'architecte Richard Buckminster Fuller. Cependant, d'autres noms y sont associés, notamment : Kenneth Snelson, sculpteur et élève de Fuller (dont les sculptures de barres et câbles matérialisent les systèmes de *tenségrité*) et David Georges Emmerich, architecte hongrois, qui découvre indépendamment, en France au même moment (dans les années 50), un système identique qu'il qualifie d'autotendant.

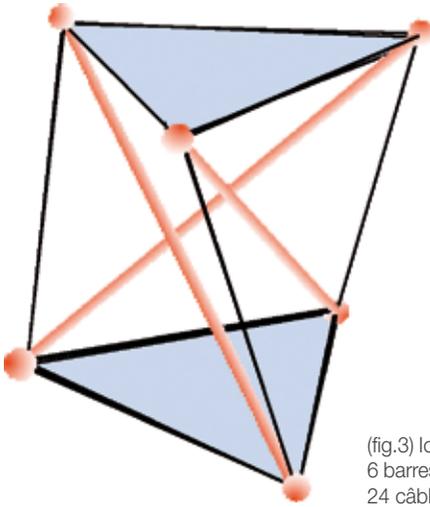
Le système de *tenségrité* le plus élémentaire est le **SIMPLEX**, ou **TRIPODE**, ou **EQUILIBRIUM**, généré à partir d'une base polygonale triangulaire.

Le **simplex** (fig.2) est un module formé de trois barres, six nœuds (lien entre une barre et un câble) et neuf câbles. Aucune des trois barres ne se touchent (discontinues) alors que les câbles forment un réseau continu. Le **simplex** est un prisme triangulaire, dont les deux bases, triangles équilatéraux formés de câbles, sont vrillées à 30° l'une par rapport à l'autre, ce qui leur permet d'atteindre la configuration stable d'autocontrainte. Les barres représentent les structures **discontinues en compression** et les câbles sont les structures **continues en tension**.



(fig.2) Simplex ou équilibrum

À partir d'une base polygonale donnée, une infinité de simplex (ou tripodes) peut être générée selon le nombre d'éléments constituants. Les nouveaux ensembles sont alors appelés tétrapodes, pentapodes, octaèdres, icosaèdres (fig.3) et ainsi de suite.

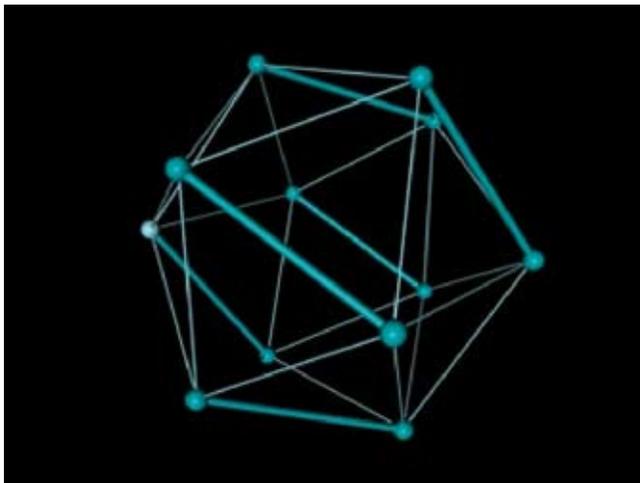


(fig.3) Icosaèdre, module composé de 6 barres (éléments en compression) et 24 câbles (éléments en tension)

L'icosaèdre est le plus connu en science médicale. En effet, il est utilisé depuis une trentaine d'années comme modèle de représentation cellulaire et est l'objet d'une multitude d'études strictement scientifiques réalisées par les biologistes.

Dans tous ces modules de tenségrité, c'est la définition parfaite de l'angle de rotation qui permet d'obtenir un simplex de forme stable, lequel, selon Emmerich, se maintient d'une manière **autonome**, c'est-à-dire indépendante aussi bien de la pesanteur que de la gravitation.

Plusieurs modules peuvent être juxtaposés, interpénétrés, entrelacés, formant alors des structures complexes (fig.4).



(fig.4) Architecture d'art de Snelson représentant un exemple d'assemblage modulaire complexe

Les propriétés de ces modules de tenségrité sont particulières. Pour la facilité de compréhension, nous les décrivons à partir de l'icosaèdre (le plus étudié en médecine) mais elles sont identiques pour tous les autres modules, des plus simples (simplex) aux plus complexes :

- grande légèreté de structure,
- grande économie en énergie de construction,
- **auto-stabilité** : morphologie conservée grâce à l'autocontrainte (self stress) générée par la tension, refermée sur elle-même et totalement continue, s'appliquant sur un réseau discontinu d'éléments en compression,
 - **indépendance** vis-à-vis de la pesanteur et de la gravitation (en apesanteur ou, s'il est lancé en l'air, le module conserve une morphologie stable),
 - **comportement élastique** : comportement mécanique clé d'une structure (aptitude à se déformer en fonction d'une contrainte donnée).
 - Si l'on teste séparément les éléments du module (barres, câbles), on obtient :
 - pour la barre : un rapport contrainte / déformation (stress / strain) qui est représenté par une droite (module de Young),
 - pour le tendeur : un rapport stress / strain qui s'exprime sous la forme d'une courbe sinusoïde (comme pour l'élastique ou le caoutchouc).
 - Si l'on teste l'ensemble des éléments (barres-tendeurs) assemblés en module de tenségrité, le rapport stress / strain se présente selon une courbe en forme de J (fig.5).

Cela signifie qu'au départ, une petite contrainte entraîne une grande déformation ; cependant, au-delà d'une certaine déformation, il devient de plus en plus difficile, même avec une grande force, de déformer davantage le module.



(fig.5) Courbe de charge. - a. des barres, b. des câbles, c. de l'ensemble assemblé en module de tenségrité

- **résilience** : si on ne dépasse pas le point de rupture élastique (des câbles) et le stade de flambage (des barres), le module retrouve immédiatement sa forme initiale quand la contrainte externe disparaît,
- **résistance très élevée** aux contraintes externes,
- **augmentation linéaire** de la rigidité du module en fonction de :
 - l'augmentation de l'autocontrainte : si je tends les câbles, le module devient plus rigide ;
 - l'augmentation de la contrainte externe : si j'applique une force extérieure au module, il devient également plus rigide.

Mais pourquoi vous décrire tout cela ?

Parce que tous les éléments du corps humain, de la cellule au système musculo-squelettique (en passant par le tissu conjonctif), ont un comportement élastique identique à celui du module de tenségrité. Ils en possèdent également toutes les autres caractéristiques.

Faites une simple petite expérience : posez deux doigts d'une main à un endroit de votre peau. Avec ces deux doigts, déplacez votre peau latéralement et vous constaterez que le comportement élastique suit bien une courbe en J. Le déplacement, très facile et de grande amplitude au départ, devient de plus en plus difficile et de petite amplitude malgré l'augmentation de la force latérale appliquée.

Cependant, pour comprendre le fonctionnement des tissus humains, où formes et forces sont associées, le concept de tenségrité pur, tel que décrit ci-dessus, est trop restrictif et doit être élargi à un concept dit « énergétique ». Dans celui-ci, la tension du système est équilibrée par des éléments INTERNES (comme dans le module pur de tenségrité) mais aussi par des éléments EXTERNES (c'est la notion de précontrainte externe).

En effet, le corps humain est soumis, en plus de ses propres tensions internes, à des tensions externes dues à la pesanteur et la gravitation, et à la sollicitation de forces externes. Il est en permanence en appui quelle que soit sa posture (debout, assise, couchée...), à l'exception du saut et de l'apesanteur.

Par analogie nous pouvons ajouter que :

- Le ballon est une structure autocontrainte dont la membrane souple est assimilée au réseau de câbles et le gaz comprimé aux barres en compression. Les cavités du corps humain se comportent de la même manière.
- Les branches de l'arbre auxquelles est suspendue la toile d'araignée représentent les éléments en compression. Les structures musculaires et conjonctives du corps humain sont supportées par les structures ostéo-cartilagineuses.

Avec vos deux doigts, faites la même expérience qu'avec la peau et exercez une compression de votre paroi abdominale : vous obtiendrez également un comportement élastique dont la courbe est en forme de J.

Une autre adaptation structurelle est illustrée par les nœuds qui peuvent également relier entre eux des éléments semblables (barre-barre et /ou câble-câble) sans changer en rien les propriétés de tenségrité.

Enfin, certaines structures « tenségrales » sont composées uniquement de barres ; dans ce cas, certaines barres sont sollicitées en traction et jouent ainsi le rôle initialement rempli par les câbles (les grues pendulaires en sont un bel exemple et, au niveau humain, les os le sont également).

Ces différentes adaptations proposées par le concept énergétique ne sont pas en opposition avec le concept original de Fuller et sa définition officielle.

Toutes les propriétés des modules en tenségrité sont donc bien conservées.

2. Appliquons ce concept énergétique au corps humain en commençant par le niveau cellulaire.

REMARQUE PRÉLIMINAIRE : la tenségrité est appliquée in extenso et de manière stricte en architecture et en ingénierie.

En biologie cellulaire, ce concept est très bien documenté. Au niveau du tissu conjonctif, les études sont également engagées. En ce qui concerne la biomécanique, les études sont nettement plus récentes et le concept de tenségrité, au stade actuel, constitue un outil didactique et de compréhension précieux ; les modèles biomécaniques que nous vous présenterons ultérieurement seront inévitablement à l'avenir améliorés mais sont aptes, dès à présent, à servir de pistes de réflexion. C'est dans cette optique que nous vous les proposerons.

L'étude des phénomènes biologiques gouvernant la vie cellulaire repose classiquement sur la description et l'analyse de réactions chimiques en cascade jusqu'à la production d'un phénomène signifiant, par exemple la production d'une hormone. Il est très difficile en croisant les données scientifiques de ce type d'études, d'obtenir une vision globale de l'activité cellulaire.

Ceci amène nécessairement à chercher si des structures ne peuvent pas, au moins en partie, fédérer, organiser, réguler tous ces facteurs individuels en vue d'obtenir une réponse globale plus cohérente (la cellule croît, se différencie, produit, se déplace parfois, se divise... et meurt).

Pour satisfaire une telle démarche, la clé réside dans la façon dont tous ces signaux sont intégrés.

La tenségrité, en prenant en compte l'existence des structures mécaniques, est une des alternatives au raisonnement biochimique pur pour rendre compte de ce type de comportement cellulaire. Elle propose, en effet, un comportement mécanique intégré en expliquant comment une contrainte physique extracellulaire entraîne et coordonne une réponse intracellulaire (signal transduction) et inversement. Il convient dès lors, pour suivre ce raisonnement, de voir schématiquement comment la cellule et son environnement sont organisés pour remplir ce rôle de coordination mécanique en harmonie avec les caractéristiques de la tenségrité.

C'est Ingber en 1975 qui fut le pionnier en la matière et depuis, un nombre impressionnant d'études rigoureuses ont été faites à ce sujet (de nombreuses recherches portent sur les conséquences des stimulations mécaniques au niveau de l'activité biochimique de la cellule).

Dans le cadre de cet article, nous ne pouvons que citer succinctement et schématiquement ces différentes structures.

Toutes les cellules ont un cytosquelette (CSK) qui génère en son sein, à la manière d'un module de tenségrité, une tension qui s'exerce sur la membrane cytoplasmique et sur les différents organites intracellulaires, y compris le noyau.

L'adhésion de la membrane cytoplasmique à la matrice extracellulaire (MEC) et / ou aux cellules voisines se fait par le biais de récepteurs spécifiques liés aux CSK (fig.6).



(fig.6) Dessin concept , volontairement schématique , à seule fin illustrative

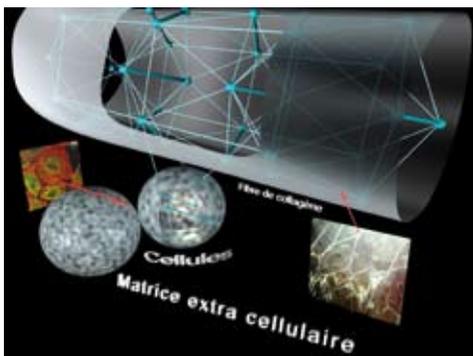
Voir les articles de synthèse in « reviews » et la thèse de J.F.Mégret (2003).

Le CSK lui-même est mécaniquement constitué de micro-filaments (MF), de filaments intermédiaires (IF) et de microtubules (MT).

Le rôle de ces molécules a été mis en évidence dans le mécanisme de transduction intégrant les relations réciproques entre les signaux mécaniques et chimiques. L'application d'une contrainte mécanique sur ces récepteurs spécifiques modifie l'activité biochimique de la cellule, l'activité nucléaire, la morphogenèse et l'expression génétique. Ce qui signifie également que toute modification de l'activité biochimique entraîne un changement au niveau de la structure cellulaire et de son voisinage.

D'un point de vue mécanique, les structures cellulaires et extracellulaires ont bien les caractéristiques du modèle énergétique de tenségrité et se comportent comme tel.

Il existe en plus un complexe hiérarchique de tenségrité constitué de deux structures emboîtées (noyau-cellule), reliées, elles, par des éléments (protéines) sous tension qui modélisent et la cellule et son noyau (fig.7).



(fig.7) Dessin concept modélisant le rapport entre la cellule et le noyau

L'application de ces principes de tenségrité au niveau cellulaire nous invite déjà à considérer le corps humain comme un matériau composite, dans lequel chaque unité fonctionnelle conserve ses caractéristiques propres tout en participant aux propriétés fonctionnelles de l'ensemble. Notre approche clinique manuelle diagnostique et thérapeutique en occlusodontie s'inspire largement de ce concept.

BIBLIOGRAPHIE RESTREINTE (lectures conseillées)

GUIMBERTEAU, Jean-Claude. Promenades sous la peau, Strolling under the skin, Paris : Elsevier, 2004.

GUIMBERTEAU, Jean-Claude & Sentucq-Rigal, Jean & Panconi B. & Boileau R. & Mouton P. & Bakhach Joseph. << Introduction à la connaissance du glissement des structures sous-cutanées humaines >>, Annales de chirurgie plastique esthétique. Vol. 50 n° 1 (2005), Paris : Elsevier.

MEGRET, Jean-François. La tenségrité, vers une biomécanique ostéopathique, Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'ostéopathie, Montpellier, 2003.

PIRON, Alain. Techniques ostéopathiques appliquées à la phoniatry. Tome 1 Symétrie, Lyon ; 2007.

INGBER, Donald. E. The architecture of life. Scientific American. Inc. January 1998.



Une petite tête performante.



Grâce à la nouvelle tête des contre-angles Synea, votre champ de vision s'élargit et votre travail devient plus agréable. La tête compacte, intégrant le nouveau spray Penta, offre une vision claire et panoramique tout en facilitant l'accès à la zone de traitement. Les contre-angles Synea prouvent fois de plus qu'ils ont une longueur d'avance en termes de qualité.

W&H Benelux
Voetballersstraat 36
2850 Boom, Belgium
t +32 38444985
f +32 38446131
wh@telenet.be wh.com

synea
Ready for imitation.

Les composants prothétiques innovateurs de l'implant Ankylos



Paul WEIGL, DMD

Professeur adjoint du service de dentisterie prothétique de l'université J. W. GOETHE à Francfort (D).

Problématique : tous les systèmes implantaires sont dotés de piliers destinés à assurer la stabilité de la prothèse dentaire. Le système implantaire Ankylos présente une connexion conique usinée (cône morse). Cette connexion conique possède une haute résistance en flexion et en rotation ce qui limite considérablement les risques de fracture ou de mobilité de la vis.

Objectif : cet article décrit la configuration et les caractéristiques mécaniques du système implantaire Ankylos, un système permettant de réaliser des restaurations esthétiques, naturelles et à long terme dont le prix de revient est raisonnable.

Méthodes : étude de la littérature clinique.

Résultats : après au moins 5 ans de mise en fonction (moyenne = 6,3 ans), les résultats cliniques portant sur des couronnes unitaires sur implants Ankylos en secteur latéral sont excellents par rapport aux résultats obtenus avec d'autres systèmes où l'on observe un taux élevé de complications prothétiques. Une complication au niveau des piliers s'est produite seulement sur 1,3% des 233 implants dotés de couronnes prothétiques avec une surface occlusale physiologique.

Conclusion : ce système implantaire est extrêmement bien conçu pour réhabiliter une arcade édentée.

INTRODUCTION

Les implants sont largement utilisés pour assurer l'ancrage et la sustentation de prothèses adjointes et conjointes. Les progrès technologiques rapides et une plus vaste utilisation des implants en dentisterie ont donné le jour à toute une gamme de systèmes implantaires. Tous ces systèmes sont basés sur le même principe : une partie de l'implant (le pilier) émerge de la crête pour permettre l'ancrage de la restauration. La conception des prothèses tout comme les procédures mises en œuvre pour les fabriquer dépendent de la configuration propre à chaque implant. Hormis le fait de fournir un ancrage à la prothèse, la configuration d'un implant doit répondre à d'autres

critères importants pour obtenir une restauration de grande qualité. La configuration de l'implant doit (1) permettre le développement de contours physiologiques pour les prothèses fixes implanto-portées qui soient identiques à ceux obtenus avec des prothèses fixes dento-portées ; (2) assurer une grande esthétique des restaurations ; (3) garantir des restaurations très résistantes et de longue durée ; (4) offrir un excellent rapport qualité/prix et une grande fonctionnalité. L'implant Ankylos (Friadent GmbH, Mannheim, Allemagne) répond à toutes ces exigences.

CONFIGURATION DE L'INTERFACE IMPLANT-PILIER

L'implant Ankylos présente une connexion unique entre l'implant et le pilier prothétique. La section du pilier est plus petite que la largeur du haut de l'implant du fait de la connexion conique implant-pilier (figure 1). La partie mâle (le cône) est reliée à la partie femelle (la matrice conique) par une vis centrale ce qui garantit un ajustage de type « clavette » au sein de la connexion conique. L'axe du cône assure une très forte friction rétentive entre le pilier et l'implant, éliminant ainsi tout risque de rotation du pilier en bouche.

La vis de serrage du pilier, généralement la pièce la plus faible de tous les autres systèmes implantaires, est totalement protégée contre les sollicitations excessives. Les forces horizontales s'exerçant sur cette connexion conique parfaitement jointive, ne génèrent aucune contrainte de la vis de fixation centrale. La connexion conique fait partie des connexions les plus appréciées pour des indications nécessitant la distribution d'importantes forces transversales. L'implant Ankylos exploite au maximum la technologie du cône afin d'offrir une connexion beaucoup plus performante que les connexions implant-pilier plus classiques. Les atouts de cette connexion sont les suivants (1) la connexion conique usinée reliant l'implant au pilier fournit une grande résistance mécanique aux sollicitations fonctionnelles générées par les forces non axiales s'exerçant sur



1_L'implant Ankylos avec connexion implant-pilier en forme conique. Le cône transmet les forces horizontales sur une large zone de l'implant. La vis du pilier est pratiquement libre de sollicitations.

le pilier ; (2) les forces de flexion horizontales sont réparties de façon homogène sur l'ensemble de la connexion au pilier ; et (3) les contraintes que subit la vis de fixation centrale sont fortement réduites lors de la mise en charge de l'implant-pilier. L'inclinaison du cône a été étudiée de manière à ce que le serrage manuel des composants élimine le hiatus entre l'implant et le pilier. Ce joint est suffisamment rétentif pour prévenir toute désolidarisation du pilier et de l'implant. Avec la connexion conique Ankylos, la vis du pilier assure une rétention uniquement lors de la mise en place du pilier. La friction rétentive sécurise l'ancrage du pilier mis en place. Certains implants sont dotés de cônes dont l'axe se rapproche de la verticale par rapport au cône d'Ankylos et le pilier est enfoncé à l'aide d'un maillet dans l'implant¹. Il est alors extrêmement difficile, voir impossible, de remplacer le pilier ou de reporter sur le maître-modèle l'inclinaison du pilier en bouche.

CONFIGURATIONS DE PILIER

Il existe 2 types de piliers pour cet implant : le pilier Standard à 1 composant (Figure 2A) et le pilier Balance à 2 composants (Figure 2B). Les piliers Balance sont disponibles en titane ou en zircone et répondent à des indications prothétiques spécifiques.

Pilier Standard

Le pilier Standard à 1 composant comporte (1) une extrémité filetée assurant le serrage du pilier dans l'implant ; (2) la partie mâle conique pour la distribution des contraintes ; et (3) la partie prothétique fonctionnelle proprement dite (par ex. attachements par bouton pression, pivot pour une couronne etc.). Le pilier se monte sur l'implant avec une clé à cliquet. Pour les cas avec quelques dents naturelles manquantes, la procédure clinique et prothétique est identique à celle mise en œuvre pour la pose de couronnes et bridges sur dents naturelles. Dans le cas d'une prothèse complète, il existe des piliers spéciaux de type attachements par bouton pression ou magnétiques. Le pilier Standard est essentiellement conçu pour les dents latérales où il est rarement nécessaire de modifier la forme du pilier pour obtenir un résultat esthétique. Pour le transfert de la position du pilier en bouche sur le modèle de travail, on met en place des transferts puis on prend une empreinte. On monte ensuite soigneusement des analogues sur les transferts présents dans l'empreinte. Un modèle en plâtre est alors coulé. Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire de réduire la partie supérieure avant du pilier afin d'aménager un espace suffisant pour le cosmétique d'une restauration céramo-métallique et améliorer ainsi l'esthétique. Ce meulage peut se faire en bouche mais le

prothésiste peut aussi réduire l'analogue du pilier sur le modèle de travail et réaliser un transfert indiquant le volume et l'emplacement du matériau à meuler sur le pilier en bouche. Le pilier Standard comporte une seule pièce et résiste aux énormes charges classiquement observées sur la partie coronaire des prémolaires et molaires même en cas d'un important bruxisme. La résistance en fatigue de cette interface implant-pilier est élevée. Après un cycle de mises en charge à 100 N, une force appliquée perpendiculairement à l'axe longitudinal de l'implant n'a provoqué aucune mobilité ou fracture du pilier. Ce pilier est beaucoup plus économique que le pilier Balance à 2 composants car sa production nécessite moins d'étapes.

Le pilier Balance

Le pilier Balance est un pilier à 2 composants qui remplace le filetage intégré du pilier à un seul composant par une vis qui tourne autour du pilier (Figure 2A). Il est possible de faire pivoter la vis de fixation pour serrer ce pilier sans le déplacer. Cette caractéristique unique autorise le positionnement du pilier angulé à 2 composants dans tout axe cliniquement souhaitable. Après avoir orienté le pilier, on le fixe en serrant la vis pour prévenir toute mobilité. Le pilier peut donc être asymétrique et reproduire ainsi fidèlement la taille et la forme de la dent naturelle après préparation (Figures 2B, 3A, 3B).

Le pilier à 2 composants se monte sans souci sur le modèle de travail. Sa forme (pilier asymétrique) réduit le temps que pourrait consacrer le prothésiste à orienter et à mettre en forme le pilier, contrairement au pilier Standard à 1 composant. C'est un avantage majeur notamment lorsque le pilier est fabriqué dans une céramique zircone à haute densité (Figure 3B). En présence de plusieurs piliers avec des suprastructures à attachements, les piliers angulés se parallélisent rapidement sans un gros travail de mise en forme. Au cours de la fabrication, le filetage de la vis du pilier à 2 composants n'est pas réalisé dans la tige de la vis ce qui nuirait à la résistance mécanique de cette vis. En fait, on introduit une tige de vis dans un trou central au sein du pilier angulé, on met en place une gaine sur l'extrémité de la tige et on réalise un soudage laser des deux pièces. Le filetage est intégré dans cette gaine (Figure 2B). Contrairement à de nombreuses autres vis de fixation de piliers, avec ce procédé de fabrication unique, la vis ne peut se désolidariser du pilier. Le pilier à 2 composants est spécifiquement conçu pour les implants où l'on doit éventuellement retoucher la taille ou la forme du pilier pour des raisons esthétiques (Figures 4A à 4E). La position en bouche des implants doit être transférée avec précision sur le modèle de travail



2A_ Le pilier Standard à 1 composant du système implantaire Ankylos.



2B_ Le pilier Balance à 2 composants avec une vis de serrage centrale (version illustrée en oxyde de zircone ; il existe également une version en titane). Le pilier peut pivoter dans la position voulue et il est ensuite serré avec la vis centrale (note : la vis tourne au sein d'une gaine au cœur du pilier et ne peut pas se désolidariser du pilier).

avec les transferts montés sur ces implants et leur rapport enregistré à l'aide d'une empreinte de précision (Figures 5A à 5C). Les analogues sont montés dans l'empreinte puis on coule un modèle de travail. On peut alors procéder facilement aux modifications requises sur le maître-modèle du laboratoire. Le prothésiste choisit les piliers adéquats, les met en place sur les analogues du maître-modèle. Il termine la restauration et vérifie la précision d'ajustage et l'esthétique sur le maître-modèle. Les restaurations sont ensuite prêtes pour remise au praticien qui vérifiera leur ajustage, leur forme et leur esthétique en bouche. Pour transférer exactement du maître-modèle en bouche la position des piliers à 2 composants, on confectionne une clé de repositionnement en résine. Lorsque la restauration est posée en bouche pour contrôle, la vis n'a pas besoin d'être serrée car la précision d'adaptation de la connexion conique assure la rétention finale requise. Si la restauration est satisfaisante, on peut alors visser totalement la vis sans que le pilier à 2 composants ne bouge. Dans le cas de bridges ou de couronnes solidarisées, leur infrastructure métallique peut être utilisée en lieu et place de la clé de repositionnement pour reporter en bouche la relation des piliers, établie sur le modèle de laboratoire.

IMPACT CLINIQUE DE L' INTERFACE PILIER-IMPLANT

La configuration du pilier Ankylos (Figure 1) est très intéressante sur le plan clinique pour plusieurs raisons : (1) les surfaces occlusales sont physiologiques ; (2) les couronnes unitaires sont non solidarisées ; (3) les possibilités d'ancrage de la prothèse sur le pilier multiples et (4) l'esthétique est meilleure.

Surfaces occlusales physiologiques

La fonction des surfaces occlusales de prothèses implantoportées est similaire à celles des dents naturelles (entre autres, assurer une fonction masticatoire parfaite sous une force minimale et protéger le parodonte des dents antagonistes et l'articulation maxillaire contre les charges indésirables). La différence essentielle réside dans le fait que l'implant est « ankylosé » dans l'os alors que la dent naturelle est maintenue par le ligament parodontal. Les études menées sur les animaux par différents groupes^{2,3} ont montré que les forces horizontales

s'exerçant sur les suprastructures ne provoquent pas d'altérations histologiques à l'interface os-implant, comparativement au groupe témoin. Les études cliniques⁴ confirment l'absence de différence significative entre des piliers droits et des piliers angulés en matière de pérennité des restaurations implantoportées.

La charge mécanique acceptable pour des systèmes implantaire dépend de l'axe. La plupart des piliers à 2 composants vissés sont sensibles aux forces horizontales s'exerçant sur le pilier si la charge admissible de la connexion implant-pilier est faible. L'étude de Möllersten et al.⁵ a démontré que les systèmes implantaires avec un hexagone externe court (3i, Brånemark, Londres, UK) sont très peu performants. Cette faible charge admissible au niveau de la connexion a conduit à mettre au point des concepts occlusaux spécifiques pour les prothèses implantoportées, avec pour objectif de protéger l'implant de sollicitations mécaniques excessives génératrices d'échecs.

Cliniquement, les plus fortes sollicitations mécaniques s'exerçant sur un implant se produisent en présence de restaurations coronaires sur molaires non solidarisées. Actuellement, la résistance mécanique de nombreuses connexions vissées est trop faible et les vis⁵⁻⁹ se desserrent ou se fracturent avec de surcroît le risque de fracture de l'implant. Pour limiter la charge horizontale, on conseille aujourd'hui¹⁰ pour la surface occlusale de limiter l'extension vestibulo-linguale, de prévoir un angle cuspidien plat et d'éviter une occlusion dynamique en latéralité. La connexion implant-pilier de l'implant Ankylos possède une résistance particulièrement élevée dans le sens horizontal ce qui autorise la conception d'une surface occlusale physiologique. L'angle cuspidien d'une couronne implantoportée se définit exclusivement par les critères anatomiques et dans certaines circonstances, cet angle peut être très raide. Il est également possible de réaliser un guidage canin avec des couronnes cuspidées implantoportées.

Couronnes unitaires non solidarisées

Les couronnes et les bridges avec des connecteurs sont difficiles à nettoyer et propices à la rétention d'aliments sous



3A_ Pilier Balance en titane.



3B_ Pilier Balance « Cercon » en céramique zircone à haute densité.



4A_ Cas clinique : fabrication d'une couronne sur pilier Balance Ankylos.



4B_ Même cas clinique en vue occlusale avec le pilier en place.



4C_ Même cas clinique en vue antérieure.



4D_ Même cas clinique après insertion de la couronne définitive.



4E_ Même cas clinique où l'on voit les papilles interdentaires qui se sont formées et toujours présentes 5 ans après la pose.

C3+/C4+/C5+ – UN CONCEPT DECLINE EN TROIS VERSIONS

La flexibilité et l'individualité en plus

Comment préférez-vous travailler ? Favorisez-vous le traitement avec le modèle à fouet, le modèle à cordons pendants ou le modèle unique à déplacement parallèle de Sirona ? Les postes de travail C3+, C4+ et C5+ vous encouragent à optimiser votre méthode de travail individuelle.

Basés sur un concept de construction commun, les fauteuils bénéficient des mêmes avantages : Par exemple, la tète « MultiMotion », qui vous permet une visibilité optimale et totale. Renseignez-vous dès aujourd'hui sur nos concepts innovateurs qui optimiseront et garantiront les avantages de l'utilisateur. Avec Sirona, chaque journée est une bonne journée.

Distributeurs agréés Sirona :

Codema NV

Schaapsdreef 27

B-8500 Kortrijk

Tél.: +32 (0)56 22 83 17

Fax: +32 (0)56 22 83 24

<http://www.codema.be>

Henry Schein demedis dental nv/sa

Telecom Gardens 2, Medialaan 36

B-1800 Vilvoorde

Tél.: +32 (0)2 257 40 50

Fax: +32 (0)2 257 40 51

<http://www.henryschein.be>



www.sirona.com

The Dental Company

sirona.

ces connecteurs. Des couronnes unitaires non solidarisées simulent les dents manquantes bien mieux que des bridges. Si le volume osseux est suffisant, il convient d'envisager le remplacement de toute dent manquante par une restauration unitaire implanto-portée (Figure 6A à D). Si une augmentation osseuse s'avère nécessaire, il faut étudier les risques et les bénéfices et comparer avec d'autres options thérapeutiques telles qu'un bridge implanto-porté ou dento-implanto-porté¹¹. La solidarisation de couronnes unitaires implanto-portées compromet une bonne hygiène bucco-dentaire. Toutefois, la solidarisation est efficace pour prévenir une charge excessive dans le sens horizontal sur les implants individuels. Ce point de vue est confirmé⁸ par le comportement clinique des implants à faible résistance mécanique⁹. Dans des cas de molaires absentes, les complications prothétiques (desserrage et fracture de la vis) ont été réduites de 48% à 8% par l'insertion de 2 implants Bränemark¹². Toutefois, ce type de restauration sur molaire est difficile à nettoyer (furcation simulée), complexe, onéreuse et surtout inutile si l'on utilise un implant très résistant au lieu d'un implant à faible résistance¹³. Les prothèses susceptibles de générer d'importantes charges horizontales sur l'implant telles que des couronnes unitaires dans la région molaire sur des patients atteints de bruxisme, nécessitent un système implantaire doté d'une très haute

résistance mécanique si l'on doit éviter une solidarisation des suprastructures. Pour obtenir cette haute résistance, la connexion implant-pilier doit résister à une forte charge non axiale et tel est le cas de ce système implantaire. A l'université J.W. Goethe de Francfort en Allemagne, toutes les prothèses implanto-portées sont contrôlées tous les 6 mois et les paramètres cliniques sont enregistrés dans une banque de données. Les résultats cliniques des couronnes unitaires sur implants Ankylos en région molaire sont excellents après un minimum de 5 ans de mise en charge (moyenne = 6,3 ans) par rapport aux résultats obtenus avec d'autres systèmes où l'on observe un taux élevé de complications prothétiques^{6,7,9,12}. Une complication au niveau du pilier a été observée sur seulement 1,3% des 233 couronnes sur implants Ankylos et dotées d'une surface occlusale physiologique. Ce taux de complications minime est d'une importance capitale car 10,2% des implants avaient été posés sur des patients atteints d'un bruxisme prononcé. Le bruxisme ne constitue pas une contre-indication à la pose d'une prothèse implanto-portée si l'on utilise des implants très résistants. Même sur un patient atteint de malocclusion, les implants ont résisté aux charges extra-axiales pendant des années.



5A_ Cas clinique : Transfer de la position de l'implant à l'aide du pilier de repositionnement.



5B_ Même cas clinique en vue occlusale avec le pilier « Cercon » en place.



5C_ Même cas avec couronne définitive et des papilles interdentaires bien formées.



6A_ Cas clinique : Pilier naturel taillé avec 2 piliers Balance postérieur mis en place. La vis centrale a été serrée pour ancrer les piliers dans une position cliniquement acceptable en bouche.



6B, 6C_ Insertion des couronnes unitaires définitives.



6D_ Restauration définitive de couronnes unitaires non-solidarisées.

Mode de rétention de la prothèse

Il est très rare d'observer une mobilité du pilier avec le type de connexion conique utilisée pour l'implant Ankylos. Comparativement à un vissage de la prothèse, le scellement a le gros avantage de ne pas créer de hiatus entre le pilier et la prothèse qui est quasiment impossible à nettoyer. Les prothèses scellées sont (1) plus simples techniquement ; (2) plus économiques à fabriquer ; et (3) demandent moins de compétences techniques que des prothèses vissées. Les problèmes fonctionnels ou esthétiques des piliers vissés à l'aide d'une vis centrale se résolvent par le scellement. (Figures 4D et E, figure 6D). L'utilisation d'une vis transversale pour ancrer la couronne demande davantage d'alliage au niveau de la tête de la vis. De plus, il faut procéder à un surcontour plus important de la restauration avec un risque de problèmes parodontaux par la suite. Les inconvénients du scellement sont les suivants : (1) plus d'accès à la vis du pilier en cas de mobilité de ce dernier (ce n'est pas un gros problème avec la connexion conique implant-pilier de ce système implantaire) ; (2) accès limité aux tissus mous périimplantaires ; et (3) difficultés s'il faut pratiquer ultérieurement une éventuelle extension de la prothèse. On peut pallier à ces désavantages en utilisant un ciment provisoire et dans ce cas, la rétention est généralement suffisante pendant plusieurs années. Un scellement définitif ne s'impose que pour des bridges dento-implanto portés.

Esthétique

La connexion conique de ce système implantaire favorise la formation de tissu conjonctif autour du col sous-muqueux du pilier (figure 4A). Compte-tenu de la petite section du pilier, cette couche épaisse de tissu mou recouvre le titane de couleur gris foncé du col du pilier. L'épaisseur vestibulaire de ce col sera préservée en utilisant un pilier à 2 composants ou en meulant le bord antérieur du pilier Standard pour gagner de l'espace du côté vestibulaire. Résultat, la muqueuse du côté apical de la restauration présentera une saine teinte rose, une apparence normale. L'esthétique des implants classiques en 2 temps est parfois moins bonne du fait de la mince couche de tissu mou recouvrant la section apicale du pilier-implant. Pour résoudre ce problème, il faut recourir, si disponible, à un pilier tout céramique qui coûte cher.

Le profil d'émergence d'une couronne qui se crée pendant la cicatrisation ne dépend pas du diamètre de l'implant mais de la forme du pilier (Figures 4A à 4E). Le bord coronaire au niveau du pilier peut être étendu du côté apical sur 1 mm en partant de l'épaulement de l'implant afin de fournir davantage d'espace pour les tissus mous. Même en présence d'une

faible épaisseur de tissu mou recouvrant l'os crestal, cet implant permet d'obtenir un profil d'émergence naturel. Il faut insérer l'implant légèrement au dessous de l'os crestal ou au même niveau afin d'assurer la formation d'une couche de muqueuse aussi épaisse et large que possible.

La hauteur d'os autour de l'implant dépend pour beaucoup de la formation d'un espace biologique à l'interface pilier-implant^{14,15} qui fournira de l'espace pour le tissu conjonctif. Les expériences menées sur les animaux^{14,16} ont montré qu'avec des piliers classiques à plateforme la perte osseuse au niveau de la crête est d'environ 1,5-2 mm. Il existe deux raisons susceptibles d'expliquer cette perte : (1) les organismes anaérobies pathogènes ont tendance à se déposer dans les hiatus ou dans les espaces ouverts de certains systèmes implantaires en 2 temps. C'est notamment le cas si ces espaces sont exposés à l'environnement buccal et constituent une porte de sortie pour les toxines bactériennes ou les produits de corrosion en formation ; (2) Les forces cycliques se développant pendant la mastication génèrent des micro-mouvements entre l'implant et le pilier compte tenu du hiatus observé au niveau du joint implant-pilier. Ces micro mouvements tendent également à empêcher la formation osseuse dans cette zone¹⁷. Chou et al.¹⁸ n'ont pas relevé de perte osseuse crestale majeure (0,2 mm/y au cours des 36 mois qui ont suivi la pose de l'implant) avec ce système implantaire. La configuration unique du pilier Ankylos contribue également à la formation d'un espace biologique sain car la zone située entre l'épaulement de l'implant et le pilier n'est pas exposée à proximité de l'os (Figure 1). L'espace biologique représentant la distance entre l'os et le bord exposé de l'implant-pilier se déplace de la verticale à l'horizontale. Ce positionnement horizontal de l'espace biologique préserve la hauteur d'os initiale au sommet de l'épaulement de l'implant (figure 7). Par conséquent, les papilles continuent à se former car il est possible de conserver la plupart du temps à moins de 5 mm¹⁹ la distance verticale entre l'os et les contacts proximaux des superstructures.

La zone horizontale de l'os peut être augmentée avec des implants dotés d'un plus petit diamètre. Cet implant rend la tâche facile pour les raisons suivantes : (1) le profil d'émergence naturel d'une couronne antérieure sur implant Ankylos ne dépend pas du diamètre de l'implant mais du pilier (Figures 1, 2A et B, 4A à C, 7) ; (2) la résistance mécanique et la pérennité de sa connexion conique aux dimensions universelles ne dépend pas du diamètre de l'implant. Un implant Ankylos à petit diamètre ne compromet pas l'esthétique, pas plus que la résistance mécanique. Par contre, cet implant permet d'augmenter la largeur de l'os crestal servant de sup-



7_ Cas clinique avec une restauration implanto-portée sur molaire avec un recul de 5 ans. A noter l'excellente réponse de l'os et des tissus mous.

port à la muqueuse périimplantaire de recouvrement ce qui assure une grande stabilité de ces tissus. L'épaisseur osseuse de 1,5 mm entourant l'implant s'obtient généralement sans procédure d'augmentation. On évite ainsi d'avoir des zones d'os crestal fines qui auront tendance à se résorber tant que l'on n'aura pas atteint une épaisseur d'os homogène autour de l'implant.

Les implants à petit diamètre ont pour autre avantage de permettre un contact entre l'épaule et la crête dans la zone esthétique. Généralement, la hauteur d'os crestal est plus faible du côté vestibulaire et lingual que du côté proximal. Avec un implant de grand diamètre, au moment de l'intervention le praticien doit prendre une décision sur la profondeur de l'implant au niveau coronaire et apical. Si l'épaule de l'implant se situe en deçà de l'os dans la zone interproximale, l'épaule sera au même niveau que le bord osseux vestibulaire du fait des contours alvéolaires. Il y aura alors au niveau interproximal une considérable résorption osseuse due à la formation de l'espace biologique. Si par contre, l'épaule de l'implant se situe au niveau de l'os crestal interproximal, l'épaule du côté vestibulaire demeurera proportionnellement exposé ce qui, après guérison, générera un liseré gingival sombre du fait de sa translucidité intrinsèque. Cet inconvénient peut être éliminé en utilisant soit un épaule festonné²⁰ soit un implant de diamètre plus petit. En créant l'espace biologique dans les zones interproximales, il est possible de préserver les contours des tissus mous et les papilles entre les implants adjacents (Figures 4D et E, 5C).

Pour des couronnes ou des bridges en céramo-céramique, il est conseillé d'utiliser un pilier en céramique blanc ; le choix du matériau de céramique pour piliers est toutefois limité. La céramique zircone se caractérisant par une résistance en flexion et à la fracture plus élevée, le système Ankylos a opté pour l'oxyde de zirconium (Figure 5B et 5C) pour sa gamme de piliers en céramo-céramique. Si ce pilier doit être personnalisé, le prothésiste y passera beaucoup de temps et devra se servir d'instruments spécifiques à ce matériau. Le pilier à 2 composants (Figure 2B) s'apparente à une préparation de dent antérieure et demande nettement moins de temps pour

être personnalisé. La connexion conique autorise une rotation intégrale du pilier afin de l'intégrer harmonieusement dans l'arcade. Par contre, les connexions implant-pilier hexagonales ou octogonales permettent une rotation des piliers sur un maximum de 6 à 8 positions prédéfinies.

Mise en place de piliers au niveau de l'épaule sous-muqueux de l'implant

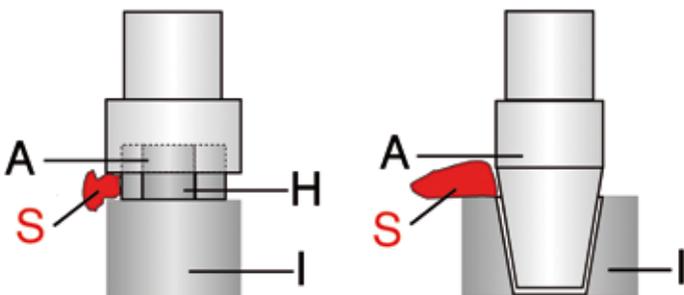
L'épaule du pilier doit être recouvert de tissu mou pour masquer la teinte grise du titane et pour placer le bord coronaire dans la région sous-muqueuse. Les connexions implant-pilier classiques s'étendant tout autour du diamètre de l'implant, elles peuvent emprisonner du tissu mou entre le sommet de l'implant et le pilier (Figure 8). Certains fabricants d'implants conseillent de prendre une radio après connexion du pilier pour prévenir cette complication éventuelle. La connexion conique innovante du système Ankylos permet de placer le tissu mou autour de celle-ci et sur la plateforme de l'épaule (Figure 1). Le petit diamètre du pilier émergeant de la connexion évite au tissu d'être pincé entre le pilier et l'implant (Figure 8) et une radiographie s'avère donc inutile. Les figures 4A à 4C montrent le collier de tissu mou, deux semaines après montage du pilier. Après retrait du pilier de cicatrisation, on dispose d'un accès propre au cône interne de l'implant et un collier de tissu ferme recouvre la section périphérique de l'épaule de l'implant (Figure 4A).

Choix illimité dans la combinaison des implants et des piliers de diverses dimensions

Les dimensions de la connexion conique de l'implant Ankylos sont totalement indépendantes de la longueur et du diamètre de l'implant. Cette connexion conique universelle offre un nombre illimité de combinaisons implant-pilier. Le stock de piliers est ainsi allégé. Il n'y a pas de risque d'associer un petit pilier et un implant de diamètre différent.

Attachement conique (télescopique) pour prothèses adjacentes

L'objectif premier d'une restauration implanto-portée est d'éviter (1) tout meulage inutile des dents naturelles pour des prothèses conjointes ; ou (2) la prothèse adjointe classique. En présence d'un petit nombre de dents résiduelles, d'un



8_ La connexion conique implant-pilier évite un pincement du tissu mou entre le pilier et l'implant, phénomène possible avec de nombreuses connexions hexagonales plates à 2 composants (A = pilier, I = implant, H = hexagone, S = tissu mou).

Bernard Lacroix et Carine Dessy forment un couple complémentaire dans la vie comme dans leur profession. Tous deux dentistes, ils ont installé leur cabinet à leur domicile de Wépion. Chacun s'est spécialisé dans un domaine précis, ce qui offre au cabinet 2 orientations : Madame Dessy privilégie les traitements pédiatriques et Monsieur les soins esthétiques.

Le fait de travailler ensemble leur donne de nombreux avantages. Chacun se partage les tâches en fonction de ses consultations respectives. Et si le cabinet peut rester ouvert de 8h00 à 21h00, c'est grâce à leur excellente collaboration et complémentarité. Ils disposent tous deux d'une grande flexibilité et d'une plus grande disponibilité.

TÉMOIGNAGE D'UN DENTISTE SATISFAIT DE SON PARTENAIRE INFORMATIQUE CORILUS

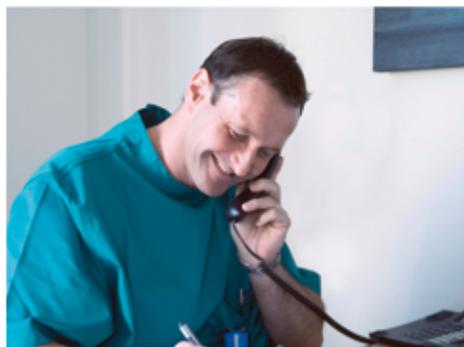
Interview de Bernard Lacroix, dentiste à Wépion

Pourquoi avez-vous pris la décision de vous informatiser?

BL: 'L'informatique est un réel gain de temps pour nous. Mon épouse et moi fixons directement les rendez-vous et lorsqu'un patient téléphone, nous ouvrons immédiatement sa fiche signalétique afin d'avoir un aperçu de ses traitements, anamnèses médicales, radiographies ... ce qui nous permet d'estimer la durée du rendez-vous. L'informatique nous aide énormément dans les tâches administratives. Ceci nous permet de mieux nous consacrer à nos patients. Un avantage non négligeable est également d'éviter d'avoir recours à une secrétaire.'

Pourquoi avez-vous choisi Corilus ?

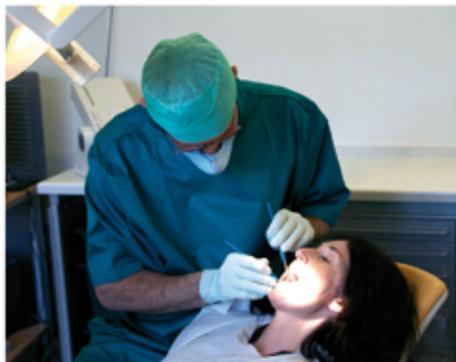
'Au départ, j'avais programmé un logiciel dont les fonctionnalités étaient similaires à celles d'Excel. Ensuite, j'ai découvert les solutions informatiques proposées par Corilus et j'ai été tout de suite séduit par le côté ludique. J'ai d'abord travaillé avec Grafo et ensuite avec Baltes.'



Que pensez-vous du logiciel Baltes et de ses fonctionnalités?

BL: 'Ce logiciel me donne entière satisfaction. Il s'agit d'un logiciel très complet qui dispose d'un

large éventail de fonctionnalités que je n'ai pas encore pu exploiter dans son intégralité...'



Que pensez-vous de l'utilité de l'imagerie médicale?

BL: 'J'ai toujours été convaincu par l'utilité des radiographies digitales ainsi que de la caméra intra-buccale dans le traitement dentaire. Utiles non seulement d'un point de vue médical mais aussi d'un point de vue didactique pour le patient, puisqu'il peut ainsi visualiser sa lésion. J'ai suivi les évolutions d'imagerie digitale proposées par Corilus, d'abord avec la RVG de Trophy et aujourd'hui avec les solutions digitales de Kodak.'

Quelles seraient les prochaines acquisitions qui pourraient vous intéresser?

BL: 'J'envisage d'agrandir mon cabinet pour 2009. En effet, je voudrais ajouter une nouvelle unité de soins qui serait en quelque sorte utilisée comme installation de 'délestage' afin de traiter les urgences. Je me réjouis aussi d'acquiescer la nouvelle solution d'imagerie digitale 3D de Kodak.'

De manière générale, êtes-vous satisfait?

BL: 'Tout à fait satisfait de Corilus, car il s'agit de solutions complètes avec un service 'après-vente' de qualité, très à l'écoute de mes attentes et un service technique compétent.'



Corilus Wallonie sa

Parc Créalyx
Rue Camille Hubert, 23
5032 Les Isnes
Tél.: +32 (0)81 40 70 00
Fax: +32(0)81 40 70 70
information@corilus.be
www.corilus.be

édentement total, de défauts de la crête alvéolaire antérieure, la pose de prothèses conjointes peut éventuellement nécessiter plusieurs implants. Dans la zone esthétique, il est souvent nécessaire de procéder à un remodelage chirurgical des tissus (greffes, chirurgie plastique des tissus mous) afin de disposer d'un volume osseux suffisant pour la pose d'implants. Ces procédures sont cependant réservées aux chirurgiens bien formés et expérimentés dans le domaine. De nombreux patients ne sont pas prêts à prendre de risques. Ils disposent soit de moyens financiers limités soit ils sont d'un âge suffisamment avancé pour préférer une prothèse adjointe. Ils veulent cependant des résultats prédictibles en matière de solidité, d'esthétique et de fonction.

Pour garantir la résistance et la fonction, plusieurs options sont possibles en prothèse adjointe: (1) on peut se limiter à 2 implants ; (2) un remodelage chirurgical des tissus n'est généralement pas nécessaire ce qui réduit considérablement le coût du traitement. En fonction du budget et de l'âge du patient, on pourra apporter des variantes au traitement. La plupart des patients âgés sont mentalement et physiquement capables d'entretenir leur prothèse adjointe eux-mêmes ce qui peut ne pas être le cas avec les prothèses conjointes. Comparativement à une prothèse conjointe, le nettoyage d'attachements non solidarités (aimant, bouton-pression, pilier télescope) est facile. Le taux élevé de réussite à long terme des implants endo-osseux (15 à 20 ans) a rendu nécessaire la conception de suprastructures adaptées à l'âge du patient (hygiène et manipulation simplifiées). Il existe différentes approches pour l'ancrage des prothèses adjointes : (1) les suprastructures sur barre qui ont prouvé leur efficacité clinique (sous respect d'une bonne hygiène bucco-dentaire et de contrôles réguliers) ; et (2) les suprastructures télescopiques qui offrent un meilleur confort et une plus grande stabilité de la prothèse. L'hygiène simplifiée et l'intégration de dents piliers dans la prothèse adjointe sont intéressantes sur le plan clinique²¹. Toutefois, les procédés classiques de fabrication des suprastructures télescopiques sont très difficiles, demandent du temps et coûtent chers. Elles ne sont donc pas très populaires. Afin de solutionner les problèmes de coûts associés à ce type de prothèse implanto-portée, le système

d'implant Ankylos propose justement des composants mâles et femelles usinés pour les télescopes qui s'intègrent facilement dans une prothèse adjointe. Les piliers innovants SynCone se présentent sous la forme de parties mâles coniques (Figure 9) que l'on peut aisément pivoter sur le maître-modèle. Toute différence d'alignement axial (qui définit l'axe d'insertion ou de retrait de la prothèse) des implants se corrige facilement en pivotant le pilier angulé de l'implant (Figures 10A à E). Les extensions sur les chapes qui viennent se loger sur les piliers fournissent des informations visuelles sur le parallélisme des piliers (Figures 10B à D). Après avoir déterminé la bonne orientation de la connexion du pilier SynCone, on peut la sécuriser en serrant la vis centrale avec la clé. Elle ne risque plus ensuite de bouger. Le temps nécessaire au prothésiste pour orienter les piliers SynCone et fabriquer une prothèse télescopique est nettement plus rapide. L'alignement des piliers dans un axe d'insertion unique se vérifie avec le parallélogramme (Figure 11A). Les piliers sont définitivement alignés sur le modèle de travail et serrés à l'aide d'une clé (Figure 11B). Cette situation est ensuite reportée en bouche (Figures 11C et D) à l'aide d'une clé en résine. Les parties femelles coniques sont alors montées sur les piliers (Figure 11E).

Le squelettique qui maintiendra les parties femelles en place est ensuite coulé, poli puis scellé sur les parties femelles en bouche (Figure 11C).

Ce traitement innovant répond à un besoin d'optimisation de la précision de contact du squelettique avec les cônes télescopiques lorsque les portées sont importantes (Figure 11G). Le scellement en bouche des parties femelles usinées au squelettique (Figure 11F) garantit une adaptation précise. Le squelettique sert de gabarit pour l'enregistrement des rapports intermaxillaires ainsi que de base pour l'empreinte des zones de muqueuse recouvertes par la prothèse. Elle permet de limiter les corrections éventuelles de l'occlusion et de la base prothétique au moment de la pose²². Le procédé de fabrication simplifié et accélère grandement les étapes prothétiques et cliniques. On élimine ainsi une critique majeure concernant les prothèses coniques implanto-portées – la fabrication prothétique relativement complexe qui demande



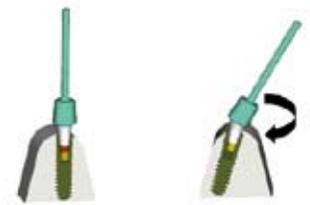
9_Le pilier usiné SynCone comporte 2 cônes. Le cône inférieur est destiné à la connexion conique implant-pilier et le cône supérieur reçoit la suprastructure prothétique. La vis centrale sécurise la position et l'orientation des 2 cônes.



10A_La pose chirurgicale des implants n'a pas assuré un parallélisme des piliers de 2 implants ou plus. Le pilier angulé SynCone est illustré à droite.



10B_Les instruments de parallélisation avec des extensions sont montés sur les piliers.



10C_Les extensions constituent une méthode visuelle pour définir une orientation commune.



10D_Les piliers sont tournés jusqu'à obtention d'une orientation commune qui permettra de fabriquer la prothèse définitive (les extensions sont alignées et parallèles) et les vis centrales sont alors serrées.



10E_Cet alignement axial est reporté en bouche à l'aide de clés en résine comme décrit précédemment.

une extrême précision et son coût pour le patient. Le degré de difficulté clinique est également moindre et équivaut à celui d'une prothèse avec un attachement de type boule²³ grâce à l'emploi des composants SynCone. Le patient en tire un bénéfice certain car la haute précision d'ajustage élimine la cinétique prothétique et le patient perçoit la prothèse comme un bridge ou comme ses propres dents²¹. Ce type de prothèse (Figure 11H) est donc de très haute qualité et sa fabrication est simple, reproductible et d'un bon rapport qualité/prix.



11A_Les instruments de parallélisation en place pour orienter les piliers SynCone au laboratoire avec un parallélogramme.



11E_Les parties femelles de précision (parties femelles de télescopes) sont montées sur les piliers (elles ne sont pas collées aux piliers ; la friction rétentive les maintient en place.)



11B_La clé en résine s'utilise pour enregistrer l'axe des piliers désiré avant de le reporter en bouche.



11A_Les instruments de parallélisation en place pour orienter les piliers SynCone au laboratoire avec un parallélogramme.



11C_La clé en résine et les piliers sont reportés en bouche (vue d'une clé en résine pour prothèse partielle conjointe).



11G_Empreinte finale avec squelettique.



11D_Vue clinique des piliers SynCone après transfert en bouche.



11H_Vue clinique finale de la prothèse télescopique terminée.

RESUME ET CONCLUSION

Les exemples présentés dans cet article montrent les caractéristiques essentielles de l'implant dentaire endo-osseux Ankylos et la polyvalence des éléments prothétiques innovateurs. L'ensemble autorise des solutions scientifiquement étayées et permet de réaliser des prothèses esthétiques à un coût raisonnable. Le système implantaire est parfaitement adapté à la réhabilitation de tout type d'édentements.

REFERENCES

1. Muftu A, Chapman RJ. Replacing posterior teeth with freestanding implants: four year prosthodontic results of a prospective study. *J Am Dent Assoc.* 1998;129(8):1097–102.
2. Asikainen P, Klemetti E, Vuillemin T, Sutter F, Rainio V, Kotilainen R. Titanium implants and lateral forces. An experimental study with sheep. *Clin Oral Implants Res.* 1997;8:465.
3. Celletti R, Pameijer CH, Bracchetti G, Donath K, Persichetti G, Visani I. Histologic evaluation of osseointegrated implants restored in nonaxial functional occlusion with preangled abutments. *Int J Periodont Restor Dent.* 1995;15:562.
4. Balshi TJ, Ekfeldt A, Stenberg T, Vrielinck L. Three year evaluation of Branemark implants connected to angulated abutments. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1997;12:52.
5. Mollersten L, Lockowandt P, Linden LA. Comparison of strength and failure mode of seven implant systems: an in vitro test. *J Prosthet Dent.* 1997; 78:582–591.
6. Ekfeldt A, Carlsson G, Borjesson G. Clinical evaluation of singletooth restorations supported by osseointegrated implants: a retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1994;9:179.
7. Henry PJ, Laney WR, Jemt T, et al. Osseointegrated implants for singletooth replacement: a prospective 5 year multicenter study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1996;11:450.
8. Rangert B. Mechanical and biomechanical guidelines for the use of Branemark System general principles. *Aust Prosthodont J.* 1993;7:39.
9. Rangert B, Mech E, Krogh P, Langer B, Van Roekel N. Bending overload and implant fracture: a retrospective clinical analysis. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1995;10:326.
10. Weinberg LA. Reduction of implant loading using a modified centric occlusal anatomy. *Int J Prosthodont.* 1998; 11:55.
11. Block MS, Lirette D, Gardiner D, et al. Prospective evaluation of implants connected to teeth. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2002;17:473–487.
12. Balshi T, Hernandez R, Pyszlak M, Rangert B. A comparative study of one implant versus two replacing a single molar. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1996;11:372.
13. Romanos GE, Nentwig GH. Single molar replacement with a progressive thread design-implant system: a retrospective clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2000;15:831–836.
14. Hermann JS, Buser D, Schenk RK, Schoolfield JD, Cochran DL. Biologic width around one- and two-piece titanium implants. *Clin Oral Implants Res.* 2001;12:559–571.
15. Cochran DL, Hermann JS, Schenk RK, Higginbottom FL, Buser D. Biologic width around titanium implants. A histometric analysis of the implanto-gingival junction around unloaded and loaded nonsubmerged implants in the canine mandible. *J Periodontol.* 1997;68:186–198.
16. Broggin N, McManus LM, Hermann JS, et al. Persistent acute inflammation at the implant-abutment interface. *J Dent Res.* 2003;82:232–237.
17. King GN, Hermann JS, Schoolfield JD, Buser D, Cochran DL. Influence of the size of the microgap on crestal bone levels in non-submerged dental implants: a radiographic study in the canine mandible. *J Periodontol.* 2002;73:1111–1117.
18. Chou C-T, Morris HF, Ochi S, Walker L, DesRosiers D. AICRG: part II: crestal bone loss associated with the Ankylos Implant: loading to 36 months. *J. Oral Implantol.* 2004;3:134–143.
19. Tarnow DP, Cho SC, Wallace SS. The effect of interimplant distance on the height of interimplant bone crest. *J Periodontol.* 2000;71:546–549.
20. Wohrle PS. Nobel Perfect esthetic scalloped implant: rationale for a new design. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2003; 5(suppl 1):64–73.
21. Weigl P, Lauer H-Ch. Advanced biomaterials used for a new telescopic retainer for removable dentures: ceramic vs. electroplated gold copings, Part II: clinical effects. *J Biomed Mater Res.* 2000;53(4):337–347.
22. Trimpou G, Weigl P, Arnig A, Lauernold R, Lee JH, Ko HC. Effiziente Herstellung von implantatgestützten Konusprothesen auf präfabrizierten Matrizen und Patrizen des Ankylos-Systems. *Interdisziplinäre Prothodontik Zahnheilkd.* 2003;6:126–137.
23. May D, Romanos GE. Immediate implant-supported mandibular overdentures retained by conical crowns: a new treatment concept. *Quintessence Int.* 2002; 1:5–12.

Retrouvez le sourire
avec

Eludril

Chlorhexidine 0,10 %

Antiseptique de référence

▶ Actif sur l'ensemble des germes pathogènes de la cavité buccale⁽¹⁻⁵⁾

▶ Réduit l'inflammation gingivale⁽⁶⁾

▶ Diminue l'indice de plaque⁽⁶⁾

▼
Gingivites - Parodontites -
Avant et après le détartrage -
Soins post-opératoires

Solution concentrée antiseptique

15 ml à diluer - 2 à 3 fois par jour
Après brossage et rinçage soigneux

Dénomination du médicament: Eludril 0,1 %, solution pour bains de bouche et gargarismes. Composition qualitative et quantitative: 0,1 g de digluconate de chlorhexidine pour 100 ml. Liste des excipients: Chlorobutanol hémihydr. 0,5% - Ethanol - Glycérol - Docusate sodique - Huile essentielle de menthe - Lévomenthol - Ponceau 4R (E 124) - Eau purifiée. Forme pharmaceutique: Solution pour bains de bouche et gargarismes. Indications thérapeutiques: Chirurgie stomatologique (pré et post-opératoire), gingivite, stomatite, parodontite, alvéolite, traitement de soutien des aphtes pour éviter une surinfection. Il s'agit d'un traitement symptomatique. Posologie et mode d'administration: 2 à 3 gargarismes ou bains de bouche par jour. La dose peut être augmentée sur avis médical. Verser la solution dans le gobelet doseur jusqu'au trait de 10, 15 ou 20 ml, puis compléter avec de l'eau tiède jusqu'au trait supérieur et utiliser comme

gargarisme ou bain de bouche. Laisser la solution en contact pendant 30 secondes puis la recracher. Répéter le gargarisme ou le bain de bouche jusqu'à utilisation de toute la solution diluée. SI CE MEDICAMENT N'APPORTE PAS D'AMELIORATION APRES 3-4 JOURS, IL EST CONSEILLE DE CONSULTER UN MEDECIN. Contre-indications: Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 6 ans et chez les personnes qui sont hypersensibles à la chlorhexidine ou à un des excipients. Effets indésirables: Troubles oro-buccaux (fréquence non-déterminée): une coloration brunâtre de la langue et des dents et une modification du goût peuvent survenir. Troubles généraux. Très rare: des allergies généralisées. Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché: PIERRE FABRE MEDICAMENT - 45 place Abel Gance - 92654 Boulogne Cedex - France. Statut légal de délivrance: Délivrance libre. Date de dernière mise à jour/approbation de la notice: mars 2004.

(1) J. Luc, C. Roques, M.N. Frayret, G. Michel, M. Ducani, J. Vandermander - Activité bactéricide in vitro de 5 antiseptiques bucaux vis-à-vis des principaux germes impliqués dans les affections bucco-dentaires. Journal de Parodontologie vol n°4/91, p. 361-367. (2) D. Grenier - Effect of chlorhexidine on the adherence properties of Porphyromonas gingivalis. J. Clin. Periodontol 1996, 23, 140-142. (3) C. Böhlen, B. Vandekerckhove, W. Papaioannou, J. Vaneldere, M. Quirynen - Full versus partial mouth disinfection in the treatment of periodontal infections. A pilot study: long term microbiological observations. J. Clin. Periodontol 1996, 23, 960-970. (4) C. Hermant, J. Luc, C. Roques, F. Petureau, R. Escamilla, M. Federlin-Ducani - Activité fongicide in vitro de différents bains de bouche sur la flore fongique gingivale de patients infectés par le VIH. Médecine et maladies infectieuses n°6/7 1997 Juin/Juillet. (5) S. Macneil, E. Rindler, A. Walker, AR. Brown, C.M. Cobb - Effects of tetracycline hydrochloride and chlorhexidine on Candida albicans. An in vitro study. J. Clin. Periodontol 1997, 24, 753-760. (6) A. Stanley, M. Wilson, HN. Newman - The in vitro effects of chlorhexidine on subgingival plaque bacteria. J. Clin. Periodontol 1989 n°16. (7) P. Bonesvill - Oral pharmacology of chlorhexidine. J. Clin. Periodontol 1977 n°5.



PIERRE FABRE
ORAL CARE

Présentation rationnelle des plans de traitement : L'IMPORTANCE DES QUESTIONS



Dr Edmond Binhas : Chirurgien-dentiste et fondateur du Groupe Edmond BINHAS

La présentation des plans de traitement est une étape clé dans les rapports avec vos patients.

Pour être rationnelle, cette présentation doit permettre à vos patients de répondre aux 4 questions suivantes :

De quoi s'agit-il ?

Qu'est-ce que cela va m'apporter dans la vie de tous les jours ?

Combien de temps cela va-t-il prendre ?

Combien cela va-t-il coûter ?

Il est donc critique de présenter un projet de traitement compréhensible et structuré. Cependant, parfois, malgré une excellente présentation, le patient pourra refuser votre plan de traitement. C'est ce pourquoi nous vous conseillons vivement de rationaliser votre présentation et d'apprendre à poser les bonnes questions. En effet, les patients n'accepteront les projets proposés que si vous les sensibilisez à la fois sur leur plan émotionnel et sur le plan logique.

Si votre patient ne comprend pas le traitement et n'a pas toutes les réponses à ses objections, arriver à le motiver se révélera très difficile.

La maîtrise des questions est l'un des secrets les plus importants pour accroître son efficacité relationnelle. Il existe deux types de questions : les questions ouvertes et les questions fermées.

1/ Les questions ouvertes

Dans mon approche, la présentation du traitement commence toujours par des questions ouvertes. Il s'agit d'une série de **questions appelant des développements de la part du patient**. Elles sont destinées à recueillir des informations générales sur le patient (comme ses hobbies, ses craintes, ses expériences dentaires antérieures, ses centres d'intérêt, etc.) Ce sont ces questions qui vous permettront de faire connaissance avec votre patient.

D'autre part, cela présente l'avantage considérable d'impliquer le patient dans le diagnostic et le processus de décision. Il y a une corrélation directe entre ce « questionnement » et l'acceptation des plans de traitement. Plus le nombre de questions ouvertes est important, plus vous aurez de chances de voir votre projet de traitement accepté.

En effet, inonder les patients d'informations trop cliniques tôt dans la présentation du plan de traitement peut les amener à ne plus comprendre vos explications. Les questions ouvertes vous indiquent si le patient en suit toujours le fil. En posant

vos questions ouvertes, laissez-lui une grande latitude dans ses réponses.

Exemples de questions ouvertes :

Que pensez-vous de votre sourire ?

Comment se sont déroulées vos précédentes expériences dentaires ?

Que pensez-vous des résultats des précédentes interventions ?

Que savez-vous des derniers progrès en dentisterie ?

Quel type de soins avez-vous reçu étant enfant ?

Les patients aiment parler d'eux-mêmes et de leurs expériences. Mais, ils ont simplement besoin de quelqu'un qui guidera la conversation. Ces questions vous aideront à mieux connaître les attentes et les souhaits de votre patient. En utilisant ces questions ouvertes, vous aurez l'assurance de comprendre et donc de satisfaire ces souhaits. Or, déterminer ces derniers au plus tôt est la clé du système.

Ces questions devraient en toute logique être posées durant l'entretien pré-clinique. Cela peut parfois prendre du temps. Presser les patients lors de cette étape délicate pourrait avoir des conséquences négatives dans l'acceptation du traitement. Prenez donc votre temps, et mettez ainsi vos patients à l'aise.

La condition sine qua none est d'offrir du temps à vos patients afin de parler. Les patients doivent avoir 80% du temps de parole durant cette conversation. Si vous trouvez que vous parlez plus que le patient, taisez-vous ! Il faudra également veiller à écouter de façon attentive. Lorsqu'il sent que vous êtes tout à fait attentif, il a plus d'estime pour vous et donc vous accorde sa confiance.

N'INTERROMPEZ JAMAIS VOTRE PATIENT ! (Je sais que vous le savez mais je vous demande surtout de le faire).

Concentrez-vous sur votre patient, et notez les points importants pour lui. Surmontez votre désir de sauter dans le diagnostic et le traitement.

2/ Les questions fermées

Les questions fermées, découlent automatiquement des questions ouvertes. **Les questions fermées demandent un OUI ou un NON comme réponse**. Elles ont pour objectif de faire préciser ou de confirmer les explications du patient. Vous devez apprendre à connaître et comprendre votre patient avant de poser des questions fermées. Si vous débutez les

questions fermées trop tôt, vos questions peuvent ne pas avoir de réponse du tout. Dans ce cas là, vous pouvez être certain que votre patient n'acceptera pas le traitement. La progression des questions ouvertes vers les questions fermées doit se faire en douceur.

Utilisez les questions ouvertes pour évaluer et percevoir les VRAIS besoins du patient. Notez les centres d'intérêts, les motivations, et surtout les zones de flou. Ce sont autant d'opportunités à explorer ultérieurement à l'aide des questions fermées.

Les questions ouvertes doivent être posées durant l'historique médical et dentaire et l'élaboration du diagnostic. Les questions fermées sont utilisées seulement durant la présentation **du traitement. C'est à ce moment que vous devez commencer** à orienter la conversation vers la conclusion.

Vers la fin de votre présentation, utilisez les questions fermées avec beaucoup de précaution. En effet c'est comme si vous marchiez sur un lac gelé. Vous ne devez pas courir, mais avancer pas à pas, en vous assurant à chaque fois que la glace est assez solide pour supporter votre poids. Veillez à être sur la même longueur d'onde que votre patient.

Exemples de questions fermées :

- *Désirez-vous un plus joli sourire ?*
- *Souhaitez-vous avoir une bouche en parfaite santé ?*
- *Avant votre venue, étiez-vous inquiet par rapport aux problèmes dentaires que nous risquons de trouver dans votre bouche ?*

- *Est-ce que ce sont bien ces dents abîmées qui vous font mal ?*
- *Seriez-vous intéressé par des implants pour le remplacement de vos dents manquantes ?*
- *Afin de restaurer votre sourire, souhaiteriez-vous que je place des céramiques sur vos dents de devant ?*

N'évoquez jamais le coût des traitements lors des questions fermées. Si un patient insiste pour connaître le montant des honoraires, c'est que vous n'avez pas assez insisté sur les points bénéfiques du traitement. Dites à votre patient que le montant des honoraires sera abordé en détail après la présentation du traitement. Le but de notre système est de donner au traitement suffisamment de valeur ajoutée pour que votre patient ait envie de le réaliser sans que les honoraires soient un vrai obstacle.

Une grande partie de l'éducation de votre patient concernant ses problèmes cliniques a déjà eu lieu durant la phase du diagnostic.

De plus, toutes vos questions, ouvertes ou fermées, ont maintenant une réponse. A cette étape, les patients devraient être prêts à en entendre plus sur ce que vous pouvez leur offrir. Vous êtes désormais fin prêt pour présenter votre traitement.

Pour en savoir plus sur notre méthode :
Groupe Edmond BINHAS - Cathie
contact@binhas.com

La Société de Médecine Dentaire signe un accord de partenariat avec Belgacom



Votre association professionnelle et scientifique vient de signer un accord de partenariat avec Belgacom, le N°1 de la téléphonie fixe et mobile ainsi que de l'accès à Internet en Belgique.

Le secteur dentaire, et nos membres en particulier, pourront bientôt bénéficier d'offres spéciales, de packages étudiés et adaptés à la Profession, d'articles et de formations à propos des télécommunications, de leur évolution, et de l'outil Internet.

Des actions spéciales seront proposées lors de nos activités (cours et séminaires) ainsi que lors du Dentex. Les membres de la Société de Médecine Dentaire seront les grands bénéficiaires de ce partenariat que nous espérons long et fructueux.

O C

formation continue

S o m m a i r e

- 39** Chirurgie 28 avril - Maîtrisez vos actes chirurgicaux sans stress - Théorie
Equipe du Pr ROMPEN - ULg
- 40** Chirurgie 28 avril - Maîtrisez vos actes chirurgicaux sans stress - Pratique
Equipe du Pr ROMPEN - ULg
- 41** Endodontie 15 mai - Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le retraitement sans oser le demander
- 42** Peer-review 19 mai
Equipe du Pr ROMPEN - UL
- 43** Kinésithérapie 24 mai - Céphalées/migraines, douleurs et dysfonctionnements des ATM...
Marc RENGUET, Laurent PITANCE, Philippe SAERENS
- 45** Ergonomie 5 juin - Ergonomie et problèmes de dos au cabinet dentaire - formation pratique
Fabienne PAPAIZIAN

Aide sensiblement les patients à optimiser les habitudes de brossage.

La nouvelle brosse Oral-B® Triumph™, avec SmartGuide™ est un système de brossage exceptionnel qui guide les patients et les aide à optimiser leurs habitudes de brossage. Le **SmartGuide autonome**, unique en son genre, est un écran sans fil qui offre une information en temps réel et encourage un brossage d'une plus longue durée*. En fait, les patients qui utilisent Oral-B Triumph avec SmartGuide ont **jusqu'à 5 fois plus de chances** de se brosser les dents pendant les 2 minutes recommandées deux fois par jour*.

Oral-B PROFESSIONAL CARE 9900™
TRIUMPH™ WITH WIRELESS
SMART GUIDE™
SMART TECHNOLOGY... BRILLIANT RESULTS™

Indicateur de remplacement de la brosette

Minuterie à quadrants



Capteur de pression innovant

Pour de plus amples informations, rendez-vous sur notre site dentalcare.com

*par rapport à une brosse à dents manuelle normale. [Données internes 2006, P&G]

CHIRURGIE

25 avril 2008

de 9h à 17h
Namur - Cercle de Wallonie

Accréditation demandée : 40 UA dom. 6 - Formation continue : 6h00

Maîtrisez vos actes chirurgicaux sans stress - Théorie

La petite chirurgie buccale fait partie intégrante de notre pratique générale. Savoir réaliser des petites interventions sans aucun stress peut nous rendre à nous ainsi qu'à nos patients de grands services.

De la chirurgie sans complexe...

- Préparation clinique à un acte chirurgicale
Asepsie, matériel, préparation du patient.
- Rappels anatomiques de base
- Les différents types de lambeaux
- Description d'interventions chirurgicales :
 - L' Extraction simple et chirurgicale
 - La dent de sagesse
 - La communication bucco-sinusale
 - La biopsie
 - L'excision de double lèvre
 - La frénectomie
 - L'allongement coronaire
- La gestion de l'hémostase : que faire quand ça saigne...
- La gestion post opératoire :
 - La douleur
 - L'infection
 - La cicatrisation



CHIRURGIE

26 avril 2008

de 9h à 12h30
Liège - Brull

Accréditation demandée : 20 UA dom. 6 - Formation continue : 3h00

Maîtrisez vos actes chirurgicaux sans stress - Pratique

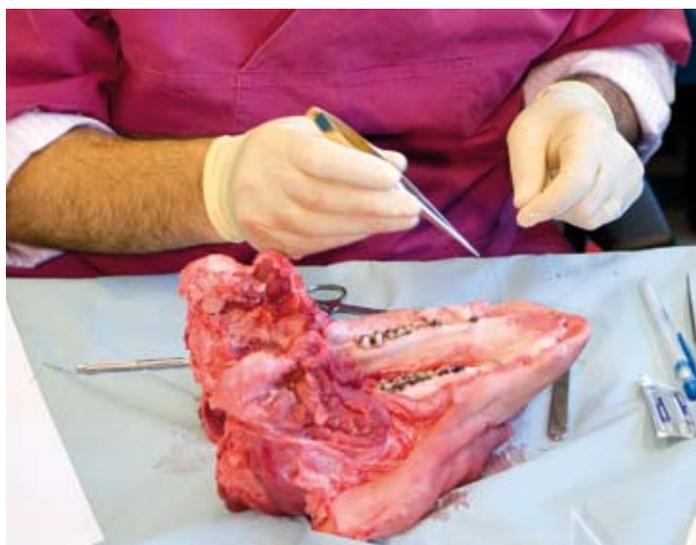
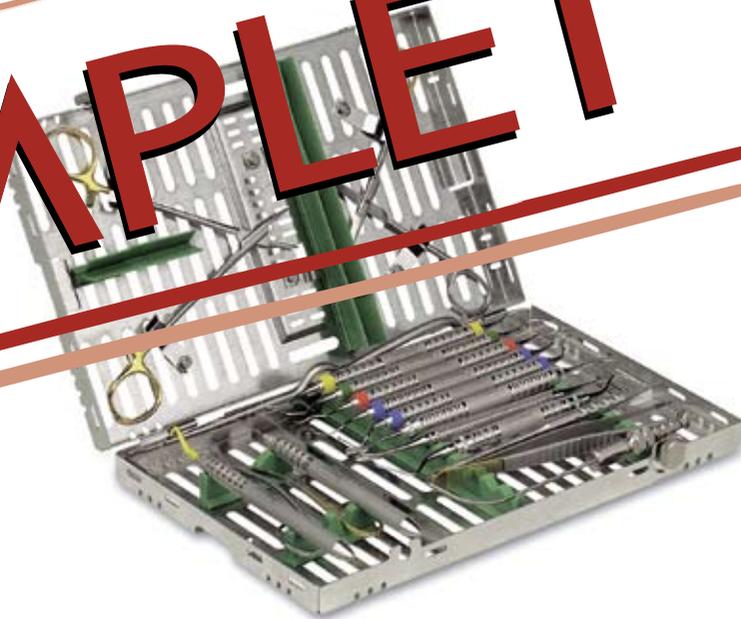
Passiez à l'acte ...

Rien de tel qu'un training pratique pour être définitivement à l'aise lors de vos interventions chirurgicales. L'équipe du Prof. Eric Rompen vous guidera dans la réalisation de plusieurs interventions chirurgicales sur modèle animal ou de démonstration.

- Extractions
- Allongement coronaire
- Différents types de lambdoux
- Sutures

Nombre de places limité à 20 participants,
ne tardez pas à vous inscrire !

COMPLET



ENDODONTIE

15 mai 2008

de 9h à 17h
Mons - FUCAM

Accréditation demandée : 40 UA dom. 4 - Formation continue : 6h00

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le retraitement sans oser le demander

En collaboration avec la BAET (Belgian Association of Endodontology and Traumatology)



V Gester, B Lombart, JP Siquet, S Buquet

Avant tout, les bases scientifiques :

- Les indications
- Le taux de succès
- L'aspect biologique

Pour commencer, l'accès aux canaux :

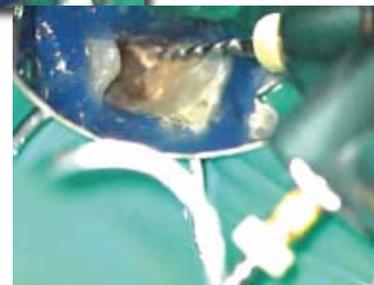
- La dépose des éléments prothétiques
- L'adaptation de la cavité d'accès
- La recherche des orifices canalaires

Pour continuer, la négociation jusqu'à l'apex :

- L'élimination des matériaux d'obturation
- La reconquête de l'apex
- La négociation des blocages

Pour finir, la gestion des difficultés :

- Les perforations
- Les instruments cassés
- Les dents à apex ouvert

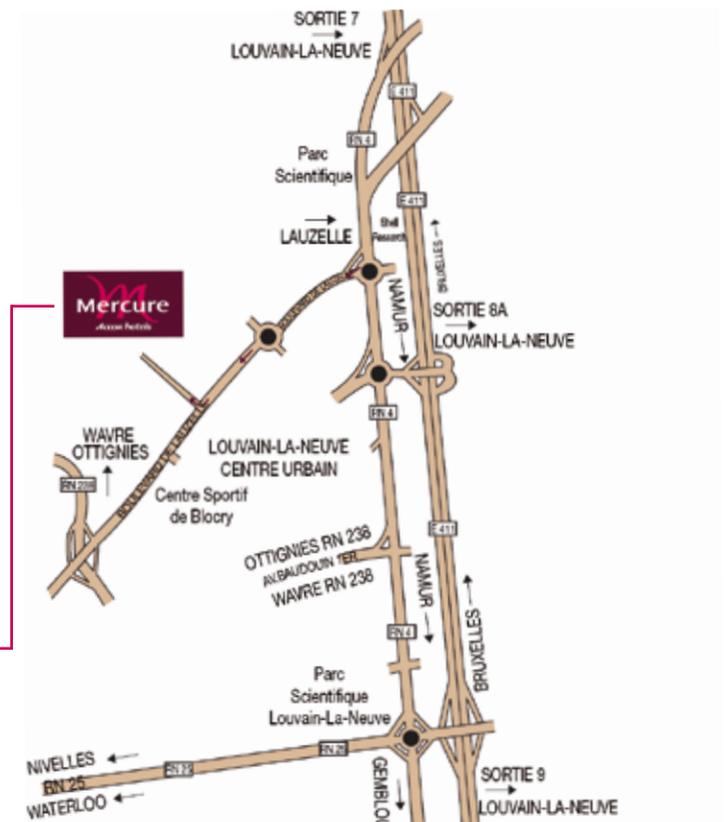


Peer-Review

**Samedi 17 mai 2008 de 9h00 à 10h30
et de 10h45 à 12h15**



Bvd de Lauzelle 61
1348 Louvain-la-Neuve
tél : 010/48 38 74-75



1^{ère} séance

9h00-10h30

10h30 : pause café

2^{ème} séance

10h45-12h15

Nombre de places limité

Inscription dans l'ordre de réception des paiements

Clôture des inscriptions le 5 mai 2008

KINESITHERAPIE

24 mai 2008 de 9h à 17h Bruxelles

Accréditation demandée : 40 UA dom. 2 - Formation continue : 6h00

Céphalées/migraines, Douleurs et dysfonctionnements des ATM, otalgies, cervicalgies, douleurs dentaires atypiques, vertiges...

Pour tous ces problèmes, le dentiste serait-il un intervenant de première ligne?

Il semble de plus en plus évident, dans les pathologies douloureuses et dysfonctionnelles de la tête et du cou, que la mécanique maxillo-faciale (« serrement » dentaire et hypertonie des releveurs) puisse être un élément perturbateur majeur.

Il y a d'autres éléments tels que l'hypertonie musculaire des épaules et de la nuque, la posture, l'occlusion, les douleurs projetées d'origine musculaire ... , qui peuvent aussi provoquer ces difficultés, mais souvent l'hyperactivité maxillo-faciale semble être au centre du problème.

L'usure dentaire ainsi que l'irritation et l'hypertonie musculaire qui découlent de cette suractivité peuvent être aisément perçues par le dentiste.

Le dentiste est donc en première ligne pour percevoir ces dysfonctionnements.

Il sera alors bien placé pour donner des conseils à ses patients, il pourra déjà poser des petits gestes thérapeutiques et être en mesure de référer son patient au thérapeute adéquat avant que le problème ne soit trop important.

La formation a pour but de démontrer la physiopathologie des dysfonctionnements tête et cou. Ceci permettra au dentiste d'être à l'aise avec cette logique, il sera dès lors en mesure de répondre de façon efficace aux plaintes de son patient et pour quoi pas d'essayer de les découvrir sans qu'il ne s'en plaigne.

Le but n'est pas de se substituer au neurologue, à l'ORL, au kinésithérapeute ou à l'occlusodontiste mais de déceler le plus vite possible une pathologie afin que, soit le dentiste, soit un autre thérapeute puisse prendre le problème en charge avant qu'il ne « dérape ».

Le dentiste pourra devenir pour ces perturbations qui touchent sûrement 20 % de la population, un intervenant de première ligne par des actes de prévention et de soin.

Il participera ainsi activement à la prise en charge de ce réel problème de santé publique.

Nombre de places limité à 30

Marc Renguet

Kinésithérapeute. Spécialiste en kinésithérapie maxillo-faciale, vestibulaire et HMTC

Initiateur du concept HMTC (Harmonisation Myotensive de la Tête et du Cou).

Ce concept met en oeuvre des techniques nouvelles et d'autres plus anciennes afin de proposer une kinésithérapie multidisciplinaire au service des douleurs et dysfonctionnements 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.

Philippe Saerens

Kinésithérapeute - Ostéopathe D.O. Spécialisé en kinésithérapie maxillo-faciale, vestibulaire et HMTC.

Travaille dans un service d'ORL dans les pathologies vestibulaires.

Travaille dans un centre pluridisciplinaire dans la gestion des douleurs et dysfonctionnements de la tête et du cou à Bruxelles.

Laurent Pitance

Kinésithérapeute - Kinésithérapie cervico-maxillo-faciale, HMTC et rééducation linguale.

Conseillé technique et maître de stage. Travaille dans un Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale à Bruxelles.

Tous les trois travaillent, quotidiennement, des pathologies telles que les perturbations fonctionnelles et traumatiques des ATM, des céphalées de tension, des migraines, des perturbations vertigineuses, des otalgies, des cervicalgies chroniques, ...

LA FIABILITÉ POUR LES IMPLANTS AU NIVEAU OSSEUX

STRAUMANN® BONE LEVEL IMPLANT

■ **Bone Control Design™**

Optimise la préservation de la crête osseuse en respectant les principes biologiques

■ **Consistent Emergence Profiles™**

Simplification éprouvée de la gestion des tissus mous du début à la fin

■ **CrossFit™ Connection**

Découvrez la sensation d'ajustement d'une liaison auto-guidante



Bénéficiant également de la surface unique SLActive!



www.straumann.com

ERGONOMIE

5 juin 2008

de 10h00 à 14h00
Bruxelles - Maison des Dentistes
Av. De Fré 191 - 1180 Bruxelles

Accréditation : 20 UA dom. 2 - Formation continue : 4h00

Cours pratique d'ergonomie

FABIENNE PAPAIZIAN
Chargée de cours à la SMD
Kinésithérapeute – Ostéopathe D.O.

Objectifs :

Acquérir une bonne prise de conscience du corps et de son mode de fonctionnement, en particulier en milieu dentaire. Education et prévention des problèmes de dos au moyen d'exercices pratiques de type "Ecole du dos" et de bien-être adaptés à chaque praticien dentaire.

Programme de la formation :

Notre dos :

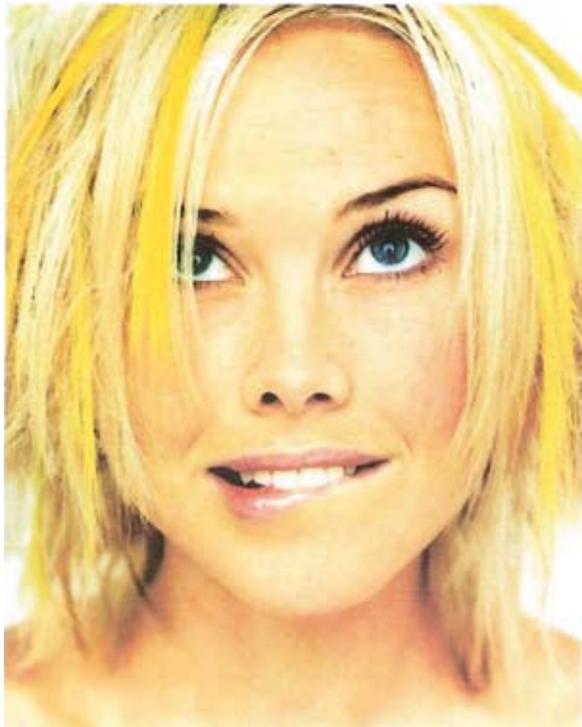
- Organisation anatomique
- Les liens de cause à effet des relations biomécaniques
- Analyse et conseils à propos des problèmes de dos en cabinet dentaire
- Conseils pour l'aménagement du cabinet dentaire : ergonomie

Formation pratique :

- Au moyen d'exercices adaptés pour la prise de conscience du corps et l'obtention d'un renforcement analytique du système musculo-squelettique
- De type "Ecole du dos" en relation avec le métier de dentiste. Informations d'hygiène vitale et conseils dans le domaine de la phytothérapie

Maximum 10 participants - Inscription effective dans l'ordre de réception des paiements.
Prévoir une tenue confortable (exercices)





**Grâce à vous nos
dents sont bien
protégées...**

**...mais vous,
l'êtes-vous
également ?**

**L'assurance complète et avantageuse de Protectas,
c'est la garantie, pour vous dentiste, d'être couvert
aussi à 100%**

Protectas offre exclusivement aux membres de la Société de Médecine Dentaire, une police d'assurance collective avec de larges garanties à un prix extrêmement avantageux:

- Responsabilité civile professionnelle pour les dentistes
- Responsabilité civile familiale
- Assurance incendie et vol au cabinet dentaire et habitation privée
- Assurance auto R.C. + omnium
- Assurance voyages
- + tous les autres risques liés à la profession de dentiste

Vous avez des questions ou vous êtes intéressé par un de nos produits ?

**N'hésitez pas à nous appeler au 02-465 91 01 ou à nous envoyer un fax
au 02-468 02 34.**

Vous pouvez également nous envoyer un e-mail à : info@protectas.be

Nous sommes sur les dents pour votre assurance.



infos professionnelles

S o m m a i r e

- 48** Dossier cabinet de groupe - 1^{ère} partie
Michel DEVRIESE - Eric THIRY
- 49** Quand l'AFCN récupère son dû
Michel DEVRIESE
- 51** Accréditation 2007



DOSSIER

Cabinet de groupe

1^{ère} partie

Michel DEVRIESE

Vice-président
Chargé des questions
professionnelles

C'est «tendance» : travailler en cabinet de groupe s'impose depuis quelques années comme un mode d'exercice qui présente bien des avantages en alternative au travail «en solo».

Toutefois la Société de Médecine Dentaire est interpellée de plus en plus souvent par les dentistes (et leurs avocats !) lorsque des conflits surgissent en cours de collaboration ou lorsque que l'un des partenaires décide de quitter le navire.

Tout comme le contrat de mariage ne trouve toute son utilité que lors d'un éventuel divorce ou un décès, les dentistes doivent réfléchir aux conditions contractuelles qui les lient.

La règle générale semble être chez les dentistes l'inexistence d'un contrat écrit, ce qui ne veut pas dire que le contrat n'existe pas bel et bien sous forme d'un contrat tacite.

Même en cas de contrat écrit, les dispositions qui s'y trouvent ne peuvent contrevenir aux dispositions légales des lois de notre pays. Aux lois «commerciales», mais aussi aux lois régissant notre exercice et celles protégeant les patients.

Pour tenter d'y voir un peu plus clair, nous inaugurons ici une série d'articles que nous avons préparés à l'intention de nos membres, afin qu'ils comprennent mieux les enjeux d'une collaboration. Afin de mieux définir ce dont il faut convenir AVANT d'entamer une collaboration.

A ce stade, bien des questions restent ouvertes. Des dispositions contractuelles écrites entre les partenaires apparaissent souhaitables. Mais qu'y indiquer ? Nous y répondrons au fil des semaines. Sachez que seules les collaborations «win-win» ont une chance d'être pérennes.

Nous entamons cette série par un article introductif de Maître Eric Thiry sur la «valeur de la patientèle», et sur la destination de la patientèle en fin de collaboration. Il y a de quoi remettre en cause notre schéma de pensée, assurément !

Notre expert du mois :

Maître Eric Thiry

Avocat au Barreau de Bruxelles
Chargé de cours à la Faculté de
Médecine de l'ULB.

LA VALEUR DE LA PATIENTÈLE

Droit et déontologie

Maladroitement, mais souvent, la question est posée de savoir à qui appartient la patientèle. Cette question se pose lorsqu'un praticien décide de cesser ses activités, lorsqu'il intègre un centre, une polyclinique ou une autre institution de soins, lorsqu'il la quitte ou lorsqu'il souhaite apporter son activité à une société professionnelle.

Il est aujourd'hui acquis que la patientèle du praticien, qu'il soit médecin, dentiste ou autre titulaire de profession libérale, a une valeur patrimoniale. Il est donc admis que ce praticien puisse faire un apport de la valeur patrimoniale de sa patientèle à une société qu'il constitue. Il est donc admis aussi, qu'à l'occasion de la cessation de son activité, il soit amené à céder cette patientèle au praticien qui lui succèdera. Sur le plan des principes, la question, en droit, paraît relativement simple.

Elle est bien plus compliquée sur le plan des modalités et sur le plan de la déontologie. En effet, les modalités sont nombreuses et variables : formules de détermination de la valeur de la patientèle, détention, transmission, conservation des dossiers relatifs à celle-ci, informations à la patientèle des modifications de l'exercice de l'activité, droits et obligations des confrères concernant les modifications, etc.

En amont, se pose assez fréquemment la question de l'identification de la patientèle par rapport au praticien lorsque celui-ci n'exerce pas en pratique individuelle. En effet, pour le dentiste qui travaille dans un cabinet de groupe ou une clinique dentaire, ou qui travaille en institution hospitalière, il n'est pas toujours facile de déterminer que les patients se sont adressés au centre, à la clinique ou à l'institution parce qu'il s'agissait bien de tel dentiste qui y pratiquait, ou qu'ils se sont adressés à cet endroit en se disant qu'il y aurait bien un dentiste qui y pratiquerait.

Il est évident qu'à partir du moment où le patient, qui a fréquenté l'institution, s'est adressé avec régularité chez le même dentiste, il y a une « fidélisation » qui témoigne de l'attachement du patient à ce dentiste et de la permanence de la relation de confiance fondamentale à la profession libérale entre le dentiste et son patient. Mais il y a évidemment des cas moins clairs que celui-là.

Il est certain que lorsque ce dentiste quitte, peu importe la raison, le cabinet, le centre, la clinique ou l'institution, il a le droit d'informer les patients qu'il avait en traitement à propos du nouvel endroit où il pratiquera. Il a le droit bien entendu, sur le plan de la continuité des soins, d'emporter les dossiers médicaux relatifs à ces patients.

Il s'impose par ailleurs que le secrétariat du centre, du cabinet, de la clinique ou de l'institution reçoive des instructions claires facilitant cette transmission de dossiers et cette communication de l'information à la patientèle.

Il convient également que les confrères restant dans le centre quitté par ce praticien ne mettent pas obstacle à ce que ces patients disposent de l'information pour pouvoir continuer à être soignés par le praticien en qui ils ont confiance.

Afin de garantir le respect de ces règles, à la fois juridiques et déontologiques, il est hautement conseillé de rappeler ces modalités dans la convention écrite qui régit les relations entre le praticien et le cabinet, le centre, la clinique ou l'institution où il travaille.



Quand l'AFCN* récupère son dû

*(Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire)

En janvier, vous avez été nombreux à nous appeler suite à l'envoi d'une mise en demeure émanant d'un bureau d'avocat, CAIRN LEGAL, agissant pour le compte de l'AFCN (Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire).

La question qui revenait : faut-il payer ? Faut-il payer le « principal » et/ou « la clause pénale » (majoration de 50%) ?

Rétroactes

Une « nouvelle » redevance et/ou taxe à payer à charge de la profession n'aura évidemment jamais bon accueil.

Si effectivement, le mot d'ordre de ne pas payer ou de retarder le paiement des factures de l'AFCN a été plusieurs fois donné par d'autres, la Société de Médecine Dentaire asbl s'est toujours bien gardée de conseiller cela à ses membres, au vu des risques encourus.

Nous ne voudrions pas que soit vérifié à vos dépens le vieil adage « les conseillers ne sont pas les payeurs » !

Un patient travail de lobbying - travail long et discret - a permis de ramener la redevance - fort élevée - à un montant plus raisonnable de 88,26 € à partir de 2007. Un recours au conseil d'Etat a également été déterminant dans la modification de la législation afférente à l'Agence. Nous craignons que hélas OUI, vous ne deviez payer cette taxe. La nouvelle loi du 15 mai 2007 est claire à ce sujet.

L'AFCN a manifestement décidé de récupérer les taxes non payées en appliquant les majorations LEGALES. Et ils déclarent qu'ils iront «jusqu'au bout», et nous ne voyons pas vraiment comment nous pourrions nous y opposer.

Nous nous sommes rendu en janvier à l'AFCN à leur invitation dans le but de faire le point sur l'évolution de leur organisation, de leur campagne «dentiste», etc. Pas pour parler de leurs actions de récupérations des taxes. Mais bien évidemment le sujet est venu sur la table en tout premier lieu.

Suite à cette réunion, nous avons reçu le courrier suivant de l'AFCN :

L'Agence fédérale de Contrôle nucléaire perçoit des impôts annuels à charge des détenteurs d'autorisations et d'agrément, notamment des dentistes qui utilisent des appareils à rayonnement X. Le montant de cet impôt est fixé légalement. La loi stipule également que les impôts impayés dans les quatre mois suivant la réception de l'ordre de paiement sont d'office majorés de 50%.

Une part importante de ces taxes n'a toujours pas été payée en ce qui concerne la période 2002-2006. Pour ces créances, l'Agence a jadis envoyé un ordre de paiement aux redevables, sans résultat. Par ailleurs, les redevances pour les années 2002-2003 ont déjà fait l'objet d'une action de recouvrement menée par la fiduciaire Fiducré. Aucune mise en demeure n'a été envoyée pour les autres impôts.

En ce qui concerne ces impôts, l'AFCN est tenue à une obligation de perception qui est notamment contrôlée par la Cour des Comptes. Pour cette raison, le bureau d'avocats CAIRN LEGAL a été mandaté fin décembre en vue de recouvrer les créances impayées. Il s'agit des impôts annuels impayés pour la période 2002-2006. Soulignons que cette action ne vise pas un groupe professionnel particulier. Il s'agit d'impôts à charge d'établissements des classes 1, 2 et 3 et d'établissements de transport. CAIRN LEGAL envoie actuellement les mises en demeure en demandant de verser dans un délai de 5 jours le montant de base de l'impôt ainsi que la majoration de 50 % (qui est qualifiée de 'clause pénale' dans le courrier). L'Agence ne comptabilise pas d'intérêts de retard.

Evidemment, il se peut que le destinataire n'ait pas reçu l'ordre de paiement initial suite à une erreur administrative (celui-ci a par exemple été envoyé à une mauvaise adresse ou à l'attention de la mauvaise personne ou la poste a commis une erreur). En admettant que l'intéressé n'ait jamais reçu de mise en demeure, le courrier de CAIRN LEGAL (plusieurs années après la date) ferait office de première communication en ce qui concerne l'impôt impayé.

L'Agence fait preuve de compréhension face au nombre élevé de réactions étonnées et elle est disposée, dans le cadre de ses compétences, à examiner au cas par cas si la majoration de 50% se justifie. Dans un souci d'éviter une procédure en justice, l'Agence demande dans chaque cas de verser sans délai le montant de l'impôt en souffrance ainsi que sa majoration. L'Agence et les associations professionnelles ont eu un entretien constructif ce 17 janvier et ces dernières partagent la position de l'AFCN. De son côté, l'AFCN s'engage à examiner dans les trois mois toute contestation écrite et à procéder au remboursement de la majoration dans les cas où celui-ci se justifie (par exemple dans les cas où il se peut que le destinataire n'ait pas reçu l'ordre de paiement initial).

La direction de l'Agence espère que cette attitude flexible et pragmatique lui permettra d'en finir avec les problèmes du passé tout en satisfaisant à son obligation légale de recouvrer les impôts impayés.

S'il est vrai que l'entretien a été constructif, nous démentons toutefois que les associations professionnelles «partagent la position de l'AFCN». Nous n'avons d'ailleurs pas à partager de position avec eux. Ce qui ne nous empêche pas de dialoguer utilement, et nous pouvons déjà acter un changement de style par rapport au passé.

Que faire si vous avez reçu cette mise en demeure ?

Il semble que vous n'avez pas beaucoup d'autre choix que de payer sans délai le montant des taxes en souffrance.

Faut-il payer la majoration ?

Il nous semble indiqué d'envoyer une lettre recommandée à l'AFCN et/ou au bureau d'avocats protestant du fait que vous n'avez pas reçu les notifications –légales- qui vous auraient permis d'éviter des majorations de ce niveau.

L'AFCN s'est engagée à examiner dans les trois mois toute contestation écrite et à procéder au remboursement de la majoration dans les cas où ce remboursement se justifie.

MD 21 02 2008

Qu'est ce qui a changé ?

Vous ne vous souviendrez sans doute pas de la saga ayant abouti à une annulation d'une partie de la législation relative à l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire (il est vrai que nous avons TOUS autre chose à faire, et notamment ... soigner des patients). Le Conseil d'État a estimé que l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire ne pouvait être financée par le biais de « redevances ». Une loi du 15 mai 2007 (publiée au Moniteur peu après) vise à instaurer un mode de financement qui garantisse mieux -pour elle - la sécurité juridique.

Ce texte de loi précise :

§ 3. *Au cours du premier trimestre de chaque année budgétaire, l'Agence envoie à chaque redevable un ordre de paiement indiquant le montant de la taxe à payer. Le montant de la taxe annuelle à payer doit être payé au numéro de compte de l'Agence renseigné sur l'ordre de paiement dans les deux mois suivant la date de réception.*

Les taxes qui n'ont pas été payées dans le délai visé au premier alinéa sont majorées d'office de 25 %. Les redevables reçoivent à cet effet une mise en demeure de l'Agence.

Les taxes qui n'ont pas été payées dans les quatre mois suivant la réception de l'ordre de paiement visé au premier alinéa sont majorées d'office de 50 %. Les redevables reçoivent à cet effet une deuxième mise en demeure de l'Agence.

§ 4. *Les taxes dues en vertu de la présente loi peuvent être récupérées par voie de contrainte. Les contraintes sont signifiées par exploit d'huissier.*

§ 5. *Le Roi désigne les personnes chargées d'envoyer, de décerner et de rendre exécutoire les contraintes.*

Voilà ce qui explique que l'Agence est maintenant «équipée» pour agir et récupérer les redevances («taxes» maintenant toujours impayées.

La loi du 15 mai 2007 produit ses effets le 1er septembre 2001 ! Soit rétroactivement !

Ce qui était réclamé comme «redevances» pour les années 2001 à 2006 est maintenant considéré rétroactivement comme «taxes».

Un article 30ter le précise :

« Art. 30ter. § 1er. *Pour les années 2001 à 2006, les ordres de paiement adressés par l'Agence (...) au cours de cette période à chaque redevable sur base de l'arrêté royal du 24 août 2001 fixant le montant et le mode de paiement des redevances perçues en application de la réglementation relative aux rayonnements ionisants sont présumés être des ordres de paiement au sens de la présente loi.*

Nous ne voyons donc plus sur quelle base juridique on pourrait contester les montants à payer pour la période 2001 à 2006.

§ 2. *Une exemption de taxe visée dans la présente loi est accordée aux redevables qui ont payé une redevance annuelle pour les années 2001 à 2006 sur base de l'arrêté royal du 24 août 2001 fixant le montant et le mode de paiement des redevances perçues en application de la réglementation relative aux rayonnements ionisants. ».*

Ce qui signifie que ceux qui ont payé en temps et en heure la «redevance» sont donc bien exemptés de payer la «taxe».

Les montants

La loi du 15 mai 2007 précise le montant des taxes à charge des détenteurs d'autorisations et agréments.

Etablissements de classe 3

Année	Montant
2001	50,81
2002	159,17
2003	160,67
2004	163,43
2005	166,52
2006	169,92
2007	88,26
2008	88,26

MD 21 02 2008

IMPORTANT ACCREDITATION 2008

Votre feuille individuelle de présence 2007 doit être renvoyée complétée (activités accréditées auxquelles vous avez assisté en 2007, peer-reviews) à l'INAMI, sous pli recommandé, avant le 31 mars 2008.

Nous vous conseillons d'en garder une copie et de conserver précieusement les preuves de participation.

PORTES OUVERTES

au Lamoral Training Center



**NOUVEAU
BLEACHING
EN DIRECT!!
DEMONSTRATION
GRATUITE!**

**ACTIONS SPECIALES
RETENTISSANTES!**

Démonstrations LIVE en
permanence pendant les
journées portes ouvertes!!!





ARSEUS D E N T A L

PORTES OUVERTES

Quoi?

Démonstrations LIVE
Conférenciers divers
Stands des fournisseurs
Des offres spéciales pendant les portes ouvertes
Introduction de nouveaux produits
Actions spéciales sur le matériel d'exposition
Conférences
Implant CAD/CAM et Supra structures ISUS®
Démonstration VITA Easyshade
(système pour la détermination des couleurs)
etc...

Où?

Lamoral Training Center
Font Saint-Landry 7
1120 Neder-over-Heembeek

Quand?

17 avril / nocturne / 10h-21h
18/19/20 avril / 10h-18h

**ACTIONS
PORTES
OUVERTES**

ARSEUSTEC
TECHNICAL SERVICE WITH A BIG SMILE

0800 30 555



Contrôle gratuit de vos turbines!
(NSK / KAVO / W&H / BIEN-AIR).

Main d'oeuvre gratuite pour la réparation
de vos turbines, remises pendant les
journées portes ouvertes!

archimed



Archimed apporte de l'ambiance dans votre cabinet
et vous offre une lampe de bureau en cas de contrat
pour étude de projet signé pendant les journées portes
ouvertes.

Apportez un plan et quelques photos de votre projet et vous pourrez
directement discuter des différentes possibilités avec un de nos
architectes d'intérieur.



Votre bureau où vous voulez.

proximus
BELGIUM MOBILE
Et tout devient si proche



Aujourd'hui, l'informatique et l'Internet ont pris une place importante dans l'exécution de votre travail quotidien.

Rester en contact avec vos fournisseurs ou les institutions, organiser vos rendez-vous via votre agenda électronique, passer vos commandes on-line, échanger des données avec des confrères, communiquer via e-mail, chercher de l'information sur un sujet spécifique.... Tout cela est devenu automatique et quasi naturel grâce à votre connexion Internet.

Savez-vous que vous pouvez également effectuer toutes ces tâches en dehors de votre bureau ? Grâce au réseau 3G de Proximus, votre bureau vous suit partout où vous allez.

Que vous soyez en clientèle, dans les transports en commun, en réunion à l'extérieur ou à un congrès, en Belgique ou à l'étranger, vous gardez le contact avec vos données, vos e-mails et Internet.

De quoi avez-vous besoin ?

Pour surfer à grande vitesse avec votre ordinateur portable, il vous faut une carte data Vodafone Mobile Connect 3G Haut Débit compatible avec 3G, GPRS et EDGE. Si votre PC portable est incompatible, nous vous proposons, comme alternative, le modem USB Vodafone Mobile Connect ou la Carte Vodafone Mobile Connect 3G Broadband ExpressSM.

Mobile Internet

Ensuite, abonnez-vous à Mobile Internet pour vous connecter à l'Internet. Vous avez le choix entre 3 formules : Proximus Mobile Internet (national)

Mobile Internet 10h ²	€ 20,65/mois ¹
Mobile Internet Evening & Weekend ³	€ 24,79/mois ¹
Mobile Internet No Limit ⁴ (durée illimitée)	€ 41,31/mois ¹

De plus en plus de PC portables sont équipés d'un module 3G Haut Débit. Dans ce cas, il vous suffit de vous abonner à Mobile Internet.

Vous souhaitez de plus amples informations ou profitez de notre offre?

Rendez-vous dans l'un de nos points de vente ou surfez sur www.proximus.be

¹ Tous les prix s'entendent HTVA. Offre valable pour toute souscription à un contrat de 12 mois entre le 1/02/08 et le 31/03/08. Tarifs valables pour usage national uniquement. Modem USB VMC Huawei à € 48,76 / la carte VMC PCMCIA à € 90,08 / la VMC 3G Broadband Express CardSM à € 114,88, au lieu de € 197,52 (jusqu'à rupture des stocks)² Jusqu'à 10 heures (peut être utilisé 24h/24, 7j/7). Après les 10 heures, vous serez facturé € 2,0579/heure, facturé par 5 minutes.³ Usage durant les heures creuses (du lundi au vendredi de 17h à 7h, week-end et jours fériés). Durant les heures pleines, coût supplémentaire de € 2,0579/heure, facturé par 5 minutes.⁴ Maximum 2 GB, ensuite vous payez € 0,0826/MB.

vodafone Mobile Connect
3G Broadband USB modem



€ 48,76
(au lieu de €197,52)
pour votre modem USB¹ !

Pour toute souscription à **Mobile Internet No Limit**
pendant 1 an, payez seulement **€ 28,92/mois**
(au lieu de € 41,31/mois)¹ pendant 6 mois

CITYSCAPE



Arne Quinze



Depuis mi-septembre, une oeuvre très impressionnante par sa taille et sa structure se dresse avenue de la Toison d'or à mi chemin entre la place Stephanie et la Porte de Namur. Cityscape, son nom, est une réalisation artistique composée d'un enchevêtrement de lattes de bois (60 km de lattes...) Cette sculpture gigantesque de bois entremêlés (40 m de long, 25 m de profondeur, 18 m de haut) est posée sur un terrain destiné à être bâti et y restera un an. Arne Quinze, artiste résidant et travaillant à Courtrai en est le créateur. Il explique que Cityscape est un moyen de communication, un lieu de rencontre et d'introspection. Un beau jeu de lumière passe à travers cette construction dense mais aérée. Lorsqu'on découvre cette oeuvre, on est surpris, intrigué et tenté de se rapprocher pour l'analyser. Quelques bancs se trouvent à son abord et nous invitent à y rester. Arne Quinze est mieux connu à l'étranger qu'en Belgique, outre son activité d'artiste il est aussi directeur de la société Quinze et Milan (design, meubles ludiques, sofas, luminaires etc.) se trouvant à Courtrai et employant 60 personnes...



Expositions à venir :

Musée des Beaux-Arts du 7 mars au 18 mai : Le temps Emprunté. En 251 œuvres, cette expo montre le travail de Jan Fabre metteur en scène, plasticien vu par l'œil de photographes célèbres mais aussi ses propres esquisses, dessins et maquettes (J. Fabre a entre autres réalisé le plafond décoré de scarabées au Palais Royal à la demande de notre Reine Paola).

Au Botanique du 14 mars au 4 mai :

Les Photographies de Bruno Stevens, photojournaliste belge. Grosse exposition aux différents thèmes, guerres au Kosovo, Darfour, Liban entre autres, photos d'Iran pendant l'année écoulée. Possibilité de rencontrer l'artiste le 16/3, le 30/3, le 13/4 et le 4 mai à 14 h au muséum. Info au Botanique.

Centrale électrique, place Sainte-Catherine :

No Borders du 22 février au 27 avril : 29 artistes d'écoles d'arts et de 22 pays différents exposent dans ce bel endroit reconverti en lieu d'exposition. Photos, installations, vidéos, peinture et informatique seront présentées.



La SFBSI

ORGANISE AVEC LA COLLABORATION DE

L'E.S.O.R.I.B.

EUROPEAN SCHOOL OF REHABILITATION, IMPLANTOLOGY AND BIOMATERIALS

La journée régionale de Bruxelles
Le 12 Avril 2008 à 9 heures

Hôtel RADISON SAS

Rue Fossé aux Loups, 47 1000 – Bruxelles

Les dernières évolutions en implantologie orale

- **Les Bistouris piezzos électriques**
Docteur Christian PAYET Post Graduate Paro-Implantology NY University
- **Les augmentations de crêtes avec des ostéotomes**
Docteur Francis POULMAIRE Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire de France
- **Les implants « Zircone » pionnier de la paro intégration**
Docteur Ted LEVI Post Graduate en Oral Surgery and Implantology NY University
- **Les implants courts**
Docteur Jean-Yves DOUKHAN Maître de Conférences des Universités
- **Comment ajouter la précision à la sécurité lors des phases chirurgicales : Technique ROBODENT**
Dentiste Marc LIPPERT Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire de France

Inscription

Nom.....Prénom.....

Adresse.....Code postal.....Localité.....

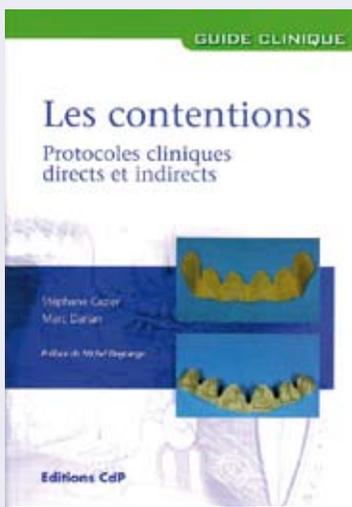
Tel/GSM:..... Fax:.....

Je vire le montant de l'inscription soit: **190** € sur le compte ESORIB n° **310-0746415-86**

Seule la réception de votre règlement bancaire validera votre inscription

Signature

E.S.O.R.I.B. Avenue Prékelinden, 167 B – 1200 – Bruxelles Tél: 02.734.00.33 Fax: 02.736.51.26



LES CONTENTIONS

Protocoles directs et indirects

CAZIER S. DANAN M.

La contention, ou plutôt les systèmes de contention sont des dispositifs permettant de maintenir les dents dans une position déterminée, proche de la position physiologique.

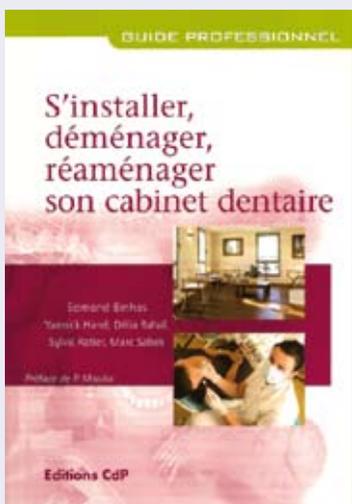
Ils sont indiqués lors de nombreux traitements parodontaux, orthodontiques, ou ortho-parodontaux. Ces contentions font partie intégrante de la phase active de ces traitements. Leur conception, leur réalisation et leurs indications, que la méthode soit directe ou indirecte, sont conditionnées par de nombreux paramètres : mobilités résiduelles, morphologie coronaire des dents, nombre de dents à contenir, choix des matériaux, motivation et hygiène du patient.

Les contentions par méthode directe présentent l'avantage d'être réalisées en une séance et sont le moyen de contention le plus économe sur les plans tissulaire et financier. Leur réalisation est parfois délicate, leur longévité relative et, elles ne supportent que de faibles contraintes.

Les contentions par méthode indirecte sont techniquement et technologiquement plus complexes ; elles sont réalisées par un laboratoire de prothèse. Leur longévité est grande et, elles peuvent supporter des contraintes mécaniques importantes.

L'objectif de ce guide clinique est d'énoncer les différentes techniques de contention admises aujourd'hui, d'en définir les indications et d'en décrire les protocoles.

**Editions CdP - Collection : : Guide Clinique - Broché, 14,8 x 21 cm, 100 pages - ISBN : 2-84361-117-2
Prix : 59 € (hors frais d'envoi)**



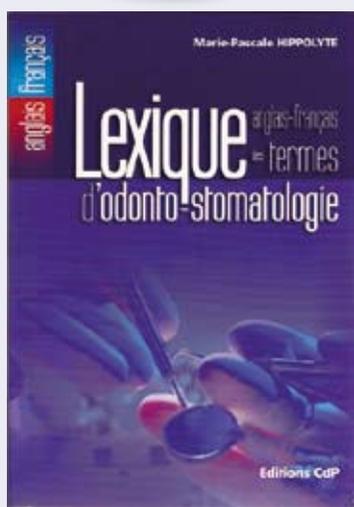
S'INSTALLER, DÉMÉNAGER, RÉAMÉNAGER SON CABINET DENTAIRE

BINHAS E.

Ce guide pratique est destiné tant au jeune praticien qui désire s'installer qu'au chirurgien-dentiste qui souhaite transférer son cabinet. L'ensemble des obligations légales ainsi que les démarches nécessaires à l'installation, les différents éléments de réflexion préalables, les critères du choix de l'emplacement sont analysés. Les auteurs répertorient les paramètres à prendre en compte pour le choix du type d'exercice et de la forme juridique.

Toutes les réponses sont dans ce Guide professionnel : achat d'un cabinet existant ou création d'une nouvelle structure ; conception architecturale, organisation de l'espace de travail, ergonomie et matériel ; relations avec les partenaires (banquier, distributeurs de matériel, expert-comptable, artisans...) ; tenue du dossier du patient, gestion financière du cabinet, organisation des rendez-vous, fidélisation de la patientèle, management, fondamentaux de gestion de patrimoine.

**Editions CdP - Collection : Guide Professionnel - Broché, 14,8 x 21 cm, 213 pages - ISBN : 2-84361-120-2
Prix : 59 € (hors frais d'envoi)**



LEXIQUE ANGLAIS-FRANÇAIS DES TERMES D'ODONTO-STOMATOLOGIE

HIPPOLYTE M.-P.

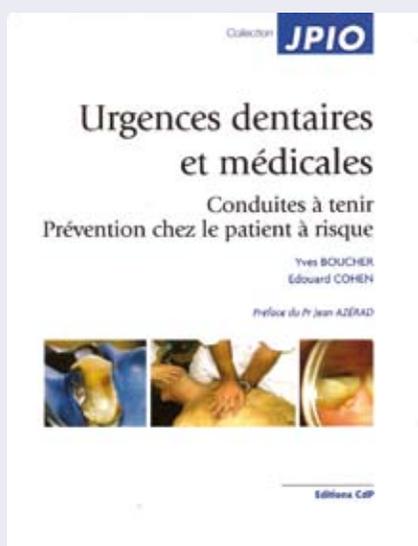
Ce lexique est le fruit de 20 ans de pratique de la traduction et de l'interprétation simultanée en odonto-stomatologie.

Marie-Pascale Hippolyte, docteur en Chirurgie dentaire, docteur en Sciences odontologiques et Maître de conférences à Reims, est spécialisée dans l'interprétation simultanée à l'occasion de congrès et dans la traduction de publications et d'ouvrages scientifiques en odontologie.

Cet ouvrage recense 14 556 termes. Chaque entrée comprend différents termes, leurs synonymes et expressions associées. Leur traduction est présentée par rubriques selon les différents sens que peuvent prendre les mots selon les disciplines ou les spécialités auxquelles ils peuvent s'appliquer.

La version papier de ce lexique donne accès à un moteur de traduction en ligne accessible sur www.editions-cdp.fr.

*Editions CdP - Collection : Mémento - Broché, 14,8 x 21 cm, 475 pages - ISBN : 2-84361-110-5
Prix : 49 € (hors frais d'envoi)*



URGENCES DENTAIRES ET MÉDICALES

Conduites à tenir et prévention chez les patients à risque

BOUCHER Y. COHEN E.

Il faut savoir faire face à deux types d'urgences : celles où le patient demande une prise en charge en appelant le cabinet, qu'il soit déjà patient ou non et celles où le patient fait un accident au cours d'une séance de soins.

Ce manuel traite des moyens à mettre en œuvre pour traiter l'urgence en détaillant les procédures des moyens relationnels (informations, attention portée au patient...) puis les moyens médicamenteux, les techniques opératoires et chirurgicales.

Il traite aussi de la prise en charge des urgences qui sont souvent vécues comme éléments perturbateurs dans des plannings remplis et organisés et du mode d'appréciation du caractère d'urgence réel d'une situation.

Il a paru essentiel aux auteurs de faire le point en exposant les procédures les plus récentes et les bases physiologiques qui permettent de comprendre le bien fondé des méthodes exposées. Pour cela, les auteurs ont fait appel aux meilleurs spécialistes en médecine et en odontologie.

*Editions CdP - Collection : JPIO - Broché, 21,5 x 27,7 cm, 380 pages - ISBN :: 2-84361-114-8
Prix : 145 € (hors frais d'envoi)*

DENTSPLY

MAILLEFER

Calamus Pack et Flow sont deux nouveaux appareils pour obturations canalaires par technique d'obturation verticale à chaud et la technique d'injection de Gutta-Percha. Un troisième appareil "2 en 1" dénommé "Calamus Dual" sera bientôt disponible.

Calamus est la solution idéale pour la réalisation, sans perte de temps, d'excellentes obturations canalaires tridimensionnelles, durables et homogènes.

■ Technique d'obturation supérieure

La technique de condensation verticale utilisée par Calamus est supérieure à la méthode traditionnelle de condensation latérale, à froid, pour de nombreuses raisons :

- La condensation verticale est un procédé rapide pour obtenir une obturation canalaires tridimensionnelle, étanche et pérenne.
- La condensation verticale permet d'obtenir une obturation fiable des canaux latéraux.
- Le risque de fracture radiculaire est réduit au minimum.
- L'obturation de gutta peut s'arrêter au niveau désiré pour permettre la pose d'un tenon radiculaire et la réalisation d'une restauration adhésive.

■ Caractéristiques et avantages

Les appareils ont été conçus tant pour le confort du praticien que pour celui du patient et présentent des caractéristiques intéressantes ainsi que les avantages suivants :

- Les pièces à main fines et légères ont été conçues ergonomiquement, offrant une vision élargie et laissant apparaître les orifices d'entrée canalaires.
- La commande marche/arrêt à réponse immédiate par l'anneau silicone de la pièce à main, facilite la manipulation et le travail dans des positions différentes.
- L'existence de signaux acoustiques et visuels améliore la sécurité et le travail avec la pièce à main.
- La facilité de navigation intuitive due à la présence d'un écran facile à lire et de commandes utilisant des boutons plus et moins.
- La possibilité de réglages individualisés et deux positions pré-réglées assurent la mise en mémoire des réglages favoris.
- La conception des appareils est d'excellente qualité et ils sont faciles à nettoyer et à entretenir.

■ Modularité du produit

L'ensemble Calamus est modulaire. En fonction des préférences personnelles, le praticien peut choisir entre un appareil

pour condensation verticale (Calamus Pack), un pour obturation a retro (Calamus Flow) ou un appareil associant les deux possibilités (Calamus Dual).

■ Calamus Pack pour condensation verticale

- Les condenseurs [pluggers] à chauffage électrique encliquetables sont faciles à mettre en place et existent en différentes dimensions : Petit (ISO 40, conicité .03), Moyen (ISO 50, conicité .05) et Gros (ISO 60, conicité .06). Ces trois instruments représentent un parfait assortiment dont les tailles, conicités et rigidités sont totalement adaptées à la plupart des cas.
- Les condenseurs sont faciles à recourber pour les former en fonction de l'anatomie du canal ; ils servent à la condensation et à la section thermique de la gutta.
- Un embout pour test thermique de vitalité est disponible en option.

■ Calamus Flow pour obturation par injection de Gutta-Percha

- La température et le débit sont réglables de manière indépendante.
- Un micromoteur contrôle avec précision le débit de la gutta sortant de la pièce à main du Calamus Flow.
- Le remplacement rapide de la cartouche s'effectue grâce à une conception insertion/extraction instantanée, qui facilite leur emploi et leur élimination, et ne demande qu'un minimum de nettoyage.
- Les cartouches existent en deux tailles : 20 Gauge (diamètre de l'aiguille = 0,8 mm) et 23 Gauge (diamètre de l'aiguille = 0,6 mm). Le contenu de chacune des cartouches est de 90 µl / 0,25 g.
- Le contenu d'une cartouche permet de remplir environ 4 à 6 canaux. Une fenêtre latérale sur la pièce à main permet de voir la quantité de gutta restante dans la cartouche.
- Les très longues aiguilles flexibles, en alliage d'argent conducteur de la chaleur, s'adaptent facilement à tout canal correctement instrumenté et sont même utilisables dans les canaux courbes.

■ Modèles

Le Calamus Pack Kit comprend l'appareil Pack et un petit condenseur à chauffage électrique.



Ref. A 1100 : Calamus Pack Kit



Réf. A 1110 :
 Plugger Fin (ISO 40 - conicité .03)
 Réf. A 1120 :
 Plugger Moyen (ISO 50 - conicité .05)
 Réf. A 1130 :
 Plugger Large (ISO 60 - conicité .06)
 Réf. A 1150 :
 Insert à réponse thermique
 (test de vitalité pulpaire)



Réf. A 1210 : 10 cartouches de 20G (0,8 mm.)
 Réf. A 1220 : 10 cartouches de 23G (0,6 mm.)

Le Calamus Flow Kit comprend l'appareil Flow, une boîte de 10 cartouches de gutta 20G et une boîte 23G, un instrument à courber les aiguilles, une brosse de nettoyage pour la pièce à main, un écran de protection contre la chaleur ainsi qu'un écrou supplémentaire de cartouche.

Le Calamus Dual Kit comprend l'appareil Dual, un petit condenseur à chauffage électrique, une boîte de 10 cartouches de gutta 20G et une boîte 23G, un instrument à courber les aiguilles, une brosse de nettoyage pour la pièce à main, un écran de protection contre la chaleur et un écrou supplémentaire de cartouche.



Réf. A 1200 Calamus Flow Kit





Study-Clubs

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 **50 euro**. 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.

Bruxelles

Lieu : Hôtel County House - Uccle - Square des Héros

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

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

Participation GRATUITE pour les membres de la SMD, 50 € pour les non-membres.

22 avril 2008 Problèmes de dos et analyse ergonomique au cabinet dentaire - *Fabienne PAPAIZAN*
(Ostéopathe DO)

Brabant Wallon

Lieu : Cliniques St Pierre à Ottignies - Entrée par les urgences

Responsables : Christine VRANCKX - 02 354 21 90 • Laurence WATTHEE - 02 384 23 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.

Verviers

Lieu : Centre Touristique de la Laine et de la mode - rue de la Chapelle 30 - 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.

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@yucom.be

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

22 mai 2008 : L'os alvéolaire : Un rêve de chercheur en quête de substitut - *Bernard LOIR*

Huy

Lieu : Tennis Club de Huy - Plaine de la Sarte à 4500 Huy

Responsables : Philippe LHOEST - 085 21 37 67 • 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 après la conférence sur inscription auprès des responsables

17 avril 2008 : Problèmes de dos et analyse ergonomique au cabinet dentaire
Fabienne PAPAZIAN (Ostheopathe DO)

Liège

Lieu : Restaurant Marco Polo - Rue du Sart-Tilman, 343 - 4081 Angleur

Responsables : Philippe GOHMANN - 04 371 28 74 • Jean-Paul SMONS - 04 226 53 51
Vinciane SIZAIRE - 04 226 29 56

Accueil dès 19h, conférence à 20h30.

6 mars 2008 : La situation actuelle et future de la Profession - *Michel J DEVRIESE*

Namur

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

Responsables : Françoise Goossens - 081 30 53 81 • Chantal Hossay - 081 61 56 05

Les soirées débutent à 20h00 précises.

22 avril 2008 : Allergies et hypersensibilités aux produits et métaux dentaires - *Pascal Eppe*

18 novembre 2008 : Sujet d'implantologie

Charleroi

Lieu : Charleroi Espace Meeting Européen - Rue des Français 147 - 6020 Charleroi

Responsable : Olivier Custers - 02 375 81 75

Les soirées débutent à 20h00 précises.

Mons

Lieu : Restaurant MARCHAL - Rampe Ste Waudru, 4 à Mons

Responsables : Jean-Pierre LEVA - 0473 48.93.01 - 02 648.52.95 - 065 31.55.82
Xavier LHOIR 0474 21 09 47

Dès 19h30, repas après la conférence, sur inscription auprès du responsable.

13 mars 2008 : Ma philosophie en implantologie - *Marc HERMANS*

17 avril 2008 : Endo : Pro-Taper - *Armand GAZI*

25 sept. 2008 : Les droits du patient - *Me Eric THIRY*

Petites Annonces

Dentiste - cherche emploi

52601 - Allemagne - Hannover - Jeune dentiste (f, 28, allemande) cherche emploi autour de Bruxelles. anna_nasilowski@web.de

2617 - Allemagne - Bonn - Orthodontiste expérience 190 patients personnels avec des résultats satisfaisants dans la Polyclinique d'Orthodontie de l'Université de Bonn. Cherche place de travail proche de la frontière allemande. CurtZiegler@gmx.de

2666 - Centre dentaire (2 fauteuils) cherche dentiste pour compléter équipe. Région CENTRE DE BRUXELLES. Denta@skynet.be

2593 - Cherche à reprendre cabinet sur Waterloo ou Woluwe; 0476/444989 alexandre.pascale@skynet.be

Dentiste - cherche collaborateur

2598 - Urgent cab dentaire Spa grosse patientèle 2 fauteuils rech. dentiste sérieux pr collab. longue durée. Mardi et jeudi ou plus.087/772931 jour ou 0474/558304 soir. o-donto@hotmail.com

2672 - Cabinet dentaire situé à St Gilles, Bruxelles cherche dentiste généraliste. Horaire à convenir, deuxième fauteuil libre quasi tous les jours de la semaine. Possibilité de reprise de l'activité fin 2008. Tel : 02/648.72.94. annievanbree@gmail.com

2655 - Maison Médicale cherche dentiste pour travail en équipe pluridisciplinaire. Tél:043368877. vincent.duminuco@bautista.be

2581 - Beau cabinet proche place Brugmann, centré implantologie et greffes pre-implantaires cherche collaborateur(-trice) pour toutes autres activités dentaires : toutes solutions envisageables. tel: 0473 58 30 30 drpascaalz@yahoo.fr

2583 - Cabinet dentaire (2 fauteuils), dans Centre Médical, cherche paro pour prise en charge parodontologie; contact 0477425210 dentisteriesolbosch@belgacom.com

2580 - Cherche Ortho pour travailler dans cabinet de groupe agréable et très bien équipé (parking important pour les patients). Pour commencer 2 à 3 1/2 J par sem. Potentiel important. Pas sérieux s'abstenir. mickcesa@gmail.com

2639 - cherche dentiste pour remplacement juillet, aout 2008. 2 à 3 jours/sem à Martellange. contact:0496/34.30.64. urrea_vero@hotmail.com

2646 - Cherche dentiste motivé(e) pour collaboration dans un cabinet à Bruxelles, proximité Wemmel, nouvelle installation et très agréable. horaires à convenir. tél: 0484/963 881 perfectsmilelaeken@hotmail.com

2599 - Liège. Cherche dentiste pour collaboration longue durée. Mardi et jeudi toute la journée. Tél 0478/79.15.72. jeanluc.brakmeyn@skynet.be

2667 - france - Proville - recherche assistant-collaborateur(-trice) dans cabinet moderne et récent à Cambrai(59). Quartier et patientèle très agréables. 0033327705712 ou 0033675516421. fmontay001@cegetel.rss.fr

2573 - Cabinet dentaire bien équipé à Namur cherche dentiste généraliste horaire à votre convenance. Deux fauteuils. 0477/574365. scalais.dominique@scarlet.be

2685 - Cherche dentiste pour travailler dans un cabinet situé à Schaerbeek 0487.623.733 freesidental@hotmail.com

2668 - URGENTISSIME : orthod fixe 1/2 j par mois au début. Vite car départ du confrère et patients en Attente. 0476/238478 jacquelinehuet@gmail.com

2594 - France - Migennes - Yonne à 1h20' Sud Paris, région agréable à vivre. Cabinet réputé, orienté Paro- implanto, CA important cherche collaborateur(-trice) en vue d'une cession progressive. Tel 06 60 67 77 64. nxtrang@free.fr

2690 - Cabinet dentaire Brabant Wallon très agréable et bien équipé, axé sur la qualité, avec assistantes et patientèle existante cherche dentiste dynamique et motivé vue collaboration, Tel 019/63.20.94. dentiste_vanham@hotmail.com

2590 - Cabinet dentaire (3fauteuils) cherche dentiste pour compléter équipe. Région CHARLEROI. Une visite de curiosité pourrait vous motiver. N'hésiter pas.0495/252216. lombart.thierry@skynet.be

2607 - cherchons collaboratrice disponible pour compléter horaire. merci de téléphoner au 067 /55.32.86. Braine-Le Comte. Urgent. fabiennelefevre@hotmail.com

2609 - Leuze-en-hainaut. Cherche remplaçant pour congé de maternité du 15 mars au 17 juin. tps partiel a definir. tel:0476785233 emilie.gerardi@gmail.com

Dentiste Cherche assistante secrétaire

2613 - Recherche assistante dentaire deux jours et demi par semaine. Minimum d'expérience souhaitée. Accueil patient, stérilisation, assistance chirurgies,... Notions de néerlandais et d'anglais parlé. Envoyer C.V. et photo à l'adresse mail. didier.eycken@skynet.be

2687 - Cabinet d'orthodontie proche de Montgomery cherche assistante motivée mi-temps (horaire à convenir)- envoyer cv à l'adresse e-mail : ariane.dupret@skynet.be

2643 - Clinique dentaire cherche assistante pour un contrat plein temps, envoyer cv par fax au 02/533.04.00 ou téléphoner au 02/538.46.66 avenue wilemans ceuppens.

2645 - Cabinet dentaire recherche un/une assistant(e) dynamique et relationnelle. Expérience dentaire souhaitée, sens aigu de l'organisation, notions d'anglais parlé, bonne connaissance informatique. Notion de comptabilité est un atout. Envoyer CV, lettre de motivation et photo à l'adresse mail. info@delepine.be

2616 - Contrat de remplacement (maternité 5 mois+ repos accht).30 hrs/sem. Exper souhaitée. engagement immédiat. réponse + cv par mail. Hor:lu, ma, mc PM, ve AM. ehardy@brutele.be

2574 - Cabinet de standing à Uccle cherche assistante dentaire plein temps motivée. marc.nacar@skynet.be

2671 - Cherche une assistante mi-temps à 3/4 temps pour compléter le cadre du cabinet. Pas de travail administratif. charles.th@gmail.com

Assistante-secrétaire cherche emploi

2591 - Disponibilités certains matins et samedi pour seulement assistance. (disponible aussi pour petit secrétariat; prise de rendez vous; paiement) Expérience en : chirurgie Parodontologie Implantologie Endodontie. alvaroveronique15@yahoo.fr

2689 - Diplômée et expérimentée - technicienne labo-pharmacie, ayant travaillé chez un médecin comme assistante je vous propose ma candidature pour un poste d'assistante dentaire temps plein ou temps partiel - contactez-moi au 02/344.40.23 - 0485/57.37.83 aminata1974@live.be

2688 - Cherche empl d'ass dentaire ds prov de Liège.Actuellement ass dent ds un cabinet à Battice depuis janvier, mais recherche tps de travail + complet. J'ai un peu d'exp (prise de rdv, accueil, stérilisation, dévelop Rx, aide au fauteuil et gestion administrative. Je possède un véhicule personnel, disponible de suite. putzcaro11@hotmail.com

2682 - Dynamique et motivée, cherche emploi comme assistante dentaire. mauddevoyon@msn.com

2577 - Disponible ts les jours de 16.15 à 20 h. Connaissances administratives, informatiques et voudrais arrondir fins de mois. Je suis motorisée et travaille à Uccle. Je cherche donc dans commune avoisinantes. J'ai de nombreuses références. GSM 0477/982.583 paulefrydman@hotmail.com

2634 - Je suis à la recherche d'un emploi en tant que secrétaire médicale ou assistante dentaire dans la région de Verviers. Sérieuse et motivée. Plan Activa. 0497/92.29.32. laurvg@belgacom.net

2648 - JD de TB présentation et TB expression en français, permis B, exp prof de 12ans chirurgienne dentaire en Algérie, ne pouvant exercer comme telle en Belgique, souhaite un emploi d'assistante dentaire afin de toucher au métier que j'aime particulièrement. ecpoemploi@yahoo.fr

2597 - Assistant (h) cherche emploi sur la région Uccle, Ixelles, Forest. Expérience en parodontologie et implantologie. 0486-711-498 derwauuxraphael@hotmail.com

2596 - Dipl sec sup, avec formation d'ass logistique hospit et formation de secr médic, recherche poste à court terme à long termes ou tout autre type de contrat ! Secteur administratif chez dentiste en REGION LIEGEOISE. Si besoin d'aide au fauteuil, peux se former. 0494/62.86.14 hougardy_michelle@voo.be

2622 - Jeune fille de 22 ans sans expérience cherche à apprendre le travail d'assistante dentaire. Très bonne présentation, dynamique, prête à travailler dur dans l'apprentissage du métier d'assistante dentaire. Tél: 0487/721574. raluk1112@yahoo.com

2582 - Cherche employeur pour faire une formation FPI d'assistante dentaire n'hésitez pas à me contacter pour plus d'informations 0486/105 537 sherazade113@hotmail.com

2605 - Je possède un diplôme de technicien en prothèse dentaire et une formation de secrétaire. J'aimerais beaucoup travailler dans un cabinet dentaire. Je suis dynamique, organisée et sociable. stephanie.clemens@hotmail.com

2614 - Je recherche un emploi dans la province de Liège, assistante dentaire depuis fin 2002, je travaille au fauteuil, prise de rendez vous, passe commande, ... jeanine.bensberg@hotmail.com

2670 - Recherche emploi temps plein dans la région de Namur, Profondeville, Wépion, Jambes. Libre immédiatement. wanne@swing.be

2635 - Je suis à la recherche d'un emploi de secrétaire. Je sais prendre les rendez vous, passer des commandes, suis motivée, accueillante, j'aime les responsabilités. caroetmitch@hotmail.com

2657 - Assistante au fauteuil avec deux ans d'expérience en implantologie, stomatologie et endodontie, cherche emplois temps plein. Vous pouvez me contacter au 0484 / 70 10 49 kim_kara@hotmail.com

2637 - JF 24 ans, dynamique, consciencieuse et organisée recherche un poste d'assistante dentaire à temps plein. Libre à partir du 01/05/08 audrev@hotmail.com

2612 - Recherche trav. compl. ou d'appoint Charleroi, assistante en activités ayant 7 ans d'exp. Peut vous aider en secr., stérili - la semaine en soirée et WE. N'hésitez pas : 0476/99.09.39. Gailly-Murielle@hotmail.com

2611 - Assistante 3 ans expérience cherche job à mi-temps région Nivelles. Stérilisation, développement rx, prise de rdz-vs, accueil patients, aide au fauteuil etc... dorothy@live.be

2662 - Cherche poste d'ass dentaire dans la région de Bruxelles, Hainaut ou Brabant Wallon (je suis motorisée). Aucune exp. Mais motivée à apprendre. J'ai 26 ans, bonne présentation, connaissances en Word et Excel, en prise de rdv par téléphone ainsi que l'accueil.

J'ai fait une formation en marketing management et effectué plusieurs postes professionnels. 0475/80.94.44. patriciaiblaise@hotmail.com

2620 - JF avec expérience en dentisterie cherche un emploi d'assistante dentaire. hilary.2010@hotmail.com

2621 - Travaillant dans un cabinet de parodontologie et implantologie 3 jours par semaine, je souhaiterais compléter mon horaire en travaillant le mercredi et/ou le vendredi. 0478 92 03 26. hoffemcarine@skynet.be

Cabinet à vendre

- à remettre

2674 - Région Wavre: cabinet 2 fauteuils à céder cause spécialisation. Prix très accessible même pour jeune débutant. Chiffre d'affaires 210.000 Eur. sur 10 mois/An. Installation récente. 071 / 47.01.35 cathyroni@yahoo.fr

2604 - Cabinet dans appart - unit + meubles recents pano.. pratique generale + implanto paro le tout pour 115.000 euros Tél 0494/150653 huguesgreoire@yahoo.fr

2626 - Grand-Duché de Luxembourg - Vend cab. dent. Luxembourg-ville C.A. 265000 sur 3/4 temps, en expansion annuelle constante, matériel KaVo 2004, avantages fiscaux et qualité de vie du Luxembourg. Vendu avec murs (70m²). Accompagnement possible. Libre à partir de mars 08. bonitory@hotmail.com

2623 - ANVERS - Maison de maître luxueusement rénovée. Conv.Prof.Libé.3 chambres;2 sb neuves; living avec fo. Cuisine amér. Parquet ancien. Tél : 02 539 11 77

2680 - Opportunité entre Wavre et LLN remet struct complète en activité avec 2 Prat patient sympa CA>200k 2 inst pano et rx digit, accompagnement possible, prix raisonnable 0486-666108 criotta@hotmail.com

2656 - Cabinet en pleine activité à remettre pour cause de décès bon CA et bien équipé : 2 units, pano, digora, airco cuvelier.francoise@euphony.be

2633 - Uccle, rez-de-chaussée bien situé : à remettre la MOITIE des parts d'1 cab. (actuellement 2 dentistes, 1 assist., 3 fauteuils). Comprenant e.a. : l'appartement (135m² + gar. fermé), petit & gros matériel, mat. admin. fichier, stocks, pour 190.000 € (7 600 000 BEF) Tél : 0478 660 916

2658 - Cabinet à remettre,1090 Jette, rez de chaussée 75 m² + garage, actif depuis 1976, installation Stern-Weber en bel état (1999), disponible rapidement, conditions et visites : 0497704836 rue Huybrechts, 6 bte 1

2585 - Luxembourg: résidentiel- beau cabinet 2 fauteuils omnipratique et ortho - 25 ans d'expérience - à céder cse. proche retraite, accompagnement 3 ans si souhaité - Tel 00 32 495 574 065 cathyroni@yahoo.fr

2676 - Bruxelles Cabinet pluridisciplinaire devant les Communautés Européennes, 2 fauteuils. Remb. tr. important des proth. et implants pour les patients (majoritaires) de la CE. Possib. installer 3 fauteuils suppl sur splendide plateau de 300 m². CA = 252.355 Eur. pour moins de 8 mois d'activité par an. Selon modalités à convenir, possib. De continuer à prester en implanto quelques jours sur le mois. Tel 0495 / 57.40.65. margaux7@hotmail.com

2584 - Recherche un(e) dentiste pour reprise de cabinet dentaire situé à Pepinster (région Verviers) : fauteuil Anthos 2001 et fauteuil Stern-Weber, Digora, pano Fiad. 0497 84 39 85 ou 087 22 53 07. ccuvelier@ulg.ac.be

2661 - In center of Bryssels,private dental international practice looking for 1-2 competent successors. 100% private cdda@scarlet.be

2659 - Cabinet actif depuis 1976,1090 Jette, rez de chaussée de 75 m² + garage, installation stern weber (1999), disponible rapidement ; conditions et visites : 0497 704 836

Cabinet à louer

2647 - 11 Cabinets à louer. 4 Salles d'attente. Accueil. 11 toilettes dont 1 handicapé. Salle d'archi-ve. Plateau de 1000 m2 sur deux niveaux. Parking 12 voitures. Charleroi ville haute. Loyer attractif. 0478/ 92 87 48

2665 - Superbe emplacement au coeur du Quartier Européen, potentiel patient à remboursement important, loyer progressif, matériel dentaire archi-complet brusselsdental@gmail.com

2681 - Cabinet très agréable, situé au rez d'un immeuble. Totalement rénové, bien desservi par les transports publics. A voir. 0475778434 anissa128@hotmail.com

2686 - cabinet medical a louer dans maison de maitre a Uccle. 0475.658.658 a.philips@orthodontiephilips.be ,

Matériel à vendre

2575 - Cause départ à l'étranger. Super offre pour une lampe plasma, qui a très peu servi, ainsi qu'une boîte servant au développement des panos. Ces matériels sont situés à Charleroi. vansimpsen@orange.fr

2606 - Appareil de radiologie + développeuse Automatique DURR XR24+DL26 startooth2@hotmail.com

2615 - A vendre : générateur rx Trophy 1985. Très bon état. Prix : 400 euros dentiste.slezinger@skynet.be

2660 - 1989 état impeccable idéal pour débiter ou pour cabinet avec plusieurs installations 0475 83 87 00. jjdubois52@yahoo.fr

2684 - modèle DURR XR24 avec chambre noir DL26 pour 2000 eur. startooth2@hotmail.com

Cherche

2608 - Je suis tunisien, en quatrième année médecine dentaire en Roumanie, je voudrais faire mon stage d'été d'un mois dans un cabinet dentaire où hôpital universitaire belge un accord préalable d'acceptation m'est nécessaire pour pouvoir déposer un dossier de prise en charge pour ce stage auprès de l'agence universitaire à la francophonie. dalenda_boujnah@yahoo.fr

Divers

2625 - Santé et Participation asbl recherche pour ses cabinets dentaires au brabant Wallon, ceux de Braine l'Alleud et de Rixensart en particulier, un(e) dentiste et un(e) orthodontiste. Candidature et C.V. à envoyer à Brigitte MEYER Place Ste Anne 13 1420 Braine l'Alleud ou par E-mail : brigitte.meyer@mc.be

La mise en page,
ne nous permettant
pas de publier
toutes les annonces,
nous vous invitons
à les consulter
sur notre site :
www.dentiste.be
"Petites Annonces"

Agenda



le.point@dentiste.be
www.dentiste.be

20 mars 2008

SOP

Avez-vous la bonne méthode pour vaincre le stress ?

Lieux : Paris - France

Info : SOP

Tél. : +33 1 42 09 29 13

e-mail : secretariat@sop.asso.fr

27 mars 2008

Réf : 10686

L'accident au cabinet dentaire

Lieux : Toulouse - France

Info : Acteon Formation

Tél. : +33 5 56 34 93 22

27 mars 2008

Réf : 10687

Rehabiliter la maintenance et la prophylaxie dans votre cabinet

Lieux : Paris - France

Info : Feed Back Medical

Tél. : +33 1 56 56 59 85

28 & 29 mars 2008

Réf : 10390

Treatment of bone deficiencies in implantology - Formation clinique

Lieux : Hotel Hermitage Gantois

59000 LILLE - France

Info : Pr ferri j

M F R D - 7 bis, avenue de la créativité - 59650 Villeneuve d'ascq

Tél. : +33 3 20 91 95 69

Fax : +33 3 20 91 89 51

03 avril 2008

Réf : 10381

1er Congrès Zedental.com : « ACQUIS et e-NOVATIONS »

Lieux : Palais Brongniart Paris - France

Info : Zedental.com - 37 rue des Acacias - 75017 Paris

Tél. : +33 1 47 04 01 39

25 avril 2008

Maîtrisez vos actes chirurgicaux sans stress (théorie)

Lieux : Namur

Info : SMD

Tél : 02 375 81 75 - Fax : 02 375 86 12

E-mail : info@dentiste.be - www.dentiste.be



25 avril 2008

Implants dentaires : présentation de cas cliniques

Lieux : Bruxelles ECU-EMDS

Info : Mme Larose

Tél : 02 764 57 21

E-mail : francoise.larose@uclouvain.be

26 avril 2008

Maîtrisez vos actes chirurgicaux sans stress (pratique)

Lieux : Liège

Info : SMD

Tél : 02 375 81 75 - Fax : 02 375 86 12

E-mail : info@dentiste.be - www.dentiste.be



15 mai 2008

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le retraitement sans oser le demander

Lieux : FUCAm

Info : SMD

Tél : 02 375 81 75 - Fax : 02 375 86 12

E-mail : info@dentiste.be - www.dentiste.be



Maison des Dentistes

Avenue de Fré 191

B-1180 Bruxelles

Tél.: 02 375 81 75 (de 9h00 à 13h00)

Fax: 02 375 86 12

Banque: 068-2327544-56

Présidents d'Honneur :

W. Andries

H. Aronis

J. Vandeneuycken

Conseil d'Administration :

Bureau exécutif :

D. Eycken - Président

M. Devriese - Vice-Président

H. Grégoir - Past-Président

A. Wettendorff - Secrétaire-Générale

O. Custers - Trésorier

Administrateurs :

F. Ackermans - P. Delmelle

M. Lippert - M. Nacar - Th. van Nuijs

Le point :

O. Custers - Rédacteur en chef

Revue Belge de Médecine Dentaire :

Th. van Nuijs - Rédacteur en chef

(édition francophone)

Commission Scientifique :

J. Delangre - Président

Commission Professionnelle :

A. Bremhorst - M. Devriese

R. Vanhentenryck

Fondation pour la Santé Dentaire :

M. Devriese - Th. van Nuijs

A. Wettendorff

Directeur :

O. Custers

Secrétariat :

D. Debouille, M. Masquelier,

A. Riguelle, C. van de Rose

Webmaster :

O. Custers

Editeur Responsable :

D. Eycken

ISSN : 0779-7060

Editeur:

Société de Médecine Dentaire

Avenue De Fré, 191 • 1180 Bruxelles

Tél. : + 32 (0)2 375 81 75

Fax : + 32 (0)2 375 86 12

le.point@dentiste.be

www.dentiste.be

Impression :

Imprimerie Van der Poorten s.a.

Diestsesteenweg 624

3010 Kessel-Lo

Publicités :

Olivier CUSTERS

Tél.: 0475 376 838

Fax: 02 375 86 12

e-mail: olivier.custers@dentiste.be

Création & Mise en page :

BVG Communication

e-mail: benoit@bvgcom.be

Photos de couverture :

Christine TESTAERT

Nouveau: Philips Sonicare FlexCare



Élimine plus efficacement la plaque dentaire entre les dents et dans toute la cavité buccale que la Sonicare Elite¹

Nouveau: programmes personnalisables

Doux pour la dentine^{2*}

Nouveau système qui permet de réduire les vibrations de 80%[†]

Nouveau la brosette ProResults opère des mouvements oscillatoires plus amples et les soies de la brosse épousent les contours de chaque dent¹

Améliore considérablement la santé des gencives en seulement 2 semaines (cliniquement prouvé)³



Le concept de Simplicity, c'est bien plus qu'une brosse à dents : il garantit une santé buccale irréprochable.

FlexCare: la nouvelle référence Sonicare. L'association de la technologie sonore la plus perfectionnée et de la brosette ProResults vous assure, ainsi qu'à vos clients, un brossage ultra-efficace. Si vous souhaitez essayer la nouvelle FlexCare, contactez la Service Line Philips Sonicare au 070-253001.

www.philips.com/sonicare

PHILIPS
sonicare
the sonic toothbrush

PHILIPS
sense and simplicity

*Étude réalisée in vitro

[†]Par rapport à la Sonicare Elite

Références :

1. Milleman J et al Comp Cont Educ Dent 2007 ;28.

2. De Jager M, Nelson R, Schmitt P, Moore M, Putt MS, Kunzelmann KH, Nyamaa I, Garcia-Godoy F, Garcia-Godoy C. Données non publiées, 2007.

3. Holt J, Sturm D, Master A, Jenkins W, Schmitt P, Hefti AF. Données non publiées, 2007.

Confiez vos patients à un Expert !

WRIGLEY'S SANS SUCRES • ZONDER SUIKERS
FreeDENTTM
EXPERT

**LA GAMME DE CHEWING-GUMS
SANS SUCRES CONÇUE POUR AIDER
VOS PATIENTS À PRÉSERVER LEUR
CAPITAL DENTAIRE :**

- Une formule avec des micro-granules de sodium hexametaphosphate pour un effet «dents propres»*.
- Une nouvelle boîte de 46 dragées adaptée aux personnes soucieuses de leur hygiène bucco-dentaire.



**Une gamme complémentaire
de deux références répondant aux
besoins des patients
lorsqu'ils ne peuvent pas
se brosser les dents.**



**MENTHE
FORTE**

**Pour aider à éliminer
les résidus alimentaires**



**WHITE
MENTHE
VERTE**

**Pour aider à préserver
les dents du jaunissement**

Pour obtenir plus d'informations, merci de contacter :
Wrigley France
14, place Marie-Jeanne Bassot
92300 Levallois Perret



WRIGLEY'S SANS SUCRES
FreeDENTTM
Pour des dents belles et fortes

Agit pour la prévention avec la Société de Médecine Dentaire