

LE POINT

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

SPÉCIAL
PARO



association dentaire belge francophone
**SOCIÉTÉ DE
MÉDECINE
DENTAIRE**
asbl

www.dentiste.be



ROXOLID™

LE NOUVEL «ADN» DES MATÉRIAUX POUR IMPLANTS

ROXOLID™ – Conçu exclusivement pour répondre aux besoins des spécialistes de l'implantologie dentaire.

Roxidid™ offre ■ Fiabilité dans la pose d'implants de petit diamètre ■ Adaptabilité grâce à de multiples options thérapeutiques ■ Conçu pour accroître l'acceptation par les patients du traitement par implant dentaire



Vous pouvez nous joindre au + 32 2 790 10 00 info.be@straumann.com www.straumann.be

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS

e n i t o



L'ignorance est à la racine de tous les maux.

Socrate

Mes Chères Consoeurs, mes Chers Confrères,

Permettez-moi tout d'abord, au nom de tous les acteurs de la Société de Médecine Dentaire, de vous adresser nos vœux sincères pour cette année 2010.

2010 : voilà un bien un joli nombre qui sonne rond. Espérons que le monde tournera de même et que quelques grands défis de la société civile trouveront (enfin) une issue favorable. L'Homme gagne en connaissance ; si seulement il pouvait gagner en sagesse...

Mais restons optimistes et positifs ! Ce n'est pas le moment de baisser les bras.

Car 2010 est bien sûr, comme à chaque changement d'année, l'annonce de bonnes résolutions, de grands projets, de renouveau et d'avancées significatives.

En ce qui nous concerne, dès le 22 janvier, nous nous intéresserons à nos conditions d'exercice, lors de notre traditionnelle après-midi professionnelle. Celle-ci sera exceptionnellement précédée d'une matinée consacrée à la révolution du Cone Beam, au diagnostic et aux justes prescriptions radiologiques. Thèmes d'actualité s'il en est, qui susciteront, à n'en pas douter, un intéressant débat.

Cette année, je dois le reconnaître en toute modestie et avec une fierté non dissimulée, notre Commission Scientifique s'est surpassée (mais où s'arrêtera-t-elle ?). Le programme scientifique qui vous est proposé est remarquable. Il vous permettra de suivre une formation continue hors pair : une collection de thèmes résolument cliniques et une sélection d'orateurs de très haute qualité.

Les statuts de la Société de Médecine Dentaire le précisent : une de ses prérogatives est de promouvoir et disséminer la connaissance.

Pour atteindre ses objectifs, l'Association s'est toujours attachée à créer et à stimuler des synergies, au grand bénéfice des praticiens et, but ultime, de la santé de la population.

Nous nous réjouissons de compter autour de nous une constellation de partenaires nationaux et internationaux, cliniciens, scientifiques, commerciaux, qui nous permettent d'accomplir nos missions d'éducation, de représentation et de promotion de la santé.

Un de ces précieux partenaires est la Société Belge de Parodontologie avec laquelle nous entretenons des relations privilégiées.

Comme le souligne sa Présidente, Michèle Reners : « Nous sommes conscients que la parodontologie commence dans le cabinet du dentiste généraliste (...) ».

Effectivement, qui d'autre peut assurer un dépistage et un diagnostic précoces hautement souhaitables dans ces cas de pathologies ?

Les avancées de notre nomenclature vont d'ailleurs en ce sens.

Or, beaucoup trop de patients atteints de maladie parodontale sont encore diagnostiqués trop tardivement. Ceux-ci, soit mal informés, soit désinformés, pensent encore que la formation du tartre est inéluctable ou vient de l'eau de distribution ou encore du tabac, ignorent l'extrême nocivité orale de la tabagie ou le potentiel dévastateur des bactéries orales. Et ils sont encore moins convaincus que les principales pathologies orales se préviennent tout simplement, « tout bêtement », par un nettoyage long, minutieux, biquotidien et surtout interdentaire.

L'ignorance...

La S.M.D et la S.B.P. ont décidé de mettre, ensemble, tout en œuvre pour diffuser les informations scientifiques et assurer les formations cliniques indispensables aux dentistes généralistes.

Ce numéro spécial parodontologie, choisi pour inaugurer l'année, en est un premier exemple.

Les deux journées de cours de Christine Romagna, les 19 et 20 mars, en est un second.

Mes Chères Consoeurs, mes Chers Confrères, dans l'attente du plaisir de partager avec vous notre programme scientifique, veillons sans relâche à la bonne santé parodontale de nos patients.

Didier Eycken
Président paro-conscient

sommaire



3 Edito

D. EYCKEN

6 Être membre

7 Cotisation

9 Dentistes du Monde

P. MATHIEU

11 SBP, quoi de neuf en 2010

M. RENERS

15 Sommaire articles scientifiques

17 La maladie parodontale : guide clinique

O. FRANÇOIS

27 Prise en charge pluridisciplinaire d'une parodontite juvénile

F. LAMBERT

31 Les biofilms bactériens

O. PAULOUIS, P. BERCY, J. LASSERRE

35 Intégration de la paro dans un cabinet d'omnipratique

Dr E. BINHAS

39 Sommaire formation continue

- 40 Activités accréditées en 2009
- 41 Radiologie 22-01-10 - Bruxelles
Info professionnelle 22-01-10 - Bruxelles
- 42 Cours pratique de photo - Bruxelles
Ergonomie - Bruxelles
- 43 Le pilier de bridge - Namur
Portrait de la parodontologie actuelle - La Hulpe
- 44 Formation intensive en chirurgie
parodontale - Bruxelles
NYU in Belgium - Bruxelles

45 Sommaire Infos professionnelles

- 47 Accord dento-mutualiste 2009-2010
M. DEVRIESE
- 48 DOSSIER contrôle RADIOphysique AFCN
M. DEVRIESE
- 52 La fiduciaire médicale
C. RIGAUX
- 53 Nomenclature

54 Cartes de rappel

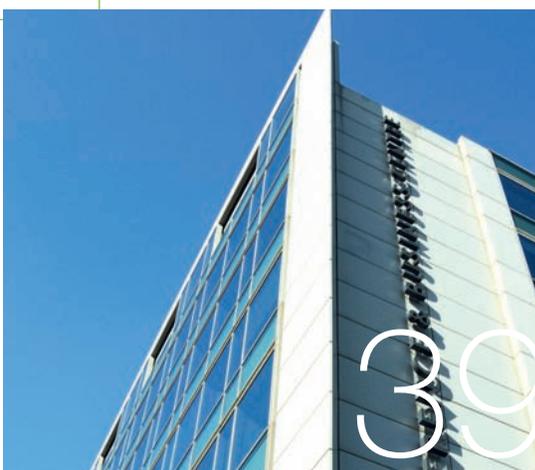
56 Culture

P. MATHIEU

58 Study-Clubs

60 Petites annonces

62 Agenda



Etre membre ...



Qui sommes-nous ?

Une association scientifique et professionnelle représentative des dentistes de Belgique, 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)
- NEW ! Des conditions spéciales sur les terminaux de paiement, la collecte de déchets,...
- Un service gratuit de recouvrement de créances (hors 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.....



association dentaire belge francophone
**SOCIETE DE
MEDECINE
DENTAIRE**
asbl

Nos modes de vie moderne peuvent mettre à mal l'émail dentaire.

Eduquez vos patients sur les risques quotidiens et recommandez-leur un dentifrice qui renforce l'émail de leurs dents

L'érosion dentaire grandit de façon importante. Les attaques acides causées par nos modes de vie moderne peuvent causer l'érosion de l'émail de vos dents (ex. l'ingestion d'aliments et de boissons acides, déshydratation et certains médicaments*).

La formule du dentifrice **Colgate Sensitive émailprotect** contient des ingrédients actifs dont l'efficacité pour aider à renforcer l'émail des dents et à soulager la sensibilité dentaire a été prouvée cliniquement.



Colgate Sensitive émailprotect :

- ✓ Aide à reminéraliser l'émail et la dentine exposée
- ✓ A un faible niveau d'abrasivité
- ✓ Aide à soulager et à protéger les dents sensibles et contient un ingrédient désensibilisant prouvé
- ✓ Pour une hygiène dentaire quotidienne et une protection contre les attaques acides

Le résultat : une surface dentaire renforcée pour aider à augmenter la résistance aux attaques acides et aider à diminuer le risque de l'érosion de l'émail.



Photo 1



Photo 3



Photo 4



Photo 6

Photo 2



Photo 5

Une manière sympa de **soutenir DDM**

Voici 6 photos mises en vente en tirage limité (10 chacun), afin de financer l'achat d'un détartreur pour aller à Goma en août 2010 et de donner un peu d'aide pour le Bénin. Si vous êtes intéressé d'avoir une ou plusieurs photos pour décorer votre salle d'attente et faire un petit geste pour l'aide humanitaire, les photos 40 x 60 cm sur papier brillant professionnel vous seront envoyées pour le prix de 85 €, le bénéfice sera entièrement versé à Dentistes du Monde.

Pour commander il vous suffit de verser le montant correspondant au nombre de photos désirées sur le compte 035-6640767-91 en mentionnant en communication : Patricia Mathieu pour DDM le numéro de(s) photo(s) (exemple p3) et vos coordonnées précises pour l'envoi. Vous pouvez également envoyer un mail avec vos coordonnées à mat_pat1@hotmail.com si vous souhaitez d'autres infos. Une note de débit vous sera remise. Clôture des commandes le 20 février.

Merci de votre soutien.



Une force supérieure
dans le combat contre
le biofilm de la plaque
dentaire.



Sonicare FlexCare offre des résultats spectaculaires prouvés scientifiquement tout en étant remarquablement souple.

- Enlève le biofilm de la plaque dentaire interdentaire avec des résultats significativement meilleurs que ceux obtenus avec une brosse à dents manuelle.⁽¹⁾
- Souple et sûre pour les tissus buccaux, avec 50% d'abrasion de la dentine en moins qu'une brosse à dents manuelle.⁽²⁾
- Deux têtes de brosse exclusives avec des poils spécialement étudiés pour une meilleure couverture des dents.
- 80% de vibrations en moins avec le système avancé d'absorption des vibrations de FlexCare.⁽³⁾



Pour de plus amples informations
contactez-nous au numéro de tél.
070-253001 (€ 0,06 par minute)
ou surfez sur www.sonicare.be

PHILIPS
sonicare
the sonic toothbrush

PHILIPS
sense and simplicity

La Société Belge de **Parodontologie** : quoi de neuf **en 2010** ?

Durant ces 4 dernières années, le panorama de la parodontologie en Belgique s'est modifié. Nous avons eu l'occasion de célébrer la retraite du Professeur D. van Steenberghe de la KUL et du Professeur J. De Boever de l'université de Gand. Le professeur M. Brexa, quant à lui, arrêté ses activités professionnelles en Belgique.

Au sein de la Société Belge de Parodontologie, il y a eu également des modifications. E. Thevissen a quitté son poste de secrétaire après de bons et loyaux services, de même que M. Goffin qui s'est retiré de son poste de président de la commission scientifique. De nouveaux ou plutôt de nouvelles responsables des commissions scientifique (F. Lambert) et professionnelle (M. Mys) ont été nommées.

Il faut rappeler que la Société Belge de Parodontologie est la seule société nationale de dentistes spécialistes regroupant des activités scientifiques et professionnelles et composée de membres francophones et néerlandophones.

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est composé des représentants de chaque université :

Pr. H. De Bruyn (U Gent), Pr. E. Rompen (ULg), Pr. M. Quirynen (KUL), Pr. Moradi (VUB), J. Lasserre (UCL), M. Hermans (ULB), F. Lambert et de représentants des dentistes privés : B. Dombret, Y. Flamand, M. Mys, P. Navez, M. Reners L. Vandenbossche.

La Société Belge de Parodontologie compte en son sein deux commissions:
la Commission Scientifique et la Commission Professionnelle.



Margot MYS, Michèle RENERS, France LAMBERT

La Commission Professionnelle

Cette dernière s'occupe de l'encadrement professionnel des spécialistes agréés en parodontologie et, pour cette raison, seuls des parodontologues reconnus peuvent y siéger.

La Commission Professionnelle a pour objectif de rendre la spécialité plus "visible", surtout auprès des différents décideurs dans le domaine de la santé. Pour ce faire, la Commission Professionnelle développe activement ses contacts avec les différentes instances gouvernementales.

Tout ce qui a trait à la profession de « dentiste-spécialiste en parodontologie » peut donc être traité au sein de cette commission. La Commission Professionnelle fait toujours rapport aux membres du Conseil d'Administration de la Société Belge de Parodontologie. Elle fait donc aussi office de commission consultative.

La présidente de cette commission est Margot Mys, qui a été membre de la commission scientifique pendant de très nombreuses années. A l'heure actuelle, 15 membres composent cette commission :

Ann Callens, Frédéric De Beule, Carl Spaas, Marc De Soete, Christel Dekeyser, Mandy Desnyder, Ann Schotte, Yves Flamand, Frieda Gijbels, Christine Mertens, Katrijn Saerens, Catherine Soers, Daniëlle Van Strydonck, Guy Brignola.

La commission scientifique

Cette commission a comme objectif d'organiser des manifestations scientifiques qui sont destinées non seulement aux spécialistes en parodontologie, mais aussi aux dentistes généralistes ou spécialisés dans d'autres domaines. Pour un meilleur service à nos patients, il est impératif d'avoir un dialogue interdisciplinaire efficace.

La présidente de cette commission est France Lambert qui s'est entourée d'un comité jeune et dynamique. Leur but est d'offrir un programme scientifique de qualité non seulement dans la parodontologie de pointe mais aussi dans la parodontologie au quotidien ou dans les autres domaines qui peuvent influencer le diagnostic et le traitement de nos patients. Par exemple la prochaine réunion de printemps (24 avril 2010) aura pour thème :

Quel plan de traitement pour le patient parodontal ?

L'orthodontie et l'endodontie seront au cœur du programme. Des débats seront organisés et les participants auront l'occasion de voter pour donner leur avis, par exemple : faut-il extraire ou conserver une molaire atteinte de furcations ? Notre excellente collaboration avec la Société de Médecine Dentaire, nous permet d'entretenir un lien privilégié avec l'ensemble de la profession.

Les membres de cette commission sont :

France Lambert	(Université de Liège), présidente.
Hilde de Vree	(Université de Gand, Pratique privée exclusive à Anvers)
Nathalie Schneps	(Pratique privée exclusive à Bruxelles)
Katrien Vermeylen	(Pratique privée exclusive à Haacht)
Michèle Reners	(Pratique privée exclusive à Liège)
Tommie Van de Velde	(Université de Gand, Pratique privée exclusive à Anvers)
Goeffrey Lecloux	(Université de Liège)
Peter Garmyn	(Pratique privée exclusive à Zichem)

Les Guidelines

En parodontologie :

En septembre 2007, nous avons organisé une réunion de tous les parodontologues belges dans le but de voter et d'établir des guidelines (ou directives) en parodontologie. Ceux-ci constituent une base qui peut définir la manière de traiter un patient atteint de maladie parodontale chronique.

Ils servent de moyen de communication avec les dentistes généralistes.

Ils sont aussi un point de départ pour une stratégie thérapeutique consensuelle, étayée scientifiquement. Enfin, ils donnent une description claire de ce qu'est la parodontologie à présenter aux décideurs politiques.

Ils ont été publiés dans la revue belge de médecine dentaire et seront disponibles sur notre site.

En implantologie :

En septembre 2009, nous avons renouvelé l'expérience et nous avons établi, cette fois, des guidelines en implantologie. La publication se fera dans le courant de l'année prochaine et ils pourront aussi être consultés sur le site très bientôt.



Le website : parodontologie.be

Notre site internet a subi un bon lifting et son nouveau visage apparaîtra en janvier 2010. Ce site existe depuis plusieurs années et, c'est grâce à l'expérience de Frédéric De Beule, dans un premier temps, puis de Marc Hermans par la suite, qu'il a pu voir le jour et évoluer. Mais les demandes devenant de plus en plus importantes, nous avons dû faire appel à une société spécialisée pour sa gestion.

Vous pourrez y trouver toutes les infos sur le programme scientifique et même vous inscrire « en ligne » à nos conférences, mais aussi y trouver des infos très complètes pour les patients.

Le dentiste généraliste y trouvera des documents à télécharger comme les fiches pour le DPSI, le fonctionnement du rôle de garde. Vous pouvez également en profiter pour nous contacter et pour nous faire part de vos remarques et suggestions.

Nous sommes conscients que la parodontologie commence dans le cabinet du dentiste généraliste et nous veillons, avec la collaboration de la Société de Médecine Dentaire à ce que des informations scientifiques et des formations cliniques soient mises en place et permettent une collaboration harmonieuse.

Michèle Reners

WRIGLEY'S **Freedom** **FUSION**

LA COMBINAISON DU XYLITOL POUR DES DENTS PROPRES ...

- Le Xylitol est un polyol qui a le pouvoir de sucrer en limitant le nombre de calories apportées.
- Grâce à son action antibactérienne, il aide à prévenir la formation de la plaque dentaire et du tartre.



au XYLITOL

...ET D'UN CŒUR LIQUIDE POUR PLUS DE PLAISIR !

- Freedom Fusion vous donne une sensation de fraîcheur immédiate grâce à son cœur liquide.
- Découvrez tous nos parfums : Menthe forte, Menthe verte, White Menthe douce et Grenade Myrtille.



WWW.FREEDENT.BE

articles scientifiques

S o m m a i r e

- 17** La maladie parodontale : guide clinique
O. FRANÇOIS
- 27** Prise en charge pluridisciplinaire
d'une parodontite juvénile
F. LAMBERT
- 31** Les biofilms bactériens
O. PAULOUIS, P. BERCY, J. LASSERRE
- 35** Intégration de la paro dans un cabinet d'omnipratique
Dr E. BINHAS

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.

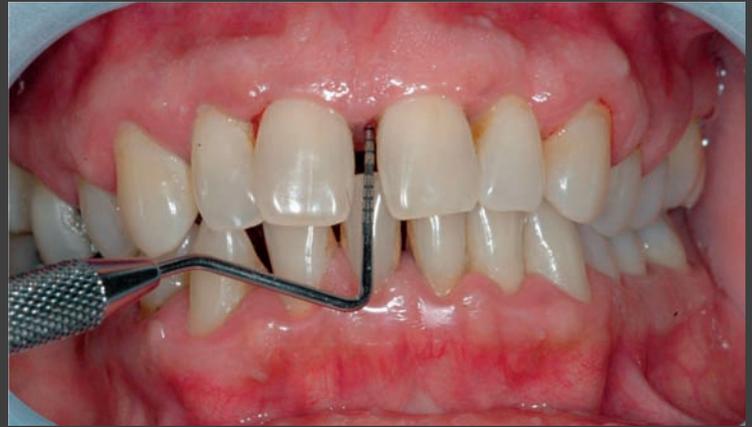
Avec encore plus de fonctions.

- **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



La maladie parodontale : guide clinique



En 2010, alors que l'efficacité des traitements des maladies parodontales n'est plus à démontrer depuis de nombreuses années, une énigme reste entière : comment se fait-il que des patients présentent encore des maladies parodontales en progression non traitées ?

Faut-il croire que la parodontologie appartient encore à la catégorie des sciences expérimentales ?

Devons-nous baisser les bras devant l'ampleur de la tâche que représente la prise en charge des maladies parodontales des patients sur le long terme.

La présente contribution vise à démontrer qu'il ne faut pas être un expert en microbiologie, ni en immunologie pour traiter la plupart des parodontites des patients.

1. Etiologie

Afin de mieux comprendre la philosophie du traitement parodontal, un bref rappel sur l'étiologie de la parodontite paraît opportun.

Par définition, la parodontite est une pathologie qui se caractérise par l'apparition d'une **poche parodontale**. Comment cette poche se forme-t-elle ?

La nature infectieuse des maladies parodontales n'est plus à démontrer. Le biofilm bactérien est en effet le premier maillon de la chaîne. En s'installant dans le sillon dento-gingival, une réaction inflammatoire au niveau de la gencive marginale va s'ensuivre. Face à cette irritation persistante et chronique que représente cette invasion bactérienne, le système immunitaire est impuissant et, devant un tel acharnement, va littéralement retourner sa veste pour devenir une menace pour l'hôte lui-même.

En effet, c'est principalement l'infiltrat inflammatoire généré par l'exacerbation bactérienne qui sera responsable successivement de la destruction du collagène gingival, entraînant une migration apicale de l'attache épithéliale, et suivie ensuite d'une résorption osseuse d'origine inflammatoire, le tout aboutissant à la formation d'une poche parodontale.

La parodontite est donc une maladie infectieuse dans laquelle la réponse immunitaire de l'hôte joue un rôle clé dans le processus de destruction tissulaire.

Si les bactéries et leurs métabolites sont capables de détruire directement les tissus, ces mécanismes sont secondaires au regard des dysfonctions immunitaires majeures que vont induire les bactéries.

Mais ce déséquilibre de la **balance hôte-parasite** est-il inéluctable ? La présence de bactéries suffit-elle pour engendrer cette réaction immuno-destructrice ?

La réponse est non. Si la présence de bactéries est un élément déclenchant nécessaire, cette présence ne constitue pas un facteur suffisant pour induire une résorption osseuse chez tous les patients. Pour comprendre ces inégalités face à la maladie parodontale, il faut intégrer la notion de **susceptibilité**. Certains facteurs, communément appelés **facteurs de risque**, vont exposer davantage certains individus par rapport à d'autres.

Ces éléments interviennent soit sur le paramètre bactérien considéré comme le facteur étiologique majeur, soit sur la réponse de l'hôte.

Ils peuvent être répartis en 4 groupes : le facteur bactérien, les facteurs systémiques, les facteurs locaux et le facteur fonctionnel.

Le facteur bactérien :

Il est prouvé que sur les 500 espèces bactériennes différentes que constituent l'écosystème buccal, un nombre limité d'espèces bactériennes est à l'origine du développement des parodontites (Socransky et al, 1992).

Autant qu'il existe une corrélation directe entre l'accumulation de la plaque dentaire et le développement d'une gingivite, le passage de la gingivite à la parodontite n'en est pourtant pas systématique.

Les patients qui négligent leur hygiène bucco-dentaire sont peut-être plus menacés par les maladies parodontales mais de manière non proportionnelle. Cependant, si la présence de bactéries virulentes est essentielle au déclenchement de la maladie, elle n'est pas suffisante pour l'initier à elle toute seule. L'absence de lésion parodontale chez des patients

pourtant porteurs de germes paro-pathogènes, rend compte que la capacité ou non de l'hôte à juguler cette agression bactérienne joue un rôle tout aussi important (Kornman et al, 1997).



Patient de 62 ans qui présente une gingivite chronique sans la moindre trace de parodontite malgré une hygiène nettement insuffisante.

Un certain nombre de facteurs, liés à l'hôte cette fois, peut perturber les mécanismes de défenses immunitaires rendant ces patients plus susceptibles aux infections parodontales. Ces facteurs peuvent être innés, en d'autres termes inscrits dans le code génétique du patient, ou acquis et donc induire secondairement des conditions telles que le parodonte se présentera plus vulnérable aux agressions bactériennes.

les facteurs systémiques :

Profil général :

- Il s'agit des caractéristiques identitaires du patient (âge, sexe, race) qui ne peuvent donc être modifiées :
- L'âge en soi n'est pas un facteur étiologique comme pourrait le penser le grand public, mais la dégradation tissulaire physiologique cumulée à la durée d'exposition aux facteurs étiologiques, fait de lui un facteur de risque majeur.
- Certaines populations ethniques sont plus exposées aux maladies parodontales et en particulier aux formes agressives (Albandar, 1997).

Particularités génétiques :

- Une déficience génétique d'un composant cellulaire du système immunitaire peut augmenter le risque d'exposition à la parodontite :
- Les études sur les parodontites agressives ont révélé une anomalie presque systématique des polynucléaires neutrophiles (Page, 1985).
- Le phénotype hyper-inflammatoire est une autre particularité génétique très répandue. Il définit une propension à provoquer une réaction inflammatoire exacerbée en répondant, face à une agression de la même intensité, par une surproduction de cytokines pro-inflammatoires (PGE2, Il 1, TNF), facteurs qui jouent un rôle majeur dans la destruction parodontale. À côté des facteurs de risque systémiques non modifiables, il existe un grand nombre de facteurs modifiables qui in-

fluent plus ou moins sur l'apparition et l'évolution de la parodontite, en fonction de leur "importance" et de leur intensité.

Maladies systémiques :

De nombreuses maladies peuvent perturber le métabolisme tissulaire ou le fonctionnement du système Immunitaire et rendre des sujets plus vulnérables aux agressions bactériennes parodontales.

Parmi celles-ci, **le diabète** prend une place particulière. En Belgique, une personne sur vingt est concernée. Un chiffre qui connaîtra une croissance exponentielle au cours des prochaines années puisque l'on annonce un belge sur dix en 2020 en l'absence de mesure. Ces chiffres sont encore plus consternants quand on sait qu'une personne sur trois l'ignore. Pourquoi tous ces chiffres ? Parce que nous sommes en première ligne ! De nombreuses études montrent qu'un patient diabétique est plus susceptible de souffrir d'affections parodontales. De plus, le traitement des maladies parodontales est également plus difficile chez un patient dont le diabète est mal équilibré (Taylor G., 1998). Notre rôle est d'autant plus important que le lien entre la parodontite et le diabète serait **réciroque**. En effet, la parodontite affecterait le contrôle de la glycémie et exacerberait le diabète (Grossi S., 1998)

Le tabac :

Le tabac est reconnu comme un facteur de risque majeur dans le développement et la progression des maladies parodontales. Le mécanisme d'action du tabac est lié à ses nombreux composants nocifs, avec en particulier la nicotine. Les mécanismes de défense vis-à-vis des bactéries sont altérés. La vascularisation de la gencive est réduite, les symptômes associés à l'inflammation sont très souvent masqués. Les patients fumeurs répondent moins favorablement aux traitements parodontaux (en particulier si la consommation de tabac est importante). Le tabac est un élément que le praticien ne peut contrôler. Il doit en tenir compte dans l'établissement de son diagnostic, de son plan de traitement et de son pronostic. Le patient doit être informé des conséquences et du bénéfice de l'arrêt de consommation de tabac.

Les médicaments :

Les principales classes qui engendrent des perturbations du parodonte sont : **La cyclosporine** (immunosuppresseur), **la phénytoïne** (anti-épileptique), **la nifédipine** (inhibiteurs calciques). Un grand nombre de ces lésions seront des augmentations du volume gingival ou **hyperplasie**. Toutes ces manifestation cliniques sont le fruit de l'action des médicaments sur le métabolisme cellulaire et (gras) de l'inflammation liée à la présence de plaque. Elles sont donc ixistante chez les édentés totaux.

Le stress :

Le stress en relation avec la maladie parodontale a un caractère chronique et n'est pas dû à un événement unique. Autrement dit, c'est plus l'incapacité à le surmonter que le stress lui-même qui jouerait un rôle dans la progression de la maladie parodontale (Croucher R. et al, 1997). Le stress agit sur le parodonte soit par voie systémique en altérant les fonctions immunitaires (Breivik et al, 1996), soit de

manière localisée. En effet, les patients anxieux développent régulièrement des parafunctions compensatoires (serrer des dents, bruxisme) afin de neutraliser leur stress. Celles-ci engendrent directement des conséquences sur le parodonte.

Les facteurs locaux :

Tous les éléments qui facilitent l'accumulation de plaque et qui rendent son élimination par le nettoyage plus difficile, peuvent représenter une agression pour le parodonte qu'il n'est pas toujours prêt à recevoir.

Parmi ces facteurs de rétention, on compte :

Le tartre supra et sous gingival, les caries, les malpositions dentaires, les obturations défectueuses, les débordements d'obturation, les sur-contours, les entrées de furcations, les fissures et les traitements endodontiques défectueux. Chaque imperfection, aussi petite soit-elle, constitue une niche pour des bactéries.

Les facteurs iatrogènes, s'ils peuvent nuire au parodonte en favorisant l'adhésion bactérienne, peuvent également représenter une **agression physique**.

En effet, le rôle de la gencive est avant tout d'assurer un joint étanche pour l'os sous-jacent.

Ce joint est composé d'un épithélium jonctionnel et d'une attache conjonctive. Il est appelé : espace biologique.

Aucun matériau d'obturation n'est biocompatible et permettrait donc une adhésion tissulaire. Par conséquent, les limites des restaurations ne peuvent être réalisées dans cet **espace biologique**.

Une violation de celui-ci entraîne une rupture du système d'attache provoquant une inflammation gingivale chronique. La physiologie tissulaire souhaitera ensuite rétablir cet équilibre et reformera son joint sous l'obturation, provoquant ainsi la formation d'une poche parodontale (d'origine iatrogène) qui risque d'être colonisée secondairement par des bactéries.

Le facteur fonctionnel :

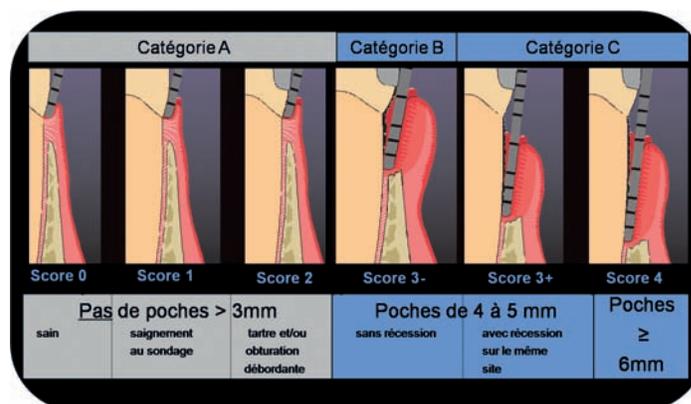
Le traumatisme occlusal, désigne les charges excessives susceptibles d'affecter le parodonte, qu'elles soient d'origine fonctionnelles (prématurité, interférence, malocclusion, nombre réduit de dents), parafunctionnelles (bruxisme, pulsion linguale,...) ou iatrogènes (traitement orthodontique, prothèse amovible).

Néanmoins, **le traumatisme occlusal n'induit pas de lésion parodontale à lui seul**. Il s'agit seulement d'un facteur aggravant. Par conséquent, dans un contexte de parodontite, le trauma occlusal ne fait qu'augmenter la perte osseuse et accélère l'approfondissement des poches parodontales préexistantes (Ericsson I. et al, 1982).

2. Dépistage et diagnostic

Étant donné la prévalence élevée des maladies parodontales et le caractère sournois de certaines formes de parodontite, l'examen parodontal doit faire partir d'un examen de routine. Devons-nous dès lors faire systématiquement un bilan parodontal complet chez tous nos patients, ce qui inclut une carte topographique de la profondeur des poches, l'index de plaque et l'index de saignement ? Nous ne le croyons pas, épargnons cet examen fastidieux et contraignant chez nos patients en bonne santé parodontale.

Depuis 2006, la nomenclature s'est ouverte à la parodontologie en introduisant le Dutch Periodontal Screening Index (D.P.S.I.). Son but est de faciliter le dépistage des maladies parodontales dans notre pratique quotidienne.



Il permet, en quelques minutes, d'identifier les patients qui nécessitent un examen plus approfondi et dans un deuxième temps, un traitement approprié.

L'objectif du test est de classer le patient dans une des trois catégories A, B ou C.

Pour les patients de la catégorie A (DPSI 0, 1, 2), aucun examen complémentaire ne doit être effectué.

Pour les patients des catégories B (DPSI 3-) et C (DPSI 3+, 4), un bilan plus détaillé devra être réalisé.

Pour ceux qui n'ont pas encore pris l'habitude d'utiliser ce test, la société belge de parodontologie les convie à consulter son site Web (www.parodontologie.be). Il contient une information pratique détaillée sur son mode d'application.

Lorsque le DPSI indique que le patient doit faire l'objet d'un examen plus approfondi (catégories B et C), un status parodontal complet sera exécuté.

Cet examen implique le recensement de la profondeur de sondage de toutes les poches, la mise en évidence des mobilités dentaires ainsi que les atteintes de furcations. Seul un tel examen permet un diagnostic sûr, une planification détaillée du traitement, et surtout une évaluation à long terme du résultat.

Cet examen clinique sera systématiquement accompagné :

- d'une anamnèse médicale visant à rechercher tous les indicateurs de risque de la maladie parodontale.
- d'un status radiographique complet permettant de visualiser le relief osseux interproximal, et d'indiquer les facteurs de risque locaux et les dégâts iatrogènes éventuels.
- d'un bilan occlusal afin de mettre en évidence les éventuelles parafunctions (bruxisme), les déséquilibres occlusaux (supraclusion, articulés croisés, édentations partielles,...) et les surcharges potentielles ainsi que leur effet délétère sur le parodonte.

Une fois que nous avons dressé une carte d'identité précise de l'état parodontal de notre patient et avant de se ruer sur nos instruments, un diagnostic doit être établi.

Il faut différencier deux principales formes de parodontite :

La parodontite chronique :

Cette forme de parodontite est la plus répandue (95% des

parodontites). Elle se développe progressivement entre 30 et 40 ans à partir d'une gingivite. Elle est caractérisée par une inflammation chronique évoluant de manière lente et progressive, par périodes d'activité et de rémission (Socransky et al, 1984). La perte osseuse est plus souvent horizontale. D'une manière générale, la sévérité de la destruction parodontale est corrélée à la quantité de plaque bactérienne, mais elle peut être accentuée localement par des facteurs aggravants (anatomie dentaire défavorable, malposition dentaire, proximité radulaire, restaurations iatrogènes, fêlures, lésions endo-parodontales,...).

Toute la denture peut être atteinte de manière **généralisée** mais une répartition irrégulière **localisée** est plus fréquente (en particulier sur les molaires).

Les symptômes sont les suivants : saignements provoqués ou spontanés, œdème gingival, mobilités, migrations, halitose.

La parodontite agressive :

Cette entité clinique est beaucoup plus rare (5% des parodontites).

Elle peut être également **localisée** ou **généralisée**, (A savoir que les formes localisées n'évoluent pas nécessairement vers une atteinte généralisée.) Les parodontites agressives touchent souvent des sujets jeunes. La sévérité de l'atteinte corrélée à l'âge du patient est un élément de diagnostic bien que des études montrent qu'elles peuvent être détectées à tout âge (Sjodin et al, 1993). Une des principales caractéristiques de cette forme de maladie est que la destruction tissulaire n'est pas nécessairement proportionnelle à la quantité de plaque ou à l'existence d'autres facteurs locaux. Cela nous renvoie aux notions de susceptibilité de l'hôte et de facteurs de virulence bactérienne.

3. Le traitement : La thérapie initiale

Si la parodontite est définie comme une maladie infectieuse, on peut se réjouir, comme pour toutes infections, qu'il existe un traitement. Celui-ci a fait ses preuves depuis de nombreuses années et aboutit presque systématiquement au succès à condition de **respecter son mode d'emploi**. Aucun compromis n'est envisageable pour soigner une infection et ce n'est pas le patient qui vous dira le contraire.

Quels que soit le patient, son âge, son statut socio-économique, quelle que soit la forme de sa maladie parodontale, agressive ou chronique, généralisée ou localisée, sévère ou débutante, tout traitement parodontal commence par la même case : **la thérapie initiale**. Même si chaque patient est différent, qu'il a des exigences et des impératifs différents, il faut toujours respecter le même protocole thérapeutique.

3.1. Information sur la maladie/motivation au traitement

L'origine infectieuse de la parodontite oblige un contrôle quotidien du facteur bactérien. Le patient est donc sans aucun doute le principal acteur du traitement. **La clé du succès se trouve alors dans la coopération active et durable du patient**. Aucun n'élément au départ (ni l'âge, ni l'hygiène, ni les habitudes comportementales du patient) ne nous permet de préjuger cette coopération sur le long terme (Mendoza et al, 1991). Tous les patients doivent donc partir sur la même ligne, il suffira de les motiver. Néanmoins la tâche ne s'an-

nonce pas évidente tant les informations à communiquer au patient ne sont pas réjouissantes de prime abord. Nous nous apprêtons tout de même à lui annoncer qu'il souffre d'une maladie **INVISIBLE**, **INDOLORE**, dont le traitement plutôt **DESAGREABLE** n'est, de surcroît, pas **REMBOURSE** par la mutuelle, et pour l'achever, qu'il est condamné de venir nous voir régulièrement jusqu' à la fin de ses jours pour maintenir le résultat obtenu, bref que des bonnes nouvelles !!!

Il faudra avoir un discours bien rôdé pour assurer cette mission, et ne pas se résigner. Le patient souffre d'une infection, il a le droit de le savoir. Il sera libre ensuite de s'engager ou non dans le traitement.

Pour réussir à motiver le patient, un seul mot d'ordre : **il faut le valoriser**.

Comment faire ?

Le principe consiste à expliquer dans un premier temps le mécanisme général de la parodontite et de son traitement en utilisant un vocabulaire délibérément technique et précis avant de le transposer ensuite dans la bouche du patient.

En effet, afin de comprendre mieux ce qui le concerne, le patient doit d'abord recevoir quelques notions fondamentales.

Explication générale sur l'origine de la maladie

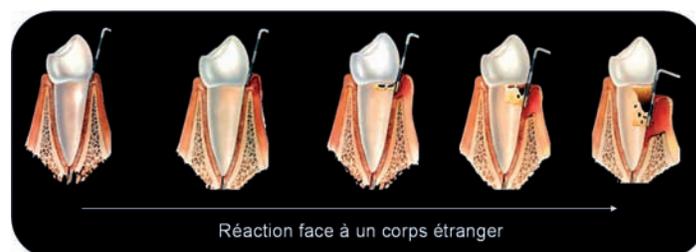
Pour commencer, le praticien fera découvrir au patient l'anatomie des tissus qui entourent la dent, le parodonte devant désormais appartenir à son vocabulaire autant que le mot dent. Le déchaussement, ou plus exactement la parodontite, est la principale cause des pertes dentaires, il est temps que le patient actualise ses connaissances.

Nous lui faisons savoir que la parodontite n'est pas une fatalité qui accompagne le vieillissement (contrairement aux idées reçues), mais qu'elle résulte d'une agression bactérienne. En d'autres termes, il s'agit d'une infection.

Nous expliquons ensuite le processus de formation de la plaque dentaire et lui informons que celle-ci constitue la principale raison de notre brossage (Il suffit d'interroger dix patients au hasard sur la raison du brossage pour se rendre compte qu'aucun ne parlera spontanément de la plaque).

À l'instar de la carie, l'origine est bactérienne mais en revanche, le décours de l'infection parodontale est beaucoup plus sournois car il est indolore.

Le praticien décrit alors successivement, le processus de formation de la poche, de la gingivite à la parodontite terminale, en le comparant à une réaction de rejet face à un corps étranger.



Les symptômes, parfois discrets, témoins de la présence d'une inflammation, sont décrits étape par étape.

A ce stade, il est nécessaire de déculpabiliser le patient (qui risque de se vexer), en précisant que si l'origine est bactérienne, l'hygiène n'en est pas pour autant la cause absolue.

Nous abordons dès lors l'influence des facteurs de risque

généraux et locaux sur le déclenchement, l'évolution et le traitement de la pathologie. Il s'ensuit de profondes et injustes inégalités devant la maladie.

Nous insisterons essentiellement sur les facteurs qui concernent de près le patient. Si le patient est fumeur, il doit connaître les effets néfastes et insidieux du tabac sur le parodonte et son influence sur le pronostic de la maladie. Ne sous-estimons surtout pas notre rôle et notre pouvoir pour faire arrêter nos patients de fumer. D'une part, aucun patient ne souhaite perdre ses dents inexorablement et est souvent prêt à tout pour l'empêcher. D'autre part, il est confronté, souvent pour la première fois, aux effets délétères du tabac sur sa personne.

Philosophie de traitement

Nous poursuivons ensuite notre leçon en abordant maintenant **la philosophie générale du traitement.**

Soulignons tout d'abord, l'importance de faire un bon diagnostic afin de définir avec précision le degré de sévérité de la maladie et donc les besoins de traitement du patient. Nous lui donnons alors les moyens de lire un bilan de poches pour qu'il puisse suivre précisément l'évolution de son état parodontal.

En tout, quatre règles doivent être assimilées pour comprendre la logique du traitement :

1. La maladie parodontale doit être perçue comme une seule infection, et non comme une succession d'infections localisées indépendantes. Une seule dent peut servir de réservoir bactérien pour les autres.
Ceci nous permet d'introduire la notion d'extraction thérapeutique, mais surtout, le patient comprend qu'une fois le traitement entamé, il est vivement conseillé d'aller jusqu'au bout.
2. La destruction osseuse est irréversible. Par définition, on ne guérit pas la parodontite, on la stabilise.
3. Devant une maladie chronique, un patient à risque reste un patient à risque toute sa vie. Bien plus encore que le traitement initial, la clé du succès se situe dans la maintenance.
4. L'origine bactérienne de la maladie place le patient au centre du traitement.

L'objectif du traitement est enfin présenté : recoller la gencive sur la surface de la dent afin de protéger à nouveau l'os sous-jacent. Pour y parvenir, nous allons devoir éliminer, **mécaniquement** surtout, les bactéries (et le tartre) qui sont fixées sur les racines et qui empêchent cette gencive d'adhérer à la dent. Il s'agit du **surfaçage radiculaire.**

Dans la plupart des cas, deux séances rapprochées suffisent pour accomplir cette mission. Cependant, des traitements locaux complémentaires (chirurgicaux ou non) sont parfois nécessaires pour parfaire le résultat. L'objectif est de ramener toutes les poches à des profondeurs compatibles avec un bon état de santé parodontal, c'est-à-dire inférieur à 5 mm.

Personnalisation en bouche

Quinze minutes environ se sont écoulées depuis le début de la séance. Le patient est généralement suspendu aux lèvres du praticien, il attend avec impatience son verdict. Il est temps de passer de la théorie à la pratique. Nous lui montrons en bouche, à l'aide d'un miroir et d'une sonde parodontale, l'existence du sillon gingivo-dentaire, de la plaque dentaire, et des symptômes inflammatoires qui sont associés.

Son bilan parodontal est ensuite commenté en insistant sur les dents au pronostic réservé (V. facteurs de risque locaux) et nous le confrontons à l'examen radiographique.

3.1. Instruction sur le contrôle de plaque

Étant donné la vitesse à laquelle la plaque dentaire se forme à la surface des dents, le contrôle en temps réel de cet agent étiologique est la clé du traitement. L'hygiène n'est peut-être pas la cause absolue de la maladie, mais n'en reste pas moins la pierre angulaire du traitement. Le patient est l'acteur principal de ce dernier et il doit en être convaincu à la fin de la séance. Tous nos patients possèdent une brosse à dents et savent à quoi elle sert. Ce qu'ils ignorent c'est le pourquoi et surtout le comment. La première question, nous y avons répondu, concentrons-nous maintenant sur la deuxième.

Commençons par planter le décor : chaque dent a cinq faces, vous multipliez par trente deux et vous obtenez pas moins de **cent soixante surfaces** à nettoyer. Voici l'ampleur de la tâche. Il faudra avant tout prendre le temps: **deux minutes minimum.**

Combien de fois par jour ?

Il est clairement établi qu'une seule élimination quotidienne et complète de la plaque en voie d'organisation suffit pour éviter l'apparition d'une gingivite.

Quand ?

On privilégiera le brossage du soir (considéré comme un brossage médical) au brossage matinal (qui s'apparente plus à un brossage de confort), et ce, tout simplement parce que l'auto-nettoyage est nettement moins efficace la nuit (production salivaire moindre, déglutition moins fréquente,...).

Comment ?

La plupart des études démontrent que l'usage d'une brosse à dent électrique est préférable. Néanmoins mettons de côté l'aspect scientifique et usons juste d'un peu de bon sens. Il convient d'admettre qu'appliquer la technique de Bass modifiée sur les faces linguales des molaires inférieures n'est pas à la portée de tout le monde. La brosse à dents doit être inclinée, sans pression, d'environ 45° vers les gencives afin d'entamer les surfaces interdentaires et surtout pour pénétrer superficiellement dans le sillon gingivo-dentaire.

On recommandera avant tout un brossage méthodique, surface par surface et quadrant par quadrant pour ne surtout rien oublier. La minuterie intégrée dans la plupart des modèles de brosse à dents est un outil précieux pour répartir uniformément notre travail.

Nettoyage interdentaire

Quelle que soit la technique de brossage, quelle que soit la brosse à dents, quelle que soit la volonté du patient, les surfaces interdentaires sont systématiquement épargnées par le brossage conventionnel. Le bilan parodontal du patient parlera souvent de lui-même. On se verra dès lors proposer deux techniques possibles pour nettoyer efficacement ces surfaces. Pour chacune d'elles, l'esprit est le même, le but n'est pas de nettoyer les espaces interdentaires mais bien les surfaces interdentaires au nombre de deux par espace. La première méthode a recours à l'utilisation de **brossettes interdentaires.** Elle a l'avantage d'être simple et permet donc au patient d'être immédiatement opérationnel. Plusieurs brossettes de diamètres différents sont souvent utiles faisant appel à une logistique un peu contraignante.

La deuxième approche concerne l'emploi du **fil interdentaire**. Si la maîtrise des brossettes est généralement instinctive, celle du fil, quant à elle, plus délicate. Elle nécessite une phase d'apprentissage plus longue et contraignante. Il faudra donc se montrer réaliste et donner au patient des conseils pratiques pour que le fil ne termine pas dans la poubelle le troisième jour. Son emploi s'indique jour après jour en commençant par exemple par une seule arcade par jour en privilégiant les endroits à risque (secteur molaire généralement). En général on préconisera l'usage du fil dentaire chez les patients atteints de gingivite ou parodontite légère avec des espaces interdentaires étroits de même qu'en cas de malpositions dentaires.

En revanche, les brossettes seront indiquées chez les patients présentant des espaces interdentaires plus ouverts, synonymes souvent de lésions initiales plus profondes.

Dans tous les cas, le nettoyage interdentaire fait rarement partie des habitudes de nos patients au départ.

Or personne ne contredira qu'il n'y a rien de plus difficile que de changer ses habitudes. Il faudra prendre le temps de lui expliquer avec démonstration sur modèle puis en bouche et enfin, répétition de l'acte devant un miroir. Le patient doit comprendre qu'il ne s'agit pas d'un simple conseil théorique mais d'une des principales clés de la réussite du traitement.

Dentifrice.

Le choix du dentifrice préoccupe souvent les patients. Il faut donc leur préciser que l'effet antimicrobien des dentifrices se révèle d'une signification clinique mineure. Rien ne remplace en effet une élimination mécanique soignée.

Bains de bouche.

Le digluconate de chlorhexidine (CHX) reste le premier choix en parodontologie grâce à son large spectre antibactérien (Gram +, Gram -, Candida) et à sa capacité à se fixer sur les tissus parodontaux, ce qui lui procure une action plus prolongée (Addy et al, 1978).

La CHX est bactériostatique et bactéricide à haute concentration. Attention par contre au revers de ses propriétés antiseptiques, car la flore buccale est un écosystème qui vit en équilibre avec l'hôte et qui assure sa protection, l'usage prolongé de la CHX peut donc rompre cet équilibre.

De plus, il ne faut pas oublier que la CHX agit seulement comme inhibiteur de la formation de plaque mais n'agit en aucun cas sur la plaque adhérente et donc sur le biofilm déjà formé (Zanatta et al, 2007).

Enfin, la CHX utilisée en bain de bouche n'a aucune action sur la flore sous-gingivale (Flemmig et al, 1993), elle n'agit donc pas sur la parodontite.

Pour toutes ces raisons, on préconisera l'emploi de la chlorhexidine de 0,1 à 0,2 % en bain de bouche, mais seulement quelques jours avant jusqu'à quelques jours après, un traitement (thérapie initiale, chirurgie parodontale). Le but est de réduire massivement la charge bactérienne globale qui règne dans la cavité buccale pendant un acte thérapeutique.

Quant à l'utilisation quotidienne d'une solution antimicrobienne, certaines eaux buccales peuvent être recommandées en complément du brossage mécanique, mais veillons à ce que le patient n'attache tout de même pas trop importance aux vertus de cette solution car elle ne remplace jamais le contrôle mécanique de la plaque.

3.3 Le traitement professionnel

A. Elimination des facteurs locaux de rétention bactérienne

Afin d'optimiser les bénéfices de notre traitement sous-gingival, nous commençons par éliminer (ou corriger) tous les facteurs iatrogènes qui, d'une part, peuvent empêcher le patient de pratiquer un contrôle de plaque optimal et d'autre part, risquent de favoriser une recolonisation bactérienne trop rapide. Parmi les principaux facteurs de rétention bactérienne, on compte :

- les surfaces d'obturations irrégulières
- les débordements marginaux (obturations, couronnes)
- les embrasures prothétiques trop étroites
- le tartre supra-gingival.

En effet, le tartre supra-gingival seul est peu pathogène. Il offre néanmoins par sa surface rugueuse un site idéal pour l'adhésion bactérienne.

Le détartrage supra-gingival sera donc effectué bien souvent en même temps que le surfaçage radiculaire sauf s'il représente un obstacle majeur au nettoyage du patient, il pourra alors être réalisé préalablement.

Dans un premier temps, on se contentera de limiter les dégâts en polissant les obturations défectueuses et en corrigeant directement les surplombs. L'objectif est d'obtenir des surfaces dentaires supra-gingivales et sous-gingivales les plus lisses possibles.

B. Elimination des surcharges occlusales majeures

Lorsqu'une surcharge occlusale est mise en évidence sur une dent et qu'elle aggrave localement la condition parodontale (perte osseuse angulaire), un ajustement occlusal pourra être réalisé immédiatement. On se contentera dans un premier temps de supprimer finement l'interférence par soustraction. Une prise en charge occlusale globale sera peut-être nécessaire ultérieurement.

C. Extraction des dents condamnées

La décision d'extraire dès le début du traitement doit être établie sur des critères objectifs incontestables. Si le moindre doute subsiste, il est inutile de tergiverser, il sera encore temps de se reposer la question plus tard, lors de notre réévaluation ou bien en cours de traitement chirurgical, sur des critères anatomiques plus objectifs.

De plus, si toutes les évidences sont là pour condamner une dent, l'annoncer au patient demeure toujours une mission très délicate. Il faudra user de beaucoup de prudence et d'attention pour palper la réceptivité du patient sur ce sujet. L'approche thérapeutique souhaitée est fréquemment en opposition avec l'approche psychologique raisonnée, qui nous oblige parfois à laisser volontairement planer le doute sur le pronostic d'une dent pour ne pas altérer le moral du patient, combien important pour notre traitement.

Décider quelle dent doit être extraite d'emblée, revient à savoir évaluer précisément le pronostic de notre traitement pour chacune des dents.

Il faut alors distinguer les facteurs de **pronostic généraux** qui se rapportent au patient et les facteurs de **pronostic locaux** qui se rapportent aux dents.

L'évaluation du patient dépend de son risque systémique (état de santé général), de son risque génétique (ratio âge/

destruction tissulaire), des risques acquis (tabac), de son hygiène buccale mais aussi de sa capacité à coopérer et de son potentiel de réponse à notre traitement.

Le pronostic individuel d'une dent dépend de sa morphologie anatomique (coronaire et radiculaire), de sa localisation (accessibilité au traitement et au nettoyage), de sa vitalité, de la profondeur de la poche, l'état de la furcation, et de sa mobilité.

L'influence relative de tous ces facteurs doit être composée enfin avec l'expérience professionnelle du praticien. En effet, selon ses compétences, la décision d'extraire une ou plusieurs dents apparaîtra évidente plus ou moins tôt dans son traitement.

Toutefois, il ne faut quand même pas négliger la capacité du patient à coopérer et surtout son potentiel physiologique de réponse à notre traitement. Deux facteurs que l'on ne peut préjuger au départ et qui imposent donc d'entrée de jeu un comportement le plus conservateur possible.

En pratique, on privilégiera à tous les coups une attitude conservatrice chez les patients dentés complets, pour leur éviter les préjudices d'une réhabilitation prothétique. Par contre, si un plan de traitement prothétique est envisagé, on ne conservera plus que les éléments fiables à 100 %. Notre mission absolue est de garantir une bonne santé parodontale mais aussi la pérennité de notre traitement prothétique sur le long terme.

D. Surfaçage radiculaire non chirurgical

Le surfaçage radiculaire non chirurgical consiste à éliminer la masse bactérienne et tartrique sous-gingivale et de rendre les surfaces radiculaires lisses et exemptes d'endotoxines afin d'obtenir une ré-adhésion des tissus. En d'autres termes, le but du traitement est d'obtenir une surface radiculaire **biologiquement compatible** pour permettre cette ré-attache.

La composante principale de notre traitement est mécanique. Elle est réalisée à l'aide d'instruments ultrasoniques (80% du traitement). L'insert est délicatement introduit à l'aveugle dans la poche sous-gingivale, il est ensuite plaqué sur la racine pour effectuer un mouvement de translation latéral. Pour parfaire notre travail, nous utilisons des curettes manuelles pour obtenir une surface lisse et propre.

Il s'agit d'un acte qui se veut peu invasif, **les tissus mous sont épargnés ainsi que le ciment** pour éviter une rétraction gingivale cicatricielle et pour favoriser une attache stable.

Le succès du surfaçage repose sur un quadrillage mécanique méthodique et systématique qui ne laisse rien au hasard.

En dépit d'une importante diminution de la masse bactérienne, l'approche mécanique est incapable d'éradiquer la totalité des bactéries impliquées, et ce pour trois raisons essentielles :

- Efficacité limitée de l'instrumentation sous-gingivale en présence de poches profondes et complexes;
- Envahissement bactérien des tissus mous par certaines bactéries pathogènes (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*)
- Recolonisation à partir d'autres niches, autres que les poches parodontales.

Antiseptiques.

Comme dit précédemment, nous recommandons à notre patient un bain de bouche à base de digluconate de Chlorhexidine pendant la durée de notre traitement. Celui-ci agit néanmoins très peu sur la flore sous-gingivale. Une irrigation directement dans la poche est le seul moyen de délivrer avec succès un agent antimicrobien in situ. Cette technique permet de diminuer davantage les bactéries sous-gingivales et retarde la recolonisation (Schlagenhauf et al, 1991).

Les études scientifiques se bousculent pour déterminer l'antiseptique local de premier choix. Il en ressort que la chlorhexidine (de 0.1 à 0.2%), la polyvidone iodée (de 0.5 à 1%) et le peroxyde d'hydrogène (de 1,5 à 3%) donnent des résultats cliniques comparables .

Antibiotiques

Le traitement mécanique associé aux antiseptiques locaux est habituellement suffisant pour contrôler la majorité des parodontites.

Pendant dans le cas des parodontites agressives, la présence de bactéries hautement pathogènes justifie le recours à une antibiothérapie systémique en concomitance avec le débridement sous-gingival. De plus, la présence de ces bactéries dans d'autres endroits de la cavité buccale (surfaces jugales, langues, amygdales) constitue autant de sources de recolonisation des sites déjà traités par surfaçage (Renvert et al, 1990).

Quel antibiotique faut-il prescrire ?

Les pathogènes parodontaux majeurs qui présentent une responsabilité déterminante dans les parodontites agressives sont l'*Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa) et le *Porphyromonas gingivalis* (Pg). Cette liste est bien sûr loin d'être exhaustive mais suffit pour conclure qu'une association entre l'amoxicilline et le metronidazole est le meilleur choix pour diminuer, voire éradiquer, ces pathogènes parodontaux (Winkel et al, 2001). Par ailleurs, n'oublions pas que les bactéries sont organisées en biofilm. Cette formation leur confère une résistance élevée aux produits de défense de l'hôte mais également aux antibactériens. **L'antibiotique seul n'a donc aucune action sur la parodontite.** Le surfaçage radiculaire reste l'élément central de notre traitement.

Pour éviter le risque réel de recolonisation bactérienne à partir des sites qui ne sont pas encore traités, nous réalisons le surfaçage radiculaire en **deux séances maximum**, lesquelles doivent être les plus rapprochées possible.

Les avantages du débridement sous-gingival à l'aveugle sur le traitement chirurgical ne manquent pas. Moins traumatisant, il occasionne donc moins de douleur postopératoire et surtout moins de rétraction gingivale post-opératoire. Et si le traitement chirurgical paraît inéluctable, nous commencerons toujours par un abord non chirurgical, d'une part, car il permet de réduire massivement l'inflammation gingivale de départ, rendant l'acte chirurgical plus aisé, et d'autre part, il réduira au minimum le champ de l'intervention chirurgicale.

4. La Réévaluation

Deux à trois mois après notre surfaçage, vient la réévaluation. Cette étape clôture la thérapie initiale. Elle va permettre d'apprécier le bénéfice de notre premier traitement et d'évaluer les besoins de traitements complémentaires.

En pratique, trois paramètres seront essentiellement analysés.

Le contrôle de plaque, qui témoigne de la coopération du patient. Plus encore que lors de notre premier examen, chaque surface dentaire sera minutieusement examinée afin de mettre en évidence le moindre dépôt qui pourrait compromettre la stabilité de notre traitement. L'attention du patient y sera immédiatement attirée.

L'inflammation, qui est traduite par la présence de saignements au sondage. Ces signes inflammatoires donnent une valeur indicative de la présence d'une activité bactérienne sous-gingivale résiduelle.

La profondeur des poches, qui sera confrontée aux paramètres initiaux. En effet, l'appréciation du gain d'attache est l'expression la plus objective d'une réponse favorable.

L'analyse rigoureuse de ces trois repères permettra d'évaluer si le succès de notre traitement a été rencontré, d'une part au niveau du patient dans son ensemble et d'autre part au niveau de chaque site.

On pourra raisonnablement parler de **succès global** lorsque 75 % des sites malades ont été traités. Quant aux critères de succès se rapportant au site, nous recherchons une profondeur de poche inférieure à 5 mm sans trace de saignement au sondage.

Différentes situations peuvent se présenter lors de cette première évaluation :

- *Le contrôle de plaque est insuffisant comme la réponse au traitement initial*

Dans cette situation, une parodontite ne peut être stabilisée. Le patient doit être persuadé qu'un contrôle de plaque est une nécessité absolue dans la poursuite de son traitement, faute de quoi toutes manœuvres thérapeutiques devront être suspendues en l'attente d'un résultat positif.

- *Le contrôle de plaque est efficace et la réponse au traitement est satisfaisante pour tous les sites*

Dans ces cas, la maladie parodontale est considérée comme stabilisée, la phase de maintenance peut être envisagée.

- *Le contrôle de plaque est efficace et la réponse au traitement est globalement satisfaisante mais n'est pas complète.*

Si quelques sites ont été réfractaires à notre traitement initial ou si, malgré une légère amélioration, leur état ne peut prédire une stabilité à long terme, un traitement complémentaire localisé (chirurgical ou non) sera indiqué.

- *Le contrôle de plaque est efficace, mais la réponse au traitement est globalement insuffisante*

Si, après la thérapeutique initiale, l'ensemble des paramètres cliniques révèle toujours une inflammation générale des tissus parodontaux, voire une aggravation de la situation initiale, plusieurs hypothèses, qui peuvent s'additionner, sont alors possibles :

- La flore bactérienne est particulièrement virulente et une antibiothérapie s'avère indiquée.
- Le patient souffre d'une pathologie générale non diagnostiquée ou non stabilisée qui entrave les processus de cicatrisation. Un examen médical complémentaire doit alors être effectué.
- Une activité tabagique intense altère la résistance du patient. Un traitement parodontal palliatif rigoureux reste le seul moyen pour freiner la destruction parodontale.

5. Les traitements complémentaires

La cavité buccale ne formant qu'une seule entité microbiologique, la parodontite doit être considérée comme une et une

seule infection et non comme une somme de plusieurs infections locales. C'est pour cela que la maladie doit être traitée dans sa totalité si nous visons une stabilité à long terme. En effet, une seule dent peut servir de niche bactérienne pour les autres dents préalablement traitées. Dans cette perspective, nous n'hésitons pas à recourir à des traitements complémentaires pour transformer le succès global (>75%) en un succès complet. Selon différents paramètres qui se rapportent, une fois de plus, au patient ou au site à traiter, différents traitements peuvent être proposés.

Re-surfage

Lorsque le site est directement accessible aux instruments ultrasoniques, aux curettes parodontales et aux seringues à irrigation, un nouveau surfage localisé permet souvent de parfaire le traitement initial.

Chirurgie parodontale

En revanche, en présence de sites inaccessibles : (poches ou lésions intra-osseuse profondes, lésions inter-radiculaires), il est utile d'avoir accès aux surfaces osseuses et radiculaires. Dans ce cas, une chirurgie parodontale sera indiquée, soit pour parachever le surfage, soit pour traiter un défaut osseux ou muco-gingival par des techniques de soustraction ou de régénération.

Chirurgie de mise à plat

Un des objectifs du traitement chirurgical est de redonner une architecture tissulaire compatible avec le maintien de la santé parodontale en facilitant un contrôle de plaque efficace par le patient. En présence de déformation osseuse, une des approches chirurgicales consiste à procéder à une ostéoplastie permettant d'obtenir directement une réduction de la poche, mais surtout une morphologie parodontale déflectrice qui facilite l'hygiène bucco-dentaire.

Régénération Tissulaire Guidée

Quant aux techniques plus complexes qui visent à régénérer *ad integrum* l'ensemble des tissus détruits, elles répondent à des critères anatomiques et biologiques très stricts (tels que la morphologie de la lésion, la présence de facteurs locaux et environnementaux) qui réduisent significativement leurs indications (< 5%). De plus, les résultats ne sont pas toujours prévisibles. En définitive, après l'engouement initial pour ces techniques, le surcoût et le rapport risque/bénéfice, associés à ces méthodes, appellent aujourd'hui à la prudence avant de recourir à ces méthodes et à ne les utiliser que dans les cas favorables et prévisibles.

Traitement des furcations

En raison de leur morphologie, les furcations constituent un point de "moindre résistance". Si elles sont affectées par une parodontite, elles représentent un facteur de risque important car elles favorisent la progression de la maladie.

Pour cette raison, l'atteinte de furcation doit être diagnostiquée le plus rapidement possible, tant le pronostic de la dent en dépend.

Le choix d'une procédure thérapeutique dépend principalement de la sévérité de l'atteinte, dans sa dimension horizontale (grade 1, 2 et 3) mais aussi verticale (profondeur de poche). D'autres facteurs devront également être pris en compte :

- Des facteurs généraux comme l'état de santé général du patient, son hygiène bucco-dentaire (témoin de la coopéra-

tion du patient), ses habitudes comportementales (tabac), ou encore ses capacités financières.

- Des facteurs locaux : la localisation de la dent (maxillaire ou mandibule, première ou deuxième molaire), l'anatomie de la dent (la furcation est-elle haute ou basse, la distance entre les racines), son état endodontique, l'état de délabrement de sa couronne, le rôle prothétique actuel et futur (hypothétique) de la dent, le volume osseux résiduel autour de la dent ou encore le niveau osseux des dents adjacentes.

Sous la lumière de ces différents paramètres, nous aurons le choix entre plusieurs approches thérapeutiques, de la plus conservatrice à la plus radicale, du simple curetage (avec ou sans ostéoplastie) jusqu'à l'extraction, en passant par les techniques de résection radiculaire ou de tunnelisation.

Compte tenu des nombreuses réserves locales et générales, on peut recommander, pour simplifier, la démarche suivante :

- Si le patient est denté complet, on cherchera, dans les limites du raisonnable bien sûr, à employer les méthodes thérapeutiques conservatrices, préservant la dent.
- Si la dent dont la furcation est affectée doit servir de pilier prothétique, notre résultat prothétique doit être prévisible. La démarche prothétique la plus sûre doit être choisie. L'extraction sera préférée si l'atteinte de furcation est sévère (grade 2 et 3). L'implant est aujourd'hui de loin plus fiable qu'une dent parodontalement compromise.
- Si le patient ne souhaite pas coopérer (contrôle de plaque insuffisant), le traitement peut être palliatif, puis radical.

6. La maintenance

La maladie parodontale, comme toute affection chronique, doit être surveillée pour éviter toute aggravation ou récurrence.

Le succès à long terme d'un traitement parodontal repose donc sur un suivi minutieux, appelé thérapeutique de soutien, qui commence dès la fin du traitement actif. Elle sera proposée au patient comme un prolongement indispensable. Sa durée est illimitée. L'objectif de la maintenance est de maintenir l'état parodontal obtenu à l'issue du traitement actif ou, plus rarement, de ralentir l'évolution d'une parodontite réfractaire à notre traitement.

La séance de maintenance doit être une procédure de routine standardisée pour éviter les oublis et faciliter les comparaisons dans le temps. Elle débute par un examen clinique qui comprend une nouvelle fois un bilan parodontal complet (mesure des poches, contrôle de plaque et recherche des signes inflammatoires). Bien souvent, il sera utile de remotiver notre patient, dont le temps et les événements de la vie viennent souvent contrecarrer les bonnes intentions de départ. Même les patients les plus motivés peuvent aussi faiblir dans leur rôle de prévention. Grâce aux rappels, sans relâche, de l'importance d'un contrôle de plaque irréprochable pour le maintien de sa santé parodontale, il devient possible de préserver à long terme une stabilité.

Nous profiterons aussi de chaque contrôle pour remettre à zéro le compteur bactérien supra et juxta-gingival, par le biais d'un nettoyage prophylactique, en se permettant de descendre prudemment en sous-gingival au niveau des sites plus instables.

Dans les mois qui suivent le traitement parodontal, les contrôles seront fréquents pour s'assurer de la "stabilisation" parodontale et de la motivation du patient. On préconisera alors

un contrôle bi-annuel. Après un an, chez les patients considérés comme stabilisés et ayant une hygiène correcte, nous pouvons conseiller des contrôles bi-annuels. Par contre, pour les patients à haut risque (hygiène approximative, tabac >10cg/jour, antécédents de parodontite agressive, traitement orthodontique,...), la fréquence des séances de maintenance doit rester soutenue pour pouvoir intercepter une éventuelle récurrence (**3 fois par an minimum**).

7. Plan de traitement

Si certaines dents manquent ou si le traitement parodontal motive l'extraction de dents qui ne peuvent pas être conservées, une réhabilitation prothétique est souvent nécessaire pour restaurer un équilibre fonctionnel indispensable pour garantir une stabilité parodontale sur le long cours. Pour cette raison, un **plan de traitement global** sera souvent envisagé à l'issue de notre traitement parodontal. Il fera appel aux différentes disciplines de notre profession (dentisterie opératoire, prothèse fixée ou amovible et orthodontie). (Voir schéma en pg suivante)

8. Conclusion

La nature des maladies parodontales se résume par un déséquilibre de la balance hôte-parasite.

Néanmoins si la susceptibilité individuelle arme toujours le coup, c'est le facteur bactérien qui appuie sur la détente.

Aujourd'hui, la compréhension des mécanismes de défense de l'hôte est encore insuffisante pour espérer interférer sur le système immunitaire. Le succès du traitement passe donc obligatoirement par le contrôle de ce facteur bactérien.

Nous avons vu qu'un certain nombre de facteurs de risque interviennent à des degrés divers dans la réponse de l'hôte.

La plupart de ces facteurs sont modulables et leur gestion, en concomitance avec l'assainissement parodontal, complète l'arsenal thérapeutique et permet d'augmenter les chances de succès de notre traitement et de notre maintenance.

Pour conclure cet article, il convient de rappeler également que la maladie parodontale représente aussi un facteur de risque pour d'autres maladies systémiques.

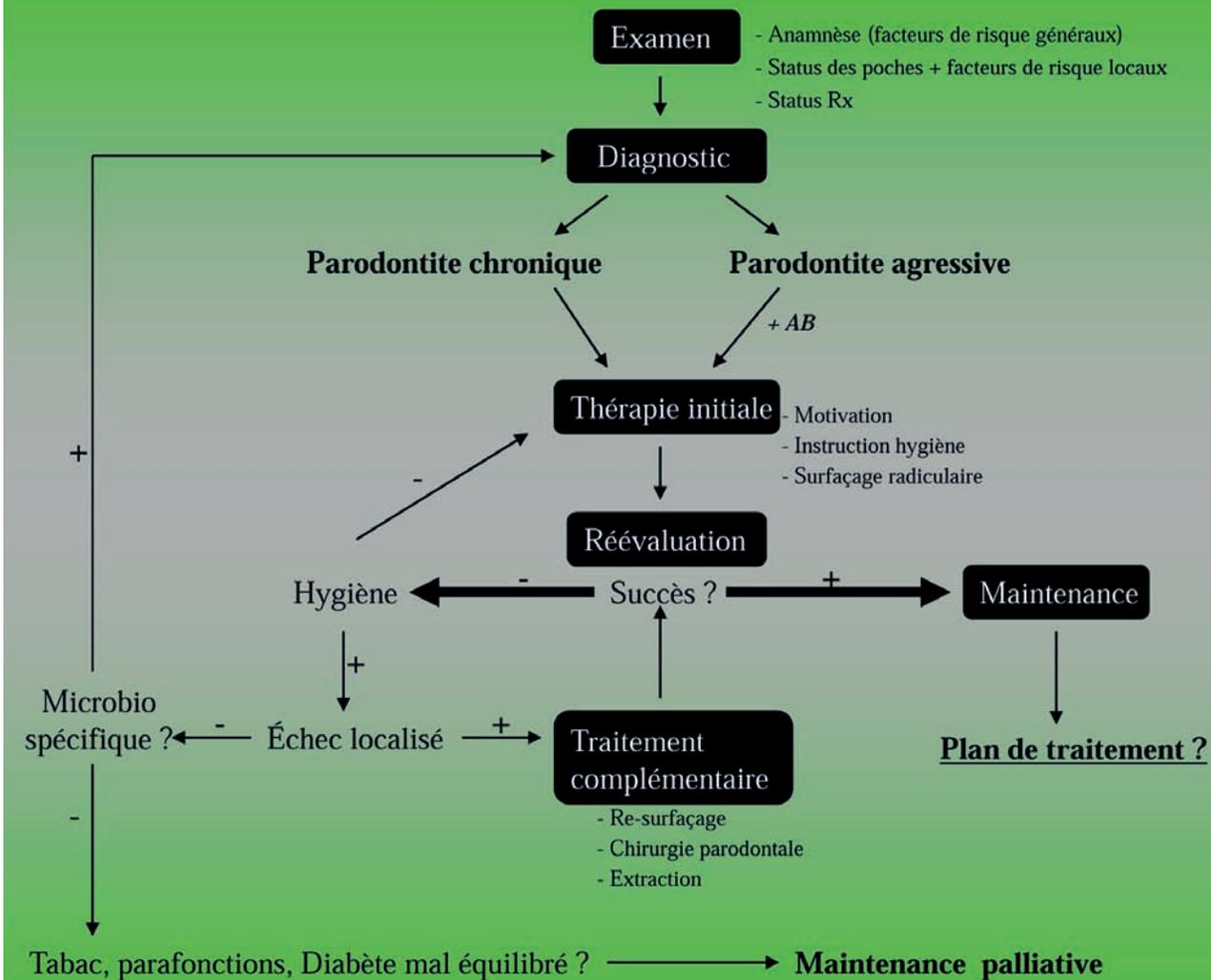
En effet, les pathogènes parodontaux, leurs produits ou la réponse inflammatoire qu'ils provoquent, peuvent entraîner des répercussions systémiques (cardiovasculaire, respiratoire,...) (Mealey et al, 1999; Kinane et al, 2000)

De telles hypothèses doivent nous obliger à **revoir notre responsabilité** face à la santé globale de nos patients. Dans cette perspective, la prévention doit rester la pierre angulaire de notre exercice.

Mais à cette fin et pour optimiser cette action, la communication et la coordination entre médecins et dentistes (généralistes et spécialistes) doivent encore être améliorées.

L'orientation de cet article se voulait essentiellement clinique, chaque point abordé pouvant bien sûr être discuté et nuancé à la lumière de la littérature, foisonnant en la matière.

Traitement de la parodontite



Bibliographie

1. Lindhe J., Niklaus L. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. Blackwell Munksgaard, 4ième édition, 2003.
2. Bercy P., Tenenbaum H. - Parodontologie. Du diagnostic à la pratique. De Boeck Université, 1996.
3. Genon P., Romagna Ch. Le traitement parodontal raisonné. Editions CdP, 1999.
4. Didri S., Lallam C. Les réévaluations et l'orientation thérapeutique en parodontite. Rev Odont Stomat, 2002; 193-210.
5. Herbert F. Wolf, Rateischak E. et K. Atlas de Parodontologie. Masson, 3ième édition, 2004.
6. Danan M., Fontanel F. Parodontites sévères et orthodontie . Edition Cdp, 2004.
7. Drisko CH. Nonsurgical periodontal therapy. Periodontol 2000, 2001 ; 25 :77-88
8. Cobb CM. Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: an evidence-based perspective of scaling and root planing. J Clin Periodontol, 2002 May ; 29 Suppl2 :6-16

Olivier FRANCOIS

Dentiste spécialiste en Parodontologie
D.E.S. Implatologie (ULg)
Pratique Privée

Prise en charge pluridisciplinaire d'une parodontite juvénile :

Traitement paro-ortho-prothétique

France LAMBERT

Spécialiste en parodontologie,
Chef de Clinique Adjoint,
Service de Parodontologie et
de Chirurgie Buccale,
Prof. Eric ROMPEN
Université de Liège

Correspondance à : france.lambert@chu.ulg.ac.be

Introduction :

Les parodontites juvéniles ont une certaine prévalence dans la population française et belge. Ces atteintes parodontales chez des sujets jeunes provoquent des lésions majeures ayant des conséquences fonctionnelles et esthétiques non négligeables. Une prise en charge parodontale est impérative, mais pour la plupart des patients, le traitement de cette maladie de l'adulte jeune nécessite une intervention pluridisciplinaire (orthodontique et/ou prothétique). La présentation de ce cas clinique vise à documenter chaque étape de ce type de traitement. Il associe une approche thérapeutique conservatrice et peu invasive avec l'utilisation de nouvelles technologies implantaires.

Diagnostic :

Cette patiente âgée de 18 ans se présente dans notre service de médecine dentaire, avec comme plainte majeure, la migration sévère des incisives supérieures et l'aspect disgracieux de son sourire. Elle est non fumeuse et en bonne santé générale.

L'examen clinique et radiologique initial met en évidence des pertes osseuses ainsi que la présence de poches parodontales actives localisées au niveau des incisives supérieures et d'une des premières molaires supérieures. D'autre part, la migration asymétrique des incisives traduit la présence de troubles de la fonction linguale associées à des para-fonctions occlusales.



Photos 1, 2, 3, fig.1 : Situation clinique et radiologique de départ. On met en évidence des pertes osseuses sévères au niveau des incisives supérieures ainsi que leurs migrations, probablement liés à une dysfonction linguale et des para-fonctions occlusales



Photo 2



Avant



Après



Photo 3

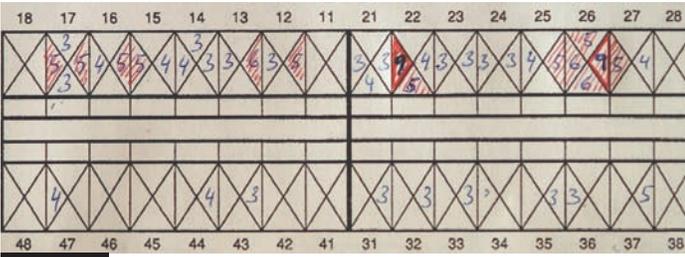


Fig. 1

Le diagnostic d'une parodontite juvénile associée à des troubles occlusaux a été établi.

Traitement :

Un traitement par surfaçage associé à une antibiothérapie par voie orale (Amoxicilline/Métronidazole) a été réalisé en thérapie initiale. [1, 2] Des ajustements occlusaux par meulages sélectifs ont permis d'équilibrer l'occlusion.

Après la réévaluation parodontale à 8 semaines, une chirurgie parodontale a été envisagée dans le secteur 26. [3, 4]



Photos 4 : Chirurgie parodontale avec ostéoplastie visant à supprimer la poche résiduelle en distal de 26 après la thérapie initiale. Cette dent ne présentait pas d'atteinte de furcation et avait donc un bon pronostic.

La parodontite était dès lors stabilisée, cependant, les dents 21 et 22 présentent toujours un pronostic incertain à long terme.

Réhabilitation orale :

Un traitement orthodontique a été entrepris afin de repositionner les incisives dans leurs situations initiales.

Parce que les dents 21 et 22 avaient perdu plus de 50% de leur support osseux, une composante d'extrusion leur a été appliquée afin de régénérer la morphologie osseuse et gingivale



Photo 5 : Pendant le traitement orthodontique visant à rétruder les fronts supérieurs et inférieurs, les dents 21 et 22 ont été extrudées pour régénérer les tissus environnants. Leurs bords incisifs ont progressivement été meulés.

En fin de traitement orthodontique, la dent 21 présentait un pronostic favorable.



Photo 6, 7 : Situation clinique après traitement orthodontique. La dent 21 apparaît radiologiquement tout à fait saine, cependant une récession gingivale persiste en mésio-vestibulaire. La dent 22 présente toujours une poche infra-osseuse combiné à son faible support osseux résiduel, son pronostic est mauvais à long terme



Photo 7

Cependant, l'aménagement des tissus mous environnants a été réalisé sur cette dent afin d'optimiser l'anatomie des tissus ainsi que le résultat esthétique : d'abord une frénectomie et ensuite, 3 semaines plus tard, une greffe de conjonctif enfoui.

La dent 22 n'a pas été conservée et a été remplacée par un implant. En effet, cette dent présentait toujours une poche infra-osseuse sur un parodonte déjà réduit d'environ 50%, de plus, cette patiente jeune était demandeuse d'une solution esthétique et fiable à long terme.

L'alvéole d'extraction a été gérée par une technique chirurgicale spécifique afin de modifier le biotype gingival du futur site implantaire.

Le design de cet implant en une seule pièce favorise l'intégration biologique des tissus et son matériau (la zircone) permet d'optimiser le résultat esthétique.[6-8]



Photo 8 : Chirurgie muco-gingivale - 21 : Greffe de conjonctif enfoui dans le but de recouvrir et d'épaissir les tissus mous en mésio-vestibulaire. 22 : Extraction atraumatique et gestion d'alvéole. L'alvéole d'extraction a été comblée avec un biomatériau peu résorbable (Bio-Oss®, Geistlich, Switzerland), en vestibulaire et en palatin, des poches en semi-épaisseurs ont été réalisées pour y glisser une greffe de conjonctif enfoui. L'objectif de cette intervention est de limiter le remodelage post-extractionnel en exploitant les qualités non ou peu résorbables de ce biomatériau et de « booster » le biotype gingival pour rendre les futurs tissus

Trois mois plus tard, le volume osseux disponible pour remplacer la 22 a été évalué par une tomographie.

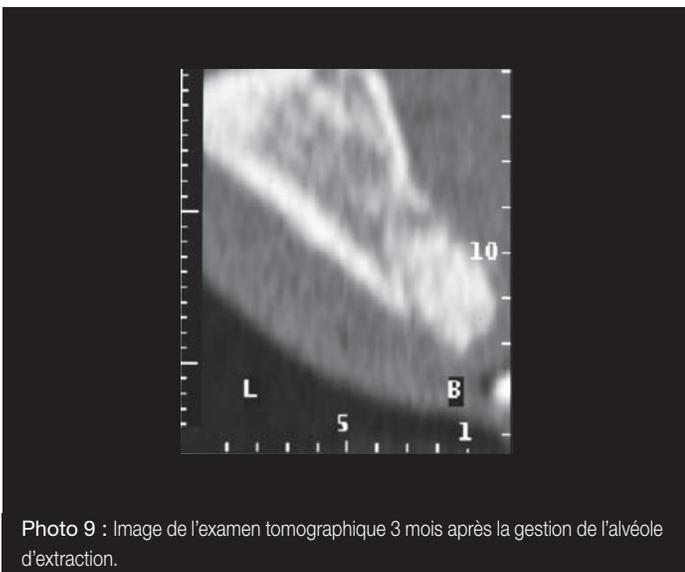


Photo 9 : Image de l'examen tomographique 3 mois après la gestion de l'alvéole d'extraction.

Un implant prototype en zircone a été placé avec une approche chirurgicale peu invasive et un lambeau à minima. La patiente a bénéficié d'une « mise en esthétique » immédiate, c'est à dire du placement immédiat d'une couronne provisoire juste après la chirurgie, sans contact, ni en occlusion ni en latéralité.



Photo 10a, b, c :
a : Situation clinique avant placement de l'implant.
b : Placement d'un implant monobloc en zircone (Prototype). Un accès chirurgical peu invasif avec un « mini » lambeau en semi-épaisseur a été employé.
c : Mise en esthétique immédiate : la partie coronaire de l'implant a été légèrement retouchée et une couronne provisoire en résine a été adaptée et mise en totale sous occlusion.

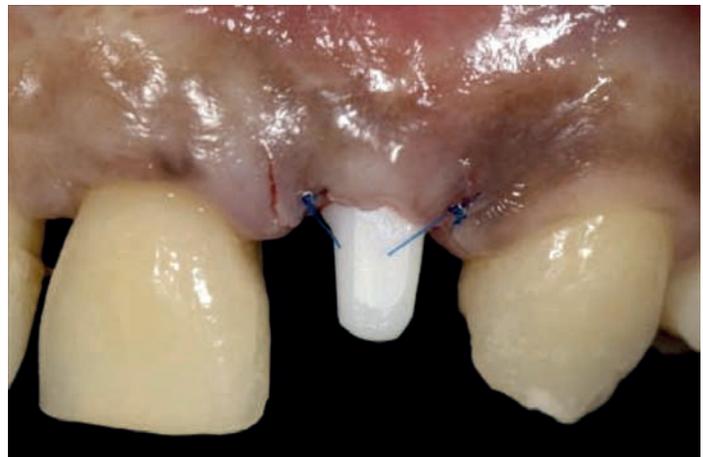


Photo 10b



Photo 10c

Des couronnes 'full ceramic' ont été placées quelques mois plus tard, après maturation complète des tissus mous.



Photo 11 : Notons le profil vestibulaire des tissus avant et après la chirurgie implantaire. Les tissus mous sont refoulés en vestibulaire et supportés par le profil implantaire. Le design transgingival de l'implant présente une gorge visant à stabiliser mécaniquement les tissus



Photo 12a, b : Pilier dentaire et implantaire avant placement des couronnes définitives 10 mois après placement de l'implant. On peut apprécier l'intégration tissulaire tant en vue occlusal que vestibulaire



Photo 12b



Photo 13a, b, c : Couronnes finales. L'harmonie du sourire a été restauré et la maladie parodontale à été stabilisée



Photo 13b

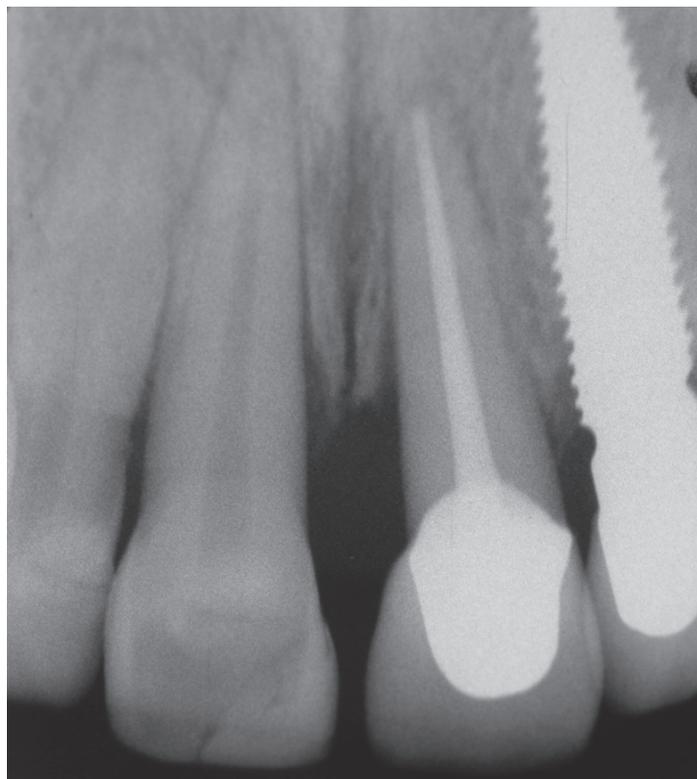


Photo 13c

En fin de traitement, le port nocturne d'une contention orthodontique amovible a été recommandé. Le sourire de cette jeune patiente a été rétabli, cependant un suivi parodontal rigoureux est indispensable afin de diagnostiquer précocement une éventuelle récurrence parodontale ou orthodontique.[9]

Conclusion :

L'orthodontie au service de la parodontologie est un concept à considérer, qui peut être extrêmement bénéfique, surtout dans des cas de parodontites agressives. Une approche thérapeutique pluridisciplinaire est nécessaire pour traiter ce type de cas complexes. La combinaison d'une technique d'implantation peu invasive et de l'utilisation d'un design et d'un matériau implantaire innovateurs ont permis d'obtenir un résultat esthétique optimal.

- Traitement paro/implantaire : France Lambert
- Traitement orthodontique : Gérald Cornet
- Traitement prothétique : Olivier Domken
- Réalisation des céramiques : Mirko Picone
- Prototype implantaire : Nobel Biocare®

Bibliographie sur demande

Les Biofilms Bactériens : une nouvelle approche de la microbiologie orale

Olivia Pauluis - Pratique privée

Jérôme Lasserre & Pierre Bercy
Service de parodontologie,
Ecole de Médecine Dentaire et de
Stomatologie,
Université Catholique de LOUVAIN

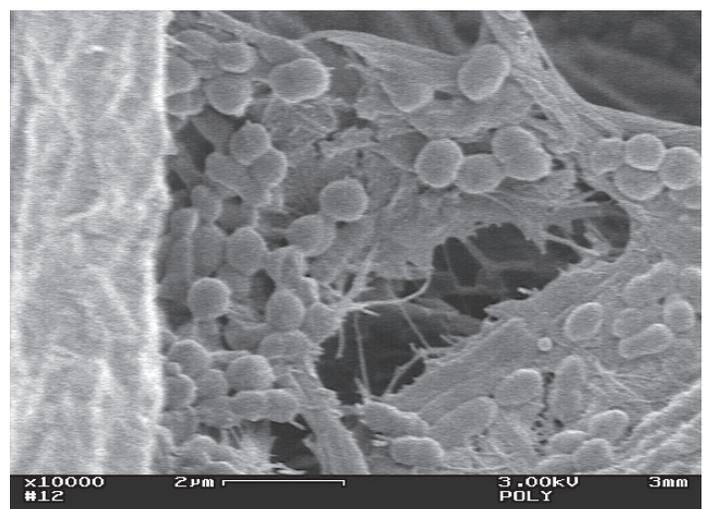
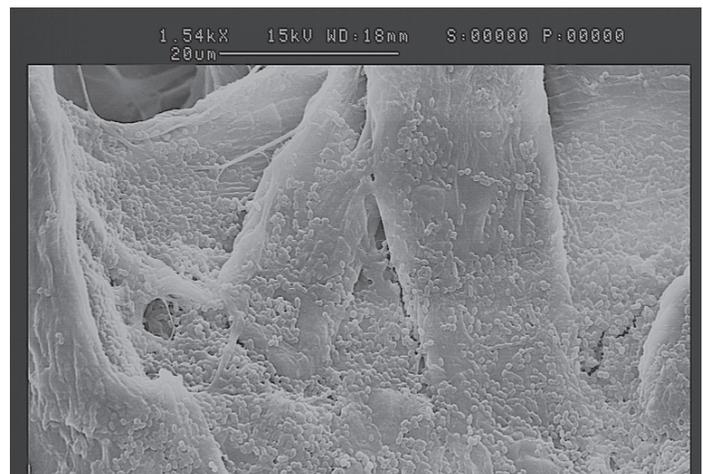
Correspondance :
Jérôme LASSERRE
Service de parodontologie
Ecole de Médecine Dentaire et de Stomatologie
Université Catholique de LOUVAIN
Avenue Hippocrate 10 bte 5719
1200 Bruxelles, Belgique.
Tel: 00 32 473 52 07 82
Fax: 00 32 2 657 68 36
e-mail: jlass34@hotmail.com

La vision de la plaque dentaire comme un biofilm est un concept nouveau en parodontologie. Depuis quelques temps, ce terme revient fréquemment lors de conférences dès lors que l'on aborde l'aspect bactérien des pathologies parodontales. Le concept de biofilm dentaire supra ou sous gingival a dès à présent remplacé à juste titre celui de plaque dentaire et les recherches réalisées ces dernières années dans ce domaine nous ont amené à mieux comprendre la pathogénie de nombreuses infections tenaces dont les parodontites sont un bel exemple.

1. Introduction

Depuis deux décennies, les microbiologistes ont pris conscience de l'importance du rôle des biofilms bactériens dans la nature. Ces communautés de bactéries adhérentes prévalent sur de nombreuses surfaces humides et peuvent causer des problèmes environnementaux (4). Le précurseur dans l'étude des biofilms fut Anton van Leeuwenhoek qui, observa, grâce à son microscope primitif, "l'animalculi" de la plaque dentaire. Cependant, il fallut attendre 1970 pour que l'on commence à admettre que les bactéries sessiles adoptant ce mode d'existence « en biofilms », constituaient un composant majeur de la biomasse bactérienne dans de nombreux environnements. Ce n'est qu'à partir des années quatre-vingt et nonante, que les scientifiques reconnurent l'organisation élaborée de ces bactéries capables d'adhésion spécifique aux surfaces et entre elles. L'avancée en microscopie optique associée au développement de la technologie micro électrique ont permis d'observer que les biofilms bactériens se composaient de micro colonies sur une surface, et que dans ces mêmes micro colonies, les bactéries s'étaient développées en communautés organisées avec une hétérogénéité fonctionnelle.

Les problèmes environnementaux dus aux biofilms et le nombre important d'études sur ce sujet ont demandé le développement de nouveaux outils analytiques, beaucoup d'avancées récentes résultent de la collaboration de microbiologistes, d'ingénieurs environnementaux et de mathématiciens. Ces efforts ont permis de définir le biofilm bactérien comme une communauté structurée de bactéries incluses dans une matrice polymérique qu'elles ont produite et adhérentes à une surface inerte ou organique (2).



En raison de leur complexité structurale et métabolique, la comparaison entre les biofilms et des organismes pluricellulaires primitifs a souvent été établie.

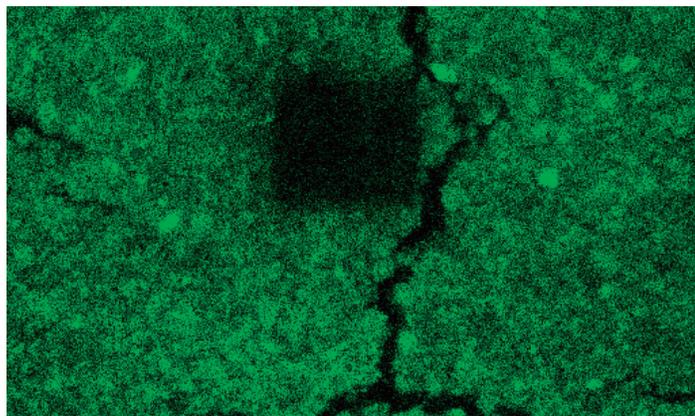
L'établissement en biofilm constitue un mode de croissance protégé qui permet aux bactéries de survivre en milieu hostile. Ainsi, les bactéries d'un biofilm sont extrêmement résistantes aux agents antimicrobiens ainsi que vis à vis du système de défense immunitaire. Vu sous cet angle, il n'est pas surprenant qu'un grand nombre d'infections bactériennes chroniques soient dues aux biofilms bactériens, lesquels ne sont pas facilement éradiqués par antibiothérapie traditionnelle.

Les infections dues aux biofilms présentent certaines caractéristiques cliniques. Les biofilms se développent préférentiellement sur des surfaces inertes, des tissus nécrosés, et fréquemment sur les appareils médicaux. Ils peuvent aussi adhérer aux tissus vivants comme dans le cas de l'endocardite.

La croissance du biofilm se fait lentement dans un ou plusieurs sites, et les infections provoquées sont parfois lentes à produire des symptômes. Les cellules bactériennes sessiles relâchent des antigènes, stimulant la production d'anticorps inopérants contre les bactéries incluses dans le biofilm. Ceci peut causer des dommages immuns complexes aux tissus avoisinants. Même chez l'individu en parfaite santé, les infections par biofilms sont rarement contrées par les mécanismes de défense de l'hôte. Habituellement, l'antibiothérapie traite les symptômes causés par les pathogènes planctoniques libérés par le biofilm mais est inefficace contre le biofilm lui-même (1). Pour cette raison, l'infection par biofilm montre typiquement des symptômes récurrents entre chaque cycle d'antibiothérapie jusqu'à ce que la population sessile soit enlevée mécaniquement. Les cellules planctoniques sont relâchées par le biofilm, ce qui soutient l'hypothèse d'un détachement programmé naturel (16). Les biofilms peuvent donc agir comme des « nids » d'infection récurrentes lorsque le système de défense de l'hôte ne peut éliminer les cellules planctoniques libérées n'importe quand durant l'infection.

2. Formation du biofilm

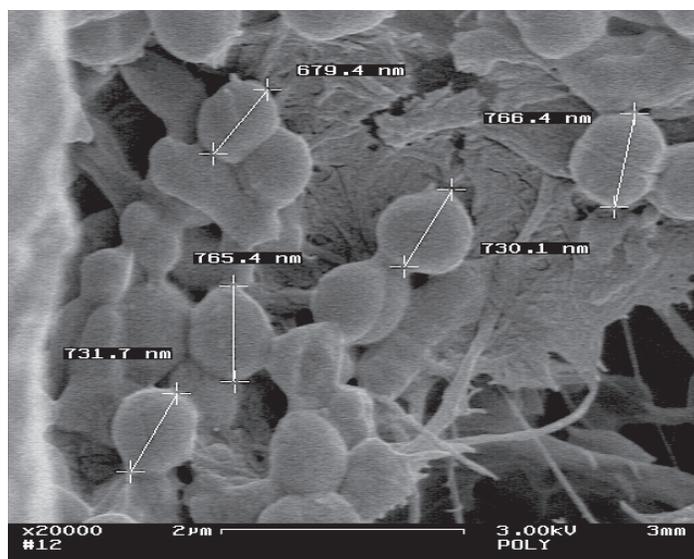
Différents appareils d'observation directe ont permis d'étudier les biofilms in situ. Le microscope à laser confocal, par exemple, ne nécessite pas de dessiccation de l'échantillon bactérien à observer (contrairement à la microscopie électronique à balayage) et permet donc d'observer le biofilm dans son état hydraté tel qu'on le retrouve dans la nature (10, 13, 16).



D'autres appareils, comme les cellules de flux, permettent d'étudier la formation, la structure et la fonction du biofilm dans son environnement.

La formation d'un biofilm commence par l'adhésion successive de différentes bactéries « planctoniques ». La cellule de flux et un système de monitoring adéquat permettent l'observation en temps réel du processus de formation. D'autres appareils tels que le « Robbins device » ou sa version modifiée, permettent quant à eux l'observation de la croissance du biofilm sur différents types de surfaces.

J.W.Costerton et al. (7, 8, 11) ont montré qu'à l'abord d'une surface colonisable, les cellules planctoniques émettent un facteur sigma initiant la transformation phénotypique en bactérie adhérente. Selon la théorie DLVO (Derjaguin-Landau-Verwey-Overbeek), l'adhésion bactérienne résulterait de l'effet cumulé des forces de Lifschitz - van der Waals et des interactions électrostatiques entre les surfaces (1). Après cette étape initiale d'adhésion, le biofilm grandit en épaisseur, tant par les attachements successifs (co-aggrégation) que par multiplication bactérienne et acquiert progressivement ses caractéristiques structurales et fonctionnelles.



Le développement d'un biofilm dépend de la nature physico-chimique de la surface à laquelle il s'attache, des espèces microbiennes présentes, des macromolécules de surface sécrétées par ces différentes espèces et de la séquence avec laquelle elles s'attachent (17).

Les exopolysaccharides (EPS) qui constituent les plus importants composants du biofilm, semblent jouer un rôle déterminant dans le processus d'adhésion. En effet, ils peuvent agir comme récepteur dans l'adhésion cellule-cellule tout comme dans l'adhésion cellule-surface ce qui aboutit à la formation d'une communauté microbienne complexe.

De même, les composants de la membrane bactérienne contribuent aux interactions intercellulaires, de surface et avec la matrice d'EPS. Cette matrice extracellulaire influence aussi le métabolisme cellulaire en participant aux échanges à l'intérieur même du biofilm.

3. Structure du biofilm

L'avancée en imagerie médicale a permis d'affiner l'image conceptuelle que nous nous faisons du biofilm. En effet, le concept adopté dans les années 80 présentant le biofilm comme une couche épaisse bactérienne adhérente à la surface est révolu. Il apparaît aujourd'hui que les biofilms s'organisent de manière complexe, formant sur la surface d'adhésion des structures hétérogènes en forme de champignon et traversées des canaux liquidiens drainés par un flux continu (12). Au sein même de ces structures, les bactéries croissent en microcolonies incluses dans la matrice extracellulaire et séparées par des régions matricielles de moindre densité comprenant des canaux aqueux très perméables drainés par des flux convectifs (2, 3). Ce réseau de canaux intervient comme un « système circulatoire » rudimentaire et permet l'apport de nutriment depuis le milieu externe jusque dans les microniches ainsi que l'élimination des produits du métabolisme (7). De la même manière, l'oxygène du milieu externe est importé dans le biofilm ; cependant une barrière de diffusion limite sa pénétration au sein même des microcolonies permettant ainsi la survie de bactéries anaérobies dans un environnement aérobie.

A l'intérieur du biofilm, les concentrations d'EPS peuvent varier d'une région à l'autre ; ainsi, elles seront plus importantes à proximité des colonies produisant ces polymères que dans les larges espaces séparant celles-ci. La matrice extracellulaire, agissant comme une barrière de diffusion chargée, assure également la protection des cellules englobées vis à vis d'agents antibactériens ayant diffusé à l'intérieur du biofilm par le système canalaire. Un examen direct de la diffusion de molécules associées à des marqueurs fluorescents a démontré que la charge de la matrice extracellulaire, que l'on pensait uniquement anionique, peut varier localement ou en réponse à certains facteurs externes (courants électriques). De telles variations de charge entraînent des modifications de liens intermoléculaires et pourraient en partie expliquer l'effet bioélectrique sur les biofilms (augmentation de la sensibilité aux agents antibactériens) (3).

Les échanges inter-espèces au sein de biofilms mixtes et la diffusion via le système canalaire permettent de nombreuses coopérations métaboliques entre cellules voisines évoquant le fonctionnement symbiotique de cellules eucaryotes.

4. Comportement du biofilm : migration de surface et détachement

L'apparition du microscope digital en temps réel a rendu possible l'observation de phénomènes de dispersion ou de mobilité d'amas cellulaires au sein de cellules unitaires adhérentes. Cette propriété a son importance car elle confirme la possibilité de colonisation de nouvelles surfaces par un biofilm mature. Ce processus se déroule généralement en deux phases :

- des cellules planctoniques isolées se détachent et sont transportées jusqu'à une surface solide
- ces cellules s'attachent, se reconnaissent et prolifèrent

Certaines études (5, 8) montrent que les surfaces peuvent aussi être colonisées par des structures de biofilm préformées s'étant déplacées d'une surface à l'autre. Le détachement de

larges pièces d'un biofilm (allant jusqu'à 60 microns) permet aux bactéries de conserver leur organisation auto-protectrice. C'est ce type de détachement qui peut être à l'origine de pathologies systémiques telles que l'endocardite après dissémination de biofilms oraux au sein du système vasculaire.

5. Mécanismes de résistance aux antibiotiques

Les bactéries organisées en biofilm ont une résistance propre très efficace contre les agents antibactériens comparé à leurs homologues planctoniques. Il n'est donc pas surprenant que ces biofilms soient responsables de nombreuses infections chroniques dont la parodontite est un exemple (15).

Auparavant cette propriété protectrice du biofilm était entièrement imputée à la matrice d'EPS en raison de son rôle de barrière à la diffusion des molécules antimicrobiennes. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la génétique, aux appareils d'observation et aux nouveaux moyens de culture des biofilms, il est prouvé que ces bactéries sessiles (adhérentes) possèdent non pas un mais au moins 3 systèmes de protection :

a) La matrice d'exopolysaccharides limite la diffusion des AB.

La synthèse de la matrice d'EPS débute généralement quelques minutes après l'adhésion cellulaire et aboutit à l'obtention d'un réseau dense de fines fibres. Elle est composée essentiellement de polysaccharides extracellulaires très hydratés et de macromolécules comme des acides nucléiques, protéines, glycoprotéines globulaires, lipides et ions faiblement liés (6).

La composition de la matrice chargée à une profondeur influence sur la capacité qu'ont les agents anti-bactériens à y diffuser. Ainsi, pour qu'une molécule puisse accéder aux cellules profondément enfouies au sein du biofilm il faudra soit que les sites chargés soient saturés ou que l'affinité cellule-substrat soit plus importante que l'affinité de liaison à la matrice. Cette exclusion physico-chimique constitue probablement le moyen de résistance le plus important lorsque les molécules d'AB sont fortement chargées ou fortement réactives chimiquement (14, 15).

Cependant, la faible pénétration à travers la matrice chargée positivement semble cependant être un phénomène restreint aux agents les plus hydrophiles et anioniques et la réduction de la diffusion ne peut expliquer à elle seule un tel accroissement de résistance.

Les exopolymères, et les matériaux cellulaires dérivés de cellules tuées des régions périphériques d'un biofilm traité peuvent réagir chimiquement et neutraliser l'agent de traitement.

b) Modulations du milieu de croissance.

Le comportement bactérien dépend de l'apport en nutriments mais aussi de la température, du pH... Les variations du milieu ambiant entraînent des modifications cellulaires comme les changements dans la composition de la membrane, la production d'EPS... Ces changements de croissance en divers endroits du biofilm occasionnent autant de réponses différentes aux antibiotiques. Dans un biofilm épais, la concentration en oxygène et l'apport en nutriment décroissent de la surface à

la profondeur du biofilm ce qui engendre la formation de zones anaérobies et anoxiques dans lesquelles les taux de multiplications cellulaires sont moindres. Dans ce cas, de nombreux phénotypes différents sont exprimés dans la communauté, d'où une grande variété physiologique et chimique ; or, nombreux sont les antibiotiques (tels que la pénicilline) qui agissent lors de la division cellulaire, quand le métabolisme est actif (9).

Cela ne suffit pas à expliquer la totalité de la résistance. En effet lors d'un traitement aux AB, les cellules externes phénotypiquement proches de leur équivalent planctonique sont tuées. Ceci produit des déchets servant de nutriments aux cellules plus profondes et jusqu'ici métaboliquement inactives puisque privées d'apport nutritifs. Dès lors, l'AB pourrait agir sur ces cellules lors de la reprise de leur activité et ainsi, parvenir à l'éradication complète du biofilm « couche par couche » de manière centripète. Cependant, l'effet reste souvent incomplet car il suffit d'une brève fenêtre d'opportunité à la communauté pour s'adapter en un phénotype résistant.

c) Les phénotypes résistants aux antibiotiques : réaction au stress osmotique.

Les moyens de protection vus précédemment ne peuvent expliquer à eux seuls la résistance à long terme. Celle-ci peut-être due à l'adoption d'un phénotype résistant développé durant l'action délétère de l'AB ou suite à une mutation d'un des phénotypes représentés. (Ex. synthèse d'enzymes telles que les β -lactamases, diminution de la perméabilité de porines aux AB, diminution de production de porines)

d) Les phénotypes d'attachement spécifiques (persisters cells) :

La dernière théorie expliquant la résistance bactérienne est que chaque cellule vivant dans le biofilm a la possibilité d'adopter un phénotype « biofilm ou résistant » (persisters en anglais) représentant environ 1% de la population du biofilm et contre lequel la majorité des agents antibactériens sont inefficaces (15). Une telle explication requiert que, comme conséquence de l'attachement à la surface, les organismes sont capables d'activer des gènes-opérons qui leur confèrent un phénotype « attachement » spécifique. Il semble probable que les cellules peuvent sentir la proximité d'une surface ou celle d'autres cellules. Ainsi, certaines bactéries peuvent réguler leur production en EPS en fonction des variations de densité cellulaire. Certaines expériences ont montré qu'il existe une diminution de la susceptibilité aux AB observable après attachement mais avant la formation du biofilm (multiplication, synthèse d'EPS). Ceci explique que l'adoption de ce phénotype d'attachement est responsable en grande partie du haut niveau de résistance des biofilms bactériens. Ces phénotypes bactériens retrouvés dans les biofilms et assimilables à des spores sont extrêmement peu sensibles à tout type d'agent antibactérien même lorsque ces derniers sont utilisés en haute concentration et durant des périodes prolongées.

6. Conclusion

Nous comprenons donc mieux aujourd'hui la physiologie et la structure de ces communautés bactériennes adhérentes

aux surfaces solides que l'on dénomme biofilms. Leurs systèmes de reconnaissance, leur hétérogénéité fonctionnelle et leur matrice extra-cellulaire en font des structures très complexes et extrêmement efficaces pour lutter à la fois contre le système de défense immunitaire et les agents antibactériens. Ce mode de croissance leur permet donc de survivre dans des conditions de stress extrême et est responsable du caractère tenace des infections à biofilms.

Il a été estimé que 60% des infections humaines sont provoquées par des biofilms bactériens. Ce type d'infection se retrouve par exemple dans le cas d'otites moyennes, de cystites, d'endocardites, d'infections prothétiques etc.. mais aussi en cariologie, endodontie et bien sûr en parodontologie. Ceci explique pourquoi les traitements antibactériens classiques de ces infections sont souvent inefficaces seuls en l'absence d'un nettoyage mécanique des sites infectés par le biofilm. De nouvelles voies de recherche ayant pour but d'interférer à différentes étapes de la formation des biofilms (adhésion initiale à une surface, communication et reconnaissance inter-bactérienne etc..) émergent et nous permettront peut-être dans quelques années d'éviter la formation de ces structures nocives et de prévenir les infections chroniques qui en découlent ...

Bibliographie

1. Bayston R. Medical problems due to biofilms : clinical impact, etiology, molecular pathogenesis, treatment and prevention. In: Newman HN, Wilson M, ed. Dental plaque revisited. Cardiff: Bioline, 1999:111-123.
2. Costerton JW. Introduction to biofilm. Int. J Antimicrob Agents 1999; 11 : 217-221.
3. Costerton JW, Ellis B, Lam K, Johnson F, Khoury AE. Mechanisms of electrical enhancement of efficacy of antibiotics in killing biofilm bacteria. Antimicrob Agent Chemother 1994; 38: 2803-2809.
4. Costerton JW, Cheng K-J, Geesey GG, Ladd TI, Nickel JC, Dasgupta M, Marrie TJ. Bacterial biofilm in nature and disease. Annu Rev Microbiol 1987; 41 : 435-464.
5. Costerton JW, Cook G, Lamont R. The community architecture of biofilm: dynamic structures and mechanisms. In: Newman HN, Wilson M, ed. Dental plaque revisited. Cardiff: Bioline, 1999: 5-14.
6. Costerton JW, Irvin T, Cheng K-J. The bacterial glycocalyx in nature and disease. Annu Rev Microbiol 1981; 35 : 299-324.
7. Costerton JW, Lewandowski Z, De Beer D, Caldwell D, Korber D, James G. Biofilms, the customized microniche. J Bacteriol 1994; 176: 2137-2142.
8. Costerton JW, Stewart PS, Greenberg EP. Bacterial biofilms: a common cause of persistent infections. Science 1999; 284: 1318-1322.
9. Gilbert P, Allison DG. Biofilms and their resistance towards antimicrobial agents. In Newman HN, Wilson M., ed. Dental plaque revisited. Cardiff: Bioline, 1999: 125-143.
10. Lawrence JR, Korber DR, Hoyle BD, Costerton JW, Caldwell DE. Optical sectioning of microbial biofilms. J Bacteriol 1991; 173: 6558-6567.
11. Ohta H, Kato K, Fukui K, Gottschal JC. Microbial interactions and the development of periodontal disease. J Periodont Res 1991; 26: 255-257.
12. Prosser JI. Quorum sensing in biofilms. In: Newman HN, Wilson M., ed. Dental plaque revisited. Cardiff: Bioline, 1999: 79-88.
13. Roberts SK, Bass C, Brading M, Lappin-Scott H, Stoodley P. Biofilms information and structure: what's new? In: Newman HN, Wilson M., ed. Dental plaque revisited. Cardiff: Bioline, 1999: 15-35.
14. Socransky SS, Haffajee AD. Dental biofilms: difficult therapeutic target. Periodontology 2000 2002; 28: 12-55.
15. Stewart PS, Costerton JW. Antibiotic resistance of bacteria in biofilms. Lancet 2001; 358: 135-138.
16. Stoodley P, Boyle JD, Lappin-Scott HM. Biofilm structure and behaviour; influence of hydrodynamics and nutrients. In: Newman HN, Wilson M, ed. Dental plaque revisited. Cardiff: Bioline, 1999: 63-72.
17. Sutherland IW. Biofilm matrix polymers- role in adhesion. In: Newman HN, Wilson M, ed. Dental plaque revisited. Cardiff: Bioline, 1999: 49-62.

Intégration de la Parodontologie dans un cabinet d'omnipraticque

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



La profession dentaire change rapidement, jetant le trouble dans l'esprit de certains de nos confrères. Cependant, cette situation recèle, encore, des opportunités. La parodontologie constitue l'une d'entre elles. A une époque où plus de 50 pour cent des enfants n'ont plus de caries, de nombreux confrères réalisent qu'il est crucial d'offrir à leurs patients de **Nouveaux Services** et de nouvelles options thérapeutiques pour maintenir voire stimuler la vitalité de leurs cabinets.

L'objectif de cet article est de démontrer qu'**on ne peut pas réussir à développer la parodontologie dans un cabinet par hasard**. (La seule lecture d'ouvrages sur le sujet est insuffisante). J'ajoute qu'il s'agit d'une voie royale pour sortir de la routine et retrouver le plaisir de réaliser des traitements valorisants pour le praticien.

INTEGRER LA PARODONTOLOGIE DANS UN CABINET D'OMNIPRATICQUE

UNE PHILOSOPHIE :

Il est crucial de développer le réflexe « Paro » c'est-à-dire être très paro-conscient lors du bilan initial. En réalité, la préoccupation parodontale doit être présente à tous les stades du traitement : des conseils d'hygiène initiaux au scellement ou encore lors des visites de maintenance. Or, le succès de la pratique parodontale dépend étroitement de la manière de communiquer avec les Patients. Celle-ci est directement liée à la conviction du praticien de la pertinence et de l'efficacité des traitements qu'il propose. En effet, comment convaincre un Patient si l'on n'est pas soi-même convaincu ? Par ailleurs, il est encore plus important, dans ce type de pratique, que le patient ne se sente pas traité comme un ensemble de dents mais véritablement comme un individu dans sa globalité.

PHILOSOPHIE DE TRAITEMENT

P.GENON et C.ROMAGNA (dans leur ouvrage : « Le traitement parodontal raisonné ») ont défini une philosophie de traitement en 3 étapes.

1. Elimination de la plaque dentaire
2. Action locale raisonnée sur les lésions
3. Maintien ou rétablissement de la fonction

Ces auteurs considèrent avec une totale attention le terrain individuel, la plaque dentaire et les surcharges susceptibles d'affecter la fonction.

SPECIFICITE EN PARODONTOLOGIE : L'une des difficultés spécifique réside dans la chronicité de la plupart des lésions parodontales entraînant une évolution à bas bruit, imperceptible

par le Patient. La plupart des signes cliniques existants sont généralement ignorés par ce dernier voire considérés comme normaux. Tout l'effort de l'équipe dentaire sera donc de rendre perceptible aux yeux du patient ce qui ne l'est pas encore.

COMMENT ETABLIR UNE STRATEGIE ?

Introduire ou développer la parodontologie en omnipraticque ne peut relever du hasard. Arriver à convaincre les patients d'accepter les traitements parodontaux est le contraire de la magie. Cela repose sur des règles précises qui font appel à la formation, à des argumentaires, des scripts, des fiches d'information, à l'évaluation des honoraires, etc. qui sont établis dans les moindres détails. C'est cette absence de rigueur qui est responsable du fait que de nombreux omnipraticiens abandonnent les traitements parodontaux après quelques essais. En réalité, la plupart « glissent » un peu par hasard vers la proposition parodontale sans avoir préalablement analysé tous les tenants et les aboutissants donc sans véritable préparation. C'est pourquoi, je vous propose de suivre le plan d'action suivant en 5 points.

1. **Prenez activement la décision** de réaliser les traitements parodontaux. Il s'agit peut-être de l'étape la plus délicate : prendre la décision de réaliser les traitements que vous considérez comme les plus adaptés indépendamment des remboursements liés au système de santé. !!! Une dentisterie de qualité est l'une des clés pour ne pas se retrouver enfermé dans le piège des remboursements et retrouver le plaisir de travailler.
2. **Etablissez la liste des actions** à entreprendre avant d'introduire la parodontologie au cabinet (Se former, former son assistante, acheter le matériel nécessaire, les fiches d'information, aménager la salle opératoire, contacter des confrères, ...)
3. Etablissez un **budget** et définissez un **déla**i de mise en place
4. Entraînez-vous à la **communication** sur la Parodontologie : informez et éduquez vos patients (voir paragraphe « Communication »)
5. Sélectionnez certains patients existants que vous connaissez pour leur coo pération et commencez les premiers traitements parodontaux avec eux. (Souvenez-vous que la meilleure façon d'apprendre la parodontologie est d'en faire !!!)

COMMUNICATION, EDUCATION ET MOTIVATION DU PATIENT : TECHNIQUES ET OUTILS

Sans coopération du patient aucun praticien ne peut prétendre faire aboutir son plan de traitement. Certains praticiens se retranchent derrière la gentillesse, d'autres penchent pour la fermeté. Suffit-il de passer des diapositives ? Ou de donner une fiche d'information ? Suffit-il d'expliquer complaisamment la nécessité du traitement parodontal ? Le discours technique du praticien ne paraît pas apporter la motivation souhaitée. Le discours moralisateur non plus !!!

Je constate d'ailleurs que l'on demande trop souvent au patient des efforts de coopération, comme si cela était naturel, évident qu'il s'adapte au traitement, voire qu'il s'implique. Je considère personnellement cette attitude comme étant contre-productive en terme de communication. La démarche me semble en effet, trop moralisatrice et source de nombreux échecs. Je considère à l'inverse qu'il est de la responsabilité de l'équipe dentaire d'adopter un comportement de pédagogue et de se considérer comme responsable de l'adhésion des patients motivés aux traitements parodontaux.

LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION :

Il n'est évidemment pas question, ici, de développer exhaustivement les techniques de communication. Je me contenterai de rappeler certains points fondamentaux dans le développement de traitements parodontaux.

1. L'assertivité : Il s'agit de l'affirmation positive de soi, sans prétention ni agressivité. Lors d'une première consultation, elle est de nature à rassurer le patient à propos de vos aptitudes à le traiter.
2. Etablir la confiance : Les traitements parodontaux demandent une implication importante de la part du patient. Celle-ci ne peut exister sans une forte relation de confiance. Un moment clé pour l'établissement de cette relation est l'entretien préclinique. Le but essentiel de cet entretien est double :
 1. Faire connaissance avec le patient et explorer ces besoins
 2. L'informer de notre conception de la réalisation des traitements dentaires

Au cours de cet entretien, concernant la découverte du patient, l'aptitude essentielle sera l'ECOUTE et son complément naturel l'EMPATHIE.

Je rappelle que le praticien devrait écouter 70% du temps et parler 30%.....

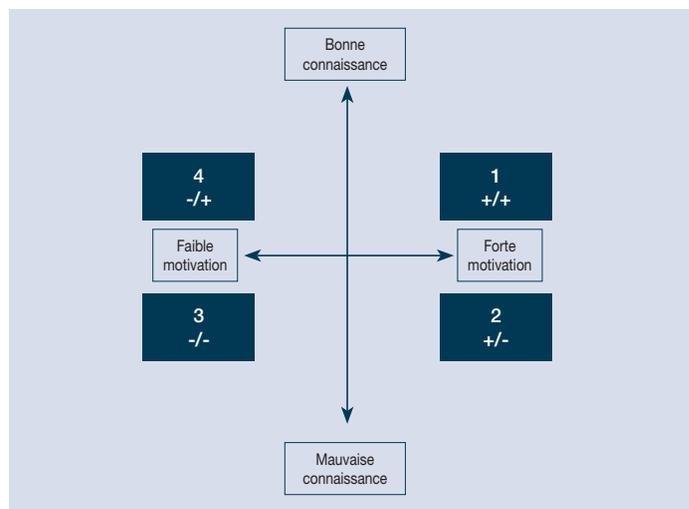
Concernant l'information sur l'approche parodontale, je recommande de l'aborder dès cette phase du bureau :

« Monsieur Martin, avez-vous eu une information récente concernant l'état de santé de vos gencives ? ». Ce faisant le Patient comprendra plus facilement lors de l'examen clinique votre examen gingival.

Enfin, un autre point clé à propos de la relation thérapeutique est ce que le psychologue Carl Rogers a dénommé « le regard positif inconditionnel » que le praticien se doit de porter sur son patient.

COMMENT DETERMINER LES PATIENTS CANDIDATS A LA PARO / LES CANDIDATS A LA MAINTENANCE

Dans le cadre d'un cabinet d'omnipratique, il existe schématiquement en termes de motivation à la parodontologie, plusieurs catégories de patients. Il est possible de les distinguer en fonction d'une part de leur niveau de connaissance de leurs problèmes parodontaux et d'autre part de leur motivation à réaliser ces types de traitement. A partir de ces critères, il est possible de déterminer les candidats potentiels à la présentation des traitements parodontaux :



Les patients de la catégorie 1 sont bien entendu les meilleurs candidats potentiels pour les traitements parodontaux. Ceux de la catégorie 3 sont ceux qui ne sont ni motivés ni motivables. Les catégories 2 et 4 sont les plus intéressantes. C'est en fonction du patient, du moment et de sa propre motivation que le praticien décidera de l'énergie et du temps qu'il est décidé à lui consacrer. Nous constatons, donc, que c'est à la fois la motivation du patient mais aussi celle du praticien qui aboutiront ou pas à la présentation d'un traitement parodontal. Les candidats à la maintenance seront choisis en fonction de leur détermination et de leurs efforts démontrés durant les phases actives du traitement.

INFORMATION ET EDUCATION EN SANTE BUCCALE

Il est démontré aujourd'hui que les approches basées sur la seule information permettent d'enseigner des habiletés plutôt que d'améliorer les comportements. La problématique spécifique majeure à propos de l'hygiène gingivale réside dans l'absence de signes visibles par le patient. C'est la raison pour la quelle ma préférence va aux techniques privilégiant la prise de conscience de son état gingival. Pour les patients, voir c'est croire. En parodontologie, les notions de co-diagnostic et de co-traitement ne sont pas des concepts mais bien une réalité sans la quelle tout traitement efficace s'avère impossible. Le patient qui s'attend à jouer un rôle passif dans le traitement doit adhérer ici à l'idée de jouer un rôle actif. Un autre avantage de cette approche est de permettre d'espacer les rendez-vous de maintenance.

ORGANISATION DES SEANCES D'EDUCATION-INFORMATION :

Les séances initiales de motivation à l'hygiène buccale et parodontale sont très utiles pour déterminer le degré d'impli-

cation du patient dans la gestion de ses problèmes gingivaux. Nous recommandons, après la séance d'information générale, la technique d'information croissante en fonction des résultats obtenus et évalués par les relevés d'indice de plaque et gingival. (Je n'évoquerai pas les techniques de prophylaxie de la plaque dentaire ni les tests salivaires ou bactériens). Ainsi après 3 à 5 séances, le plan de traitement peut alors être modifié, confirmé ou adapté aux possibilités du Patient. Sans une véritable implication de ce dernier, inutile de s'échiner à tenter de le convaincre. Certains praticiens délèguent, après formation, cette partie informative et éducative à leur assistante. Sous réserve expresse, bien entendu, que celle-ci ne mette pas les doigts en bouche, nous sommes favorables à une telle délégation qui libère l'omnipraticien.

PERCEPTION= REALITE

J'ai déjà indiqué que la problématique spécifique de la parodontologie résidait dans l'absence de signes cliniques perceptibles par le patient. C'est la raison pour la quelle tout élément de nature à lui permettre de visualiser ses problèmes aura un impact immédiat sur son degré de compréhension. Ainsi, les différents colorants de plaque dentaire, la caméra endo-buccale, les résultats des différents tests, les radios panoramiques ou rétro-alvéolaires sont d'excellents outils pédagogique et de prise de conscience. Signalons l'intérêt de l'utilisation d'un microscope relié à un moniteur vidéo qui présente l'avantage majeur de tangibiliser aux yeux du

patient les différentes flores bactériennes présentes dans sa plaque dentaire.

ROLE DES FICHES D'INFORMATION

Les fiches d'information pour les patients (FIP) facilitent le dialogue entre le cabinet et les patients sur des questions touchant la santé buccodentaire et les procédures parodontales. Les patients acquièrent une meilleure compréhension des soins bucco-dentaires préventifs et des différentes possibilités de traitement recommandées. L'avantage des fiches est qu'elles sont utilisables après le départ du patient pour l'aider à mieux comprendre les informations données oralement au Cabinet. Un autre avantage est l'information donnée ainsi à l'entourage du patient qui peut souvent jouer un rôle considérable dans l'acceptation ou le refus du traitement.

CONCLUSION

En conclusion, je rappellerai que la proposition de traitements parodontaux ne peut plus être considérée comme une option dans un cabinet d'omni-pratique moderne. Cependant, une intégration complète de cette spécialité ne peut se faire comme par magie. Je vous recommande une mise en place progressive selon le principe des 3P (Petits Progrès Permanents). Elle peut s'avérer ainsi être le premier pas vers un changement en profondeur du mode d'exercice traditionnel vers une dentisterie tournée vers le futur.



PEOPLE HAVE PRIORITY



LED's be independent!

Pleins feux sur une nouveauté mondiale ! Les pièces à main et contre-angles de la gamme Alegra ont un générateur intégré qui fournit l'énergie aux LED pour un éclairage qualité lumière du jour, même avec un système d'entraînement non lumière. Faites confiance à la légendaire qualité W&H : les pièces à main et contre-angles Alegra sont robustes, silencieux et résistants à l'usure, pour longtemps. Avec les pièces à main et contre-angles Alegra, profitez de la qualité lumière du jour grâce à la technologie LED. Sans effort. Sans frais supplémentaire.

W&H Benelux
Reepkenslei 44
B-2550 Kontich, Belgium
t +32 (0)3 844 49 85
f +32 (0)3 844 61 31
office.benelux@wh.com wh.com

alegra

'Mon terminal Banksys,
bien plus avantageux que
je ne le pensais.'



Votre
terminal de
paiement à partir
de 24 €/mois

»» Une affaire qui marche.



Vos patients comptent sur vous. Mais pouvez-vous compter sur eux au moment de payer ? Le paiement en liquide est-il vraiment recommandable ? Pensez à votre **sécurité**. Et au **confort de paiement** de vos patients. Le paiement électronique ? **Une évidence** pour eux, depuis pas mal de temps déjà. Qu'attendez-vous pour installer un terminal de paiement ? Le prix ? Il est plus avantageux que vous ne le pensez. Consultez Atos Worldline et découvrez le meilleur remède pour des paiements sûrs et rapides, par terminal fixe ou mobile. Appelez le **02 727 70 00** ou visitez le site **www.jechoislabonneformule.be**

formation continue

S o m m a i r e

- 40** Activités accréditées en 2009

- 41** Radiologie 22-01-10 - Bruxelles
Info professionnelle 22-01-10 - Bruxelles

- 42** Cours pratique de photo - Bruxelles
Ergonomie - Bruxelles

- 43** Le pilier de bridge - Namur
Portrait de la parodontologie actuelle - La Hulpe

- 44** Formation intensive en chirurgie parodontale - Bruxelles
NYU in Belgium - Bruxelles

ACCREDITATION 2009

Activités accréditées 2009			Organisateur n°2		
Lieu	Date	Titre	N°agr	UA	Dom
SC Mons	22/01/2009	Nécrose des os maxillaires sous biphosphonates	17788	10	1
SC Huy	22/01/2009	Ostéochémonécrose maxillaire et biphosphonates	17789	10	1
Cours	23/01/2009	Après-midi professionnelle	17715	20	2
Cours	5/02/2009	Ergonomie	17716	20	2
SC Bruxelles	10/02/2009	Prothèse amovible mandibulaire sur 2 implants...	18067	10	7
Cours Bruxelles	3/03/2009	Maître de stage	18371	10	2
SC Verviers	5/03/2009	Prothèse totale mandibulaire stabilisée par deux implants synphisaires: un jeu d'enfant?	18370	10	7
Cours	5/03/2009	Traitement des agénésies	18068	20	5
Cours	5/03/2009	Traitement des agénésies	18256	10	7
Cours	5/03/2009	Traitement des agénésies	18257	10	6
SC Liège	12/03/2009	Timing et chronologie du traitement parodontal	18369	10	6
SC Namur	17/03/2009	Traiter les dysfonctions pour éviter les dysmorphoses	17790	10	5
SC Hainaut Occ.	19/03/2009	Prothèse totale mandibulaire stabilisée par deux...	18069	10	7
SC Mons	26/03/2009	Composite en couche stratifiée dans les obturations des dents...	18509	10	4
Cours	28/03/2009	2ième Rendez-vous des cercles	18544	10	4
Cours	28/03/2009	2ième Rendez-vous des cercles	18545	10	6
Cours	28/03/2009	2ième Rendez-vous des cercles	18546	10	7
Cours	28/03/2009	2ième Rendez-vous des cercles	18510	10	2
Cours Liège	31/03/2009	Maître de stage	18368	10	2
Cours	2/04/2009	Ergonomie	17717	20	2
SC Hainaut Occ.	23/04/2009	Les biofilms bactériens	18535	10	6
Cours	25/04/2009	Mise en pratique de la photographie numérique dentaire (Théorique)	17929	10	2
Cours	25/04/2009	Mise en pratique de la photographie numérique dentaire (Pratique)	17719	10	1
SC Namur	28/04/2009	Le sourire et ses plans de traitement	17721	10	4
SC Brabant Wallon	29/04/2009	Chirurgie maxillo-facial dans tous ces états!	18511	10	6
SC Huy	7/05/2009	Prothèse totale mandibulaire stabilisée par deux implants synphisaires: un jeu d'enfant	18536	10	7
Cours	9/05/2009	Toxicité	18537	20	1
Cours	9/05/2009	Toxicité	18734	20	2
SC Liège	14/05/2009	Traiter les dysfonctions pour éviter les dysmorphoses	18538	10	5
Cours	4/06/2009	Ergonomie	17722	20	2
Cours	5/06/2009	Séminaire gestion des conflits(1)	18540	20	2
SC Charleroi	10/06/2009	Peut-on se fier au retraitement endodontique ?	18762	10	4
Cours	11/06/2009	Mise en pratique de la photographie numérique dentaire (Pratique)	18761	10	2
SC Hainaut Occ.	3/09/2009	Démarches, intérêts, avantages et contraintes d'un maître de stage en dentisterie générale	18923	10	2
SC Huy	17/09/2009	Ronflements et Apnées du sommeil	18841	10	1
Cours	18/09/2009	Atelier burnout 2ième session/1	19089	20	1
Cours	19/09/2009	AM Utilisation et pose de la digue (matin)	18758	20	4
Cours	19/09/2009	PM Utilisation et pose de la digue (après-midi)	18759	20	4
SC Bruxelles	22/09/2009	La chirurgie maxillo-faciale dans tous ces états!	18512	10	6
SC Mons	24/09/2009	L'abord d'un patient pour un plan de traitement esthétique	18924	10	7
SC Liège	24/09/2009	Le dentiste face à l'urgence de la rue au cabinet dentaire	19145	10	1
Cours	24/09/2009	Ergonomie	18121	20	2
Cours Bruxelles	29/09/2009	"Médecine dentaire intégrée au service du patient"	19090	10	2
Cours	1/10/2009	Mise en pratique de la photographie numérique dentaire (Pratique)	18930	10	2
SC Verviers	8/10/2009	Les ostéonécroses de la mâchoire sous biphosphonates	19193	10	1
Cours	10/10/2009	Organisation	18843	40	2
SC Namur	13/10/2009	L'hypnose... un outil pour le cabinet dentaire	18760	10	1
Cours	16/10/2009	Atelier burnout 2ième session/2	18844	20	2
Sc.Charleroi	20/10/2009	Timing et chronologie du traitement parodontal	19192	10	6
SC Brabant Wallon	20/10/2009	Gestion des complications liées aux traitements de réhabilitations bucco-dentaire...	19210	10	7
Cours	22/10/2009	Ergonomie	18120	20	2
Cours	23/10/2009	Séminaire gestion des conflits - Sophrologie	18993	40	2
SC Hainaut Occ.	12/11/2009	La piezographie "une technique d'actualité"	18845	10	7
Cours	13/11/2009	Atelier burnout 2ième session/3	18846	20	2
SC Brabant Wallon	17/11/2009	Les sahos et leurs répercussions bucco-dentaires			en attente
SC Huy	19/11/2009	Le bruxisme : notions fondamentales et cliniques.			en attente
SC Namur	24/11/2009	Inflammation et la nutrithérapie	18929	10	1
SC Liège	26/11/2009	Les nuisances sonores	19189	10	1
Cours	27/11/2009	Occlusion vendredi 27/11	18847	40	7
Cours	28/11/2009	Occlusion samedi 28/11	18848	40	7
SC Bruxelles	1/12/2009	Les SAHOS et leurs répercussions bucco-dentaires			en attente
SC Verviers	3/12/2009	Malposition linguale ? Implications en dentisterie			en attente
SC Mons	10/12/2009	Traiter les dysfonctions pour éviter les dysmorphoses			en attente
Cours	10/12/2009	Ergonomie	18119	20	2
Cours	11/12/2009	Atelier burnout 2ième session/4	18849	20	2
Cours	11/12/2009	Atelier burnout 2ième session/5	18850	20	2



Dr Jean-Frédéric HANSSENS
Quelle imagerie prescrire en médecine dentaire ?

Dr Marc LALOUX
**Applications cliniques de la radiologie en dentisterie.
Diagnostic différentiel des lésions dépistables en
pratique courante.
Exemples cliniques, du diagnostic au traitement.**

M Bart VANDENBERGHE
Indications, limitations et avenir du Cone Beam

Accréditation demandée : 20 UA dom 3 - Formation continue 3 hrs.
Détails et inscriptions sur www.dentiste.be



Michel DEVRIESE
Actualité professionnelle

Michel Devriese et les membres de la commission professionnelle, décortiqueront pour vous toute l'actualité.

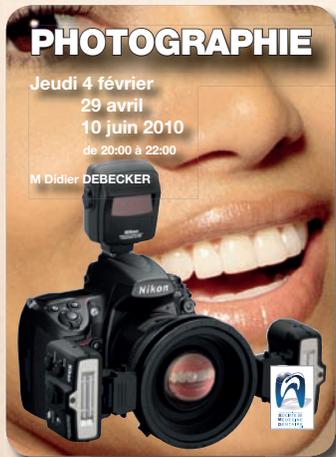
Programme provisoire :

- Accord dento-mutualiste
- Nomenclature
- Accréditation
- Maintien de l'agrément du dentiste généraliste
- Contrôle des appareils de radiographie
- Prévention
- Etc.

Accréditation demandée : 20 UA dom 2 - Formation continue 3 hrs.
Détails et inscriptions sur www.dentiste.be

GRATUIT
et réservé aux membres
en règle de cotisation
pour 2010





Didier DEBECKER

Mise en pratique de la photographie numérique dentaire

Cette formation pratique vous apprendra :

- Comment configurer votre appareil photo numérique
- Les meilleurs cadrages pour informer au mieux le prothésiste
- Comment interpréter les images à l'aide de logiciels
- Comment transférer rapidement celles-ci via Internet

Accréditation demandée : 10 UA dom 2 - Formation continue 2 hrs.
Détails et inscriptions sur www.dentiste.be



Fabienne PAPAIZIAN

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

Maximum 14 participants

Accréditation demandée : 20 UA dom 2 - Formation continue 4 hrs.
Détails et inscriptions sur www.dentiste.be



Le pilier de bridge

Samedi 27 février 2010
de 9:00 à 17:00

Pr Alain VANHEUSDEN - Plan de traitement
M Jean-Pierre SIQUET - Endodontie
M Jérôme LASSERRE - Aménagement parodontal
Pr Marc LAMY - Occlusion
Mme Amélie MAINJOT - Faux moignons coulés
M Sébastien BEUN - Faux moignons foulés
M Bertrand SCALESSE - Empreintes
M Bertrand LAMBERT - Provisoires



Pr Alain VANHEUSDEN
M Jean-Pierre SIQUET
M Jérôme LASSERRE
Pr Marc LAMY
Mme Amélie MAINJOT
M Sébastien BEUN
M Bertrand SCALESSE
M Bertrand LAMBERT

- **Plan de traitement**
- **Endodontie**
- **Aménagement parodontal**
- **Occlusion**
- **Faux moignons coulés**
- **Faux moignons foulés**
- **Empreintes**
- **Provisoires**

Accréditation demandée : 40 UA dom 4, 6, 7

Détails et inscriptions sur www.dentiste.be



Portrait de la paro actuelle

Vendredi 19 mars 2010
de 9:00 à 17:00

Dr Christine ROMAGNA



Dr Christine ROMAGNA

Portrait de la parodontologie actuelle

L'observation d'une bouche en vue d'établir un plan de traitement doit prendre en compte

- le motif de consultation du patient
- ce qu'il pense de son état
- son projet in fine.

Puis intervient l'examen de l'occlusion, de la fonction et surtout la prise en compte des parafunctions (position de la langue dans la déglutition, bruxisme, mordillements, ...).

Mais aussi le contour gingival régulier ou non, plat ou festonné, l'épaisseur et la texture de la gencive, la mobilité des dents...

Ce qui est important pour la pérennité des résultats de nos traitements, c'est l'hygiène bucco-dentaire du patient, la qualité intrinsèque des reconstructions prothétiques et implantaire, bien sûr. Mais aussi l'environnement des dents et des implants, la stabilité dentaire et occlusale, dans une fonction équilibrée et, enfin, « cerise sur le gâteau », la pleine acceptation du traitement par le patient !

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

Détails et inscriptions sur www.dentiste.be





Dr Christine ROMAGNA

FORMATION INTENSIVE EN CHIRURGIE PARODONTALE :

L'accent sera mis sur la clinique, pour

- Renforcer les connaissances en chirurgie parodontale
- Préciser les indications actuelles
- Redéfinir et simplifier les lambeaux d'accès
- Acquérir ou rappeler les bons gestes
- Connaître les précautions pour éviter les risques et les déceptions, en particulier en chirurgie plastique parodontale
- Pouvoir transposer ensuite les techniques de chirurgie des tissus mous autour des implants.

Accréditation demandée : 40 UA dom 6 - Formation continue 6 hrs.
Détails et inscriptions sur www.dentiste.be



Dr Stephen CHU

Nouveaux horizons pour les facettes en céramique et la prise de teinte pour des résultats esthétiques optimaux

Dr. Edgard EL CHAAR

Concepts actuels d'aménagements des sites esthétiques

Dr. Christian STAPPERT

Le secret des céramiques renforcées : comment éviter les échecs des restaurations esthétiques ?

Dr. Michael SONICK

Intégrer la chirurgie implantaire dans votre pratique

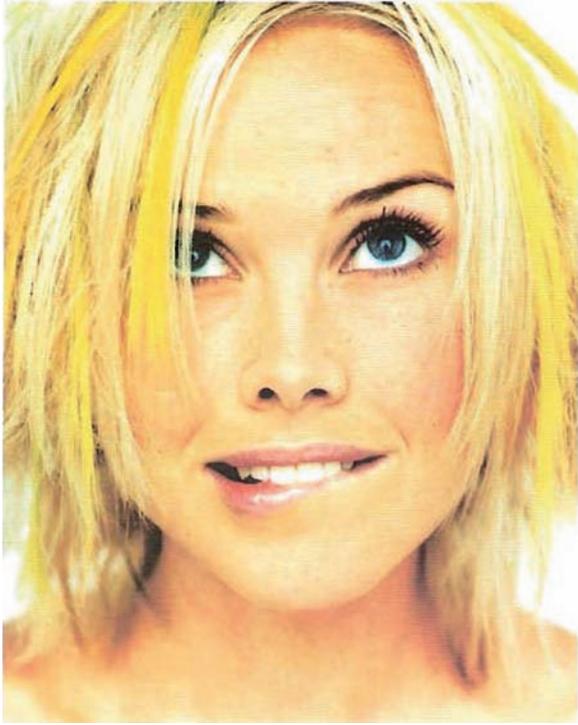
Accréditation demandée : 80 UA dom 6, 7 - Formation continue 12 hrs.
Détails et inscriptions sur www.dentiste.be



infos professionnelles

S o m m a i r e

- 47** Accord dento-mutualiste 2009-2010
M. DEVRIESE
- 48** DOSSIER contrôle RADIOphysique AFCN
M. DEVRIESE
- 52** La fiduciaire médicale
C. RIGAUX
- 53** Nomenclature



**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.

PROTECTAS 



Accord Dento-Mutualiste 2009 - 2010

Le mercredi 18 novembre 2009, a été conclu à l'INAMI en Commission Nationale Dento-Mutualiste la suite des dispositions de l'Accord 2009 - 2010. Vous le savez, les Accords conclus ont généralement une durée de 2 années. En fin de première année, la Commission se réunit pour fixer les modalités d'indexation ainsi que l'exécution de la seconde année de l'Accord, selon les moyens budgétaires disponibles. C'était l'objet de la négociation de novembre

EN 7 POINTS, les nouvelles dispositions de l'ACCORD

- EXTRACTIONS et SUTURES : Augmentation des catégories bénéficiaires pour le remboursement**
Dorénavant, en sus des moins de 18 ans, le remboursement des extractions sera acquis à partir du 55^e anniversaire (au lieu du 60^e anniversaire). Les sutures qui les accompagnent seront également prises en charge.
- PARODONTOLOGIE : Augmentation des catégories bénéficiaires pour le remboursement du détartrage SOUS ANESTHESIE**
Ce code, introduit le 1^{er} mai dernier, sera applicable aux 18 - 45 ans. Anciennement, c'était jusqu'au 40^e anniversaire. Ce sera jusqu'au 45^e anniversaire.
- PARODONTOLOGIE : Status parodontal complet (examen parodontal approfondi)**
La nomenclature de parodontologie continue de s'enrichir. Mais pour ce faire, il y a lieu que les traitements se déroulent alors qu'un diagnostic complet ait été effectué, et que le suivi des traitements soit assuré.
Est introduit un code pour l'examen parodontal approfondi, avec notamment enregistrement des profondeurs de poches parodontales. Les détails vous seront expliqués dès que fixés.
- RADIOLOGIE : tomographie volumétrique**
Introduction de ces techniques radiologiques, mais dans 2 cas bien précis :
 - De la mâchoire, uniquement en cas de diagnostic en vue de l'établissement d'un plan de traitement implantaire remboursable
 - Pour les enfants dans les cas de fentes etc.
- AUGMENTATION IMPORTANTE du FORFAIT DE l'ACCREDITATION : près de 250 EUR de plus !**
Le montant forfaitaire d'accréditation va passer de 2.355,74 EUR à 2.605,33 EUR soit une augmentation de 249,59 EUR, indexation comprise. Ceci pour inclure l'augmentation des exigences qualitatives en matière de radiologie et de radioprotection.
- INDEXATION au 1er JANVIER de l'ensemble des codes.**
Au premier janvier, l'ensemble des codes ont leurs montants indexés de 0,93 % (indice santé)
- LUTTE contre la FRAUDE**
Nous le disons depuis plusieurs mois : il n'y aura pas de pitié pour les fraudeurs à la nomenclature. Sous notre impulsion, la Commission Nationale Dento-mutualiste a décidé unanimement de prendre diverses et nombreuses initiatives de lutte contre les dentistes "jouant" avec la nomenclature.
A bon entendeur

QUAND ?

L'entrée en vigueur de ces mesures se fera progressivement, à des dates qui ne sont pas toutes fixées. Cela dépendra de leur publication au Moniteur
Quelques repères :

- l'indexation est pour le 1^{er} janvier 2010
- le montant de l'accréditation 2010 est définitivement fixé à 2.605,33 euros
- l'extension d'âge pour les extractions et le détartrage sous anesthésie devrait intervenir assez rapidement (au cours du premier trimestre 2010, selon un scénario réaliste)
- Le status parodontal et la tomographie prendront un peu plus de temps. MAIS l'ensemble des mesures seront une réalité au plus tard le 1^{er} juin 2010.

ANALYSE

Rien que des bonnes nouvelles.

Qu'il me soit permis de remercier les partenaires et nos mandataires dont le travail a permis de concrétiser tout cela. La Profession n'a pas assez conscience de l'ENORME travail fourni par les mandataires de la SMD dans toutes ces Commissions à l'INAMI.

Il me semblait utile d'attirer votre attention à ce propos.

Si vous êtes tenté d'exercer un rôle de mandataire, ou de découvrir cette autre facette de notre métier, n'hésitez pas à nous le faire savoir : dent@skynet.be !

Michel DEVRIESE



DOSSIER contrôle RADIOphysique AFCN

Résumé des obligations réglementaires en matière de radioprotection

Il nous apparaît nécessaire de rappeler les obligations auxquelles sont soumis les praticiens de l'Art dentaire dans le domaine de la radiologie. Ces obligations peuvent concerner soit chaque praticien, soit l'exploitant du cabinet.

Chaque praticien veillera toutefois - s'il n'est pas propriétaire de son lieu d'exercice - à exercer dans un cabinet respectueux des obligations

Obligation individuelle (CHAQUE DENTISTE est concerné) :

1. **Autorisation d'utilisation individuelle**

Obligations du cabinet (SEULS LES EXPLOITANTS - propriétaires- sont concernés) :

2. **Autorisation de création et d'exploitation** (établissement de classe III) : à l'installation ou à la modification du cabinet.

En outre, il y a **deux contrôles distincts** qui doivent être effectués **annuellement** :

3. **le contrôle physique** du cabinet par le service de contrôle physique ou un organisme agréé,
4. un **contrôle** de qualité de l'appareil à rayons x par un expert agréé en **RADIOphysique** médicale dans le domaine de compétence de la radiologie

Outre ces démarches, on notera que notre **contribution financière** est sollicitée de manière multiple :

- A. **Les autorisations de création et d'exploitation (2) font l'objet du paiement d'une redevance.**
- B. **Les contrôles annuels physiques (€€) ou radiophysiques (€€€) font bien sûr l'objet d'une facturation annuelle** (et lors d'aménagement ou modification).
- C. Les dentistes **exploitants** propriétaires sont mis à contribution pour **financer l'Agence** (et ses services au secteur) sous forme d'une **taxe annuelle** (qui a déjà fait couler beaucoup d'encre).

Enfin, **une obligation de formation** continue est liée à l'**autorisation d'utilisation individuelle**.

Actuellement, l'AFCN délivre des **autorisations limitées à 10 ans**.

Les autorisations à vie, délivrées jadis par le Ministère de la Santé publique, restent cependant valables. Si cette autorisation était accordée pour une durée indéterminée, elle était aussi conditionnée au fait que le bénéficiaire puisse démontrer qu'il entretient et développe régulièrement ses connaissances et sa compétence en radioprotection dans le cadre d'une formation continue de niveau universitaire.

Cette obligation de formation continue concerne donc TOUS les praticiens.

ATTENTION : si l'obligation du contrôle RADIOphysique est légalement ANNUELLE, l'Agence envisage de faire passer la validité du contrôle à 3 années, si toutefois le contrôle ne révèle pas de problème.

Situations actuelles des praticiens et des cabinets

L' AFCN constate que des praticiens et des cabinets ne sont pas en ordre avec une ou plusieurs de ces obligations. Nous comprenons le désarroi des praticiens qui s'emmêlent dans ce fatras d'obligations, bien éloignées de la réalité de notre exercice. Mais courage : il FAUT vous mettre en ordre ! La patience de l'Agence a des limites. Et nous vous avons déjà mis en garde: les conséquences sur les remboursements INAMI peuvent être désagréables.

Actuellement, nous désirons attirer votre attention sur 2 points :

• l'autorisation de demande individuelle

C'est peut-être vers les jeunes praticiens qu'il nous faut attirer l'attention, ou ceux qui travaillent uniquement en collaboration, puisque c'est l'UNIQUE obligation qu'ils ont. Mais nous le répétons : CHAQUE praticien est concerné.

Vous trouverez sur le site de l'AFCN les informations et formulaire à ce propos :

www.fanc.fgov.be/CWS/GED/pop_View.aspx?LG=1&ID=1763

• le contrôle RADIOphysique

C'est nouveau, donc pas encore connu. Les exploitants propriétaires de cabinet DOIVENT s'enquérir de cette nouvelle obligation.

Nous développerons ce point ci après.

Qu'en pensons-nous ?

Soupirs...! On peut percevoir certains de ces aspects règlementaires comme étant davantage des règles pour coller à des "normes", que réellement un projet de protection de la Santé publique.

Le dialogue à ce propos avec l'AFCN reste difficile.

Nous ne sommes pas encore convaincus du bien fondé de toutes ces mesures (et surtout de leur mise en œuvre), même si nous soutenons qu'il est de notre devoir en tant que professionnel de la santé de rencontrer en tout état de cause le précepte du "primum non nocere".

Nous aurions aimé voir le bilan des contrôles nucléaires et de savoir si ceux-ci permettent de détecter de réelles menaces pour les patients. Ou faut-il voir dans ces contrôles une énième manifestation du fameux "principe de précaution" ? Nous attendons ces bilans.

Par ailleurs, le contrôle de l'appareillage et de son environnement n'est qu'UN des aspects de la radioprotection. Ne vaudrait-il pas mieux pour assurer la radioprotection du patient bien plus se focaliser sur la répétition inutile de certains clichés, la conservation ou la transmission de ceux-ci entre praticiens ?

Par ailleurs nous regrettons le surinvestissement des Autorités dans la radioprotection, alors que TANT d'autres aspects où la sécurité du public est mise à mal, comme dans les questions d'exercice illégal, de pratiques douteuses ou de publicités trompeuses (et d'ailleurs illicites) qui accompagnent ces pratiques douteuses.

N'empêche : ces normes existent. Les textes de lois existent. Un dialogue permanent a lieu avec l'AFCN (même si parfois il nous semble à sens unique).

Nous ne pouvons qu'encourager les consœurs et les confrères à se mettre en ordre avec ces aspects.

Une de nos GROSSES préoccupations était aussi de définir QUI allait PAYER les conséquences de ces normes. L'utilisateur final (le patient) ? La Sécurité sociale ? En tout cas, il était hors de question que cela soit mis à la seule charge des praticiens.

Une négociation a eu lieu à l'INAMI à ce propos. Le passage annoncé à 3 années des contrôles radiophysiques est promis par l'AFCN.

La suggestion de revaloriser les actes de radiologie n'était peut-être pas la meilleure des idées, car elle allait surtout profiter aux dentistes "photographes" (comme on les appelle dans certains cénacles). Les mutuelles bloquaient d'ailleurs sur cette idée.

La SMD a alors proposé de revaloriser la prime d'accréditation, car - au final - n'est-ce pas une démarche qualité que de respecter ces normes ? C'est sur cette proposition que la Commission Nationale Dento-mutualiste a pu conclure un accord.

Vous lirez dans le chapitre "ACCREDITATION" ce que cela implique.

En TOUT ETAT DE CAUSE, c'est à l'utilisateur final (le patient) qu'incombe de payer les honoraires du praticien, honoraires qui couvrent à la fois ses frais (de toute nature) et la juste rétribution de ses consultations, soins, disponibilité et professionnalisme.

RADIOphysique

Il va falloir vous familiariser avec ce mot.

Donc, les **exploitants – propriétaires** de cabinets vont devoir prendre contact avec un expert RADIOphysicien pour effectuer ce contrôle RADIOphysique des tubes RX qu'ils possèdent.

Nous le répétons encore une fois : SEULS les exploitants – propriétaires sont concernés.

Vous pouvez dès à présent vous mettre en recherche de ce nouvel expert qui vous rendra visite sur rendez-vous. Prévoyez du temps et des euros (1 heure et 200 EUR par tube ?).

Les Experts : comment les trouver ?

Une liste actualisée des EXPERTS agréés est tenue par l'Agence et est disponible sur son site. Voir : www.fanc.fgov.be/fr/page/liste-d-experts-agrees-en-radiophysique-medicale-dans-le-domaine-de-competence-de-la-radiologie/828.aspx

La liste comporte :

- les nom et prénom, ainsi que le cadre de travail de la personne (université, société, etc.)
- la langue
- l'adresse
- les coordonnées téléphoniques et courriel
- un astérisque qui informe si cette personne est disponible... ou non pour les contrôles qui nous concernent.

On remarquera de suite la domination de 3 institutions : Universiteiten Gent et Leuven, ainsi que AV-Controloatom.

On remarquera aussi la large domination des experts néerlandophones (mais certains sont disponibles pour le sud du pays).

On remarquera également l'absence d'adresses et de coordonnées pour certains experts, ainsi que le fameux astérisque : en effet, un nombre important de ces experts agréés ont une activité autre qui les rend indisponibles. Exemple : salarié à plein-temps dans un hôpital.

Mais soit : il reste des experts disponibles.

Les experts : qui choisir ?

L'AFCN est très claire à ce niveau : il s'agit d'une relation commerciale entre vous et l'expert, et il faut faire jouer la concurrence. Comparer est légitime, et il est hors de question de fixer des tarifs convenus qui seraient contraires aux dispositions européennes.

Le faible nombre d'experts et leur hyper-concentration sont des facteurs défavorables à une saine concurrence.

Les prix varient, mais il faut aussi (et peut-être surtout) tenir compte des éventuels frais de déplacement de ces experts. Car l'expert coûte tant dans votre cabinet que sur la route (comme le réparateur de matériel, etc.).

Les experts : à quels coûts ?

La Société de Médecine Dentaire a contacté TOUS les experts (FR et NL) pour les interroger sur leur réelle disponibilité, et sur leurs coûts.

Certains ont répondu. D'autres non.

Les membres ont accès à **notre comparatif**.

Les experts : quand faire contrôler ?

Il ne faut pas tergiverser : le moment est venu de vous mettre en chasse pour trouver la perle rare.

2010 sera assurément l'année de votre premier contrôle de RADIOphysique.

Regrouper les contrôles physiques et RADIOphysiques ?

Les clients de Controloatom pourraient regrouper les contrôles physiques et RADIOphysiques, puisque cette société se charge de l'un et de l'autre.

Toutefois, nous insistons sur le fait que ces 2 contrôles ne sont pas nécessairement faits par la même personne, question de compétence et d'agrément. De même, la fréquence de ces 2 contrôles sera différente.

Nous **déconseillons** de chercher à regrouper ces 2 contrôles. Cela n'a AUCUN sens, et pourrait d'ailleurs - à terme - avoir des effets extrêmement pervers.

L'indépendance vaut bien plus que les quelques euros d'économie.

Si vous faites déjà appel à un expert de contrôle physique dont vous êtes satisfait, gardez-le ! Et choisissez librement votre nouvel expert de RADIOphysique.

ACCREDITATION et RADIOprotection

Nous vous l'annonçons dans le Dental-Infos n° 81 : le forfait de l'accréditation va connaître en 2010 une augmentation importante de près de 250 EUR.

Le montant forfaitaire d'accréditation va passer de 2355,74 EUR à **2605,33 EUR** soit une augmentation de **249,59 EUR**, indexation comprise.

Ceci a été décidé pour inclure l'augmentation des exigences qualitatives en matière de radiologie et de radioprotection.

Une des exigences de l'AFCN est que les dentistes augmentent leur formation continue en radioprotection. Une négociation s'en est suivie entre l'AFCN et le Groupe de Direction Promotion Qualité des praticiens de l'Art dentaire (= Accréditation INAMI).

La décision qui a été prise est que d'une part il y aura maintenant un minimum augmenté pour le sous-domaine 3 dans l'accréditation, mais que par ailleurs l'AFCN jugera comme suffisant la formation continue en matière de radioprotection d'un praticien pour autant que celui-ci soit accrédité. Le praticien accrédité ne subira pas d'autre forme de contrôle de sa formation continue en radioprotection.

Le praticien qui ne désire pas participer au système d'accréditation reste libre de suivre la formation continue en dehors de ce système. Toutefois, il veillera à garder les preuves de sa participation qu'il devra alors fournir à l'AFCN au moment du renouvellement de son autorisation individuelle.

Concrètement, cela va se passer de la façon suivante :

Vous connaissez déjà tous la notion de cycle de 5 ans. Au terme de ce cycle, sont contrôlés des éléments complémentaires pour l'obtention de l'accréditation lors de cette cinquième année.

Il y a notamment :

- le contrôle d'une activité suffisante du praticien (minimum 300 prestations par an, sauf en début d'activité / ceci pour éviter de rémunérer un praticien ... qui n'est plus en activité).
- le contrôle du parcours de tous les sous-domaines (de 1 à 7)
- le contrôle de l'acquisition des 50 UA du sous-domaine 2 requis sur la durée du cycle de 5 ans.

A l'avenir, s'ajoutera un contrôle supplémentaire, à savoir le **contrôle de l'acquisition d'un minimum de 20 UA dans le sous-domaine 3, dorénavant requis sur la durée du cycle de 5 ans.**

L'exigence de formation dans la radioprotection est donc **doublée** dans le cadre de l'accréditation.

ATTENTION : ceci ne sera valable que pour les nouveaux cycles entamés à partir de 2010.

Le texte réglementaire le formule ainsi : "Les praticiens de l'art dentaire qui commencent un nouveau cycle de cinq ans le 01/01/2010 ou après 2010, doivent obligatoirement obtenir 20 unités d'accréditation dans le sous-domaine 3".

Exemples :

- si 2010 est votre première année d'accréditation, et que vous faites vos cinq ans d'affilée, le premier contrôle aura lieu lors de l'attribution de votre accréditation de 2014.
- si en 2010, vous êtes dans un cycle entamé qui se terminerait par exemple en 2013, cette nouvelle obligation entrerait en vigueur pour le cycle 2014-2018. Le contrôle aurait donc lieu pour la première fois lors de l'attribution de votre accréditation pour l'année 2018.

Soyez donc vigilants comme pour le sous-domaine 2 (et d'ailleurs tout sous-domaine) de recueillir vos 20 UA dans le sous-domaine 3 par période de cinq ans.

Certains pourraient penser qu'il est injuste d'augmenter les honoraires d'accréditation, alors que les contrôles radiophysiques ne s'appliquent qu'aux seuls propriétaires - exploitants.

Notre réponse est : NON. Car les exigences concernent aussi la formation continue, et que la répartition équitable des frais du cabinet doit se faire entre propriétaire – exploitant et collaborateur(s).

Le Contrôle RADIOphysique : ET APRES ?

Un aspect TRES IMPORTANT non encore abordé jusqu'ici est la CONSEQUENCE d'un contrôle qui se révélerait mauvais. Les affaires d'un changement de votre appareillage radiologique (apical et/ou panoramique) pointent-t-ils à horizon ?

Cela reste une inconnue.

L'un ou l'autre praticien ayant déjà fait contrôler son appareillage pourtant récent a eu la surprise du constat d'un contrôle RADIOphysique non conforme aux normes. (nous vous passons la discussion sur l'INTERPRETATION des normes).

Par ailleurs, les NOUVEAUX appareils - pour être mis en fonction - doivent subir un contrôle radiophysique AVANT la mise en service.

De ces faits, on peut conclure quelques recommandations :

1. En cas d'achat de nouvel appareillage, il y a lieu d'inclure le contrôle radiophysique dans l'achat, mais aussi de prévoir des dispositions contractuelles avec le vendeur en cas de non-respect des normes du nouvel appareillage.
2. Vous pourriez penser que votre appareillage ancien ne serait plus conforme et prendriez l'initiative de changer votre tube RX. N'en faites rien. Procédez d'abord au contrôle de votre appareillage existant, avant de prendre une décision.

Autres recommandations :

3. En cas de contrôle des appareillages, veillez à ce que l'expert respecte bien les temps d'attente (recommandés par le mode d'emploi de votre tube) entre la prise de 2 clichés.
4. Informez votre association professionnelle des résultats du contrôle. Nous mettons en place un système de vigilance.

Documentation

Pour toute information complémentaire, nous vous renvoyons vers :

les belles **brochures de l'AFCN** que vous avez reçues en 2009 : elles sont téléchargeables sur notre site, dans la rubrique documents : www.dentiste.be/documents.htm#AFCN

Le **site internet de l'AFCN** :

www.fanc.fgov.be/fr/page/radiologie-dentaire/946.aspx?LG=1#P_3054

La Fiduciaire Médicale & Associés :

un nouveau **partenaire de la Société de Médecine Dentaire**

La Fiduciaire Médicale est un cabinet de gestion comptable et fiscale exclusivement dédié au secteur médical et paramédical. Nous avons trouvé auprès de ce bureau une équipe structurée et rompue aux attentes et demandes spécifiques du monde dentaire. Plusieurs membres de la S.M.D. sont par ailleurs clients depuis de nombreuses années.

Ce contact privilégié a abouti à un nouveau partenariat permettant d'offrir à nos membres des réponses claires et précises en matière comptable et fiscale.

Trois projets ont été concrétisés :

1. la publication d'articles dans Le Point
2. la réponse aux questions comptables et fiscales posées par les membres via notre Hot-Line sur info@dentiste.be
3. la participation à nos Study-Clubs en présentant des sujets de comptabilité et de fiscalité.

Les objectifs de ce bureau d'experts ne se limitent pas à la dimension fiscale. L'optimisation de notre impôt sur les revenus n'est pas la seule fin que doit avoir notre relation de confiance avec notre comptable. A divers moments de votre évolution économique, financière et familiale, la Fiduciaire peut vous faire bénéficier de conseils ou de références auprès de leur large réseau de relations tout aussi spécialisé et en toute indépendance.

Vous découvrirez sur leur site (www.fidmed.be) des articles, des outils, des formulaires, des références de sites intéressants pour vous aider au quotidien dans vos activités comptables, financières et fiscales. Vous pourrez aussi consulter l'agenda fiscal et social. Nous vous proposons aujourd'hui le premier article de Mademoiselle Rigaux, Ingénieur de gestion et Maître en gestion fiscale.

La Fiduciaire Médicale et Associés

Avenue du Manoir, 3 - 1180 Bruxelles
Tél : 02 374 61 16 - Fax : 02 374 13 88

Direction

Didier Meyer : Expert-Comptable & Conseil Fiscal

Gestionnaires

Christelle Rigaux : Ingénieur de gestion & Maître en gestion fiscale
Frédéric Houyoux : Comptable-fiscaliste
Nathan Mellado : Licencié en sciences commerciales & financières
Christian Kinard : Conseil fiscal

Collaborateurs et assistants

Huguette Hulet : Comptable-fiscaliste
Corentin Billen : Gradué en comptabilité
Véronique Fabry : Gradué en comptabilité

Le rachat des années d'étude, de quoi s'agit-il ?

Si vous avez déjà épuisé les mécanismes classiques d'optimisation fiscale (PLCI, épargne-pension, ...) pour cette année 2009, le rachat de vos années d'étude peut être une idée intéressante pour augmenter vos frais déductibles tout en s'assurant une maximisation de la pension légale. La valorisation des années d'études s'adresse aux personnes qui ne pourront faire état d'une carrière de 45 ans et pour lesquelles la pension légale ne sera dès lors pas maximisée. En effet, la pension légale est fonction des revenus professionnels mais également de la durée de la carrière. Prenons l'exemple d'un dentiste qui termine ses études à l'âge de 25 ans et qui travaille jusqu'à l'âge de 65 ans, il ne pourra prétendre à sa pension légale qu'à concurrence de 40/45ème. Racheter ses années d'étude revient à payer les cotisations sociales impayées pendant la période d'études précédant la carrière dans le but d'augmenter les années prises en considération dans le calcul de la pension légale.

Il faut cependant mettre en balance le coût de ce rachat (une estimation peut être obtenue auprès de votre caisse d'assurances sociales ou de l'INASTI) et ses avantages. Tout comme les cotisations sociales normales, les cotisations de rachat seront déductibles au taux marginal l'année du paiement et diminueront également votre revenu de référence pour le calcul des cotisations sociales futures. L'ultime avantage consistera à bénéficier de l'accroissement induit de la pension légale pendant de nombreuses années... Il s'agit donc ici d'un pari sur votre longévité...

Rien ne sert de courir cependant pour effectuer cette démarche ! Un indépendant peut introduire une demande en ce sens à n'importe quel moment de sa carrière. Reporter cette demande n'influence que légèrement le montant des cotisations, en raison d'un coefficient d'indexation à appliquer selon la date d'introduction de ladite demande. Toutefois, reporter la demande permet de postposer la dépense et permet de mieux appréhender la durée totale de la carrière. En effet, si le même dentiste continue de travailler jusqu'à l'âge de 70 ans, il aura finalement eu une activité économique de 45 années complètes. S'il avait régularisé ses années d'étude, les cotisations de rachat - non remboursables - auraient dans ce cas été payées « à fonds perdus ».

Il faut encore savoir qu'on ne peut pas régulariser un nombre choisi d'années d'études. Il y a une obligation de rachat pour la période entière, soit du 1er janvier de l'année du vingtième anniversaire au dernier jour des études.

Soulignons finalement que tout ceci n'est applicable que si vous avez commencé votre activité en qualité de travailleur indépendant au plus tard 180 jours après la fin de vos études. La possibilité de rachat existe également pour une carrière de salarié ou mixte, selon des règles cependant différentes.

Pour le contribuable désireux de faire encore quelques frais avant la fin de l'année, le rachat des années d'étude est donc une option à envisager.

GRATUIT
et réservé aux membres
en règle de cotisation
pour 2009 ou 2010



NOMENCLATURE 2010

**Règlements
et applications**

Avis et interprétations

**Cumuls interdits
et autorisés**

Tiers-payant

Mise à jour novembre 2009

Vient de paraître ! **NOMENCLATURE 2010**

Publié depuis 1998, le guide « NOMENCLATURE » édité par la Société de Médecine Dentaire asbl est maintenant bien connu. Il constitue un ouvrage de référence sous forme d'aide-mémoire réservé aux membres de la Société de Médecine Dentaire, aux enseignants universitaires et aux divers responsables qui souhaitent avoir à portée de la main une information rigoureuse et complète de la nomenclature dentaire qui, sous sa forme réglementaire, est parfois nébuleuse.

Ce document de travail a été rassemblé à partir des textes légaux, des règlements, d'interprétations et avis du Conseil Technique Dentaire et des réponses que les Services de l'INAMI nous ont aimablement communiqués.

Nous avons essayé de structurer cet outil de travail quotidien en une forme originale, claire et pratique à consulter. En effet, chaque prestation de la nomenclature dentaire est traitée sur une feuille séparée en reprenant chaque fois selon le même scénario le numéro de code, le libellé, le règlement, les avis, les cumuls interdits et autorisés avec d'autres prestations et l'application du tiers payant.

Vous constaterez dans cette nouvelle édition de la Nomenclature plusieurs nouveautés qui permettent d'attirer votre attention sur les changements, tant au niveau des codes, des libellés et des règles.

La nomenclature a beaucoup évolué ces 4 dernières années : remboursements complets pour les enfants et ados, implantologie, parodontologie, dentisterie adhésive mais aussi modifications importantes en orthodontie et surtout au niveau de la prothèse. Ces dernières sont entrées en vigueur -rétroactivement- au 1er septembre 2005 mais ne sont pas encore toujours bien intégrées par les confrères.

Il y a eu de telles modifications depuis ces 4 années, et surtout tant de modifications étalées tout au long de l'année que l'équipe de votre association était en peine de publier l'édition annuelle de ce guide. L'entrée en vigueur de mesures rétroactivement a posé de nombreux problèmes dans l'édition 2006 qu'il est plus que temps de remplacer.

CARTES DE RAPPEL

La Société de Médecine Dentaire met à la disposition de dentistes des cartes de rappel à l'attention de leurs patients

Deux nouveaux modèles sont disponibles, sous deux formats différents :

- modèle adulte (format A5 ou A6)
- modèle enfant (format A5 ou A6)



Madame, Monsieur,

Ainsi que vous l'avez souhaité lors de votre dernière visite du/...../..... ce petit mot vous est adressé pour vous rappeler qu'un contrôle régulier est une des clés d'une bonne santé bucco-dentaire.

Vous pouvez prendre rendez-vous à votre meilleure convenance

Je vous rappelle le rendez-vous du/...../..... àh.....

Cachet du dentiste

Remarque(s)



SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DENTAIRE

Photo: © Getty Images / Contrasto, © iStockphoto.com / J. J. van der Wal, © iStockphoto.com / J. J. van der Wal

Les cartes sont vendues par lot de 100 et sont accompagnées d'enveloppes

Commandez-les en ligne sur : www.dentiste.be/cartes_rappel.htm ou par téléphone au 02 375 81 75



What's your opinion about planning? Un programme interactif entre les orateurs et le public

24 avril 2010

24 avril 2010

Molaires avec atteintes de FURCATIONS

E. Rompen / P. Adriaens
Modérateur: M. Reners



Traitements ORTHO- PARO

F. Lambert / B. Vande Vannet
Modérateur : P. Garmyn



Parodontites SEVERES généralisées

W. Teughels / W. Swenden
Modérateur : T. Van de Velde



ENDO vs extraction et IMPLANTation

M. De Cleen / M. Demanet
Modérateur: H. De Vree



Où ? Kinopolis Bruxelles
Quand ? 24 Avril 2010 de 9-17 hr
Inscriptions ? www.parodontologie.be
info@parodontologie.be

Prix ? 150 euros: membres SBP ou Sociétés partenaires
180 euros: non- membres
50 euros: étudiants
Accréditation demandée



BELGIAN SOCIETY OF
PERIODONTOLOGY

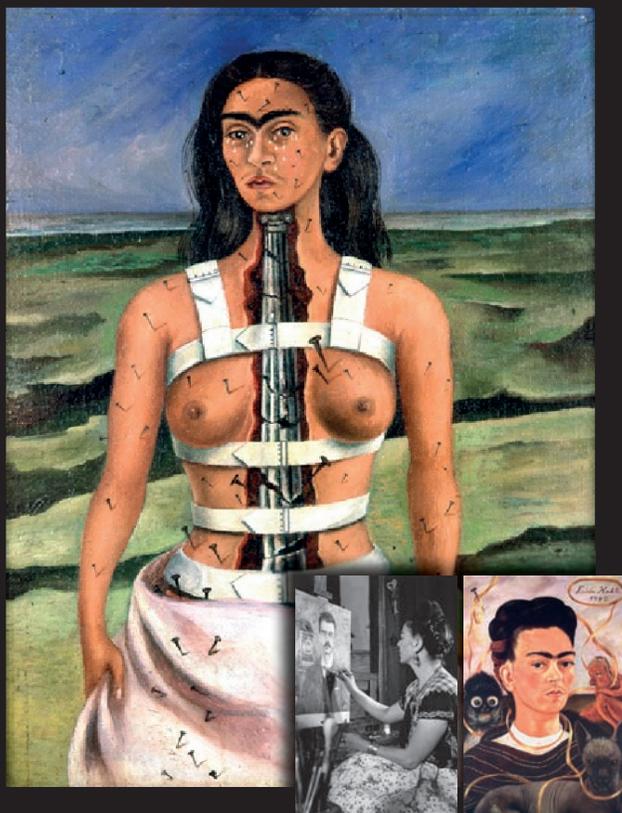


du 16 01 au 18 04 2010
Exposition

Bozar Mexico

Tel infos Beaux Arts 02 507 83 91

Palais des Beaux Arts Bruxelles



Le Mexique se dévoile pendant trois mois aux Beaux-Arts. Cinq expositions sont au programme et donneront un bel aperçu de la culture mexicaine, tant historique que contemporaine. "Imagines del Mexico" est l'exposition phare, 150 portraits de mexicains vus par des artistes étrangers et mexicains. La photographie et l'architecture seront aussi représentées avec "Mundos Mexicanos". La quatrième, "Frida Kahlo y su Mundo", nous fait entrer dans l'univers d'une des plus célèbres artistes mexicaines ayant contribué aux mouvements symbolistes et surréalistes. La vie de Frida Kahlo fut mise à rude épreuve car victime à 17 ans d'un accident de bus (colonne vertébrale touchée) sa vie fut une succession d'interventions chirurgicales. Mariée à Diego Rivera (peintre majeur de la révolution), sa vie conjugale fut tumultueuse mais l'œuvre de Frida est puissante et particulière et confronte vers un élan de vie et de pulsion de mort. Un film "Frida" est sorti sur nos écrans en 2002 produit par Julie Tayman (Le Roi Lion) et nous retrace la vie poignante de cette femme féministe avant l'heure. Suite à l'accident, pendant sa convalescence, Frida Kahlo s'initie à la peinture et présente ses travaux à Diego Rivera. Celui-ci, grand séducteur, tombe amoureux de cette femme belle et impétueuse. Ils se marient et à deux révolutionnent la peinture car ils partagent les mêmes idéaux politiques. Ils hébergeront d'ailleurs Léon Trotsky, exilé au Mexique. avec qui Frida aura une relation. Visionner ce film vous donnera plus envie encore de vous rendre à cette exposition.

Enfin "the Mole Horizon" invitant à découvrir le travail d'artistes contemporains dont Francis Alys. Architecte de formation, né à Anvers en 1959, il vit et travaille à Mexico depuis 1980. Le Centre Historique de Mexico possède une sélection de photographies de l'artiste montrant l'environnement social et urbain de Mexico. L'inspiration de Francis Alys est puisée dans le flux de la vie urbaine et dans la complexité du quotidien.

D'autres activités seront proposées dans le cadre de cette exposition (concerts,visites...)

du 28 fév. au 25 avril 2010
Exposition

**Biennale de la Photographie
Liège**

Cette septième édition se tiendra en divers musées et lieux culturels de Liège. Parmi eux, le Musée d'Art Wallon, le Hangar B9, le Musée d'art Moderne, aux Brasseurs, et à l'Eglise St André. On découvrira l'installation the "Chase" placée le 4 décembre 2009 par le collectif suisse Fact et restant jusqu'à la fin de la biennale au Rond Point St Nicolas à Liège. La thématique de l'exposition "(Out Of)" Control interroge notre société de plus en plus tournée vers la sécurité, la surveillance et la maîtrise. Plus d'info dans notre prochain numéro



jusqu'au 31 01 2010

Exposition

Faux jumeaux de Michel François

S.M.A.K. à Gand

jusqu'au 10 01 2010

Rétrospective "Plans d'Evasions"



Pendant plus d'un an, le SMAK donne carte blanche à Michel François (1956) artiste bruxellois résidant à Uccle, pour déterminer le programme d'une exposition dans deux salles identiques. Pour son projet "Faux Jumeaux", le plasticien a demandé à 15 personnes de choisir deux œuvres d'art qui se ressemblent fortement mais qui ont été réalisées indépendamment. La présentation change chaque mois, certaines œuvres sont supprimées, d'autres sont ajoutées. Le premier choix de Michel François est le sien, il présente une œuvre de Ann Veronica Janssens (qui vient d'exposer au Wiels en 2009) et Michelangelo Pistoletto.

Seize propositions d'artistes ont été retenues dont celle de François Curlet, Danie MC Clean, Hans Theys...

Le Stedelijk Museum voor Actuele Kunst (SMAK) fut créée en 1975, on y trouve aussi des œuvres d'artistes belges et internationaux du mouvement Cobra, du Pop Art, de l'Art Minimal et encore de l'Arte Povera. Le musée propose souvent des expos au goût osé, mais bienvenue aux amateurs d'Art. Il est également ouvert le dimanche de 10h à 18h



Michel François



Du 4 12 2009 au 7 02 2010

Exposition

**"Jan Fabre revisited"
par Ben Benaouissi (1971)**

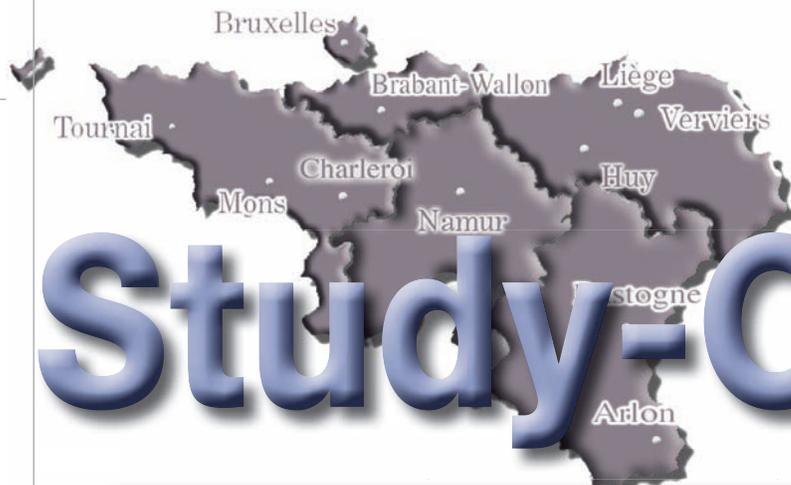
Infos : 09 221 17 03

SMAK

Citadel Park

9000 Gand

artiste plasticien et danseur né à Familleureux, possibilité de voir les 2 expos (M François et B Benaouissi) jusqu'au 31 01 2010



Study-Clubs

Brabant Wallon

Lieu : Cliniques St Pierre à Ottignies - Entrée par les urgences
Av. Reine Fabiola 9 - 1340 Ottignies

Responsables : Christine VRANCKX - 02 354 21 90 • Laurence WATTHEE - 02 384 23 95
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.

Bientôt d'autres dates et sujets

Bruxelles

Lieu : Hôtel County House - Square des Héros 2-4 - 1180 Uccle

Responsables : Véronique FRANCK - 02 375 02 63 • Fabienne SIRALTY - 02 534 45 58
Accueil à 19h45, conférence à 20h15 précises suivie d'un repas réservé aux membres (10€)
à verser au 068-2327544-56 en mentionnant St Apolline Bxl

9 février 2010 : Soirée de Ste Apolline

Charleroi

Lieu : Spiroudôme - 2 rue des Olympiades - 6000 Charleroi

Responsables : Fabian Detournay - 071 95 08 44 • Xavier Leynen - 071 51 56 49
Olivier Custers - 02 375 81 75

Les soirées débutent à 20h00 précises, accueil apéro dès 19h30. Petite restauration après la conférence.

Bientôt de nouvelles dates

Hainaut Occidental

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

Responsables : Olivier DUMORTIER - Tél. : 056 34 65 85 • Nathalie SENGER - Tél. : 056 33 73 55
e-mail : studyclubhainautoccidental@skynet.be

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

4 mars 2010 : Sujet de prothèse - Pr Alain VANHEUSDEN

29 avril 2010 : Sujet de parodontologie - Didier BLASE

Accréditation : nous vous rappelons que pour être pris en compte pour l'accréditation, vous devez être présent dès l'heure du début annoncée et rester jusqu'à la fin de la conférence. L'INAMI est très stricte à ce sujet, soyez prévoyants

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

Bientôt d'autres dates et sujets

Liège

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

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

Accueil dès 19h, conférence à 20h30.

18 mars 2010 : Inlays et Onlays en céramique - Amélie MAINJOT

Mons

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

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

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

28 janvier 2010 : Sujet d'endodontie - Jean-Pierre SIQUET

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

16 mars 2010 : Impact des traitements anti-cancéreux par radiothérapie et des biphosphonates sur la cavité orale. Mise au point - Dr Nicolas MEERT

27 avril 2010 : La communication par le biais de la photographie - Didier DEBECKER

Verviers

Lieu : À découvrir !

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.

Bientôt d'autres dates et sujets

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 euros**. Toutefois, il est invité à annoncer sa visite à un des responsables du Study-Club concerné (sauf Brabant Wallon et Bruxelles), dont vous trouverez les coordonnées sur ces pages.

Retites Annonces

Dentiste - cherche emploi

4693 - J'habite l'Espagne, mais je cherche travail comme dentiste généraliste à Bruxelles.
galangaraboa@hotmail.com

4714 - Chirurgien-Dentiste Diplômé PARIS maitrisant l'Anglais cherche collaboration BELGIQUE ou LUXEMBOURG. lascar.jeanmichel@orange.fr

4727 - Jeune étudiante en master 2 dentisterie cherche maître de stage sur Liège pour l'année 2010-2011. Marine.Detrixhe@student.ulg

4737 - Jeune dentiste diplômée en 2009 cherche maître de stage pour 1/2, 1 jour/sem 0476/29.79.68

4674 - Endodontiste cherche emploi au Luxembourg. Toutes les propositions sont les bienvenues.
anissa128@hotmail.com

4701 - DG, future DIU d'orthodontie, recherche poste chez orthodontiste (technique linguale) pour compléter équipe et parfaire formation clinique. 1 j/sem. neddji@hotmail.com

4663 - Dentiste diplômée UCL 2006 dynamique et consciencieuse cherche une collaboration pour le mardi et vendredi (éventuellement aussi le lundi) dans la région de Bruxelles ou du Brabant Wallon.
dentisteucl2006@gmail.com

Dentiste - cherche collaborateur

4742 - Cabinet dentaire Anderlecht cherche dentiste pour Lundi Jeudi et Vendredi. 2 fauteuils, pano digitale, assistante.
tel au 0477750414 NAREDO
hadentalclinic@skynet.be

4673 - Cabinet pluri (DG, DSO, DSP, implanto) très bien situé à Ixelles recherche endodontiste exclusif pour compléter équipe. La personne recherchée rétrocedera 33% et paiera ses consommables.
dentiste@micheli.be

4758 - Recherche Paro et Endo exclusifs pour tout nouveau cabinet super équipé. Modalités à convenir : 0486 336 161

4670 - Cabinet cherche dentiste; rétrocession 55% pour le dentiste; contacter 0478274596
ouzzanezakia@hotmail.com

4667 - Clin N-D Grâce Gosselies rech pr renforcer équipe Dent Gén et pédo.
Contact: nicole.werotte@cndg.be ou 071 37 93 47

4666 - Clinique dentaire spécialisée cherche collaborateur pour quelques jours semaine. Vous pouvez contacter notre secrétariat au 065/348716
liagre@skynet.be

4665 - Recherche dentiste. Conditions favorables.
Tél : 0478 274 596

4664 - Cherchons un DG motivé pour trav plusieurs j/sem région Mons. Patients en attente, ambiance agréable. Contacter notre secrétariat au 0474 928 330. cab_dentaire@yahoo.fr

4744 - CHR Mons engage 1 orthodontiste tp ou part time. Tél : 065 35 92 61 - Fax 065 35 93 68
claude.brohee@chr-afic.be

4756 - New centre dentaire spécialisé à Waterloo cherche dg/paro/implanto pour débiter dans

nouvelle structure haut standing très prometteuse.
centredentaire@live.be

4739 - Clinique dentaire spécialisée cherche collaborateur pour quelques jours semaine. Vous pouvez contacter notre MAIL am.chiriac@skynet.be

4710 - Recherche dentiste souhaitant démarrer une activité d'orthodontie à Uccle au Fort Jaco tel 02 374 46 44 et 0475 962 661 j_tenzer@hotmail.com

4730 - Cabinet dentaire à Bruxelles, cherche dentiste et orthodontiste pour une collaboration sérieuse. gita979@hotmail.com

4658 - Cherchons collaborateurs D.G. pour compléter le samedi même une demi-journée dans centre dentaire bien équipé assistant à disposition. 0474 763 566 dentalcent@gmail.com

4731 - Recherche collaborateur/trice pour assurer les consultations du vendredi (journée complète ou demi journée) et le samedi selon votre choix.
virginiethedentist@gmail.com

4682 - Groupe hospitalier cherche dentiste f/h 2 à 5 jours par semaine (horaire à convenir). Contact 0479 991 595. liagre@skynet.be

4725 - La Clinique Ste Anne-St Rémi à Bruxelles recherche la collaboration d'un orthodontiste. Grosse demande. Renseignements 0475745 455.
bernard.micheli@gmail.com

4713 - Centre medical a ixelles cherche dentiste pour completer son equipe dentaire horaires libres lundi / mardi / vendredi apres-midi.
Tél. : 02 511 20 32. chantalhinck@yahoo.fr

4746 - Centre Médical à Neder-Over-Heembeek cherche dentiste pour compléter l'équipe, suite à l'augmentation de l'activité. jizinga@hotmail.com

4718 - Centre médical à Laken Bxl cherche dentiste(s) pour tps plein ou tps partiel. Tel : 0488 60 33 33 ilyas_ino@hotmail.com

4751 - Recherche dentiste ou spécialiste pour 2^{ème} fauteuil neuf (stern weber 320). locaux spacieux lumineux et informatisé, rx digitales, secrétariat. horaire selon convenance. phamceline@gmail.com

4671 - Recherche dentiste motivé pour une collaboration longue durée. gita979@hotmail.com

4681 - Place de dentiste plein temps ou temp partiel libre à la clinique Notre-Dame de Tournai. Contact : 0476 444 989
pascale.alexandre40@gmail.com

4722 - Recherche dentiste pour 1 à 2j1/2 /sem. Patientèle existante. Secrétaire. RX digit
Tel : 0477 559 312. celine.leclercq@yahoo.fr

4748 - Le CMS de Forest recherche pour compléter son équipe dans locaux entièrement rénovés, H/F dentiste; le mardi/jeudi après-midi; important potentiel. Contact 0495 185 763 ou P. Jughthers 0478 728 102. tricia@swing.be

4698 - Très beau centre dentaire dans un cadre très agréable avec nouveau matériel; secrétaire et patients agréables cherche lsd généraliste h/f pour la consultation du samedi voir plus par après
TEL : 0472 102 930. dental@hotmail.com

4719 - Nous recherchons un(e) dentiste généraliste pour intégrer notre équipe cabinet 2 fauteuils

situé à Braine l'Alleud, plusieurs plages horaires disponibles. cabinetdentairebla@gmail.com

4761 - Centre dentaire avec 2 fauteuils cherche dentistes pour collaborations. Tel : 0472 358 481
samedine@hotmail.fr

4695 - Recherche dent. motivé pour soins dans institution pour handicapés, 2 demi-journées par semaine, région de Huy. nounou135b@hotmail.com

4694 - Cabinet privé au centre de Bxl. cherche dentiste sérieux, prêt à s'engager dans une coopération longue durée. 2 fauteuils. Possibilité activité à plein temps. clinique@skynet.be

4692 - Projet de Cabinet Orthodontie / Pedodontie à bruxelles 1020 cherche partenaires.
Tél : 0476 582 901. henriane.dings@skynet.be

4691 - Collaborateur(trice) sérieux, sympa et motivé 1 à 3 demi-jrs/sem. Tel : 0479 720 880
claudine.joyeux@skynet.be

4669 - Cabinet cherche dentiste; rétrocession 55% pour le dentiste; contacter 0478 274 596
ouzzanezakia@hotmail.com

4689 - cab.de pointe cherche pédo, endo, ou DG pour compléter équipe ortho/implanto/paro. Urgent horaire flexible. Tél : 0475 618 918 ou
jean-louis18@skynet.be

4709 - Recherche pour cabinet à Uccle un(e) dentiste pour faire +/- 1/2 journée par semaine endodontie (pas de microscope). tel 02 374 46 44 et 0475 962 661. j_tenzer@hotmail.com

4732 - 20h/sem. Mercredi, jeudi et vendredi. Cab à Jette.0476/238478. jacquelinehuet@gmail.com

Dentiste Cherche assistante-secrétaire

4717 - Cabinet de groupe (3fauteuils) Molenbeek Bruxelles recherche un/une secrétaire indépendante pour 3 demi journées / semaine (horaire à définir).secrétariat/stéril. Tel 0473 817 430.
faridadriyak@hotmail.com

4677 - Bruxelles, Etterbeek cherche assistante dentaire mi-temps pour un remplacement de congé de maternité. Envoyer votre C.V. à :
mireillebarber@hotmail.com

Assistante-secrétaire cherche emploi

4712 - Assistante dentaire motivée, cherche emploi
elenamar9@hotmail.com

4715 - Assistant/Hygiéniste (H) 28 ans cherche emploi région de Bruxelles. (Préférence Ixelles-Uccle). Très motivé.Tél : 0486 711 498
derwauwraphael@hotmail.com

4659 - Dame 44 ans, dynamique et souriante, cherche poste d'assistante temps plein. Possède expériences en milieu médical et en cabinet.
isabelleroeland@hotmail.com

4763 - Recherche poste secrétaire ou assistante sous

PFI éventuel pour me perfectionner au techniques au fauteuil. Diplômée secteur médical et logistique. Disponible efficace rentable et polyvalente. Tél : 0494 628 614. hougardy_michelle@voo.be

4721 - Cherche poste assistante dentaire ou employée administrative. Sérieuse et motivée. Tél : 0497 922 932. laurvg@skynet.be

4676 - Ass. Dentisterie, orthodontie cherche emploi région Liégeoise TP. sylvierenette@live.be

4672 - Ch emploi assist à Bxl. Horaire souple et gde expérience des patients. Tél : 0475 854 724. CV sur demande . marieberard@laposte.net

4726. Secrétaire Médicale et Dentaire expérimentée cherche un plus en fin de Journée (de 17H à 19H30 en semaine, ou samedi matin). Tél : 0476 990 939. Gailly-Murielle@hotmail.com

4760 - Dynamique, autonome et flexible. Diplômée de la SMD avec expérience de 2ans dans différents cabinets. 0487 100 905. fatfellaoui@live.fr

4696 - Assistante-secrétaire expérimentée cherche mi-temps (3- 4 jours semaine) kande.kande@telenet.be

4704 - Cherche un poste assistante mi-temps, dynamique, souriante, excellente présentation, très bon contact patientèle, expérience de secrétaire médicale et suis disponible immédiatement. depiessem@yahoo.fr

4707 - Assist expérimentée recherche un mi-temps ou des remplacements. Tél : 0476 342 008 bkl8@skynet.be

4759 - Cherche emploi d'assistante province de Liège. Assistanat au fauteuil, stérilisation, prise de rendez vous... Libre immédiatement jeanine.bensberg@live.be

4743 - Expérimenté, dynamique,... cherche emploi. 0477 683 850 marie-france.huts@telenet.be

4747 - Jeune assistante diplômée cherche un emploi à temps plein ou à mi-temps rebaelmessoudi@gmail.com

4702 - Assistante dentaire motivée, diplômée de l'EODEC, expérience dans 3 cabinets, parle couramment français, néerlandais, anglais, perse. ladanmeschi@hotmail.com

Cabinet à vendre

- à remettre

4684 - Urgent pour raison familiale, cabinet dentaire en pleine activité à remettre : patientèle, matériel moderne, assistante dentaire. 0496 126 921 dentiste@gmail.com

4690 - Bruxelles à remettre cabinet de DG en pleine activité, patientèle et installation, dans quartier résidentiel, avec ou sans accompagnement, cause retraite. maud.e@skynet.be

4750 - UCCLE : Beau cabinet en pleine activité à vendre. CA +/- 80.000 Eur. pour 1/3 temps, - 3 fauteuils - Secrétariat, salle d'att, bureau, coin cuisine, labo, chambre noire, garage fermé + cave. Appartement de 120 m² expertisé 230.000 Eur. Tél : 071 47 01 35 marmichmax@gmail.com

4764 - 7600 PERUWELZ-Centre ville-Rdc : Consult - s.attente wc-séjour (44m2)-cuis.-buanderie-jardin-1Et : 3ch-wc-sdb-dch-2Et : 3ch-wc-caves-ch c mazout-3garages-contact 069 78 12 27 vdmietienne@skynet.be

675 - Très bon cabinet à vendre ou à remettre patientèle très variée prix attractif pour D.G. vou-

lant s'installer. Très complet unit petit matériels neufs consommables fichiers patients. Très bon chiffres d'affaires. Contact : 0474 /763 566. kirspi@belgacom.net

4660 - Bruxelles cabinet en pleine activité -à remettre, DG (matériel et patientèle) situé dans Quartier résidentiel cause retraite accompagnement possible. mcdentiste@gmail.com

4766 - Polyclinique à remettre cse retraite, proximité Tours & Taxis, 26 années d'activités, (15.000 dossiers). Entièrement rénovée, 2 cabinets installations récentes (Castellini, panoramique digitale,...), un cabinet de médecine générale et un cabinet actuellement utilisé par une ophtalmologue. Contact : gelu_buzincu@skynet.be Tél : 0495 327 473 ou 0485 /791 794

4686 - GD Lux Cabinet Stomato- Paro- Implantodontisterie classique sur 2 fauteuils CA = 724.670 Eur. RdC : hall, 2 cabinets, secrétariat, labo, cuisine, cave, 2 parkings. Expertisé 310.000 Eur. 3 collaborateurs exercent alternativement. Accompagnement possible par stomato. Tel +32 49 55 740 65 ou cathyroni@yahoo.fr

4736 - Cabinet en pleine activité (sur base de 3j/sem) avec équipement moderne (Unit 2005, Rx-Digit., fichier électronique,...) ds quartier résidentiel en plein essor A remettre avec appart. pour cause déménagement. Tel 0477 303 724 (après 19h30). xcanoo@hotmail.com

4703 - Bruxelles, excellente situation, cab. dent. 3 unités, pano, télé etc Patientèle en développement constant, Parking,...prix très attractif, cause retraite. Accomp possible. cabinetdetaireavendre@hotmail.fr

Cabinet à louer

4716 - Cabinet dentaire sans matériel à louer. Proximité square Montgomery à Woluwe-St.-Lambert. Rez de chaussée 60 m² Possibilité reprise de la patientèle et du matériel. Tél.02 771 40 88. jacquesverhelst@skynet.be

Matériel à vendre

4711 - Ensemble fauteuil programmable, unit scialytique 3000 lux, le tout en parfait état, quasi neuf. prix 7.500 €. tel 02 374 46 44 et 0475 962 661. j_tenzer@hotmail.com

4752 - Capteur digital, logiciel mediadent neuf. acheté 5000 euro vendu 3 500 euro. tél. : 065 31 81 48. phamceline@gmail.com

4724 - Mobilier dentaire, fauteuil, lampe, crachoir, appareil de radiologie, instruments rotatif, matériel de stérilisation ... Faire offre. Contact Gsm: 0493 136 260 chanaitlont@yahoo.fr

4679 - A vendre une installation et deux radios panoramiques (TROPHY); en excellent état. Pour renseignements : GSM : 0475 454 845

4661 - A donner : bac pour développement PANO 02 479 77 59 cdsm1@skynet.be

4745 - Scanner phosphore pano + intra orales très bon état, 3000 €. fa465264@skynet.be

4728 - Unit stern complète, meubles et app rx trophy, pour tout renseignements 0495 431 141 jeanmp211@hotmail.com

4734 - A vendre pano Cranex dc 2 1000 € et développeuse velopex 500 € en parfait état de marche. Possibilité transport. Tel 0447 258 023 jcdekia@tele2allin.be

4757 - Ensemble contenant meuble évier, 4 éléments rangement à partir du 15/03/2010 à vendre 1500 €. fa015146@skynet.be

Divers

4741 - vends chambre à coucher enfant complète en pin massif, tb état. Prix : 300 euros jeanmarc.monfort@skynet.be

4740 - Vends BMW 528i, mod 2001, full options, tb état. jeanmarc.monfort@skynet.be

Cherche

4668 - Je cherche Rotor W&H Synea TA-97C LED Contact : 0474 763 566 dentalcent@gmail.com

Pour consulter TOUTES les annonces,

ou publier une annonce,

rendez-vous sur notre site :

www.dentiste.be rubrique

"Petites Annonces"

Agenda



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

22 janvier 2010

Radiologie

Lieu : Bruxelles - Diamant
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : info@dentiste.be
www.dentiste.be



22 janvier 2010

Info professionnelle

Lieu : Bruxelles - Diamant
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : info@dentiste.be
www.dentiste.be

25 février 2010

Ergonomie

Lieu : Bruxelles - County House
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : info@dentiste.be
www.dentiste.be

27 février 2010

Le pilier de bridge

Lieu : Namur - Congrès
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : info@dentiste.be
www.dentiste.be

18 - 19 mars 2010

14e DENTSPLY Friadent World Symposium

Lieu : Espagne - Barcelone
Info : Ms. Julia Baumgärtel
Tél : +49 69 9588-3614
Fax : +49 69 9588-3608
E-mail : dentsply-friadent@dertour.de
www.dentsply-friadent.com/fr/714.htm



19 mars 2010

Portrait de la paro actuelle

Lieu : La Hulpe - Dolce
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : info@dentiste.be
www.dentiste.be



20 mars 2010

Chirurgie parodontale

Lieu : Bruxelles - Diamant
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : info@dentiste.be
www.dentiste.be

24 avril 2010

Société Belge de Paro

Lieu : Bruxelles - Kinépolis
E-mail : info@parodontologie.be
www.parodontologie.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. Vandeneyccken

Conseil d'Administration :

Bureau exécutif :
D. Eycken - Président
M. Devriese - Vice-Président
H. Grégoir - Past-Président
A. Wettendorff - Secrétaire-Générale
Th. van Nuijs - Trésorier

Administrateurs :

A. Bremhorst - O. Custers - P. Delmelle
M. Lippert - M. Nacar

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
F. Bolland - P. Carsin - O. Custers
B. Delcommune - P. Delmelle - D. Eycken
B. Lambert - M. Lamy - G. Lecloux
B. Scalesse - J-P. Siquet - A. Vanheusden
A. Wettendorff

Commission Professionnelle :

F. Ackermans - A. Bremhorst - O. Custers
M. Devriese - Pierre Delmelle - D. Eycken
H. Grégoir - B. Henin - M. Lippert
R. Vanhentenryck - A. Vielle
A. Wettendorff

Fondation pour la Santé Dentaire :

M. Devriese, Th. van Nuijs
A. Wettendorff, M. Masquelier
L. Safiannikoff, L. Ziwny

Directeur :

O. Custers

Secrétariat :

D. Debouille, A. Riguelle

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@bvgom.be
Couverture : Olivier Custers

NobelProcera™

Barres implantaires,
biocompatibles et précises.



Barres individualisées usinées à partir de titane de type chirurgical, léger et biocompatible.

Précision de l'adaptation, pour une transmission idéale des charges fonctionnelles et une stabilité à long terme des joints vissés.

Grande variété de barres et d'attachements pour solutions fixes et amovibles.

Disponibles pour les implants et les piliers Multi-unit de Nobel Biocare ainsi que pour d'autres systèmes implantaires et leurs combinaisons.

Découvrez un nouvel univers dans le domaine de la dentisterie CFAO : haute précision, rapidité et rentabilité. Grâce au logiciel NobelProcera, votre laboratoire conçoit des barres pour prothèse adjointe et conjointe supra-implantaire individualisées. Pour toutes les indications dans le logiciel NobelProcera – fixes et amovibles allant d'un prix peu élevé à une option haut de gamme, pour de nom-

breuses possibilités d'attachements et de systèmes implantaires. Chaque barre est usinée dans un centre de production NobelProcera à partir d'un seul bloc de titane de type chirurgical, biocompatible. Le résultat : des barres légères et solides sans joint de soudure ni problèmes de porosité. Les barres sont fournies avec un haut degré de polissage et sont prêtes à l'emploi. Elles sont livrées avec les vis*

et les attachements**. La garantie est de 5 ans. Nobel Biocare est le leader mondial en solutions dentaires innovantes, scientifiquement éprouvées. Pour plus d'informations, contactez votre représentant commercial Nobel Biocare au 02 467 41 70 ou consultez notre site Internet : www.nobelbiocare.com/nobelprocera

* Les vis de prothèse sont incluses uniquement pour les implants Nobel Biocare.

** La disponibilité des attachements peut varier d'un pays à l'autre, selon la réglementation locale. Néanmoins, toutes les barres sont livrées préfiletées afin de recevoir les attachements souhaités.

Nous vous présentons

Oral-B® PRO-EXPERT

Le dentifrice qui s'intéresse à plusieurs aspects
de la dentition...
Tout comme vous.



La plaque
dentaire

La santé des
gencives

La sensibilité

Les caries

La mauvaise
haleine

Le tartre

Les taches

Le premier et seul dentifrice

formulé à base de fluorure d'étain stabilisé et d'hexamétaphosphate de sodium. Qui aident à prévenir tous ces problèmes dentaires.