

LE POINT

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

GERODONTOLOGIE

**Samedi 18 septembre
Namur - Cercle de Wallonie**

www.dentiste.be

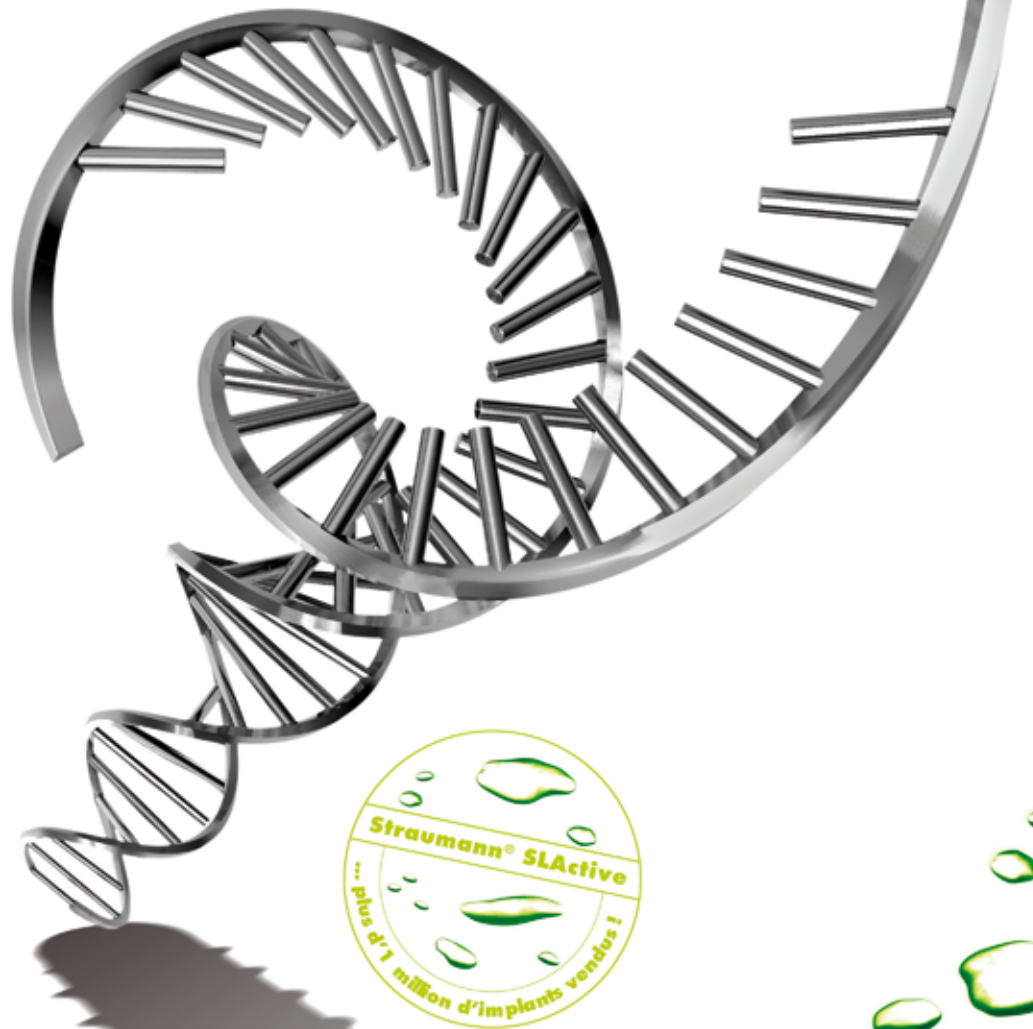


ROXOLID™

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



Glasnost ou Splitsing ?

L'Histoire associe le nom de Gorbatchev à la "Perestroïka" et à la "Glasnost". Des mots que tout le monde connaît, mais dont on est parfois bien en peine d'expliquer ce qu'ils recouvrent exactement. « Glasnost » se traduit en français par « transparence ».

Je rencontre depuis des années des personnes qui parlent de « transparence ». Et on peut se demander ce qu'ils veulent vraiment dire par là.

Le rapport Perl - van Steenberghe de mars 2003 disait déjà : « Certains traitements buccaux sont onéreux, non remboursés et pèchent par manque de **transparence** quant à la facturation, ce qui entraîne une extrapolation de cette image négative à l'ensemble des soins buccaux ».

Ce rapport suggérait qu'on pourrait « augmenter l'accessibilité aux soins par la **transparence** du calcul des coûts des matériaux et des frais de laboratoire dentaire pour des actions remboursées ou non ».

Là on évoque assez clairement ce qu'on appelle le Splitsing (rien à voir avec BHV) : il s'agit de la facturation séparée des frais prothétiques, ou tout le moins de porter à la connaissance du patient la part des frais prothétiques. Mais de là à présenter cette mesure comme une mesure pour favoriser l'accessibilité, nous avons du mal à le comprendre.

Quelques confrères me disent pratiquer de la sorte depuis longtemps, en détaillant les coûts sur leur note d'honoraires, et ce, sans inconvénients.

Beaucoup plus nombreux sont les confrères qui détaillent à leurs patients le prix des implants et autres abutments, pour faire comprendre au patient leur part importante dans le coût d'un plan de traitement prothétique.

Viendra le jour où il faudra cesser d'éluder cette discussion.

Récemment, Test-Achats après une étude menée avec la mutualité socialiste de Flandre occidentale, a publié un article intitulé : « tarifs de soins dentaires. S.O.S. transparence ».

Au delà du titre racoleur, au delà du fait que Test-Achats est davantage une association de « consommateurs » qu'un organisme de promotion de la santé, l'étude a le mérite de fournir des données sur les honoraires réellement demandés selon que le praticien est conventionné, total ou partiel ou non conventionné.

Notre profession doit accepter qu'on la passe au crible et qu'on la critique.

Même si certaines affirmations de cet article prêtent à sourire, même si Test-Achats fait preuve d'une certaine méconnaissance du système conventionnel, même s'il faut regretter qu'une mutuelle préfère faire sensation dans la presse plutôt que mettre le débat sur la table de la Dento-Mut. à l'INAMI, il faut reconnaître le malaise que ressentent certains patients face à des soins de plus en plus coûteux.

Un des reproches adressé dans l'étude de Test-Achats est le manque d'informations à propos du statut conventionné ou non, ou en cas de conventionnement, des horaires.

Nous ne pouvons que recommander aux confrères de tenir un langage clair vis à vis de leurs patients. Comment ?

- En affichant les documents obligatoires en ce qui concerne l'acceptation ou le refus de l'Accord (voir le Point de mars-avril 2010, page 63 ou www.dentiste.be/Statut_convention.htm)
- En établissant un document écrit dès que les soins sont d'importance : traitement orthodontique, traitement prothétique, traitement endodontique, plan de traitement parodontologique. Ce document se nomme « Projet de plan de traitement & estimation d'honoraires », et non « devis », terme à connotation commerciale.
- Tout comme on n'utilisera pas le terme « facture », mais « note d'honoraires ».

Chez nous, il n'y a rien à « vendre » ou à « acheter ».

Mais cela n'empêche que l'argent n'est pas tabou dans notre relation avec le patient.

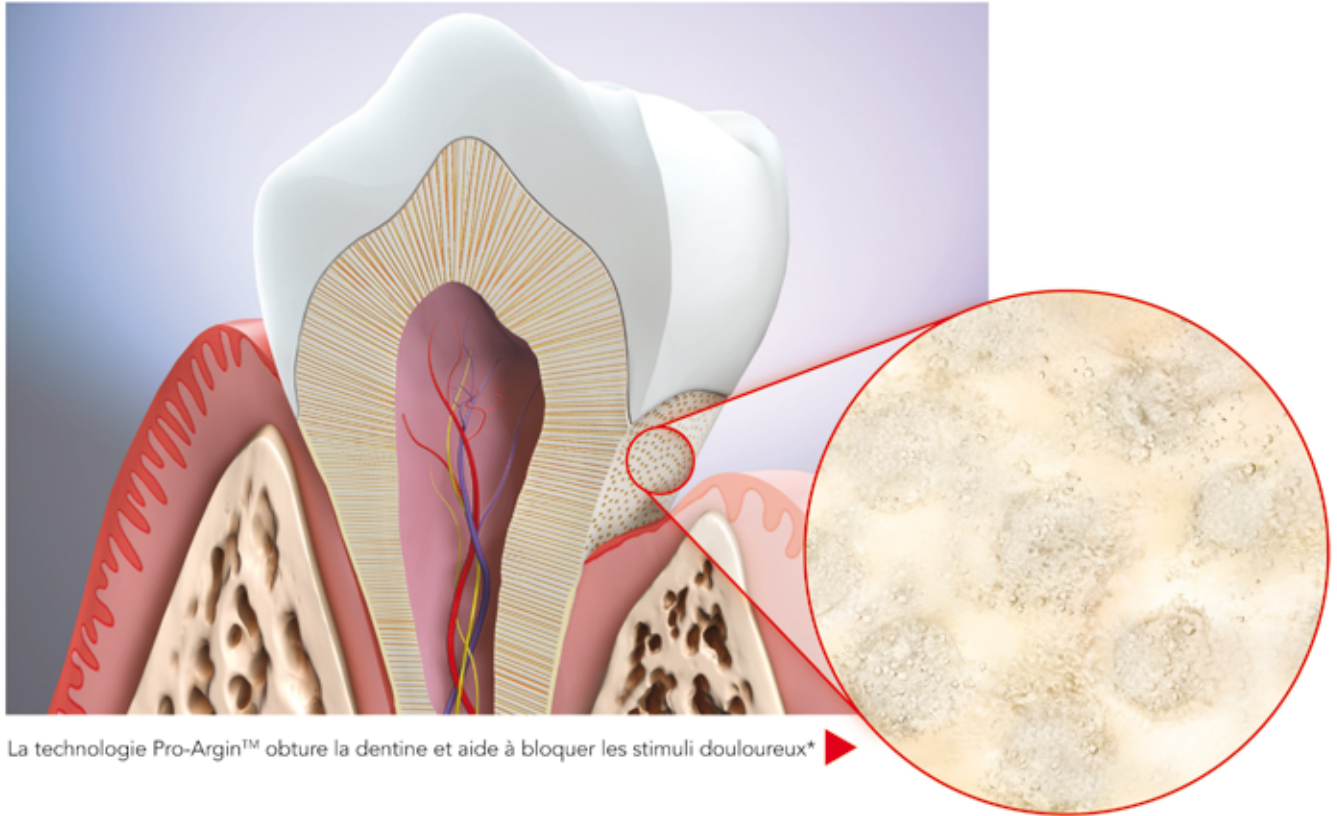
Notre Profession se grandira en faisant preuve de clarté à propos des honoraires.

Notre Profession se grandira en méritant ses honoraires.

Notre Profession se grandira en étant fière de ses honoraires.

Michel DEVRIESE
Président

La technologie Pro-Argin™ – Une percée dans le soulagement de l'hypersensibilité dentinaire



La technologie Pro-Argin™ obture la dentine et aide à bloquer les stimuli douloureux*

Colgate® propose un nouveau traitement efficace de l'hypersensibilité au fauteuil avec la technologie innovante Pro-Argin™: Colgate® Sensitive Pro-Apaisant™

- L'arginine aide à bloquer la douleur par l'occlusion immédiate des tubules ouverts.
- Soulagement immédiat du patient et pendant 28 jours en une application.
- Traitement des hypersensibilités dentinaires et polissage en une seule application.

NOUVEAU Colgate® Sensitive Pro-Apaisant™
pâte à polir désensibilisante pour un soulagement direct et durable.



* Représentation graphique de SEM photography

Colgate®

VOTRE PARTENAIRE EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

www.colgateprofessional.co.uk

Distribué par:

GABA Benelux
The specialist in oral care

Un soulagement immédiat et durable avec la technologie Pro-Argin™ de Colgate



Faites oublier durablement l'hypermensibilité dentinaire à vos patients !

Dentine hypersensible : désagréable pour vos patients, mais aussi très souvent contraignante pour vous. Il est parfois difficile pour les patients souffrant de collets sensibles de rester sereins sur la chaise dentaire pendant un traitement. Les conséquences ? Vous devez travailler plus lentement et même dans certains cas, administrer une anesthésie locale pour pouvoir bien terminer le traitement. Pendant ce temps, le patient n'en est pas plus serein...

Il peut même arriver que les patients évitent de vous consulter car ils appréhendent le traitement. Et chez eux, le brossage des dents peut également devenir un problème en raison de leur hypersensibilité dentinaire. Vous leur recommandez donc un dentifrice spécial contre les collets sensibles. Toutefois, les méthodes de traitement existantes ne donnent pas toujours un résultat satisfaisant. La dentine des patients peut rester hypersensible avec toutes les conséquences préjudiciables qui s'ensuivent.

- Près de 57 % des adultes souffrent de collets sensibles¹
- Selon une étude, il s'avère qu'environ 20 % des patients souffrent d'hypermensibilité dentinaire pendant ou après un nettoyage dentaire professionnel.²
- Des collets sensibles rendent les procédures moins confortables pour vous et pour vos patients et représentent un obstacle à une hygiène bucco-dentaire optimale

La solution: la technologie Pro-Argin™, cliniquement prouvée et brevetée

Colgate propose un programme de traitement : la pâte à polir désensibilisante Colgate Sensitive Pro-apaisant™ pour le cabinet dentaire et le dentifrice Colgate Sensitive Pro-apaisant™ pour la maison. Ces nouvelles pâtes doivent leur succès à la technologie révolutionnaire Pro-Argin™ : unique et efficace.

L'innovation ? La technologie Pro-Argin™ !

Les principaux ingrédients actifs de cette technologie Pro-Argin™ unique sont l'arginine, un acide aminé qui est également présent dans la salive, et le calcium carbonate^{3,4}

L'efficacité de la technologie Pro-Argin™ est spectaculaire : L'agglomérat positivement chargé, formé par l'arginine et le carbonate de calcium, adhère à la surface dentinaire chargée négativement. En conséquence, non seulement une couche minérale riche en calcium se forme sur la surface de la dentine, mais cette couche pénètre également dans les tubules dentinaires et les ferme à la façon d'un bouchon. Ceci bloque la transmission du signal occasionné par le froid, la chaleur et la pression. Le résultat ? Un soulagement de la douleur immédiat et durable.

Colgate a exploité cette connaissance et ajouté de l'arginine et du carbonate de calcium à ces produits d'hygiène bucco-dentaire aux bénéfices cliniquement prouvés sur l'hypermensibilité dentinaire.



L'arginine pénètre dans les tubules dentinaires et favorise leur fermeture*



Les tubules sont fermés par une couche minérale riche en calcium*

Polir et désensibiliser au cabinet dentaire

La pâte à polir désensibilisante Colgate Sensitive Pro-apaisant™ est destinée au cabinet dentaire. Grâce à cette pâte, vous polissez doucement la denture de vos patients et vous leur offrez ainsi un soulagement de la douleur immédiat et durable, et ce en une seule application. Vous utilisez le produit de la même manière qu'une pâte prophylactique classique, il est approprié pour tous les patients souffrant d'hypermensibilité dentinaire avant, pendant ou après le traitement dentaire. L'effet anti-douleur peut durer jusqu'à quatre semaines.

Entretien journalier à domicile

Le dentifrice Colgate Sensitive Pro-Apaisant™ est destiné à un usage quotidien et représente un complément opportun au traitement désensibilisant administré au cabinet dentaire. C'est le premier dentifrice, aux bénéfices cliniquement prouvés, qui permet un soulagement de l'hypermensibilité non seulement **immédiat** après application avec le bout du doigt pendant 1 minute directement sur la dent sensible mais aussi **durable** s'il est utilisé tous les jours.

Confort et commodité

Ces deux nouvelles pâtes proposées par Colgate vous permettent de donner ou de rendre confort et commodité à vos patients qui souffrent de sensibilité dentinaire : un service supplémentaire très agréable offert au cabinet dentaire, un conseil professionnel utile à suivre chez soi. Vos patients vous en seront reconnaissants !

Disponible en grandes surfaces et en pharmacies à partir d'août.

Souhaitez-vous en savoir plus sur le mécanisme d'action de ces nouveaux produits ou recevoir la littérature scientifique de base ? Prenez contact avec GABA Benelux Vorstlaan 165, 1160 Brussel / 165 Bld du souverain, 1160 Bruxelles, dental@gaba.be

¹ Addy M. Dentine hypersensitivity: new perspectives on an old problem. Int Dent J 2002; 52: 367-375.

² Étude de marché, données enregistrées, Colgate-Palmolive, juin 2008.

³ Kleinberg I. A new saliva based anti-caries composition. Dent Today. 1999; 18:98-103.

⁴ Kleinberg I. Sensistat: A new saliva based composition for simple and effective treatment of dentinal sensitivity pain. Dent Dent Today. 2002; 21:42-47.

Colgate

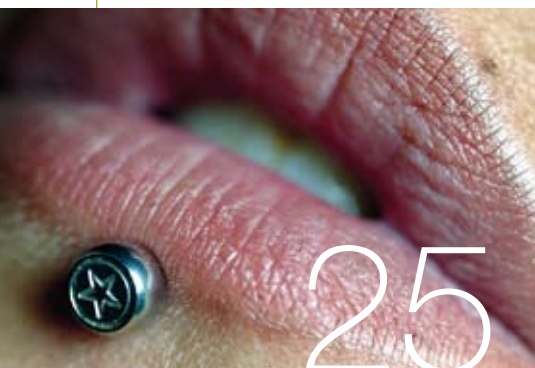
VOTRE PARTENAIRE EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

www.colgateprofessional.co.uk

Distribué par:

GABA Benelux
The specialist in oral care

sommaire



3 Edito

M. DEVRIESE

6 Sommaire

9 Sommaire articles scientifiques

11 11th ITI World Symposium

D. EYCKEN

19 La pathologie du grand âge

Dr C MADRID, M ABARCA, S POP,

L PERALBA, K BOUFFERACHE

25 Avertissement aux jeunes :

Dents et piercing ne font pas bon ménage

Dr L. LEVIN, Dr Y ZADIK

33 Sommaire formation continue

36 Vaincre l'épuisement professionnel,
Gestion des conflits- Bruxelles

37 Gérontologie - Namur

39 Ergonomie,
What's new? - Bruxelles

40 Photographie - Bruxelles
Dentisterie esthétique adhésive,

43 Sommaire Infos professionnelles

45 Refus de remboursement
d'un détartrage sous-gingival

M. DEVRIESE

46 Pension et Statut social

M. DEVRIESE

47 Qui est encore à votre charge ?

C. RIGAUX



52 Culture

P. MATHIEU

54 Study-Clubs

56 Petites annonces

58 Agenda



Cotisation 2010



Vous êtes diplômé en

Montant

2004 et avant	330 euros
2005	290 euros
2006	240 euros
2007	190 euros
2008	140 euros
2009	85 euros
avec statut de stagiaire (DG ou 1 ^{ère} année de stage DSO DSP)	GRATUIT
2010	GRATUIT
Etudiant (Bachelier)	GRATUIT
Assistant plein temps	210 euros
+ de 65 ans	160 euros
Membre Honoraire	50 euros
Praticien n'exerçant pas en Belgique	230 euros

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

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

COPIE CLIENT

montant en lettres

date memo

montant en EUR

compte donneur d'ordre

compte bénéficiaire

068-2327544-56

nom bénéficiaire

communication

date de remise

EURO

EURO

signature(s)

VIREMENT OU VERSEMENT

date de signature

En cas de complètement manuel, un seul caractère noir (ou bleu) par case

Ne pas accepter en paiement

date mémo (facultatif)

(uniquement pour exécution dans le futur)

compte donneur d'ordre

compte bénéficiaire

nom et adresse donneur d'ordre

nom et adresse bénéficiaire

communication (en MAJUSCULES)

N O M

P r

C O T I 0 1 0 n° I N A M I

Ne rien écrire ci-dessous

articles scientifiques

S o m m a i r e

- 11** 11th ITI World Symposium
D. EYCKEN
- 19** La pathologie du grand âge
Dr C. MADRID, M. ABARCA, S. POP, L. PERALBA, K. BOUFFERACHE
- 25** Avertissement aux jeunes :
Dents et piercing ne font pas bon ménage
Dr L. LEVIN, Dr Y. ZADIK

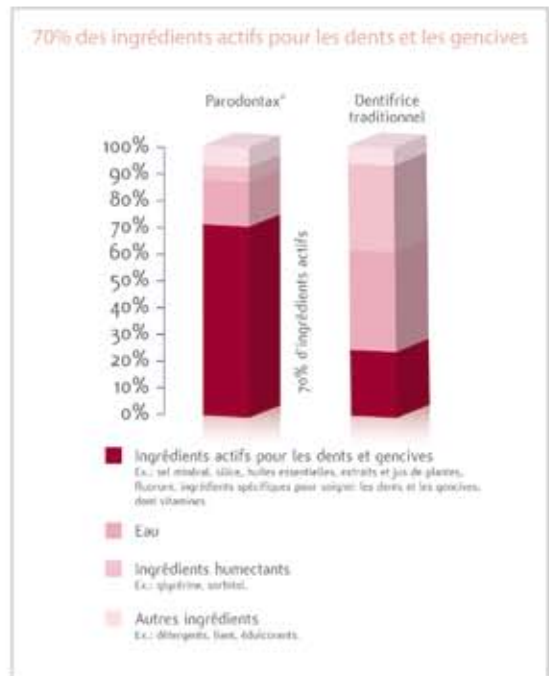
Parodontax.

Une efficacité cliniquement prouvée en cas de gencives irritées

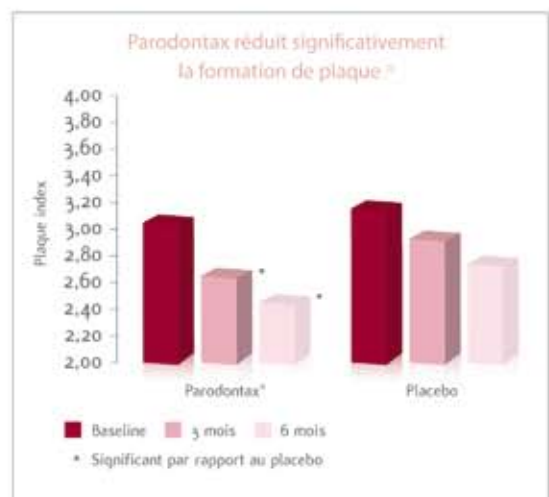
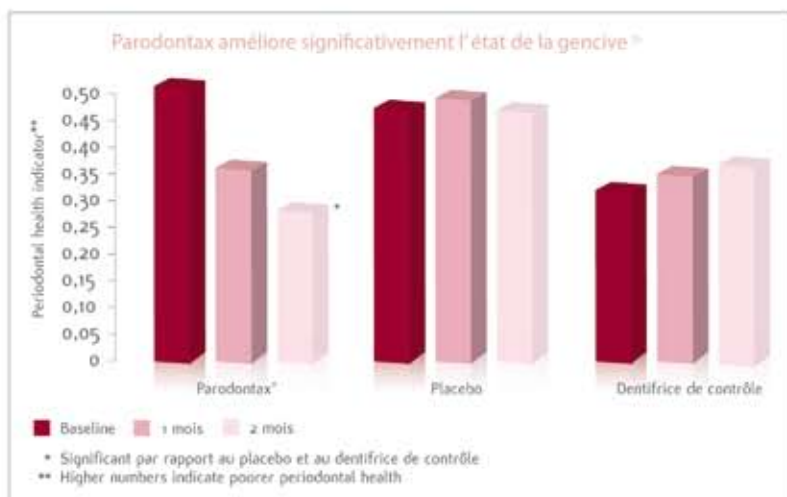
La composition de Parodontax est très particulière, grâce à sa concentration élevée riche en sels minéraux et à 6 extraits naturels de plantes. Il exerce une action tonifiante et soignante sur les gencives.

L'action de Parodontax repose sur trois piliers:

- L'effet astringent de Parodontax renforce et tonifie les gencives, ce qui contribue à former une barrière contre les bactéries.
- Parodontax neutralise l'acidité. Les sels minéraux rétablissent le pH buccal.
- Parodontax a un effet inhibiteur sur la croissance des bactéries.



Parodontax assure une excellente élimination de la plaque ¹⁾. De plus, l'étude clinique révèle que Parodontax inhibe la croissance bactérienne, ce qui réduit la formation de la plaque dentaire ^{2) 3) 4)} et a un effet bénéfique en cas de gencives irritées ^{1) 3) 5)}. Vous trouverez ci-dessous les résultats des études cliniques. Vous pouvez recommander Parodontax dès l'identification des premiers signes d'irritation gingivale chez vos patients.



Parodontax. Actif en cas de gencives irritées.

1) Yankell SL, Emling RC, Perez B. Six-month evaluation of Parodontax dentifrice compared to a placebo dentifrice. J Clin Dent 1993; 4: 26-30. 2) Arweiler NB, Aischill TM, Reich E, Netuschil L. Substantivity of toothpaste slurries and their effect on reestablishment of the dental biofilm. J Clin Periodontol 2002; 29: 615-621. 3) Willershausen B, Gruber I, Hamm G. The influence of herbal ingredients on the plaque index and bleeding tendency of the gingival. J Clin Dent 1991; 2: 75-78. 4) Willershausen B, Owin K, Ernst CP. Clinical investigation on tray application of a gingivitis prophylactic with herbal ingredients, main study. Thesis of Karl Owin, University of Mainz, Germany, ZWR, 105, 532-535, 1996. 5) Yankell SL, Emling RC. Two month evaluation of Parodontax dentifrice. J Clin Dent 1988 Summer; 1 Suppl A A41-3.



11th ITI WORLD SYMPOSIUM

GENEVA, April 14 - 17, 2010

« 30 YEARS of LEADERSHIP and CREDIBILITY »



Didier Eycken : Dentiste L.S.D. - D.G. - Post-gradué en Prothèse Dentaire - Diplômé Universitaire en Parodontologie - Certificate of Periodontics - Attestation Universitaire d'Implantologie - ITI Fellow

Première partie



Il n'est pas prématuré d'écrire qu'un des plus grands événements du calendrier 2010 fut sans nul doute ce symposium.

Jouissant d'une excellente réputation, les événements organisés par l'International Team for Implantology offrent aux congressistes, d'une part l'opportunité de recevoir une information sérieuse sur les données actuelles et avérées de la science, documentée par des recherches honnêtes et fiables et, d'autre part, la chance de rencontrer les leaders mondiaux de l'implantologie. Rappelons-nous le succès du Symposium de New York en 2007 : « Réalité et mythes en dentisterie implantaire clinique ».

Le programme de Genève était complet : les nouvelles méthodes cliniques de diagnostic et de planification du traitement, les procédures thérapeutiques, les complications

Nous avons eu effectivement un peu de mal à quitter le 11^{ème} Symposium ITI qui s'est tenu en avril dernier à Genève. Bien sûr le programme était intéressant, mais nous avons aussi subi les caprices du maintenant célèbre volcan islandais Eyjafjöll. Fort heureusement, grâce à l'efficacité d'Interplan, partenaire de Straumann Belgium, nous avons pu profiter du congrès jusqu'à la dernière conférence et regagner ensuite la Belgique en car. No pain, no gain...

en implantologie orale. Sans oublier les deux thèmes de la journée de pré-congrès : « Gestion des tissus mous et conditionnement tissulaire autour des implants en zone esthétique » et « Greffes osseuses de développement des sites implantaires ». Du 14 au 17 avril, les auditoriums du Geneva Palexpo n'ont pas désempli de leurs quelques 3800 participants...



En préambule à ce compte-rendu, pour qui ne connaît pas encore l'International Team for Implantology, ITI est une association sans but lucratif, fondée en 1980 par un groupe de 12 experts. Ces membres fondateurs partageaient une même vision : les progrès en implantologie orale seraient atteints de bien meilleure façon si une équipe multidisciplinaire de cliniciens et de chercheurs collaboraient intimement, de manière continue et indépendante, afin d'améliorer les produits et les méthodes de traitements. Depuis lors, le Team s'est développé et mène d'innombrables projets de recherche et d'enseignement, des congrès et des stages pratiques (chirurgie implantaire, prothèse sur implant, régénération osseuse, mini-symposium en parodontologie,...) ; assure une information scientifique et clinique de ses membres via la revue « Forum Implantologicum » et les livres « Guide thérapeutique ITI » traduits en 8 langues ; propose des bourses d'étude pour des formations en résidence dans l'un de ses centres répartis en Europe, aux Etats-Unis et au Japon ; participe à la remise du prix André Schroeder pour la Recherche qui récompense chaque année des scientifiques ayant accompli des avancées notables dans la recherche et le développement en médecine dentaire ; et dispose depuis 2003 d'un centre de recherche en biologie dentaire et squelettique (ITI Research Institute for Dental and Skeletal Biology, Berne, Suisse) menant principalement des recherches sur la chimie de surface des implants, l'ingénierie tissulaire, la biologie moléculaire des tissus dentaires et la génétique, et sur la biologie cellulaire.

ITI : un réseau international d'experts.

Initialement centré autour de Waldenburg, Bern et Freiburg, l'International Team for Implantology s'est étendu en 30 ans à l'Europe de l'Ouest, aux U.S.A, à l'Amérique du Sud, à l'Afrique, au Moyen-Orient, au Japon et au Sud-Est Asiatique. Le noyau dur de l'ITI est formé d'environ 500 associés représentant la plupart des universités les plus prestigieuses du monde.

Organisation unique par sa nature internationale, la communauté ITI est aujourd'hui forte de plus de 7500 membres dont près de 700 Fellows répartis dans 48 pays.

La raison d'être de ce gigantesque réseau est de promouvoir la connaissance et de former les professionnels de l'art dentaire du monde entier dans les domaines de l'implantologie dentaire et de la régénération des tissus dentaires.

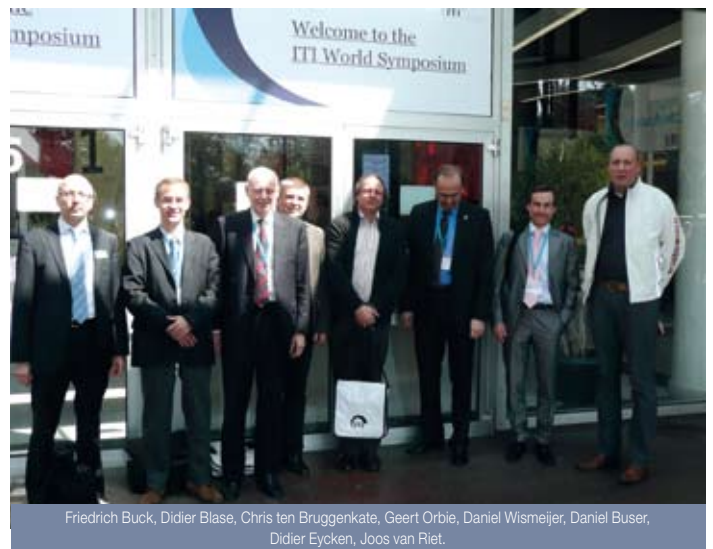
Les « membres ITI » regroupent tout dentiste, médecin, scientifique, technicien, hygiéniste certifiée ayant un intérêt pour l'implantologie orale.

Les « Fellows ITI » représentent le noyau intime des membres, acceptés uniquement par parrainage et nomination, montrant un haut degré d'engagement dans les domaines de l'éducation, de l'enseignement, ou de la recherche ; ils peuvent être nommés dans les Comités ou Boards et assumer des fonctions dans les sections locales.

En tant qu'association académique indépendante, ITI promeut activement les réseaux et les échanges parmi ses associés et ses membres, mettant régulièrement en commun leurs expériences et leurs connaissances issues de la recherche et de la pratique clinique, lors de meetings, congrès et cours, dans le but d'améliorer constamment les méthodes de traitements, leurs résultats et leurs bénéfices pour les patients.

Depuis 30 ans, ITI s'est ainsi construit une réputation de grande rigueur scientifique couplée au souci primordial des intérêts du patient. L'organisation défend âprement des lignes de conduites thérapeutiques bien documentées et soutenues par de nombreux tests cliniques et la compilation de résultats à long terme.

La firme d'implants Straumann fonde ses développements sur les résultats obtenus par l'équipe internationale ITI. Ce système implantaire et prothétique bénéficie dès lors de milliers de publications attestant plus de 30 années d'expérience et de succès clinique.



PRÉ-CONGRÈS DU MERCREDI 14 AVRIL : Greffes osseuses de développement des sites implantaires.

Il n'est plus acceptable aujourd'hui de placer un implant simplement là où il y a un volume osseux disponible sans considérer les exigences prothétiques telles que la position de l'implant, la fonction et l'esthétique. La résorption des procès alvéolaires est une situation à laquelle le chirurgien est fréquemment confronté. Un aménagement du site est dès lors requis afin d'optimiser le site avant le placement de l'implant.

James Ruskin (USA) : a revu la méthodologie d'évaluation et de planification requise pour les reconstructions alvéolaires préalables à la pose d'implants. En attirant aussi l'attention sur l'évaluation des tissus mous afin d'obtenir les résultats fonctionnel et esthétique escomptés.

Timothy Head (Canada) : a abordé les prélèvements d'os autogène et les divers sites donneurs intra-oraux et extra-oraux. Le choix du site donneur est réalisé en fonction du défaut à corriger et de la connaissance des différences biologiques et mécaniques de l'os obtenu des divers sites donneurs potentiels.

Les sites donneurs qui permettent de prélever un os cortical, plus résistant à la résorption et mécaniquement plus stable, seront choisis pour corriger de larges défauts ou des défauts manquant de murs osseux pouvant supporter le greffon. Les greffons d'os médullaire sont moins résistants et subissent plus de résorption, mais contiennent plus de cellules et dès lors offrent un potentiel ostéogénique plus élevé. Ceci est un avantage pour les défauts montrant des capacités de régénération réduites.

L'importance de l'origine embryonnaire du site donneur n'est pas à négliger et conditionne le comportement du greffon. La quantité d'os nécessaire pour combler un défaut est aussi un critère de choix du site donneur. Alors que la plupart des sites concernant une ou plusieurs dents peuvent être reconstruits à partir d'os prélevé dans la région maxillo-faciale, les cas d'édentement complet, et en particulier ceux qui présentent une atrophie sévère, nécessitent un prélèvement extra-oral. La sélection du site donneur doit encore prendre en compte les séquelles éventuelles et les risques de morbidité et de complications liés à toute intervention chirurgicale.

Hendrick Terheyden (Allemagne) : a présenté les procédures d'augmentation latérale et verticale des crêtes utilisant des blocs d'os autogène. Les greffes de blocs d'os autogène sont une méthode fiable de régénération osseuse des défauts horizontaux ou verticaux des crêtes édentées. Les zones de prélèvement intra-oraux sont : le menton, la ligne oblique externe, le maxillaire postérieur, l'arcade zygomatique. Les sites de prélèvement extra-oraux sont : la crête iliaque, le crâne.

Les diverses méthodes de prélèvement ont été décrites : fraises, tréphines, piezochirurgie, permettant un prélèvement « en douceur », accompagné d'un minimum d'inconfort post-opératoire. Illustration par des cas cliniques, de l'édentement unitaire à l'édentement total, pose d'implants simultanée ou différée.

La biologie et la cicatrisation des blocs d'os greffés, ainsi que



La Commission Scientifique de la S.M.D. était représentée par Pierre Delmelle et Bertrand Scalesse

les stratégies visant à minimiser la résorption superficielle du greffon (combinaison de blocs osseux autogènes, de substituts osseux et de membranes), sont aussi présentées et documentées par la littérature.

Jürgen Becker (Allemagne) : allogreffes et xéno-greffes. Au fil des ans, une foultitude de matériaux a été essayée, testée, utilisée pour corriger des défauts osseux : os du patient, os d'animaux, matériaux de synthèse (corail, hydroxy-apatite,...), etc. Un substitut osseux doit présenter au moins quelques propriétés physicochimiques majeures telles que la biocompatibilité, la stabilité mécanique, une porosité autorisant une néovascularisation et l'ostéoconduction.

Certains auteurs recommandent un substitut osseux résorbable pouvant être remplacé par de l'os régénéré, alors que d'autres auteurs recommandent une stabilité fonctionnelle à plus long terme. La xéno-greffe la plus communément utilisée est du matériel minéral osseux naturel dérivé d'un os bovin, lequel a aussi été le plus largement étudié dans les cas d'élévation de plancher sinusien ou de techniques de régénération osseuse guidée. La structure tridimensionnelle de ce matériau est libre de toute cellule ou protéine animale. Une préparation de ce minéral pur, le recouvrant de collagène d'origine porcine, vise à rendre sa surface encore plus attractive pour l'adhésion cellulaire.

Parmi les matériaux alloplastiques, l'hydroxyapatite (HA) et les phosphates tricalciques (TCP) sont les plus communément utilisés pour la régénération osseuse. Alors que l'HA poreuse ou non poreuse est considérée comme non résorbable ou lentement résorbable, les TCP sont plus résorbables. Un mélange de HA (40%) et de TCP (60%) est alors vu comme plus intéressant lors de comblements osseux, fournissant un meilleur gain de volume plus stable que lors de l'utilisation de HA ou de TCP seul, et montrerait, chez l'animal, une intéressante intimité de contact entre l'os néoformé et le matériau greffé. Afin d'améliorer la biocompatibilité des matériaux xéno-gènes (afin de les « biologiser »), leur recouvrement (« coating ») par des facteurs de croissances (Bone Morphogenic Proteins = « BMP ») est largement étudié. Le but est d'induire une forte différenciation osseuse. Parmi ces BMP, les « BMP2 » semblent posséder le potentiel ostéoinducteur le plus intéressant. Ce potentiel a montré des résultats probants tant en ce qui concerne les élévations de plancher sinusien, que la préservation des crêtes alvéolaires, que les procédures

d'augmentation osseuse, ou encore la régénération parodontale.

Hideaki Katsuyama (Japon) : élévation du plancher sinusien par la technique de la fenêtre latérale.

La région maxillaire postérieure est considérée comme une zone à risque compte tenu de son anatomie complexe et de sa faible densité osseuse. Les limitations du volume osseux disponible sont fréquemment observées dans cette zone. Les aménagements sous-sinusiens sont principalement scindés en deux approches : l'abord crestal et l'abord latéral, et leurs indications sont fonction des situations anatomiques.

Une méta-analyse présentée lors de l'ITI Consensus Conference en 2008, a montré que des complications inhérentes à la technique de la fenêtre latérale apparaissent dans seulement 3% des cas et que les taux de survie des implants placés dans ces zones aménagées étaient compris entre 60 et 100 %, avec une moyenne de 95 % et des résultats nettement meilleurs pour les implants à surface rugueuse.

D'un autre côté, cette procédure est classée « complexe » dans la classification « SAC » (SAC Classification in Implant Dentistry, Quintessence 2009) en raison des conditions anatomiques, du risque anatomique, de la complexité de l'intervention et des risques de complication. De plus, des septa sont souvent confirmés (sinus cloisonnés) par les scanners (dans 26,5 % des cas – Kim et al. J. Periodontol. 2006), alors que l'examen d'une panoramique ne les révèle que dans 14,9 % des cas (Shibi et al., 2007). Un examen 3D est donc indispensable avant un aménagement sous-sinusien. La « révolution du cone beam » est en route...

Les principales causes d'échecs de cette procédure sont : la perforation de la membrane sinusienne, la perte de greffon, l'infection, la morbidité du site donneur, une augmentation de volume insuffisante. La perforation de la membrane de Schneider est souvent due à un accès difficile. L'usage du microscope et/ou des ultrasons a permis de réduire cet écueil. En plus d'une formation appropriée, le clinicien doit aussi se munir d'une bonne infrastructure opératoire.

Paul Fugazzotto (USA) : élévation du plancher sinusien par la technique transalvéolaire (abord crestal).

L'efficacité de la technique latérale dite Caldwell-Luc est bien établie. Cependant, l'approche crestale peut singulièrement simplifier la procédure et offrir au patient un haut degré de prévisibilité à long terme : celle-ci est présentée dans les cas de maxillaire postérieur édenté et extemporanément au moment de l'extraction. Ses avantages, ses indications, ses contre-indications et ses complications sont exposées et illustrées de cas cliniques.

Paul Rousseau (France) : quel futur pour la distraction alvéolaire ?

A la fin des années '90, l'application des principes de la distraction osseuse à l'os alvéolaire semblait être une alternative prometteuse pour traiter les défauts osseux préalablement à la pose des implants.

Soyons clairs : aujourd'hui, l'expérience des praticiens a montré les limites de la technique. Il est évident que les données disponibles ne montrent aucune supériorité de cette technique sur les autres procédures conventionnelles de greffes ou

d'aménagements osseux. En outre, les difficultés techniques sont trop importantes. Après plus de dix années d'expérience, nous pouvons réduire les indications de ces procédures et les considérer plus comme des solutions de gestion tissulaire, avec l'apport des facteurs de croissance, que comme de véritables techniques de régénération osseuse.



CONGRÈS DU JEUDI 15 AU SAMEDI 17 AVRIL.

William Scarfe (USA) : améliorer la fiabilité des images radiologiques reconstruites par ordinateur.

L'évaluation préopératoire d'une réhabilitation implantaire requiert la compréhension des aspects chirurgicaux et prothétiques du traitement ainsi qu'une visualisation et une analyse adéquate du site chirurgical. Aujourd'hui, la planification d'un traitement ne peut plus se passer d'imagerie 3D.

Le Dr. Scarfe a passé en revue l'évolution de l'imagerie depuis la tomographie, la tomographie computerisée conventionnelle et la tomographie computerisée cone beam. Les limites du cone beam sont la résolution de contraste, les artéfacts physiques, les artéfacts liés au patient. Nous devons comprendre comment améliorer la fiabilité des images obtenues, quels sont les buts de l'imagerie, quels sont les conséquences de diverses épaisseurs de coupe, comment interpréter les images, reconnaître l'anatomie, obtenir une vue « dynamique » ou « cinétique » des sites implantaires, visualiser le cahier des charges prothétiques et chirurgicales, utiliser les softwares de planification et les guides chirurgicaux.

Bernard Koong (Australie) : a présenté les différences essentielles entre le cone beam et le scanner conventionnel et les variations d'images obtenues par les deux techniques, ainsi que leur interprétation.

Ronald Jung (Suisse) : de la planification à la chirurgie. De quels documents ai-je besoin pour ma chirurgie ? Dois-je travailler « flapless » (sans lambeau) ? Dois-je négocier des complications per-opératoires (dans 4,6% des cas, ITI Consensus Conference 2008) ou des événements inattendus ? Dans quelles indications une planification et un traitement assistés par ordinateur sont-ils bénéfiques ?

La pose d'implants assistée par ordinateur révèle un taux de survie implantaire de 96,6 % après 12 mois (revue de littérature :

121 patients édentés et mise en charge immédiate, 506 implants, 5 études sur 12 mois).

Les complications prothétiques (revue de littérature : 108 patients édentés, 3 des 5 études concernent des cas de mise en charge immédiate chez des patients édentés avec mise en charge immédiate, 509 implants, 5 études sur 12 mois) : 13 des 108 patients ont présenté des complications prothétiques. Desserrage de vis (2,8 %), fracture de prothèse (2,8 %), fracture de parties occlusales (1,9 %), usure occlusale (1,9 %), autre (2,7 %). Le total des complications prothétiques est de 12 %.

Les concepts de mise en charge des implants placés avec une assistance informatique sont les mêmes que pour les implants placés conventionnellement.

La planification implantaire assistée par ordinateur, ainsi que le traitement, ne mènent pas obligatoirement à une chirurgie « flapless » ni à une mise en charge immédiate.

Il n'y a pas de données actuelles à long terme permettant d'affirmer qu'il y a une similarité entre les succès prothétiques et implantaires des implants placés grâce à des techniques de navigation informatique par rapport à des implants placés de manière conventionnelle.

Sommes-nous des praticiens « old-fashioned » si l'on ne travaille pas avec le cone beam ou un logiciel de planification ? Non ! Mais, il faut savoir quand il est nécessaire d'y avoir recours, dans certains cas, pour en tirer les bénéfices (anatomie complexe, chirurgie minimale, optimisation du placement de l'implant dans les cas esthétiques, mise en charge immédiate - cfr ITI Consensus Conference 2008). Des données cliniques à long terme sont cependant nécessaires pour identifier d'autres indications cliniques et justifier une irradiation supplémentaire du patient, les efforts et les coûts associés à la chirurgie implantaire assistée par ordinateur.

Daniel Wismeijer (Hollande) : les logiciels de planification implantaire, un outil essentiel ou un gadget ?

Les dentistes ont pour habitude de planifier leurs traitements sur base de radiographies, de modèles en plâtre et en cire (wax up). Aujourd'hui, nous bénéficions en plus d'examen radiologiques numériques : nous sommes passés, en médecine aussi, à la réalité virtuelle !

CAD/CAM, CT scans, Cone beam,... révolutionnent notre pratique. Bien que toujours en développement, ces méthodes permettent d'évaluer toute la procédure chirurgicale et la réhabilitation prothétique virtuellement avant concrétisation. Les données récoltées permettent de construire des « bio-modèles » des mâchoires des patients, des guides chirurgicaux, des modèles de travail, des prothèses temporaires ou définitives. Plusieurs techniques de modélisation rapide existent : stéréolithographie (SLA), fusion deposition modeling (FDM), selective laser sintering (SLS), droplet/binder system (3D printing), utilisée aussi en industrie automobile.

La réalité virtuelle englobe des techniques de guidage statique (guide chirurgical) et des techniques de guidage dynamique (navigation).

Mais tout cela est-il suffisamment précis ? Car des sources d'erreurs peuvent s'additionner à chacune de ces étapes : prise d'empreinte et réalisation des modèles, résolution du scanner, artéfacts, positionnement du guide radiologique en bouche, superposition de la prothèse, niveaux des gris,

rigidité du guide chirurgical, positionnement/orientation/précision des gouttières de forage dans le guide chirurgical,... l'ensemble est responsable de la précision finale.

Une technique nouvelle : placer préalablement des mini-implants pour stabiliser le guide chirurgical.

Planifier et préfigurer virtuellement tout le traitement diminue les risques d'imprécisions et permet aussi de reproduire l'intervention ou la prothèse ou même de réparer sans devoir recevoir le patient.



Nikolaos Donos (Royaume Uni) : les procédures de régénération parodontale dans le domaine de l'implantologie.

« Sauver ou extraire et planter » ? Est-ce que les implants sont la meilleure alternative ? Se comportent-ils mieux que les dents ? Les implants sont-ils plus résistants à la susceptibilité du patient vis-à-vis de la maladie parodontale ? Pourquoi les implants auraient-ils un meilleur pronostic (que les dents) chez ces patients ?

Aux U.S.A, on estime environ 300.000 à 400.000 implants placés en 2008 ; la même année en France, 120.000 ; en Espagne, 185.000 ; en Italie, 410.000 ; en Allemagne, 420.000 ; au Royaume Uni, au moins 100.000.

Et l'on estime à environ 67.000 le nombre d'implants perdus chaque année en Europe uniquement.

Deux études « alarmistes » portant sur des implants en fonction depuis au moins 5 ans, l'une publiée en 2006 (Roos-Jansaker et al.) et l'autre en 2008 (Fransson et al.). En ce qui concerne la mucosite péri-implantaire (saignement au sondage - « bleeding on probing ou BoP » - et sans perte osseuse), la première étude montre une prévalence chez 79 % des patients et sur 50 % des implants ; la seconde étude montre une présence de mucosite autour de plus de 90 % des implants !

En ce qui concerne la péri-implantite, la première étude montre une présence chez 28 % des patients et la seconde chez plus de 56 % des patients implantés ; et autour de 12 % des implants pour la première et de 43 % des implants pour la seconde...

Faut-il le dire encore : taux de survie n'est pas taux de succès. Taux de survie = proportion des implants toujours en place à un moment donné, même s'ils n'ont plus aucune valeur clinique ou montrent des effets secondaires.

Taux de succès = implant stable, fonctionnel, indolore, sans inflammation, sans aucune perte osseuse.

Est-ce que le succès implantaire est indépendant de la maladie parodontale ? Quel est l'avenir des implants placés chez des patients partiellement édentés et ayant été traités pour maladie parodontale en comparaison avec des patients indemnes de maladie parodontale ?

Pour Watson et al. (1990) : 100 % de succès chez les patients traités pour maladie paro et 100 % de succès chez les sujets sains parodontalement.... on peut se poser la question de la réelle valeur de tels résultats !!!

Pour Hardt et al. (2002, étude à 5 ans) : 92 % et 96,7 %.
 Pour Karoussi et al. (2003, étude à plus de 10 ans) : 90,5 % et 96,5 %.

Pour Evian et al. (2004, étude à plus de 10 ans) : 79,22 % et 91,67 %, ce qui semble le plus sérieux.
 La plupart des échecs implantaires sont dus à une erreur de planification du traitement implantaire et à une mauvaise évaluation du patient (Baxter, 2003, 195 cas de mauvaise pratique parmi 160 praticiens).

Comparaison de la survie des traitements prothétiques chez des patients parodontalement sains (B. Pietursson et N.P. Lang, J. Oral Rehab. 2008) :

Taux de survie	à 5 ans	à 10 ans
Bridge conventionnel	94 %	89 %
Bridge collé	88 %	63 %
Couronne implanto-portée	95 %	89 %
Bridge sur implants	95 %	87 %
Bridge implant-dent	96 %	78 %

Les options de traitement des pertes osseuses péri-dentaires :

- Greffes osseuses et substituts osseux
- Conditionnement de surface
- RTG (régénération tissulaire guidée)
- Protéines et dérivés de matrice amélaire
- Facteurs de croissance
- Combinaison

Les résultats sont fonctions du patient (niveau d'hygiène, tabagie, ...) et de la morphologie du défaut traité (lésion à 1, 2, 3 parois, dent monoradiculée, pluriradiculée, ...).

Une étude de Sanz et al. (J. Periodontol, 2004) rapporte 100 % de complications avec les techniques de RTG (Régénération Tissulaire Guidée) (!) et seulement 6 % avec les techniques de EMD (Enamel Matrix Derivative = dérivés de matrices amélaire, càd : un gel constitué à 90 % d'amélogénine et à 10 % de proline ou autre protéine sérique).

La manipulation du lambeau (incisions et design) est primordiale pour obtenir une fermeture primaire du site et préserver les papilles.

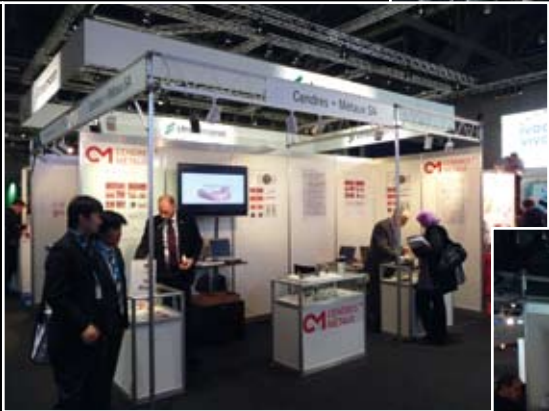
Sélection du matériau pour traiter les défauts intra-osseux profonds d'après Cortellini et Tonetti :

- Défauts larges et sans soutien : membrane ePTFE ou greffe osseuse et membrane résorbable
- Défauts étroits et/ou sans soutien : membrane résorbable
- Défauts à 3 ou à 2 murs offrant suffisamment de soutien : EMD.

Quelle est la longévité des dents et des implants (Holm-Pedersen et al. 2007) ?

- Les dents ayant un parodonte sain ont une longue longévité : jusqu'à 99,5 % au-delà de 50 ans.
- Les dents parodontalement compromises, mais traitées et sous maintenance, ont une survie de 92 à 93 %.
- Des restaurations multiples aboutissent à une diminution de la valeur d'une dent.
- Les implants ont une survie de 94 % après 10 ans.
- Les implants dentaires ne surpassent pas la longévité des dents naturelles traitées avec succès.





DE NOUVEAUX RESULTATS CLINIQUES CONFIRMENT L'EFFICACITE A LONG TERME D'ORAL-B® TRIUMPH™

Oral-B® est la marque de brosse à dents électrique la plus utilisée en Belgique par les dentistes pour leur usage personnel.

Efficacité démontrée dans de nouvelles études cliniques. Deux études à long terme¹ ont démontré qu'Oral-B® Triumph™ permet de réduire de façon significative les problèmes de gencives.

Oral-B® est la marque de brosse à dents électrique la plus recommandée par les professionnels dentaires dans le monde entier.



Pour plus d'informations et recevoir les études cliniques, merci de contacter votre délégué dentaire Oral-B ou Procter & Gamble Professional Oral Health au numéro 02/456 21 11.



Référence : 1. Données internes P&G.



La pathologie du grand âge : La muqueuse buccale du sujet âgé

Carlos Madrid
Marcelo Abarca
Sabina Pop
Laure Peralba
Kahina Bouferrache

Service de Stomatologie et de Médecine Dentaire
Policlinique Médicale Universitaire
Université de Lausanne

La muqueuse buccale du sujet âgé est sans différence notable avec celle du sujet jeune. Tout au plus les modifications du système vasculaire mettent en évidence des varices linguales sur la face ventrale de la langue.

Néanmoins, il ne fait pas de doute que les évolutions liées au vieillissement qu'elles concernent des traumatismes muqueux, des maladies de la muqueuse, le tabagisme ou la modification de la sécrétion salivaire modifient l'aspect clinique et la nature histologique même des tissus buccaux [1]. L'épithélium buccal stratifié devient plus fin, il perd de l'élasticité et s'atrophie avec l'âge [2].

Une réponse immunitaire abaissée accroît la susceptibilité aux infections et lésions traumatiques. Bien sûr l'association de maladies de systèmes et des effets secondaires de leurs traitements accroît encore le risque de troubles de la muqueuse buccale chez les sujets âgés.

Effets secondaires des traitements sur la muqueuse buccale :

Les effets secondaires muqueux des médicaments dépendent du type de drogue, de sa dose et des caractéristiques propres du patient. Les plus fréquents sont les lésions érythémateuses, les lésions vésiculo-bulleuses et les ulcères. Elles peuvent aussi mimer l'apparence d'un lichen plan dans une forme plutôt érosive et donner lieu à une réaction lichénoïde. Sur le plan histologique, les réactions de la muqueuse à un médicament n'ont pas une grande spécificité : spongieuse cellulaire, kératinocytes apoptotiques, infiltrat lympho-plasmocytaire, présence d'éosinophiles et disparition par places des assises cellulaires épithéliales et de la basale (ulcère) sont des signes communs. La muqueuse buccale peut être le seul site où se manifeste un effet secondaire pharmacologique ou intégrer une réaction cutanée généralisée.

Le tableau 1 liste les drogues qui donnent des atteintes muqueuses relativement fréquentes dans la cavité buccale.

Stomatite aphteuse	Autres ulcères buccaux	Autres ulcères buccaux	Réactions lichénoïdes
azathiopurine	alendronate	fluconazole	allopurinol
catopril	Allopurinol	fluoxétine	IEC
cyclosporine	alprazolam	ganciclovir	Sels d'arsenic
fluoxétine	aspirine	Sels d'ors	Beta-bloquants
Sels d'or	atrovastatin	hydralazine	bismuth
indinavir	azathiopurine	hydroxyurée	chloroquine
interférons	barbiturates	ibuprophène	chlorpropamide
losartan	bléomycine	imipramine	fusorémide
AINS	captopril	indométacine	Sels d'ors
olanzapine	chlorambucil	lamotrigine	hydroxychloroquine
pénicillamine	chloramphenicol	levamisole	Carbonate de lithium
sertraline	chlorpromazine	lithium	mépacrine
sulfonamides	cisplatine	melphalan	Amalgames de mercure
	clofibrate	mésalamine	méthyl dopa
	clonazépam	méthimasole	AINS
	codéine	méthomycine	Palladium
	ciclosporine	naproxène	penicillamine
	cytarabine	nicorandil	phénothiazines
	disopyramide	proguanil	propranolol
	doxorubicine	prométhazine	quinidine
	énalapril	propranolol	streptomycine
	érythromycine	warfarine	tétracyclines

Tableau 1 : quelques unes des principales drogues connues pour des effets secondaires buccaux.

Atteintes infectieuses de la muqueuse buccale :

L'atteinte infectieuse de la muqueuse buccale la plus fréquente est la candidose qui constitue 25% des lésions buccales identifiées parmi 17235 adultes [3]. Les stomatites sous prothétiques (SSP) à candida représentent 68% des candidoses de l'adulte [3].

La stomatite sous prothétique est un processus inflammatoire de la muqueuse sous-jacente à un appareil dentaire. Cette définition exclut les stomatites par allergie au matériau dentaire, les brûlures par rebasages directs et autopolymérisation en bouche de la résine [4].

Sur le plan clinique, c'est une lésion asymptomatique, affectant le palais dur, et parfois associée avec une cheilite angulaire ou commissurale et/ou une glossite rhomboïde médiane [5]. La stomatite sous prothétique est le résultat de la surinfestation de la prothèse dentaire par des colonies pathogènes de candida albicans chez un sujet sensible.

Bien que l'insuffisance de l'hygiène soit en cause dans le processus étiologique, des travaux récents montrent une prévalence non significativement différente dans un groupe à hygiène faible par rapport à un groupe à hygiène satisfaisante [6]. Les facteurs favorisant le développement des autres formes de candidoses buccales (immuno-suppression, radiothérapie, hyposialie, antibiothérapie) sont des co-facteurs aggravants de la SSP [7-8].

Le traitement topique ou systémique de la candidose buccale sera inefficace sans la désinfection de la prothèse qui peut comporter son brossage énergique et son trempage transitoire dans une solution antiseptique mais doit surtout comporter un séchage soigneux et un stockage nocturne hors de la bouche dans un milieu propre et absolument sec.



Patiente 69 ans. glossite rhomboïde médiane à candida albicans.

Lésions muqueuses non infectieuses

D'autres affections muqueuses du sujet âgé sont les lésions vésiculo-bulleuses (pemphigoïde bulleuse, pemphigoïde des membranes muqueuses et pemphigus qui se manifestent principalement à cet âge), les lésions ulcéraives, les manifestations lichenoïdes et quelques infections de la cavité buccale. Les lésions toxidermiques sous forme de lésions ulcéreuses ou d'hyperkératoses doivent rester à l'esprit face à un patient polymédiqué chez lequel une molécule vient d'être nouvellement introduite dans le traitement systémique. Une rotation des médicaments organisée en relation avec le stomatologue peut souvent permettre un retour rapide à la normale même face à des lésions importantes [9-10].

En Suisse, 7.1% des cancers sont situés dans la cavité buccale, le pharynx ou le larynx [11]. La mortalité par cancer oral est de 5.1 pour 100'000 chez les hommes en 2000 et de 1.03 chez les femmes soit plus du double de ce qu'elle est pour les hommes et 20% supérieure à celle des femmes en Suède [12]. Une étude américaine récente des cancers de la cavité buccale entre 1973 et 2003 [13], montre que sur les 30 000 cancers de la cavité buccale mis en évidence au cours de l'année 2003, les trois quarts (21'455) étaient détectables par un examen de routine de la cavité buccale. Il ressort de ces données que l'examen régulier de la cavité buccale des patients âgés à la recherche des signes d'un carcinome épidermoïde est indispensable.

A cet égard, toute ulcération buccale chronique ou apparue de novo sous une selle prothétique et qui ne cède pas aux retouches de la prothèse dentaire voire à sa suppression temporaire doit être biopsiée.

De même les lésions érythroplasiques surinfectées par candida albicans doivent donner lieu à un examen histologique. La dégénérescence de lichens plans buccaux connus et quiescents intervient dans la même période de la vie. Le risque de transformation maligne varie entre 0.4 et 5% sur



Patiente 81 ans. stomatite sous prothétique sous une prothèse squelettée au maxillaire dont le tracé est parfaitement identifiable sur la muqueuse.

des périodes d'observation de 0.5 à 20 années [14]. Il paraît indépendant du type clinique du lichen et des traitements effectués. L'apparition au sein d'un lichen plan réticulaire inactif de plages érosives, d'une hyperkératose verruciforme et/ou de véritables ulcères peut signer la transformation maligne du lichen et doit donner lieu à un examen pathologique.



Patiente 71 ans. lésion érythémateuse érosive du palais. Réaction lichénoïde à un antiseptique oral.



Le piège à ne pas manquer. Patiente de 79 ans, ulcère gingival d'un carcinome épidermoïde.

Déficit salivaire et troubles associés du sujet âgé :

La xérostomie est une plainte majeure du sujet âgé. Même lorsqu'il demande un soutien médical, il obtient rarement une prise en charge efficace [15]. La xérostomie est un problème clinique : pas moins de 25 à 30 % de la population de plus de 65 ans s'en plaint. Il s'agit d'une plainte subjective par définition qui dans un tiers des cas ne reflète pas un état de sécheresse buccale vraie.

La xérostomie vue comme une altération physiologique liée à l'âge est remise en cause. Ainsi chez les sujets âgés en bonne santé, Vissink [16] n'observe qu'une discrète diminution de la sécrétion de la salive stimulée. Tandis que Ship [17] estime que la sécrétion salivaire reste remarquablement intacte chez les sujets âgés sans thérapeutique pharmacologique. Le tableau 2 résume les médicaments à risque de xérostomie.

Médicaments qui lèsent directement le parenchyme salivaire

Cytotoxiques

Médicaments à activité anticholinergique

Agents anticholinergiques tels que atropine, atropiniques et hyoscine

Agents antireflux tels que les inhibiteurs de la pompe à proton (oméprazole...)

Agents psychoactifs à activité anticholinergique tels que : Antidépresseurs, en particulier les tricycliques (amitriptyline, nortriptyline, clomipramine et dothiepin [dosulepine]), inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine), lithium et autres.

Phénothiazines

Benzodiazépines

Opioïdes

Antihistaminiques

Bupropion

Médicaments agissant sur le système sympathique

Médicaments à activité sympathicomimétique (éphédrine) Les Antihypertenseurs; antagonistes alpha 1 (terazosine et prazosine) et agonistes alpha 2 (clonidine) réduisent le flux salivaire.

Les Béta-bloquants (atenolol, propranolol) modifient également la composition protéique de la salive.

Médicaments qui provoquent une déplétion des fluides

Diurétiques

Tableau 2 : les médicaments qui peuvent être associés à une hyposalivie.

Nagler et Herskovitch [18] postulent que la sécrétion salivaire totale est bien altérée significativement par les effets du vieillissement. Toutefois, en l'absence de prise médicamenteuse affectant la sécrétion salivaire, des phénomènes compensatoires évitent les manifestations subjectives de la xérostomie. La prise médicamenteuse en revanche rompt cet équilibre en effaçant les mécanismes de compensation. C'est l'ensemble de la fonction salivaire, flux et composition, qui est affectée par l'âge ce qui est d'une importance critique dans la prise en charge de la sécheresse buccale [18].

Plusieurs symptômes de la sécheresse buccale sont associés avec l'heure du repas : troubles gustatifs, difficultés à manger ou avaler, surtout des aliments secs sans boisson. Les patients se plaignent de mauvaise haleine, de sensations de brûlures buccales chroniques, d'intolérance aux aliments épicés [19]. Cela altère significativement la qualité de vie du patient, et le conduit à une sélection des aliments et boissons, donc à des problèmes nutritionnels[20].

En cas de réel déficit salivaire, l'examen extra buccal est positif : lèvres sèches et fissurées, augmentation du volume des glandes salivaires principales en cas de syndrome obstructif secondaire à l'hypofonction ou syndrome de Sjögren pour les manifestations extrabuccales.

L'examen endobuccal met en évidence une langue fissuraire, collante, douloureuse et surinfectée par candida albicans ; la candidose est souvent étendue au reste de la cavité buccale avec cheillite rétrocommissurale ou angulaire, stomatite sous prothétique, et candidose pseudomembraneuse.

La pseudo-membrane peut être décollée à l'abaisse langue mais laisse parfois place à de véritables ulcères. Le plancher de bouche doit être examiné avec palpation simultanée de la glande submandibulaire à droite et à gauche pour vérifier la miction salivaire.

Enfin, les caries récidivant sur des obturations existantes sont des signes dentaires souvent associés à la sécheresse buccale. En cas d'hypofonction durable, le système salivaire ne maintient plus le pH buccal. Cela conduit à la colonisation par des micro-organismes associés à la carie dentaire et à la déminéralisation de l'émail.

Les patients porteurs de prothèses ont une diminution nette de leur tenue en raison de la diminution quantitative de la salive et de la modification de ses propriétés de tension de surface. Cette instabilité prothétique conduit à des lésions traumatiques de la muqueuse par absence de lubrification par les protéines salivaires. Assez vite, la phonation et la mastication-déglutition sont si perturbées que le patient peut voir sa vie sociale altérée.



Photo 3 : Patiente de 81 ans. Langue fissuraire dans le cadre d'une xérostomie médicamenteuse sévère.

La prise en charge de la sécheresse buccale repose d'abord sur le rétablissement de l'hygiène buccale et le contrôle de la carie. Une diète pauvre en sucre, une application topique de fluor, des bains de bouche à la chlorhexidine sans excipient alcoolique luttent contre la carie. Si la sécrétion salivaire résiduelle existe, on peut la stimuler avec des gommes à mâcher sans sucre, des bonbons au xylitol, des bonbons mentholés sans sucre. Les salives artificielles et les lubrifiants de la

muqueuse peuvent aider à contrôler la sécheresse nocturne lorsque la sécrétion stimulée disparaît.

La pilocarpine et la cevimeline ont toutes deux fait la preuve de leur efficacité chez des patients qui disposent d'un tissu salivaire encore actif [21-22-23-24]. La meilleure spécificité de la cevimeline (non commercialisée en Suisse) devrait la faire préférer à la pilocarpine puisqu'elle est surtout active sur les récepteurs muscarinique M1 et M3 et a peu d'affinité pour les récepteurs M2 et M4 situés sur les tissus cardiaques et pulmonaires.

La prise en charge des candidoses ne sera pas décrite si ce n'est pour rappeler la nécessité de traiter la prothèse : immersion dans de la chlorhexidine à 0.12%, séchage systématique pourquoi pas au sèche cheveux. Lorsque la prothèse est trop vieille et poreuse un renouvellement de la base résine (rebasage) doit être demandé au dentiste traitant.

Plus efficace et souvent moins toxique que la prescription de sialogogues, le choix de médicaments ne diminuant pas ou diminuant peu la sécrétion salivaire du sujet âgé paraît un moyen efficace de prévention ou de rétablissement de la fonction salivaire.

Douleurs buccales du grand âge :

Une étude de Cohen-Mansfield et Lipson a comparé le dépistage de la douleur dentaire par des dentistes et des gériatres auprès d'une population de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs majeurs. Les dentistes dépistèrent des douleurs dentaires chez 60% des patients, les gériatres seulement chez 30% [25]. Les auteurs concluent, non sans raison, que les douleurs bucco-dentaires sont souvent sous diagnostiquées et insuffisamment traitées dans les homes.

La douleur est pourtant la principale plainte buccale des personnes âgées. A côté des douleurs aiguës symptomatiques qui accompagnent l'une ou l'autre des altérations de la muqueuse ou du tissu dentaire, le médecin doit garder à l'esprit que la douleur buccale peut être révélatrice d'atteintes plus insidieuses sans rapport direct avec la cavité buccale.

La névralgie trigéminal affecte électivement les territoires du V2 et du V3 et peut mimer parfaitement des douleurs dentaires même en l'absence de dents. Les douleurs vasculaires prennent également un place importante dans la sphère orale : la maladie de Horton peut s'accompagner d'une claudication mandibulaire caractéristique ; les accidents vasculaires intra-crâniens peuvent donner lieu à des douleurs orofaciales déroutantes. Des brûlures buccales peuvent accompagner les états carenciels (Fer, vitamine B) non exceptionnels chez la personne âgée [26].

Il convient enfin d'insister sur une algie buccale chronique qui déconcerte la plupart des médecins. La stomatodynie primaire ou syndrome des brûlures buccales touche essentiellement des femmes ménopausées. Elle débute généralement au cours de la 6^{ème} décennie de la vie. Les patientes présentent des signes de somatisation, de dépression et anxiété à des valeurs supérieures à celles des sujets indemnes. Il s'agit d'une douleur chronique intense, à type de brûlure, débutant souvent au niveau de la langue avant d'envahir toute la cavité buccale. Deux symptômes associés sont fréquemment décrits par les patientes : une sensation de bouche sèche et des troubles de la perception gustative. La totale normalité

des examens clinique et complémentaires permet de différencier la stomatodynie primaire des stomatodynies secondaires. Cette affection est probablement le résultat d'atteintes neuropathiques sensorielles des petites fibres de la muqueuse buccale. Elle devrait être discutée devant toute douleur à type de brûlure ou de paresthésies, buccale ou péri-buccale, sine materia, évoluant depuis plus de 3 mois chez une femme de 60 ans et plus [27]. Méconnue, elle donne lieu à des traitements dentaires ou médicaux intempestifs et aggravants. Son traitement repose principalement sur la prescription à doses filées d'anticonvulsivants gabaergiques.

Conclusions

L'amélioration de la santé bucco-dentaire de la population conduit à une moindre perte des dents, à moins de prothèses dentaires totales et au maintien en bouche d'un nombre significatif de dents : le résultat est, paradoxalement, l'accroissement relatif de la morbidité muqueuse dans la bouche des personnes âgées. Celle-ci est fortement liée aux prises médicamenteuses. Le médecin lorsqu'il introduit une nouvelle molécule auprès d'un de ces patients âgés polymédiqués peut s'attendre à des conséquences buccales, peut les prévenir lorsqu'elles sont anticipables, devrait ne pas tarder à les identifier lorsqu'elles se manifestent.

C'est au cours du grand âge que les maladies vésiculo-bulleuses de la jonction dermo-épidermique se manifestent du fait de la détérioration du système immunitaire : les atteintes buccales isolées ne sont pas rares. Elles ne devraient pas rester méconnues. Un traitement simple, le plus souvent topique, suffit fréquemment à les contrôler. La sécheresse

buccale est un problème majeur. Elle impacte la santé générale et la qualité de vie des personnes âgées. Elle altère également leur capacité à s'alimenter, le choix de la nourriture, la parole, les interactions sociales. Sa prise en charge est complexe et va de la mise en œuvre de petits moyens à l'utilisation de drogues de plus en plus spécifiques.

La douleur est certainement la première plainte buccale des personnes âgées. A côté des douleurs d'alerte qui révèlent les atteintes muqueuses symptomatiques, le médecin doit prendre en compte le fait que la douleur buccale traduit des désordres régionaux ou systémiques. Au contraire, la stomatodynie primaire, douleur buccale sine materia, doit être identifiée à partir de l'anamnèse et de l'examen clinique si l'on veut éviter la multiplication des investigations et des traitements inutiles.

De façon surprenante, l'importance de la santé bucco-dentaire des personnes âgées est souvent sous-estimée et négligée probablement plus encore chez les sujets âgés en perte d'autonomie par altération des fonctions cognitives et qui deviennent incapables de communiquer leurs douleurs dentaires ou tout autre problème relatif à la bouche.

Ce constat difficile pose à la fois le problème d'un nombre suffisant de professionnels de la santé bucco-dentaire dans les établissements médico-sociaux mais également celui de la formation des médecins au dépistage de base des lésions bucco-dentaires, à la mise en œuvre du traitement d'urgence le mieux adapté, au recours au dentiste ou au spécialiste en stomatologie si nécessaire.

Bibliographie sur demande



PEOPLE HAVE PRIORITY



Plus
de temps !

Stérilisateurs Lisa – La garantie pour une stérilisation Classe B 100 % sûre. Des propriétés technologiques innovatrices, comme le cycle ultrarapide ECO-B et le système 2CSCompact qui optimise la consommation d'eau et d'électricité, rendent le Lisa plus rapide,

plus efficace et plus économique. Non seulement vous gagnez de l'argent, mais il vous reste aussi plus de temps pour ce qui est important pour vous.

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

Lisa

Nouvelle génération

Vertise™ Flow | La Révolution Composite.



Basé sur la technologie OptiBond

- **Auto-adhésif.** Pas de procédure adhésive séparée. Restauration simple et performance clinique.
- **Adhésion forte à la dentine et à l'émail.** Incorpore la technologie des adhésifs OptiBond® prouvé cliniquement pour son excellente adhésion sur la dentine et l'émail.
- **Manipulation aisée.** Ne coule pas, possède une viscosité idéale pour les petites obturations (classe I et II), les scellements de sillons et fissures, la réparation céramique et comme liner pour les restaurations composites étendues.
- **Etanche.** Excellente intégrité marginale.
- **Propriétés mécaniques excellentes.** Obturations stables et durables.

OptiDisc® | Un disque à haute performance, un choix toujours plus facile !



Code couleur pour un choix facile

- **Translucidité.** Augmente la visibilité de la surface de travail.
- **Flexibilité.** La finesse du disque lui donne une plus grande
- **Durabilité.** Fabriqué en polyester résistant, imprégné de particules
- **Précision.** Mandrin au ras du disque et fixation brevetée pour les dents voisines et les tissus mous sont protégées et ne
- **Couche abrasive prête à l'emploi.** Pour une meilleure efficacité sont pas recouverts d'abrasif pour ne pas être coupants.

AVERTISSEMENT AUX JEUNES :

DENTS ET PIERCING NE FONT PAS BON MENAGE !

Reproduit du Contactpunct de septembre 2009 avec leur aimable autorisation



LIRAN LEVIN, DMD

Attaché au "Department of Oral Rehabilitation, School of Dental Medicine, Tel-Aviv University" et au département Parodontologie, School of Graduate Dentistry, Rambam Health Care Campus, Haïfa, Israël. Il est co-auteur de plus de 50 articles professionnels dentaires et s'occupe surtout de recherche dans les domaines de la parodontologie, des implants et des traumatismes dentaires.



YEHUDA ZADIK, DMD

Chef de service de la "Zrifin Central Dental Clinic, et du "Center for Health Promotion and Preventive Medicine", Medical Corps, Israël Defense Forces, Jerusalem, Israël. Il s'intéresse surtout aux aspects médicaux de la dentisterie, des traumatismes dentaires et de la dentisterie militaire.

On estime que 10 à 15 % de la population des 15 à 25 ans portent un piercing buccal, et ce pourcentage augmente. Cette vogue, qui a la même origine que la folie des tatouages, est généralement admise et peut être un signe d'individualité, de marginalité, de parure, du désir de s'insurger contre la société et/ou du besoin d'appartenir à un groupe déterminé. Mais les piercings sont moins innocents qu'ils ne paraissent.

Beaucoup de bactéries apparaissent tout naturellement dans la bouche. Quels que soient le soin et l'hygiène que l'on apporte à la pose d'un piercing, le risque de complications, telles que les inflammations, les saignements ou les lésions nerveuses est réel. Les piercings oraux peuvent endommager les dents en raison du cliquetis continu. L'atteinte de l'émail peut favoriser la carie et provoquer une hyper-sensibilité aux stimuli de l'environnement tels que le froid, la chaleur et les aliments acides. Il se peut que la gencive elle aussi souffre du contact permanent avec le fermoir.

Deux chercheurs à l'Université de Tel Aviv ont vu un grand nombre de jeunes gens avec des complications consécutives à des piercings oraux. Ils ont publié à ce sujet dans l'American Dental Journal. Vous trouverez leur article ci-dessous. Ils espèrent ainsi procurer aux médecins/dentistes une image correcte de ce phénomène et les informer des dangers.

Les adolescents ne sont pas faciles à convaincre, déclare le Dr Levin, mais le conseil qu'il donne aux parents est simple : "Essayez aussi fort que possible de dissuader votre enfant de faire un piercing. Il vous en sera reconnaissant quand il sera un peu plus vieux."



Récession gingivale typique en vestibulaire, au niveau des incisives inférieures centrales et usure des bords incisifs des incisives supérieures et inférieures, provoquées par un bijou porté à la lèvre (non représenté sur la photo).

LE PIERCING ORAL COMPLICATIONS ET EFFETS SECONDAIRES

Les dentistes doivent prendre conscience du nombre croissant de patients portant des piercings dans ou autour de la bouche et ils devraient être en mesure de donner un conseil approprié aux patients qui envisagent d'en faire poser un.

Introduction

De plus en plus de patients se présentent chez leur dentiste traitant, parés de bijoux posés dans les tissus péri-oraux (lèvres et joues) et intra-oraux, se limitant généralement à la langue, mais aussi dans d'autres zones anatomiques telles que le frein de la lèvre supérieure, la cavité buccale, etc. Le piercing conventionnel à la langue se situe habituellement sur le sillon médian, juste devant le frein lingual dans la zone sagittale, mais il peut également se présenter sur la face ventrale de la langue. Pour un piercing à la langue, on utilise habituellement un bijou en forme de clou ("spike") terminé aux deux extrémités par des petites boules vissées; ce bijou est posé dans la partie centrale, la plus épaisse, en évitant le frein lingual. Habituellement, la dimension de la barrette ou du "clou" est supérieure à l'épaisseur de la langue, ce qui lui permet de bouger. Au départ, on utilise un haltère surdimensionné pour éviter que l'objet ne s'enfouisse dans la muqueuse.

En 1992, Chen & Scully furent les premiers à publier, dans la littérature médicale, sur le piercing à la langue. Au cours de ces 15 dernières années, on a rapporté de nombreux cas qui faisaient état de différentes complications associées à cette intervention. Etant donné que la littérature se limite surtout à des cas individuels ou à de petits groupes de patients, il est difficile de décrire précisément l'ampleur des risques que courent les personnes possédant un piercing oral. Le nombre de complications associées à un piercing à la langue pourrait être considérable et pourrait constituer un problème important pour la santé générale, surtout parmi les jeunes gens et les jeunes adolescents. Dans la plupart des pays occidentaux, les perceurs ne possèdent habituellement pas d'autorisation et ont appris cette pratique par eux-mêmes sans disposer de beaucoup de connaissances cliniques et/ou anatomiques. De plus, il n'existe, pour l'instant, aucun mécanisme régulateur significatif capable de guider les personnes pratiquant ce métier ou de protéger celles sur qui on pratique un bodypiercing. Cet essai analyse la littérature pertinente sur le piercing oral afin d'informer les dentistes de la prévalence, des complications et de leurs effets secondaires potentiels.

Matériau et méthodes

Cette étude se base sur la littérature scientifique relative au piercing oral parue en anglais entre 1992 et août 2007. Pour être prises en considération, les études devaient contenir des

données pertinentes sur la prévalence du piercing oral et/ou des données sur les complications et les effets secondaires associés au piercing oral. Lorsque plus d'une publication renvoyait aux mêmes données, c'est le rapport le plus récent qui fut utilisé. On ne posa pas de limites quant au projet de l'étude. Les tests cliniques randomisés et non-randomisés, les études prospectives, les études de contrôle de cas et les comptes rendus de cas furent tous pris en considération. Il fallait un compte rendu portant sur au moins huit patients et leurs données.

On procéda à une enquête Medline, au cours de laquelle on utilisa le "PubMed-Bibliographic Index", pour retrouver des articles cliniques parus entre janvier 1992 et août 2007. Deux examinateurs scrutèrent les titres et les résumés coïncidant avec les critères d'insertion. En cas de besoin, on demanda le texte complet pour une évaluation plus approfondie. On demanda le texte complet de tous les essais que les examinateurs estimaient appropriés. On résolut les divergences d'opinions par la discussion.

Résultats

Au total 108 articles, pour la plupart des comptes rendus de cas, furent examinés et analysés. Seuls 11 d'entre eux relaient la prévalence du piercing oral ou de la prévalence des complications et des effets secondaires.



Fig. 1. Usure dentaire typique au niveau des incisives supérieures et inférieures chez une jeune femme de 20 ans, consécutive au frottement constant d'un bijou placé dans la lèvre inférieure.

*Le bijou a été enlevé, mais on remarque une usure dentaire irréversible (flèche) et l'endroit du piercing dans la lèvre inférieure (pointe de la flèche).
Merci au Dr. Liran Levin et au Dr. Yehuda Zadik.*

Tableau 1. Résultats des articles qui satisfaisaient aux critères d'insertion et les comptes rendus de la prévalence du piercing oral.

Auteur	Population	Nombre de participants	Prévalence du piercing
Campbell et al ⁽¹⁰⁾	Loma Linda, CA, USA	52	NA (pas d'application)
De Moor et al ⁽¹¹⁾	Belgium	50	NA
Kieser et al ⁽¹⁵⁾	New Zealand	43	NA
Levin et al ⁽³⁾	Israel	79 (389)**	20,3%
Venta et al ⁽⁵⁾	Finland	8 (234)**	3,4%
Leichter et al ⁽¹⁴⁾	New Zealand	91	NA
López-Jornet et al ⁽¹³⁾ López-Jornet &	Spain	30	NA
Camacho-Alonso ⁽¹⁶⁾	Spain	97	NA
Pearose et al ⁽⁴⁾	Buffalo, NY, USA	49 (508)**	10%
Stead et al ⁽¹²⁾	South West of England	123	NA
Kapferer et al ⁽⁹⁾	Austria	50	NA

* Nombre d'individus portant un piercing.

** Le nombre entre parenthèses renvoie à l'ensemble de la population étudiée.

Le tableau 1 montre les résultats des articles qui satisfaisaient aux critères d'insertion. Trois études faisaient rapport de la prévalence du piercing oral (oscillant entre 3,4% et 20,3%). Levin et al mentionnaient une prévalence de 20,3% parmi les jeunes militaires israéliens (dont l'âge variait entre 18 et 24 ans), Pearose et al relataient une prévalence de 10% parmi les élèves âgés de 14 à 19 ans de l'enseignement secondaire de Buffalo, tandis que Venta et al rencontraient une prévalence de 3,4% parmi les étudiants finlandais en première année d'université (l'âge moyen était de 20,6 ans).

Les complications post-opératoires immédiates étaient le plus souvent la tuméfaction et/ou les infections (24%-98%), la douleur ou la sensibilité (14%-71%) et le saignement ou

l'hématome, de même que les troubles du langage et de l'alimentation ainsi que la perte de sensibilité (Tableau 2).

Les complications en rapport avec les bijoux étaient principalement les fractures et l'usure dentaires (14%-41%), Figures 1 et 2) et la récession gingivale (19%-68%, Fig. 3). L'ingestion de bijoux, l'excès de salive, les troubles gustatifs et l'halitose n'étaient pas rares (Tableau 3).

Tableau 2. Prévalence des complications post-opératoires du piercing oral à court terme.

Complication	Auteur	Prévalence (%)
Tuméfaction et/ou infection	Stead et al ⁽¹²⁾	98
	Levin et al ⁽³⁾	52
	Pearose et al ⁽⁴⁾	44
	López-Jornet & Camacho-Alonso ⁽¹⁶⁾	47
	Kieser et al ⁽¹⁵⁾	28
	López-Jornet et al ⁽¹³⁾	27
	De Moor et al ⁽¹¹⁾	24
Douleur ou sensibilité	Stead et al ⁽¹²⁾	71
	López-Jornet & Camacho-Alonso ⁽¹⁶⁾	38
	Pearose et al ⁽⁴⁾	22
	De Moor et al ⁽¹¹⁾	14
	Kieser et al ⁽¹⁵⁾	14

Saignement ou hématome	Levin et al ⁽³⁾	46
	Stead et al ⁽¹²⁾	43
	Pearose et al ⁽⁴⁾	10
	López-Jornet & Camacho-Alonso ⁽¹⁶⁾	8
	De Moor et al ⁽¹¹⁾	6
Trouble du langage	Stead et al ⁽¹²⁾	51
	De Moor et al ⁽¹¹⁾	14
Problème d'alimentation	Stead et al ⁽¹²⁾	66
	De Moor et al ⁽¹¹⁾	10
Perte de sensibilité	Pearose et al ⁽⁴⁾	13



Fig. 2. Eclat de l'émail de l'incisive centrale gauche dû à un bijou labial (enlevé entre-temps). L'endroit du piercing est visible au centre de la lèvre inférieure. Merci au Dr. Liran Levin et au Dr. Yehuda Zadik.

Tableau 3. Prévalence des complications du piercing oral provoquées par les bijoux.

Complication	Auteur	Dispersion (%)
Fractures et abrasion	Pearose et al ⁽⁴⁾	41
	Stead et al ⁽¹²⁾	31
	Kieser et al ⁽¹⁵⁾	28
	López-Jornet et al ⁽¹³⁾	20
	Campbell et al ⁽¹⁰⁾	19
	Levin et al ⁽³⁾	14
	López-Jornet & Camacho-Alonso ⁽¹⁶⁾	13
Récession gingivale	Leichter et al ⁽¹⁴⁾	68
	Kapferer et al ⁽⁹⁾	68
	Kieser et al ⁽¹⁵⁾	28
	Levin et al ⁽³⁾	27
	López-Jornet & Camacho-Alonso ⁽¹⁶⁾	24
	Campbell et al ⁽¹⁰⁾	19
Ingestion de bijoux	Stead et al ⁽¹²⁾	34
	López-Jornet et al ⁽¹³⁾	7

Excès de salive	Venta et al ⁽⁵⁾	63
	López-Jornet et al ⁽¹³⁾	20
	López-Jornet & Camacho-Alonso ⁽¹⁶⁾	14
Troubles gustatifs (perte, métallique)	López-Jornet et al ⁽¹³⁾	17
	Pearose et al ⁽⁴⁾	11
	López-Jornet & Camacho-Alonso ⁽¹⁶⁾	9
Halitose	López-Jornet et al ⁽¹³⁾	13
	López-Jornet & Camacho-Alonso ⁽¹⁶⁾	4

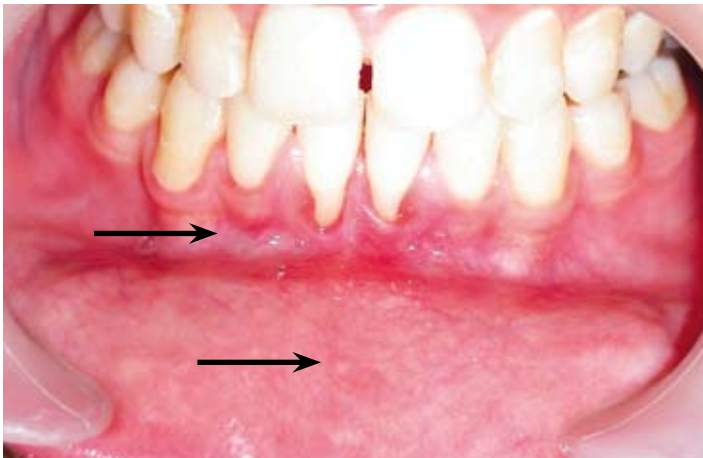


Fig. 3. Récession gingivale typique sur la face labiale des incisives centrales inférieures (flèche) d'un jeune homme de 18 ans, due à un bijou placé au niveau de la lèvre inférieure. La pointe de la flèche indique l'endroit du piercing. Merci au Dr. Liran Levin et au Dr. Yehuda Zadik.

Discussion

Le bodyart (c-à-d le piercing et le tatouage) est populaire et est devenu un phénomène de mode de la société moderne. En 2000-2001, un quart des soldats de la marine et la moitié des populations d'étudiants universitaires déclaraient qu'à ce moment ou dans le passé, ils avaient eu un bodypiercing (lobe de l'oreille exclu). On trouvait un piercing oral chez 3,4% (Etats-Unis), 10% (Finlande) et 20,3% (Israël) de la population étudiée. Il est important pour les dentistes de reconnaître l'intervention et ses effets secondaires. Il est intéressant de noter que les trois rapports sur la prévalence du piercing oral recouraient à différentes populations, d'âge, de statut social, de race ou d'ethnie différents. Cependant, le piercing oral n'est pas rare, ainsi qu'il ressort de leurs rapports.

L'Institut National de la Santé a identifié le piercing en tant que vecteur potentiel de la transmission des virus transmis par le sang, tels que le VIH, l'hépatite (B, C, D et G), le virus de l'herpès et celui d'Epstein-Barr. Ce constat est inquiétant, étant donné que les mesures anti-infectieuses prises lors d'un bodypiercing se révèlent inefficaces dans beaucoup de cas. Bien que de nombreux perceurs déclarent qu'ils portent des gants pendant l'intervention, la plupart d'entre eux n'ont pas de connaissances légalement reconnues des mesures anti-infectieuses ou n'en ont pas l'expérience quand ils pratiquent cette opération invasive. De cette étude, il ressortait que l'infection locale est une complication générale (24%-98%) et qu'elle est le plus grave de tous les effets secondaires. En outre, la plupart des perceurs ne sont pas conscients du risque d'endocardite bactérienne consécutive à un piercing

oral pour lequel il faut administrer des antibiotiques avant une opération invasive accompagnée de saignement.

La tuméfaction et/ou l'infection représentaient des complications apparaissant immédiatement après l'opération. Dans les cas d'inflammation de la langue causée par un piercing, Shacham et al. suggéraient que le médecin retire le bijou, enlève les débris locaux, commence un traitement aux antibiotiques et prescrive des bains de bouche à la chlorhexidine. Les patients doivent être suivis de près pour garder le contrôle sur l'extension de l'infection. L'ouverture se refermera généralement de manière spontanée.

L'enfouissement du bijou est habituellement provoqué par les perceurs ayant une mauvaise formation, par une pression excessive exercée pour poser le bijou et par l'utilisation d'un bijou inapproprié. Si l'enfouissement se produit, il faut procéder à l'ablation chirurgicale de l'objet.

Les autres complications relevées sont diverses et varient entre les effets constituant une menace potentielle pour la vie tels que le phlegmon du plancher buccal (Fig. 4), l'obstruction des voies respiratoires, le saignement persistant et l'endocardite infectieuse, et les lésions traumatiques des dents (Figuren 1, 2), des tissus parodontaux (Fig. 3) et des autres tissus mous oraux (Figures 5-7).

Pour visser la boule sur l'haltère, on saisit la barre entre les incisives supérieures et inférieures, d'une manière telle que les dents peuvent être abîmées (Fig. 1). Le fait de jouer avec le bijou peut également provoquer des lésions gingivales et

un excès de salive. Les patients possédant un piercing oral peuvent courir un risque accru de perte considérable d'attache parodontale au niveau des dents proximales. Les complications causées par les bijoux sont, le plus souvent, les fractures et l'usure dentaires et les récessions gingivales.



Fig. 4. Deux anneaux entourant le frein lingual au niveau du plancher buccal chez un jeune homme de 19 ans. Ce type de piercing oral peut constituer une menace pour la vie, en raison du développement potentiel d'un phlegmon du plancher buccal.
Merci au Dr. Liran Levin et au Dr. Yehuda Zadik.

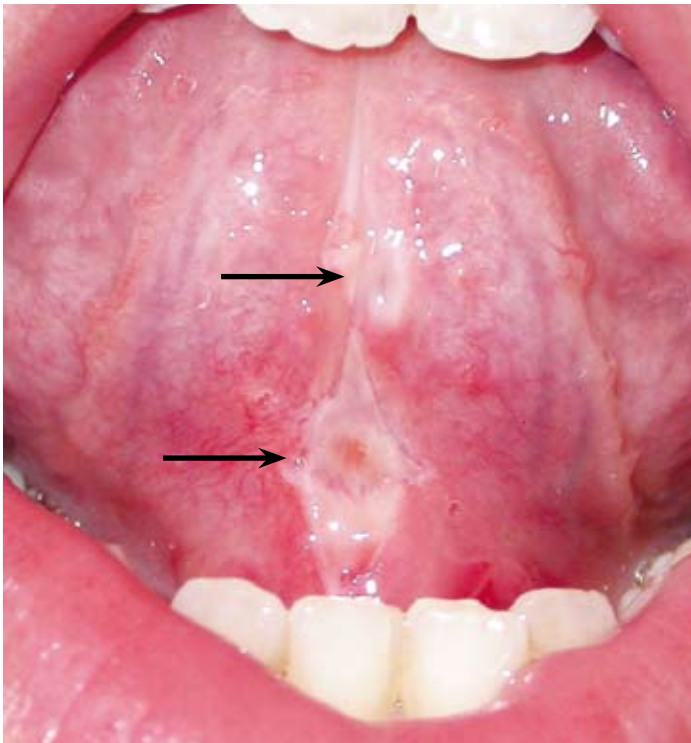


Fig. 5. Ulcération de la face ventrale du frein lingual, à l'endroit où s'appuie l'une des boules d'un bijou chez une jeune femme de 18 ans (flèche). La pointe de la flèche indique l'endroit du piercing.
Merci au Dr. Liran Levin et au Dr. Yehuda Zadik.



Fig. 6. Tissu cicatrisé à l'endroit d'un ancien piercing à la face intra-orale de la lèvre inférieure chez un jeune homme de 20 ans.
Merci au Dr. Liran Levin et au Dr. Yehuda Zadik.



Fig. 7. . Une lésion fibreuse réactive située à l'extrémité de la langue (flèche) chez un jeune homme de 21 ans, due au frottement continu, pendant 2 ans, d'un bijou posé à la lèvre inférieure. La pointe de la flèche indique l'endroit du piercing.
Merci au Dr. Liran Levin et au Dr. Yehuda Zadik.

La pratique du piercing oral exige une législation capable de protéger le consommateur, surtout parce que ce type de bodyart se présente de plus en plus. Vu le nombre croissant de patients possédant des piercings intra- et péri-oraux, les médecins traitants doivent être prêts, non seulement à traiter les problèmes tels qu'un endommagement potentiel des tissus dentaires et gingivaux, ainsi que le risque d'infection buccale, mais aussi, à donner un conseil approprié aux patients qui envisagent un bodypiercing dans la zone buccale. Etant donné la pauvreté du niveau de connaissances générales, les patients doivent être informés des dangers que peut entraîner un piercing dans la cavité buccale.

De la même manière que le personnel du secteur des soins de santé s'est engagé dans les campagnes anti et sans tabac, les médecins doivent élever la voix pour attirer l'attention des gens sur les risques médicaux et dentaires associés au piercing oral et aux bijoux buccaux. En outre, les professionnels des soins de santé doivent insister sur le fait que le port de bijoux de piercing dans la zone buccale, même pendant des périodes relativement courtes, peut provoquer d'importantes malformations buccales, qui ne peuvent être traitées que chirurgicalement et qui, en fait, peuvent entraîner la perte des dents voire même être mortelles.

Aux patients qui insistent pour faire exécuter un piercing, l'Académie Américaine des Médecins généralistes conseille de chercher un perceur qui se soit familiarisé avec les mesures anti-infectieuses, y compris l'utilisation d'instruments jetables et de gants de protection, et qui soit en possession d'un autoclave destiné à la stérilisation entre deux patients. Selon l'Académie Américaine des Médecins généralistes, il est conseillé de chercher quelqu'un qui utilise des instruments propres et stérilisés. On ne peut pas essayer de se percer soi-même ou le faire faire par quelqu'un d'autre qu'un perceur professionnel. Bien que 7% seulement des personnes portant un piercing aient pris l'avis d'un professionnel des soins de santé, les médecins doivent, avant d'approuver un bodypiercing, être informés de l'état médical du patient, comme : le diabète, les maladies cardiaques, la prise de stéroïdes ou d'anti-coagulants, et de la nécessité d'une prémédication en guise de prophylaxie contre l'endocardite bactérienne. Il faut éviter les piercings sur les parties infectées du corps.

En général, pour pratiquer un piercing oral, on préférera un court haltère ("barbell") en plastique à un haltère métallique. Si l'on opte pour le métal, l'or et l'argent représentent le meilleur choix.



Barrettes typiques métallique (au-dessus) et synthétique (en-dessous) employées pour un perçage à la langue.

Après la pose de l'objet en bouche, il faut donner des directives pour une hygiène buccale soignée comprenant les bains de bouche à la chlorhexidine pendant 2 semaines. Le bijou doit être nettoyé au moins une fois par jour à l'aide de gaze afin d'éviter une accumulation de bactéries. Le patient doit être référé à un dentiste pour un examen périodique et pour de nouvelles directives d'entretien.

En conclusion : les dentistes doivent prendre conscience du nombre croissant de patients possédant des piercings oraux et ils doivent être en mesure de donner un conseil approprié à ceux qui envisagent un piercing dans la zone buccale.

Remerciements : A Madame Rita Lazar, éditeur scientifique, The Maurice and Gabriela Goldschleger School of Dental Medicine, Tel-Aviv University, pour son aide rédactionnelle.

Bibliographie sur demande.

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

formation continue

S o m m a i r e

- 36** Vaincre l'épuisement professionnel - Bruxelles
Gestion des conflits - Bruxelles
- 37** Gérodontologie - Namur
- 39** What's new? - Bruxelles
- 40** Photographie - Bruxelles
Dentisterie esthétique adhésive - Bruxelles

De sérieux problèmes de gencives...



Gel dentaire € 4.²⁰
Bain de bouche € 4.⁴⁰
Spray € 5.⁷⁷

...nécessitent des solutions radicales

Le bain de bouche Corsodyl: la référence pour le traitement des sérieux problèmes de gencives. De surcroît, l'efficacité de la chlorhexidine à 0,2 % a été prouvée dans plus de 200 études cliniques. Il existe d'autres produits Corsodyl comme le gel dentaire ou le

spray buccal pour les problèmes plus locaux qui ont également prouvé leur efficacité. Souhaitez-vous en savoir plus? Nos spécialistes Corsodyl se feront un plaisir de vous aider à déterminer les solutions appropriées aux différents problèmes de gencives rencontrés.



THE STANDARD



GlaxoSmithKline Consumer Healthcare s.a. • Dental Marketing • Rue du Tilleul, 13 • B-1332 Genval • 02 656 27 03

Caractéristiques du produit en raccourci Corsodyl bain de bouche, spray et gel dentaire.

COMPOSITION Bain de bouche et spray: Chlorhexidin, Digluconas 0,2 % m/v, gel dentaire: Chlorhexidin, digluconas 1 % w/w

INDICATIONS La solution de Corsodyl est indiquée dans la prévention et le combat de la plaque dentaire, dans le traitement de la gingivite simple ou ulcéreuse, dans le traitement des parodontopathies d'origine infectieuse telles que les stomatites sur prothèse, comme désinfectant lors des interventions parodontales et en présence d'aphtes ulcérés ou dans d'autres infections oropharyngiennes, notamment les candidiases. Le spray est indiqué lorsque le rinçage de la bouche est déconseillé, à la suite d'interventions parodontales ou chez les patients handicapés physiquement. Corsodyl gel dentaire est indiqué dans le traitement de la gingivite marginale et ulcéreuse, peut être également utilisé après une intervention parodontale pour favoriser la guérison de la gencive, est utile pour le traitement d'ulcères récurrents et d'infections buccales à candida (par ex stomatites et aphtes) et peut être également utilisé pour la prévention des caries, lorsque les méthodes conventionnelles sont insuffisantes en raison d'une susceptibilité élevée à la carie ou d'une impossibilité à utiliser des méthodes habituelles.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Bain de bouche : Se rincer la bouche deux fois par jour durant 1 minute avec environ 10 ml de la solution (= un bouchon doseur rempli) ou conformément aux indications du médecin/dentiste. **Spray** : Vaporiser sur les dents deux fois par jour ou selon l'avis du médecin/dentiste. La quantité maximale est de 12 vaporisations (0,14 ml/vaporisation), deux fois par jour.

Gel dentaire : • problèmes gingivaux et parodontaux, se brosser les dents 2 fois par jour pendant 2 semaines avec 2,5 cm de gel déposés sur la brosse, pendant une durée d'au moins 1 minute ou selon l'avis du médecin ou du dentiste. • le traitement des aphtes, 2,5 cm de gel seront appliqués au niveau des muqueuses au moyen de l'index, 2 fois par jour. • caries dentaires, 2,5 cm de gel sont placés dans la gouttière préformée et appliqués quotidiennement sur les dents, de préférence le soir, et maintenus pendant 5 minutes. Le traitement sera poursuivi pendant 2 semaines et éventuellement renouvelé après 3 ou 4 mois. Simultanément, d'autres mesures préventives doivent être prises, comme la diminution de prise de sucre et le brossage des dents deux fois par jour à l'aide d'un dentifrice contenant du fluor. L'application professionnelle de fluor et la fermeture des interstices peuvent également se révéler utiles dans le cadre de cette prévention. • En cas de stomatite sous prothétique à Candida, environ 2 cm de gel sont appliqués au niveau de l'intrados de la prothèse complète qui sera maintenue pendant 10 minutes en bouche, avant d'être enlevée et rincée. Avant de réinsérer la prothèse, la bouche sera également rincée à l'eau. L'utilisation chronique de Corsodyl nécessite un contrôle régulier par un médecin ou un dentiste. Pour le traitement d'une gingivite, il est recommandé de poursuivre le traitement pendant un mois.

CONTRE-INDICATIONS Hypersensibilité à la chlorhexidine ou l'un des excipients. Comme il est de règle pour la plupart des antiseptiques, Corsodyl ne peut être mis en contact avec le tissu cérébral, les méninges, le canal médullaire vertébral ou l'oreille.

EFFETS INDESIRABLES Au cours d'un usage répété, une coloration brunâtre des dents et de la langue peut apparaître. La coloration de la langue disparaît après l'arrêt du traitement. La coloration des dents peut être évitée en se brossant les dents avec un dentifrice traditionnel avant d'utiliser Corsodyl. Si l'utilisation d'un dentifrice est insuffisante ou impossible, le détartrage ou le polissage des dents peut être utile. Certains matériaux d'obturation et de prothèse sont également susceptibles de présenter le même type de coloration. Une attention particulière doit être apportée lors d'obturations esthétiques ou de prothèses des dents antérieures. En début de traitement peut apparaître une perturbation du goût. Une sensation de brûlure de la langue peut exister. Ces symptômes disparaissent le plus souvent si l'on poursuit le traitement. Des effets indésirables dus à la chlorhexidine peuvent se présenter occasionnellement. Il s'agit de réactions allergiques (érythème, urticaire, dyspnée, choc anaphylactique) ou d'irritations cutanées. Corsodyl solution peut induire d'une desquamation (écaillage) orale. L'utilisation peut habituellement être poursuivie en diluant la solution (diluer 5 ml de solution Corsodyl dans 5 ml d'eau). Il est parfois nécessaire d'arrêter le traitement. Très exceptionnellement un gonflement des glandes salivaires a été rapporté. Celui-ci disparaît à l'arrêt du traitement.

NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ • Bain de bouche 981 IS 146 F11 • Spray 981 IS 144 F11 • Gel dentaire 981 IS 153 F7

CONDITIONNEMENT ET STATUT LEGAL DE DELIVRANCE • Bain de bouche : flacon 200 ml, litre; • Spray : 60 ml, litre; • Gel dentaire : tube 50 g, litre.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE 2010

Ergonomie

Judi 20 mai 2010 (complet)
07 octobre 2010
18 novembre 2010
09 décembre 2010
de 10:00 à 14:00,

Fabienne PAPAIZAN
Ostéopathe DO



Implantologie

Samedi 20 novembre 2010
de 9:00 à 17:00

Dr German O GALUCCI
Boston USA



Gestion des conflits

Judi 30 sept. 2010
de 09:00 à 17:00

Dr. Patrick MESTERS
Neuropsychiatre
Fatima AZDIHMED
Coach



Dentisterie esthétique adhésive

Cycle de formations théoriques et pratiques en 3 séances

Vendredi 24 septembre
29 octobre
26 novembre
de 9h00 à 18h00

Dr J Sabbagh
DCD, MSc, PhD, FICD



Vaincre l'épuisement professionnel

Cycle de 5 ateliers anti-burnout,

Dr. Patrick MESTERS
Neuropsychiatre
Fatima AZDIHMED
Coach



NYU in Belgium

Current Concept in American Dentistry :
Aesthetic, Restorative & Surgical Considerations

Dr Stephen CHU, Dr Edgar EL SHAAR, Dr Christian STAPPERT, Dr Michael SOMNICK

Vendredi 7 & Samedi 8 mai 2010
de 9:00 à 17:00



Gérodontologie

Samedi 18 septembre 2010
de 9:00 à 17:00

Dr Carlos Madrid
M Jean-Pierre Borgers



PHOTOGRAPHIE

Judi 10 juin 2010 (complet)
23 septembre 2010
02 décembre 2010
de 20:00 à 22:00

M Didier DEBECKER



What's new ?

Samedi 23 octobre 2010
de 9:00 à 12:30



association dentaire belge francophone

**SOCIETE DE
MEDECINE
DENTAIRE**
asbl

Vaincre l'épuisement professionnel

Cycle de 5 ateliers anti-burnout,

Dr. Patrick MESTERS
Neuropsychiatre
Fatima AZDIHMED
Coach



Dr. Patrick MESTERS - Fatima AZDIHMED

Vaincre l'épuisement professionnel

RESTE 2 PLACES

Cycle de 5 ateliers anti-burnout,
17/09, 01/10, 26/11, 03/12, 17/12

1° séance : exposé et session questions réponses : burnout, symptômes, risques, diagnostic différentiel, conséquences

Dr P Mesters - vendredi 17 septembre de 14h à 16h30

2° séance : évaluation de l'incertitude professionnelle et de l'épuisement, perception de la réalité et du stress, équilibre vie familiale / vie professionnelle, estime de soi

Dr P. Mesters - vendredi 01 octobre, de 14h00 à 18h00

3° séance : identification des priorités et objectifs personnels et professionnels pour combattre le surmenage en tenant compte de l'influence de l'environnement sur les objectifs

Mme Azdihmed - vendredi 26 novembre de 14h00 à 18h00

4° séance : les mécanismes de la pensée, garantir un retour sur l'investissement optimal en cours de changement

Mme Azdihmed - vendredi 03 décembre de 14h00 à 18h00

5° séance : les valeurs humaines et professionnelles, projection dans l'avenir, plan d'action

Mme Azdihmed - vendredi 17 décembre de 14h00 à 18h00

Plus de détails sur www.dentiste.be



Accréditation demandée : 120 UA dom 2 - Formation continue 18 hrs.
Détails et inscriptions sur www.dentiste.be

Gestion des conflits

Jeudi 30 sept. 2010
de 09:00 à 17:00

Dr. Patrick MESTERS
Neuropsychiatre
Fatima AZDIHMED
Coach



Dr. Patrick MESTERS - Fatima AZDIHMED

Gestion des conflits

30 septembre de 9h à 17h

Atelier pratique sur la gestion et prévention des conflits

But : Acquérir les clés, techniques et réflexes qui permettent d'identifier les conflits, les éviter et s'en extraire.

Plus de détails sur www.dentiste.be

Thierry Charles
Licencié en Sciences Dentaires à l'ULB 1978
Chargé de cours à l'ULB
Assistance Clinique Erasme
Pratique Privée

COMPLET



Accréditation demandée : 40 UA dom 2 - Formation continue 6 hrs.
Détails et inscriptions sur www.dentiste.be

Gérodontologie

Samedi 18 septembre 2010
de 9:00 à 17:00

Dr Carlos MADRID
M Jean-Pierre BORGERS
Pr Marc LAMY
M Alain GAMBIEZ
M Fabrice BOLLAND



Gérodontologie

Prescriptions médicales chez le sujet âgé : enjeux pour le dentiste

Dr Carlos MADRID – Lausanne CH

- Directeur Médical du Service de Stomatologie et de Médecine Dentaire de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne
- Maître de Conférences des Universités (UK : Senior Lecturer, US : Associate Prof)
- Expert pour les dispositifs biomédicaux de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

Soins dentaires aux seniors : trucs et astuces

M Jean-Pierre BORGERS

- Dentiste généraliste ULg 1976
- Spécialiste en réhabilitation orale adulte ULg 1981
- Pratique privée

Salive et personnes âgées

Pr Marc LAMY

- Docteur en Médecine dentaire.
- Chargé de Cours à l'Université de Liège.
- Chef de Service CHU Sart Tilman Liège.
- Prothèse amovible - Prothèse sur implants - Occlusodontologie

Les soins de dentisterie conservatrice prodigués aux personnes âgées non dépendantes et les matériaux à utiliser (problématique de la dent vieillissante)

Alain GAMBIEZ

- Maître de Conférences des Universités,
- Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherches Dentaire Département d'Odontologie Conservatrice Endodontie - Université de Lille 2

Prise en charge parodontale des patients âgés

Fabrice BOLLAND

- Post-graduat en Parodontologie ULg
- DEA Implantologie ULg
- Master Sédation consciente Univ. Strasbourg
- DIU Carcinologie orale Univ. Paris 7

Accréditation demandée : 40 UA dom 1, 4, 7 - Formation continue 6 hrs.

Détails et inscriptions sur www.dentiste.be





Fabienne PAPAZIAN

Ergonomie

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



Tout sur les nouveautés présentes au salon DENTEX 2010

Accréditation demandée : 20 UA dom ? - Formation continue 3 hrs.

Détails et inscriptions sur [www.dentex.be](http://www.dentiste.be)





Didier DEBECKER

Mise en pratique de la photographie numérique dentaire

De nombreux praticiens souhaitent améliorer leur communication vers les patients et le laboratoire, la photographie digitale peut les y aider grandement. Nous avons invité le prothésiste Didier Debecker, qui possède une longue expérience en la matière, à partager ses connaissances en photographie numérique dentaire.

L'équipement nécessaire (quel appareil, quel flash, quel objectif) sera détaillé de façon pratique. Les trucs et astuces pour communiquer efficacement avec le prothésiste seront dévoilés. Didier Debecker abordera également la meilleure manière d'individualiser les détails de teinte et de transparence des couronnes et bridges à partir des images numériques.

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



Dr Joseph SABBAGH

Dentisterie esthétique adhésive

Cycle de formation théorique et pratique* en 3 séances. Nombre limité à 12 participants

Cette formation s'adresse aux dentistes souhaitant actualiser et mettre à jour leurs connaissances en dentisterie adhésive et esthétique.

Le programme comprend 24 heures de cours et de travaux pratiques réparties en 3 journées. Le Dr Sabbagh répondra clairement et pratiquement à toutes les questions que se posent les dentistes dans leur pratique quotidienne :

- Quel système adhésif choisir : total etch ou self-etch ?
- Faut-il utiliser un fond de cavité sous une restauration en composite ?
- Quel appareil de lumière choisir : LED ou halogène ?
-

(*) Tout le matériel nécessaire est fourni

Accréditation demandée : 150 UA dom 4 - Formation continue 22h30
Détails et inscriptions sur www.dentiste.be



'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.jechoisislabonneformule.be

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.



infos professionnelles

S o m m a i r e

- 45** Refus de remboursement
d'un détartrage sous-gingival
M. DEVRIESE
- 46** Pension et Statut social
M. DEVRIESE
- 47** Qui est encore à votre charge ?
C. RIGAUX



**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.





Refus de remboursement d'un détartrage sous-gingival

Plusieurs confrères nous posent la question de savoir ce qu'il en est à propos du lien entre détartrage sous-gingival et DPSI. En effet, nos confrères des CSD ont récemment écrit que « *OUI, l'exigence est que ce DPSI soit attesté (donc effectué) par le dentiste avant tout détartrage sous-gingival* ».

Attention : il n'en est rien !

Que dit la législation ?

L'intervention pour les prestations de détartrage sous-gingival n'est due que :

- *si sur le même quadrant, durant la même année civile ou l'année civile précédente, une prestation de nettoyage pro phylactique ou de détartrage a été remboursée,*
- *et si chez le bénéficiaire, durant la même année civile ou l'année civile précédente une prestation de détermination du DPSI a été faite,*
- *et si un score DPSI d'au moins 3+ a été mesuré,*
- *et si le traitement a été fait sous anesthésie locale, par infiltration ou par tronculaire.*

Relisons bien : « - *et si chez le bénéficiaire, durant la même année civile ou l'année civile précédente une prestation de détermination **du DPSI a été faite,*** »

« Faite » dans ce cas ne signifie nullement « attestée ».

Les résultats de l'examen DPSI doivent être consignés dans le dossier du patient.

Ce sujet a encore été récemment abordé au Conseil Technique Dentaire. Si la volonté avait été de lier le détartrage sous-gingival dans une règle de continuité comme elle existe pour le détartrage « normal », le texte aurait été écrit différemment.

La règle de continuité pour le détartrage « normal » est la suivante » :

A partir du 18e anniversaire, le droit à l'intervention de l'assurance pour les prestations de détartrage est conditionné, pour le bénéficiaire, par le recours, au cours de l'année civile précédant celle pendant laquelle la prestation est effectuée, soit à une consultation effectuée par un praticien de l'art dentaire ou à une prestation dentaire visée par le présent article, ayant fait l'objet d'une intervention en vertu de la législation belge d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun.

En conclusion :

Oui, la règle de continuité du détartrage « normal » est bien lié à un remboursement d'une prestation (= « *ayant fait l'objet d'une intervention* »).

NON, la règle du détartrage sous-gingival ne lie **PAS** celui-ci au remboursement d'un DPSI, mais simplement au fait que celui-ci a été « **fait** », donc notifié au dossier. Même s'il n'a pas été attesté, même s'il n'a pas été remboursé.

MD 14 06 2010



Pension et Statut social

Question d'un membre : *je suis pensionné (plus de 65 ans), conventionné, travaillant en société avec une rémunération limitée au maximum légal pour un indépendant pensionné actif.*

Ai-je droit au statut social de l'INAMI et quelles sont les conditions d'octroi ?

Réponse : L'INAMI confirme qu'un praticien de l'art dentaire retraité (bénéficiant d'une pension légale de retraite) mais qui exerce un travail autorisé (limites imposées par le secteur des Pensions) peut continuer à bénéficier du statut social, toutes autres conditions étant remplies.

On part du principe que ce praticien collabore toujours à l'assurance soins de santé obligatoire et dès lors, peut bénéficier du statut social.

Les conditions de l'Accord vous sont bien connues : respect des tarifs, etc.

Nous attirons toutefois votre attention sur le MINIMUM d'heures imposées par l'Accord : au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle complète, avec un **minimum de 8 heures (par semaine) aux conditions de l'Accord**.

MD

Dent de lait persistante en cas d'agénésie et collage.

Question d'un membre : Quels codes utiliser pour une reconstitution complète en composite avec collage sur une canine de lait (la définitive étant incluse) chez un adulte de 50 ans ?

Réponse : la règle générale veut que l'attestation d'un collage est généralement interdite sur une dent de lait.

Mais il est prévu dans la nomenclature que le collage peut s'appliquer sur une dent de lait si celle-ci se substitue à une dent définitive agénésique.

Le texte légal dit ceci : « *Pour la prestation de collage, lors de l'agénésie d'une dent définitive, la dent lactéale correspondante est assimilée à cette dent définitive* ».

Malheureusement, cette clarification n'existe que pour le collage. Cette exception n'a pas encore été apportée pour les codes d'obturations. Et cela a son importance, puisque les restaurations les plus lourdes (restauration de cuspidés, de bords incisifs et de reconstitutions complètes de la couronne) ne sont pas prévues pour les dents de lait.

En attente de cette clarification, nous vous conseillons dès lors d'agir comme s'il s'agissait d'une dent définitive. Vous indiquez donc sur l'attestation le n° de la canine définitive. Vous attestez l'obturation et le collage. Sans autre mention.

Vous veillerez à indiquer dans votre dossier que la dent de lait se substitue à la dent définitive.

Cette façon de faire n'a toutefois pas jusqu'ici fait l'objet d'une décision formelle du Conseil Technique Dentaire. Nous espérons que celui-ci pourra lever le "flou" à ce propos.

Il n'est pas normal qu'il ait prévu l' « exception agénésique » pour la prestation complémentaire (le collage) et non pas pour la prestation principale (l'obturation).

MD

Qui est encore à votre charge ?

Vous avez une fille qui a plus de 18 ans et qui est partie faire un échange d'un an à l'étranger, un fils qui a un kot pour ses études, un petit dernier qui a travaillé l'été dernier pour se faire de l'argent de poche et finalement votre mère a décidé de venir s'installer chez vous ! Et vous ne savez pas qui peut être considéré fiscalement à votre charge... Alors, voici quelques règles de base pour s'y retrouver.

Dans un premier temps, il faut savoir que seuls les descendants (enfants, petits-enfants), les ascendants (parents, grands-parents), les frères et sœurs et les parents adoptifs peuvent être à votre charge. Par conséquent, votre conjoint, cohabitant légal ou encore votre grande-tante ne peuvent par contre être considérés à votre charge.

Notons que la qualité d'enfant à charge peut se poursuivre après 18 ans, pour autant qu'il l'ait déjà été avant sa majorité. Pour les autres personnes à charges, le supplément de quotité exemptée d'impôt sera supérieur pour les ascendants, frères et sœurs ayant déjà soufflé leur 65ème bougie au 1er janvier de l'exercice d'imposition.

Pour être fiscalement à charge, les personnes susmentionnées doivent cependant répondre aux conditions suivantes :

1) Faire partie du ménage au 1^{er} janvier de l'exercice d'imposition

En d'autres termes, la personne à charge doit vivre avec vous de manière durable. Il n'est cependant pas indispensable que la personne soit enregistrée à la même adresse que la vôtre. Il s'agira d'apprécier les circonstances de fait au cas par cas. Il est admis par exemple que les enfants qui sont temporairement éloignés du domicile commun pour des raisons d'études ou de santé peuvent être considérés comme faisant partie du ménage.

2) Leurs ressources annuelles nettes ne peuvent dépasser un certain plafond

Tant pour l'année de revenus 2009 que 2010, les limites sont les suivantes :

- 2.830,00 EUR net (3.537,50 EUR brut) si à charge d'un ménage
- 4.080,00 EUR net (5.100,00 EUR brut) si à charge d'un isolé

- 5.180,00 EUR net (6.475,00 EUR brut) si personne handicapée à charge d'un isolé.

Certains revenus ne sont cependant pas pris en compte pour la détermination du montant net des ressources. Nous citerons parmi les plus courants :

- La première tranche de 2.360,00 EUR du montant brut des rémunérations reçues par un étudiant employé dans le cadre d'un contrat d'étudiant ;
- La première tranche de 22.770,00 EUR du montant brut des pensions, rentes et allocations octroyées aux ascendants et collatéraux âgés d'au moins 65 ans au 1er janvier de l'exercice d'imposition ;
- Les allocations familiales ;
- Les bourses d'étude ;
- Les arriérés de rentes alimentaires payés suite à une décision judiciaire ;
- La première tranche de 2.830,00 du montant brut des autres rentes alimentaires ;
- Les revenus immobiliers et mobiliers des mineurs.

3) Elles ne peuvent pas bénéficier de rémunérations qui constituent des frais professionnels pour vous

Cette dernière condition, concernant surtout les indépendants, a pour but d'éviter le cumul du supplément de quotité exemptée d'impôt et de la déduction des frais professionnels. Il faudra donc vérifier quelle est la formule la plus avantageuse. Cette règle ne s'applique toutefois pas si les enfants sont rémunérés par la société de leurs parents ! Il faudra dans ce dernier cas quand même veiller à ne pas dépasser le seuil net maximum

En collaboration avec :

La Fiduciaire Médicale et Associés

Avenue du Manoir, 3 - 1180 Bruxelles

Tél : 02 374 61 16 - Fax : 02 374 13 88

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 ___/___/___ à ___h

Cachet du dentiste

Remarque(s)



SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DENTAIRE

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



Sensodyne, une gamme de soins complète pour les dents sensibles

Sensodyne Prevision F

- KNO_3 contre l'hyper-sensibilité dentaire
- 1400 ppm F^- contre les caries coronaires et radiculaires
- Faible abrasivité

Sensodyne Prevision Vitamines+Zinc

- KCl contre l'hyper-sensibilité dentaire
- 1450 ppm F^- contre les caries coronaires et radiculaires
- Faible abrasivité
- Contient du zinc pour son action antibactérienne, contribue à vitaliser et tonifier les gencives

Sensodyne Prevision Gel

- KNO_3 contre l'hyper-sensibilité dentaire
- 1450 ppm F^- contre les caries coronaires et radiculaires
- Faible abrasivité
- Gel dentifrice

Sensodyne Prevision Whitening

- KNO_3 contre l'hyper-sensibilité dentaire
- 1350 ppm F^- contre les caries coronaires et radiculaires
- Faible abrasivité
- Triphosphate de pentasodium contre les colorations d'origine extrinsèque

Sensodyne Prevision Classic

- SrCl_2 contre l'hyper-sensibilité dentaire
- Sans fluor

Sensodyne protège les dents sensibles au quotidien



GlaxoSmithKline

• Dental Marketing • dental.be@gsk.com • tél. 02 – 656 27 03

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

EUROPEAN SCHOOL of ORAL REHABILITATION IMPLANTOLOGY and BIOMATERIALS



18^{ÈME} FORMATION COMPLÈTE EN IMPLANTOLOGIE

Cours Intensifs répartis sur une seule année académique

**Rejoignez-nous pour la session
Octobre 2010 - Juin 2011**

NOS POINTS FORTS :

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



Demande d'informations complémentaires

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

Avenue Prékelinden, 167 B - 1200 - Bruxelles

Tél. : 02.734.00.33 Fax : 02.736.51.26 E-mail : marclippert@swing.be

jusqu'au 31/07/2010
Exposition

Scaphandre
Quand l'art touche la science
Faculté agronomique de Gembloux
Abbaye de Gembloux
Av de la Faculté d'Agronomie
5030 Gembloux



A l'occasion de son 150^{ième} anniversaire, la faculté agronomique de Gembloux accueille un projet unique. Une centaine d'œuvres originales s'implantent sur 16 sites du campus et des installations monumentales subliment l'ancienne abbaye. L'artiste Didier Mahieu a collaboré avec des chercheurs scientifiques de la faculté pour construire l'exposition. Pour ses créations, il sollicite les scientifiques à se remettre en question. Un regard critique, artistique, scientifique sur les grands défis que connaît aujourd'hui notre planète, qu'il s'agisse de la désertification, de la fonte des glaces, de la nécessité de l'alimentation durable. Destinée au grand public, l'expo est le fruit de l'interaction et de la collaboration des hommes de sciences et de l'artiste. Didier Mahieu est né en 1961 à Genappes, il possède son atelier à Tournai et enseigne à l'ESAPV de Mons depuis 1999. Le repère sensoriel occupe une place primordiale dans ses œuvres.

Scaphandre (l'homme barque - traduction littérale) invite au voyage. Chaque étape dans le parcours de l'expo est un voyage qui sollicite les sens olfactifs et visuels. Didier Mahieu collaborant avec les microbiologistes a travaillé la technologie du goût, exploré le secteur de la mécanique et examiné la technologie hydraulique. 25.000 tonnes de sable ont été déversées dans la cour de l'abbaye afin de créer une mer de sable, des dunes. On y voit émerger le mât d'un ancien paquebot, allusion à la mer d'Aral et aux conséquences des activités humaines sur l'environnement. Plus loin, 50 ancres marines nous questionnent sur les traditions européennes. Chacune porte le titre d'un livre assez percutant et représente des publications qui s'opposent. Des figures de proues réalisées en papier buvard représentent des corps en moulage, certains séchés par le sel, d'autres alimentés par l'eau et la nourriture. Doit-on momifier, doit-on prolonger la vie ? Le philosophe Thoreau a influencé l'artiste dans son intérêt pour la nature de même que le commandant Cousteau par ses fameux voyages. Le voyage est comme une Odyssée. Henry David Thoreau (décédé en 1862), philosophe naturaliste était un observateur attentif de la nature, il reste à ce jour un pionnier de l'écologie car il replace l'homme dans son milieu naturel en respectant l'environnement. Différents films évoquent l'œuvre de Thoreau, entre autres « Into the Wild » et « Le Cercle des poètes disparus ».

Didier Mahieu présente de beaux dessins photographiés capable de se métamorphoser sous l'effet de l'humidité ambiante et des moisissures. Dans l'espace Arena, les branches d'un séquoia mort réalisent une belle installation pour évoquer la disparition des espèces, ailleurs repose une gigantesque raie. Une très belle exposition, pleine de sensibilité et de découvertes par Didier Mahieu, à voir absolument !

Un livre très poétique de Kristel Brusadelli (philosophe) est édité à l'occasion de cette exposition (prix 15 €), un second volume est prévu pour la fin de l'exposition.

jusqu'au 28/08/2010
Exposition
Intersection
Cinquantenaire de Bruxelles

Quatorze artistes contemporains parcourent les collections permanentes. Voir et comprendre le Passé est essentiel pour vivre et créer son présent Intersection porte un regard différent sur les relations entre musée et art contemporain. Parmi les artistes, Jean-Luc Moerman, Michel Mouffe, Sacha Drusskoy, Anish Kapoor, Pascal Bernier...

jusqu'au 29/09/2010
Exposition
I Medicis
Info : www.mrah.be

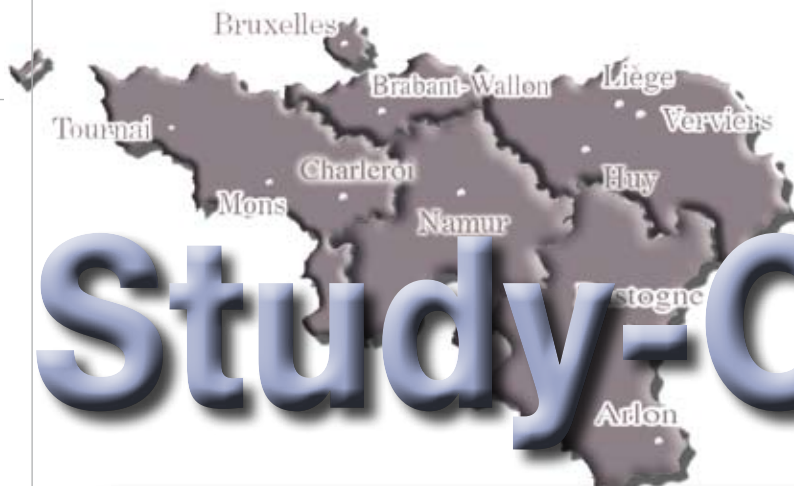
Robes et costumes de papier réalisés par Isabelle de Borchgrave n'ont rien à envier aux somptueuses tenues du passé. L'artiste dévoile les charmes et les astuces en trompe-l'œil dans sa réalisation de costumes inspirés de la mode florentine. Par des papiers coupés, pliés, collés, peints, elle imite à la perfection la soie, le velours et la dentelle de jadis et nous plonge dans une époque disparue. Isabelle de Borchgrave est designer, créatrice de textiles et de faiences. Née à Bruxelles, elle y vit et y travaille. On la retrouve pour ses peintures à l'hôtel Cipriani à Venise dont le célèbre bar Fortuny et au Venise Simplon express à Londres.

Deux expositions dans un même lieu et aux mêmes périodes.

jusqu'au 29/8 2010
Exposition
En visite chez Ensor
Mu-Zee - Ostende
Romestraat, 11
8400 Ostende (fermé le lundi)

Masques, photographies, natures mortes, squelettes, galerie de portraits nous font découvrir l'esprit magique de Ensor. Il y a 150 ans, le peintre naissait à Ostende et y passa la majeure partie de sa vie. Il meurt en 1949. L'expo évoque sa famille, ses amis, ses rencontres avec des écrivains, des hommes politiques, des artistes venus des quatre coins de l'Europe et des cinéastes. Les tables, les fauteuils sont disposés comme dans une habitation bourgeoise. Ses ciels, ses marines, ses portraits sont accrochés aux cimaises entièrement repeintes en bleu, ce bleu éclatant qui habite toute l'œuvre picturale de James Ensor. Une exposition à vivre comme une expérience intime entre réalité et fiction.

La maison Ensor, dans laquelle le peintre passa 32 années se trouve Vlaanderenstraat, 27 à Ostende et peut être visitée également (fermée le mardi)



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 • Olivia PAULUIS 082 73 09 42
Jacques WALENS 02 522 70 95 • 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 : HEB De Fré - Avenue De Fré 62 - 1180 Uccle

Responsables : Véronique FRANCO - 02 375 02 63 • Fabienne SIRALT - 02 534 45 58
Accueil à 19h45, conférence à 20h15 précises suivie du drink de l'amitié avec petite restauration

21 septembre 2010 : Les mini implant - *Alex DEMETS*

Charleroi

Lieu : Spiroudôme - 2 rue des Olympiades - 6000 Charleroi
Parking 4

Responsables : Fabian Detournay - 071 95 08 44 • Xavier Leynen - 071 51 56 49

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

5 octobre 2010 : Traiter les dysfonctions pour éviter les dysmorphoses - *Joël COLLET*

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.

Bientôt d'autres dates et sujets

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

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

16 septembre 2010 : Les orthèses - *Sylviane RASKIN*

18 novembre 2010 : Sujet d'orthodontie - *Gérald CORNET - Brigitte LOWETTE*

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.

23 septembre 2010 : sujet à déterminer

Mons

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

Responsables : Benoît CAMBIER - 0479 53 93 36
Xavier LHOIR - 0474 21 09 47

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

9 septembre 2010 : Les lampes à polymériser - *Julian LEPRINCE*

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

12 octobre 2010 : Approche ostéopathique des dysfonctions cranio-temporo-mandibulaires et relation entre l'ostéopathie et la pratique du dentiste et de l'orthodontiste - *Pierre MORICONI et Michel MAHIAT*

Verviers

Lieu : Hôtel Verviers - rue de la Station 4 - 4800 Verviers

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

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

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.

Petites Annonces

Dentiste - cherche emploi

5032 - Luxembourg - Dentiste diplômé en 2009 (UCL) cherche un mi-temps pour 2-3 jours au Luxembourg à partir du 1er octobre 2010. olivierott@hotmail.com

5069 - Dentiste UCL 2006 cherche 1 ou 2 jours/sem pour compléter son horaire. Pas de cabinet dentaire tiers-payant svp. Région Bruxelles ou environs (Waterloo,...) dentisteucl@hotmail.com

4992 - Bruxelles - Dentiste en cours de formation orthodontique (DU), cherche travail dans cabinet d'orthodontie. T. 0476 650070 z_touririne@yahoo.fr

5109 - Dentiste 94 cherche travail Wavre Namur Nivelles GSM : 0477475571 shahriarsotodeh@yahoo.fr

4999 - Cherche à reprendre cabinet dentaire à Bruxelles (1090 Jette ou 1020 Laeken, quartier de la Tour Japonaise). Je souhaite la reprise du cabinet et l'achat des murs. mail : fb490997@skynet.be

Dentiste - cherche collaborateur

5010 - Maison Médicale de Namur cherche dentiste pour collaborer au sein de son équipe. Pour de plus amples informations, contact : P.Minette au 0477 79 72 85 ou pierremminette@skynet.be

5013 - Cabinet Dentaire situé dans les beaux quartiers d'Ixelles (Châtelain / Avenue Louis Lepoutre) et centre de Waterloo recherche deux dentistes pour une activité temps plein de dentisterie générale et esthétique. dentistebelgique@gmail.com

5080 - Chatelineau - Recherchons spécialistes (paro,implanto,stomato) pour compléter équipe (généralistes,pédo,ortho) dans toute nouvelle clinique hyper moderne 600m², baltès, rx digi, pano,télérx, accueil, park privé, labo dentaire. Haut potentiel. envoi cv par email au gérant. gregory.vanhamme@cliniquedeladent.net

5082 - Centre médico-dentaire situé à Bruxelles et équipé de deux sièges recherche, pour répondre à une patientèle en forte augmentation, des dentistes pour compléter son équipe. Renseignements du lundi au vendredi au 0475.50.07.65 LA MEDICALE AVICENNE 41 Bd Belgica 1080 Bruxelles - gustinmuselle@infonie.be

5084 - Bruxelles - dentiste cherche collaborateur en vue de remise de cabinet-patientèle privilégiée, cabinet lumineux dans quartier aéré de Woluwé. jadentaire@gmail

5100 - Bruxelles - Cherche Dentiste motivé F/M, pour une longue collaboration, patients en attente, beaucoup d'avantages et bonne rémunération. Tél : 0473 71 71 71 - dentobel@skynet.be

5102 - Bruxelles - Cabinet dentaire en pleine activité, cherche dentiste pour patientèle en attente. Equipement moderne. Grande souplesse pour la collaboration, ou location, ou revente, ... fb647896@skynet.be

4994 - Tournai - Désirons attirer un/une jeune dentiste afin de faire face à une grosse demande et à alléger l'agenda. Equipement et traitements up to date. Equipe d'assistantes en place. philippekokot@skynet.be

4996 - Tournai - Cabinet dentaire en pleine activité, cherche dentiste pour patientèle en attente. Equipement moderne. Grande souplesse pour la collaboration, ou location, ou revente,... cabinetdentaire76@gmail.com

4998 - Cabinet Dentaire de standing à Bruxelles cherche dentiste motivé surtout par la parodontologie mais aussi par la dentisterie esthétique. Veuillez envoyer votre CV via mail : brusselsdentistry@gmail.com

5004 - Gosselies. Cherche collaborateur. Patientèle en attente. Horaire à convenir. Tél 071357596 christine.allart@skynet.be

5005 - France - Côte d'Azur 06 : Spécialiste qualifié ODF cherche collaborateur à long terme pour cabinet situé Côte d'Azur 06. Contact : catherine.ol@skynet.be

5088 - Centre dentaire sérieux près de Tour&Taxis cherche dentiste généraliste motivé pour compléter une équipe existante. Collaboration à long terme. 0495/327473 polyribaucourt@yahoo.fr

5001 - Clinique medico-dentaire région Charleroi cherche dentiste pour collaboration. Cabinet moderne informatisé et digitalisé. Tel : 0472/70.16.15 alvarezwalt@yahoo.fr

5089 - Bruxelles - centre médical en pleine activité cherche dentiste. Honoraires sont payés en fin de consultation tel 0475315828 - drlayka@hotmail.com

5073 - Le centre dentaire Meiser cherche un dentiste pour une garde de nuit et journée à convenir. Pour plus d'info veuillez contacter Dr Majon Michel au 02/735.23.38 - claudia.gillis@hotmail.com

5072 - Cabinet dentaire a Floreffe (12 km Namur) bien équipé (informatique, rx digital) cherche DG pour collaboration longue durée; honoraires a convenir (pourcentage ou location); patientèle en attente renseignements : 081/445959 et email triumphdental@skynet.be

5060 - Bruxelles - dans cabinet de groupe pour compléter équipe. Situé à Molenbeek rue de Ribaucourt. Horaire souple. mouradsamy@ahoo.fr

5058 - Bruxelles - Cabinet dentaire de standing recherche un(e) dentiste pour quelques jours par semaine. Patientèle existante, beaucoup de nouveaux patients. Cabinet très agréable situé à Ixelles (Place Brugmann, Ave Louis Lepoutre). dentistebelgique@gmail.com

5057 - Beaufays - Cabinet dentaire entièrement digitalisé en périphérie bourgeoise de Liège, plateau technique complet et récent, CA confortable, cherche remplaçant en vue de collaboration, association ou reprise. Tél. 0475 53 09 56 ou cabinetdentaire04@gmail.com.

5096 - Cabinet privé Charleroi cherche coll pour reprendre consultation full time. Super équipé (Mistral EX, logiciel, pano, BC, caméra, aircro, dvp auto). Gros CA. 0477/543679 après 20H. fa835887@skynet.be

5055 - cabinet dentaire situé à Anderlecht (metro St Guidon) cherche dentiste temps partiel pour compléter équipe tél 02/521 61 10 gsm 0476 06 13 66 cliniqueudentairedehaes@hotmail.com

5054 - Cabinet à Bruxelles cherche dentiste Urgent, patientèle importante, conditions intéres-

santes tel 0478 274 596 ouzzanezakia@hotmail.com

5045 - Dans beau cabinet à Woluwe, bien situé, patientèle agréable, recherche collaborateur pour second fauteuil en part time à déterminer. contact par mail farzadent@yahoo.com

5008 - Dentiste à Etterbeek cherche remplaçant plusieurs / semaines; patientèle existante 0477/914275 startooth2@hotmail.com

5031 - Bruxelles NOH - Centre dentaire à Bruxelles cherche dentiste (h/f) pour 3 ou 4 demi-journées par semaine (mardi, mercredi, vendredi). Contactez 02 / 264 45 13. roger_beeckman@yahoo.com

5014 - Bruxelles - Centre dentaire sérieux offre excel. cond. de travail et de rémunér. Equipement SIRONA, RX digitale (intra + OPG), logiciel SUPERDENT + assistanat. Stagiaire = OK ! Tel 0475/ 500578. davident@gmx.net

5110 - Bruxelles - Dentiste maître de stage grosse patientèle cherche confrère ou stagiaire pour occuper nouveau siège temps partiel ou temps plein tel : 0475453387 ou cm@cmvertchasseur.be

5016 - Centre médical à jette avec patientèle importante recherche un(e) dentiste souhaitant s'investir sur du long terme (0478-326742). ol_robillard@yahoo.com

5034 - Cab. Dent. région Mons cherche dentiste ou orthodontiste pour plusieurs jours/semaine + remplacement durant les vacances scolaires. 0474/928330 ou lacombetv@hotmail.com

5074-Charleroi - Cabinet bien équipé avec 4 dentistes et 2 assistantes cherche collaborateur d'urgence en vue de reprendre la patientèle d'une des dentistes pour cause départ maternité. 0479 773 767 - cabinetdentaire125@hotmail.com

5035 - Arlon - cabinet de stomato, dentisterie, paro, ortho cherche collaborateur. Ambiance de groupe, travail avec assistante - redling.sprl@skynet.be

5021 - Centre médical bockstael à Laeken (Bxl) cherche dentiste, pour plus info tel.0488 603 333 ilyas_ino@hotmail.com

5087 - Bruxelles - Cherche Dentiste motivé F/M, pour une longue collaboration, patients en attente, beaucoup d'avantages et bonne rémunération Tél : 0477 36.10.95 - mahsoulisaheed@hotmail.com

5105 - Bruxelles - Jette cherche dentiste pour absorber un trop de travail avec en vue la reprise complète car la retraite est là! 2 fauteuils, assistante. jacquelinehuet@gmail.com

5036 - Cabinet dentaire à Bruxelles (Etterbeek) avec beaucoup de nouveaux patients, cherche collaborateur pour les soins endodontiques de ces patients. Conditions très intéressantes ! brusselsdentist@gmail.com

Dentiste Cherche assistante-secrétaire

5083 - Bruxelles - clinique dentaire cinq fauteuils cherche assistante - secrétaire contact saberi 02/538.46.66 ou faxer cv avec photo 02/533.04.00 saberid@skynet.be

Agenda



10-11 septembre 2010
Technique de glissement optimisé
SOBOR

Lieu : Ostende
Info : Thierry De Coster
Tél : 02 344 94 84

17 septembre 2010
Vaincre l'épuisement professionnel

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



18 septembre 2010
Gérodontologie

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

21-24 septembre 2010
36^{èmes} Entretiens de garanciere

Lieu : Paris - France
Info : www.garanciere.com

23 septembre 2010
Photographie

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



23 septembre 2010
3^{èmes} Journée Troyenne d'implantologie orale

Lieu : Troyes - France
Info : Info : www.utt.fr/formation/

30 septembre 2010
Gestion des conflits

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



1-2 octobre 2010
President's Congress
Société Belge de Parodontologie

Lieu : SPA
Info : www.parodontologie.be



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

Maison des Dentistes

Avenue de Fré 191
B-1180 Bruxelles
Tél.: 02 375 81 75 (de 9h00 à 13h00)
Fax: 02 375 86 12
Banque: 068-2327544-56

Présidents d'Honneur :

W. Andries - H. Aronis - J. Vandeneuycken

Conseil d'Administration :

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

Administrateurs :

A. Bremhorst - O. Custers - P. Delmelle
M. Lippert - M. Nacar - H. Grégoir,
P Vermeire - P Tichoux - P Rietjens

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. Wettendorf

Commission Professionnelle :

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. Masqueliers
L. Safiannikoff, L. Ziwny

Directeur :

O. Custers

Secrétariat :

D. Debouille, B Fontaine, A. Riguelle

Webmaster :

O. Custers

Editeur Responsable :

M. Devriese
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 den Poorten s.a.
Diestsesteenweg 624
3010 Kessel-Lo

Publicités :

Olivier Custers
Tél.: 0475 376 838
Fax: 02 375 86 12
e-mail: olivier.custers@dentiste.be

Création & Mise en page :

BVG Communication
e-mail : benoit@bvgcom.be

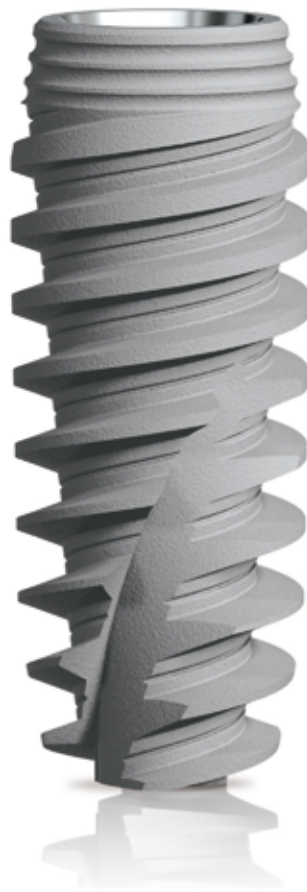
NobelActive™

Une nouvelle orientation en matière d'implants

Connexion prothétique double fonction.

Capacité de condensation osseuse.

Ajustement de l'orientation de l'implant pour un positionnement optimal.



Platform shifting intégrée.

Stabilité primaire importante, même dans des situations cliniquement difficiles.

10 ANNÉES D'EXPÉRIENCE
AVEC LA SURFACE TIUNITE®
De nouvelles données
confirment la stabilité
à long terme.

NobelActive répond aux objectifs cliniques qu'ils soient chirurgicaux ou prothétiques. La conception filetée NobelActive permet une condensation progressive de l'os à chaque tour effectué lors de l'insertion afin d'améliorer la stabilité initiale. L'apex tranchant et les lames d'incision permettent aux cliniciens d'ajuster l'orientation de l'implant pour assurer un placement optimal de la connexion prothétique.

Les praticiens-prothésistes bénéficient d'une connexion prothétique conique interne poly-valente et sécurisée avec un transfert "platform shifting" grâce à laquelle ils peuvent obtenir d'excellents résultats esthétiques. Sur base des commentaires des clients et des demandes du marché, la gamme de produits NobelActive a été étendue : les professionnels dentaires profiteront désormais d'une plus grande

flexibilité dans la sélection des prothèses et des implants. Nobel Biocare est leader mondial en solutions dentaires innovantes basées sur les preuves scientifiques. Pour plus d'informations, contactez Nobel Biocare au numéro 02/467 41 70 ou consultez notre site web:

www.nobelbiocare.com

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.