

LE POINT

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

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



dentex 2010

21 - 22 - 23 octobre



Association Dentaire Belge Francophone
**SOCIÉTÉ DE
MÉDECINE
DENTAIRE**
asbl

www.dentiste.be

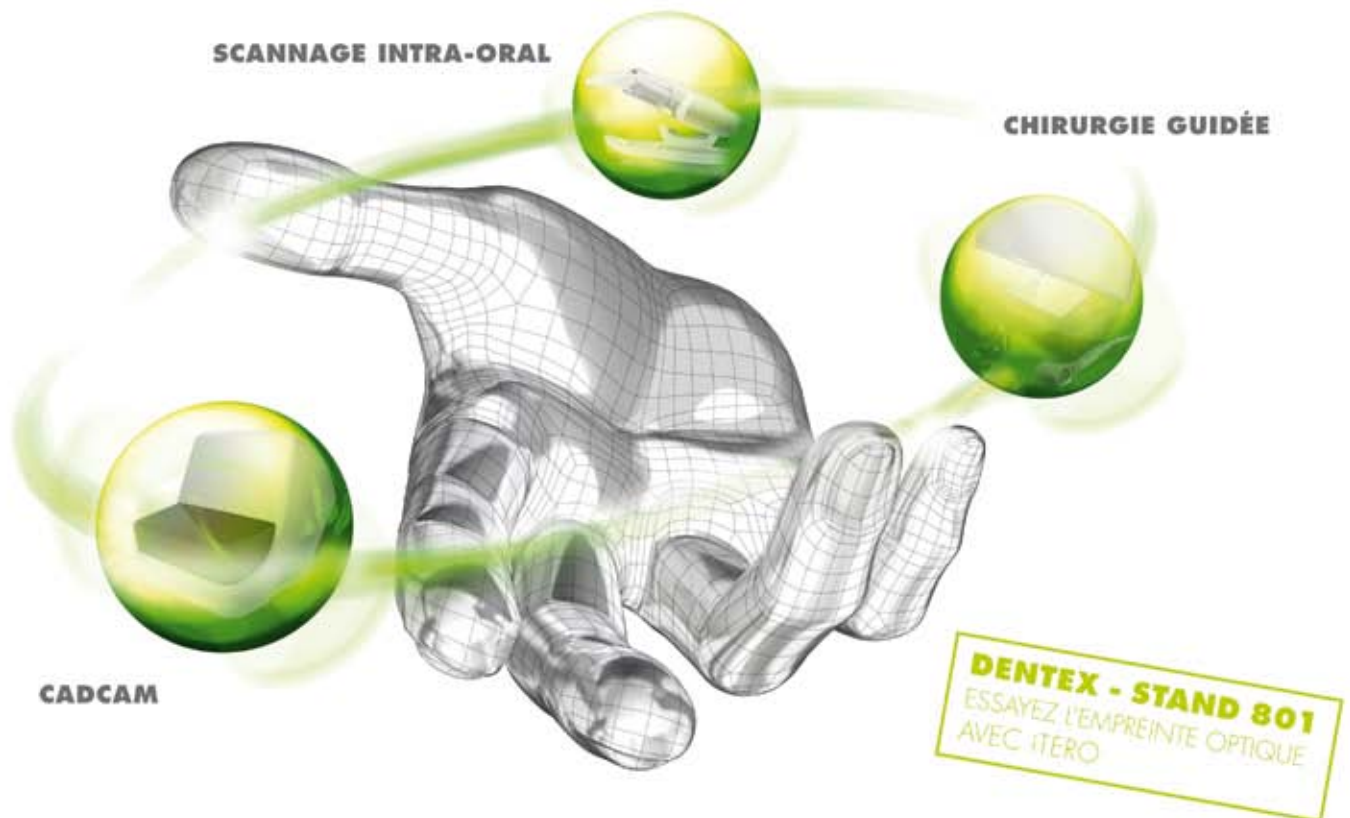
STRAUMANN® CARES® DIGITAL SOLUTIONS

DES CONNEXIONS INTÉGRÉES

Tracez votre chemin vers la réussite. Recouvrant un éventail exhaustif de produits allant des restaurations temporaires aux solutions hautement esthétiques, Straumann® CARES® Digital Solutions comprend maintenant :

- un scanner nouvelle génération ■ un nouveau logiciel CAD
- de nouvelles applications ■ une gamme leader de matériaux

La plate-forme Straumann® CARES® Digital Solutions permet aux professionnels de la dentisterie de bénéficier de technologies numériques d'avant-garde sous la forme d'un système complet à la fois fiable, précis et adapté à leurs besoins.



Pour tout renseignement, veuillez nous contacter au + 32 (0)2 790 10 00. Plus d'informations sur www.straumann.be
Les produits susmentionnés et leurs indications peuvent être en attente d'approbation réglementaire et peuvent par conséquent ne pas être conformes aux réglementations locales.

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS



Trois ans de prison ferme pour un dentiste

La presse a fait écho en ce mois de juillet de la condamnation d'un praticien par le Tribunal correctionnel de Verviers à 3 ans de prison ferme.

Le préjudice de l'Assurance Maladie s'élève à plus de 850.000 EUR. Un dentiste prête-nom est également condamné.

Le mécanisme de fraude utilisé était la facturation en tiers payant de soins fictifs.

D'autres dentistes exerçant à Liège viennent d'être inculpés pour des faits similaires.

Le tiers payant est une nouvelle fois mis en cause dans des processus de fraude.

Plus aucun responsable au niveau de l'INAMI, au niveau mutualiste, au niveau politique, n'ignore ces cas de fraude ni les mécanismes utilisés. Les profils INAMI de certains prestataires dépassent l'entendement.

Toutefois, nous voudrions rappeler ici que le tiers payant est une mesure sociale d'importance, et qu'il n'est nullement question pour nous de remettre en cause celui-ci. Au contraire, nous souhaitons faciliter son accès aux personnes qui en ont réellement besoin et le rendre plus praticable pour les dentistes. Nous voulons réaffirmer notre attachement à un tiers payant qui bénéficie réellement au patient, et non à la cupidité incroyable de certains praticiens.

Ne confondons pas tiers payant et abus. Même si aujourd'hui le constat est fait qu'une poignée de praticiens met en péril le système.

Mais plus personne ne se laissera convaincre à l'avenir par des arguments simplistes de type « oui, mais je pratique de la dentisterie sociale ».

Oui, la pratique sociale est éminemment respectable. Mais un praticien qui s'en revendique est-il encore crédible quand il affiche un chiffre d'affaires exorbitant ?

La majorité des praticiens exerçant le tiers payant n'ont strictement rien à se reprocher et n'ont rien à craindre d'un renforcement de la réglementation et des contrôles. Le risque principal qu'ils courent est de se laisser entraîner par ceux qui organisent ces systèmes frauduleux.

L'enjeu est là : il faut sauver le système du tiers payant.

Le tiers payant ne subsistera que si on met fin aux abus incroyables commis par cette poignée de praticiens.

juillet 2010

Michel DEVRIESE
Président



Sensitive Pro-Apaisant™



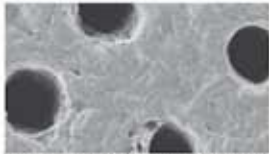
PROGRAMME DE TRAITEMENT



Enfin une solution de soulagement immédiat* de la sensibilité à utiliser à la maison.

Une innovation: la technologie Pro-Argin™

AVANT¹



Photographie SEM in vitro de surface dentinaire non traitée.

Les tubules à l'origine de la sensibilité sont ouverts.

APRÈS¹



Photographie SEM in vitro de la surface dentinaire après application.

Les tubules sont obturés, pour un apaisement immédiat et durable.

Avec la technologie Pro-Argin™, vous pouvez apaiser immédiatement et durablement l'hypersensibilité dentinaire en utilisant le programme Colgate® Sensitive Pro-Apaisant™

- Pâte à polir désensibilisante pour utilisation en cabinet dentaire
- Dentifrice quotidien pour la maison

La technologie Pro-Argin™ s'appuie sur le processus naturel d'occlusion des tubules dentinaires qui attire l'arginine et le calcium sur la surface dentinaire pour former une obturation protectrice qui procure un apaisement immédiat.²

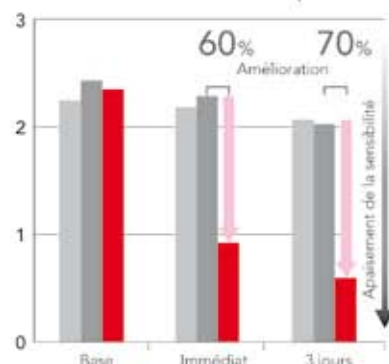
* On apaise la dent sensible en la massant directement avec le dentifrice pendant une minute.

Travaux scientifiques cités: 1. Petrou I et al. J Clin Dent. 2009;20(Spec Iss):23-31. 2. Cummins D et al. J Clin Dent. 2009;20(Spec Iss):1-9. 3. Nathoo S et al. J Clin Dent. 2009;20(Spec Iss):123-130.

Des résultats révolutionnaires

Soulagement immédiat de la dent sensible en la massant directement avec le dentifrice pendant une minute et effet durable par un brossage deux fois par jour.³

Estimation de la sensibilité par le test au jet d'air froid



Appliqué directement sur la dent sensible avec le doigt en massage doux pendant une minute, Colgate® Sensitive Pro-Relief™ procure un apaisement immédiat de la sensibilité comparé aux contrôles positifs et négatifs. L'apaisement durait encore après trois jours de brossage deux fois par jour.

■ Dentifrice Colgate® Sensitive Pro-Apaisant™
 ■ Contrôle positif: dentifrice contenant 2 % d'ion potassium
 ■ Contrôle négatif: dentifrice contenant 1450 ppm de fluorure

Visitez le site www.colgateprofessional.co.uk pour plus d'informations sur l'impact que peut avoir sur votre cabinet l'apaisement immédiat de l'hypersensibilité dentinaire.

Colgate

VOTRE PARTENAIRE EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

www.colgateprofessional.co.uk

Distribué par:

GABA Benelux
The specialist in oral care

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)

date de signature

VIREMENT OU VERSEMENT

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

nom et adresse donneur d'ordre

EUR CENT

compte bénéficiaire

0 6 8 2 3 2 7 5 4 4 5 6

nom et adresse bénéficiaire

Société de Médecine Dentaire

Av. de Fré, 191

1180 Uccle

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

sommaire



3 Edito

M. DEVRIESE

6 Sommaire

8 Proclamations solennelles 2010

M. DEVRIESE

11 Sommaire articles scientifiques

13 11th ITI World Symposium (seconde partie)

D. EYCKEN

21 Allergie au latex : en 2010, faut-il encore y penser ?

Dr D Tennstedt, Dr M Baeck

35 Principes de traitement des DAM

36 Faire du diagnostic initial une méthode d'éducation des nouveaux patients

Dr E. BINHAS

39 Sommaire formation continue

43 Gérontologie - Namur

44 Dentisterie esthétique adhésive - Bruxelles

45 Peer-Review - Louvain la Neuve

46 What's new? - Bruxelles

47 Ergonomie, Photographie - Bruxelles

48 Implantologie - La Hulpe



49 Sommaire Infos professionnelles

51 Enquête INAMI sur les pano

M. DEVRIESE

53 Annuaires : arnaque et distraction

M. DEVRIESE

55 'ai oublié de rédiger ma déclaration fiscale...

57 Boblio

O. CUSTERS

60 Culture

P. MATHIEU

62 Study-Clubs

64 Petites annonces

66 Agenda



PROCLAMATIONS SOLENNELLES 2010

Comme chaque année, des jeunes praticiens ont fêté la fin de leurs études et l'obtention du diplôme tant attendu.

La Société de Médecine Dentaire a - au nom de la Profession - voulu accueillir ces jeunes dignement au sein de notre Profession.

Le Président Michel Devriese a participé aux proclamations solennelles dans nos trois Universités.

Il évoqua les nouveaux défis qui se présentent à nos jeunes. Tout d'abord la solitude qui peut atteindre le jeune qui quitte l'Université pour entrer dans une profession libérale, avec un statut de travailleur indépendant.

Si plusieurs de nos jeunes diplômés sont enfant ou neveu de dentiste, beaucoup ignore tout - à ce stade - de certains aspects organisationnels de la profession.

L'année de stage peut être très riche pour préparer leur exercice professionnel, mais elle est encore actuellement pavée de bien des écueils, affirma Michel Devriese.

La Société de Médecine Dentaire ne ménage pas ses efforts pour aider au mieux les jeunes en leur début de carrière.

Le Président évoqua ensuite la confraternité, en l'antithèse de la solitude.

Enfin, il évoqua la convivialité, concept cultivé au sein de la Société de Médecine Dentaire. Continuer de se former, remettre en cause ses savoirs et son « savoir être » : oui, mais dans une ambiance conviviale que nous rencontrons dans les cours, congrès, study-clubs, peer-review organisés par la SMD.

3 étudiants ayant obtenu les meilleures cotes cliniques.

Mademoiselle
Chloé Hardy



Monsieur
Humphrey Busseuil



Mademoiselle
Anne-Sophie Donnay



Le prix de la Société de Médecine Dentaire a été remis aux



DES DÉFIS À VENIR POUR NOS UNIVERSITÉS

La proclamation fut aussi l'occasion pour Michel Devriese de rendre hommage à nos professeurs et enseignants universitaires.

Ce n'est qu'après le départ de l'université que l'on se rend compte de l'apport énorme de savoir et de savoir être qu'ils transmettent.

Nos trois Universités sont toutes confrontées à un défi de taille qui s'annonce : l'augmentation brutale du nombre d'étudiants, et les difficultés que cela pose en termes d'organisation des stages précliniques et cliniques.

Il semble que les responsables universitaires prennent maintenant pleinement conscience que des mesures de planification n'ont pas d'objectifs corporatifs.

Une planification du nombre d'étudiants est garante de la qualité de la formation, tout en poursuivant des objectifs de maintien de la force de travail de la profession, au service de la population.

La Société de Médecine Dentaire s'engage à soutenir les départements de médecine dentaire de nos universités face aux défis prochains.





C'est quoi, avoir son cabinet médical ? Se préoccuper avant tout de ses patients ? Ou se soucier aussi de ses finances ?

De vos études jusqu'à votre pension, notre plan financier peut vous aider. Aujourd'hui, un médecin sur cinq a déjà opté pour Dexia. C'est pourquoi nous avons développé Dexia for Medical, un ensemble de produits et services destinés aux professions médicales. Et vous ? Avec votre conseiller financier, nous formons une solide équipe financière qui vous accompagne et se consacre, à chaque étape de votre carrière, à l'essentiel : vous offrir le service dont vous avez réellement besoin. Pour plus d'informations, prenez rendez-vous avec le spécialiste Professions Médicales de votre agence Dexia ou appelez Dexia Direct Contact au 02 222 00 71.

ensemble, à l'essentiel

DEXIA

articles scientifiques

S o m m a i r e

- 13** 11th ITI World Symposium (seconde partie)
D. EYCKEN
- 21** Allergie au latex : en 2010, faut-il encore y penser ?
Dr D. TENNSTEDT, Dr M. BAECK
- 35** Principes de traitement des DAM
- 36** aire du diagnostic initial une méthode d'éducation
des nouveaux patients
Dr E. BINHAS

Retrouvez le sourire
avec

Eludril

Chlorhexidine 0,10 %

Antiseptique de référence

- ▶ Actif sur l'ensemble des germes pathogènes de la cavité buccale⁽¹⁻⁵⁾
- ▶ Réduit l'inflammation gingivale⁽⁶⁾
- ▶ Diminue l'indice de plaque⁽⁶⁾

▼

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

Solution concentrée antiseptique

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

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

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

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



**PIERRE FABRE
ORAL CARE**

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

Seconde partie



La première partie de ce compte rendu, publiée dans Le Point n° 221, résumait les exposés abordant les méthodes de diagnostic et de planification du traitement, ainsi que les procédures thérapeutiques.

Vous trouverez ici la suite des exposés sur les procédures thérapeutiques et les conférences du samedi consacrées aux complications en implantologie orale, clôturant ainsi un programme cohérent.

Christoph Hammerle (Suisse) : choisir le design de l'implant, soft tissue level ou bone level ?

Les systèmes implantaires actuels offrent une très large gamme de design d'implant. Ce qui complique parfois le choix d'un implant plutôt qu'un autre. Cette présentation s'est concentrée sur les implants en une pièce et les implants en deux pièces, c.à.d. : sur les implants « soft tissue level » et les implants « bone level ».

Les 2 types d'implants ont été comparés.

4 zones intraorales ont été considérées : le maxillaire antérieur, le maxillaire postérieur, la mandibule antérieure, la mandibule postérieure. Dans chaque situation clinique, il peut être avantageux d'utiliser un type d'implant plutôt qu'un autre. L'anatomie des tissus mous, la distance inter-arcades, la stabilité primaire, le profil des tissus durs, la reconstruction temporaire et les procédures prothétiques influençant le choix de l'implant ont été détaillées.

L'orateur a ensuite abordé les mini-implants et les facteurs motivant le choix du diamètre de l'implant : les considérations chirurgicales, les facteurs biologiques, le type de restauration, les propriétés physiques des implants. Pour terminer sur les implants en alliage titane-zircone (Roxolid®).

Frank Schwartz (Allemagne) : la surface SLActive, une promesse pour les sites compromis ?

La recherche s'est intéressée à améliorer les propriétés de surface des implants telles que la topographie, la structure, la chimie, la charge de surface ou la mouillabilité dans le but d'améliorer la prévisibilité de l'ostéointégration des implants en titane. Leur surface a été traitée pour obtenir une surface hydroxylée/hydratée avec une microstructure identique à celles des implants mordancés, sablés, mais présentant un caractère hydrophile.

De nombreuses études in vitro ont montré que ces propriétés hydrophiles ont une influence significative sur la différenciation cellulaire et la production de facteurs de croissance. Les expérimentations animales ont démontré une amélioration des étapes précoces de l'intégration tant au niveau des tissus mous qu'au niveau du tissu osseux, aussi bien pour les implants enfouis que non enfouis. Ces résultats ont été corroborés par les études cliniques.

En outre, les surfaces SLActives ont le potentiel de supporter les procédures de régénération osseuse guidée extemporanées au niveau des sites montrant un défaut osseux, même critique (du moment que la stabilité primaire de l'implant soit acquise !).

Thomas von Arx (Suisse) : greffes osseuses pour les défauts limités, approche simultanée ou par étapes successives ?

Le premier choix entre les 2 procédures se fait en fonction de la stabilité primaire de l'implant et de sa bonne position dans les 3 dimensions : si celles-ci sont acquises, approche simultanée. Sinon, approche par étapes.

La question à se poser, et à laquelle il faut répondre !, dans la zone esthétique est de savoir si la morphologie du défaut permet une régénération osseuse prévisible. Le but de la greffe osseuse est de restaurer le mur osseux vestibulaire. Mais « de combien d'os » avons-nous besoin ? Afin d'éviter une résorption osseuse vestibulaire (et d'éviter une récession gingivale consécutive), il faut obtenir une épaisseur osseuse crestale vestibulaire comprise entre 1,8 mm (Spray et al. 2000 : cases with no vertical bone loss had a mean buccal bone width of $\geq 1,8$ mm) et 2,3 mm (Chen et al. 2007 : significantly more recession when implants were placed « buccally » than « lingually »). L'épaisseur du mur osseux vestibulaire influence les altérations du tissu dur (Factors influencing ridge alterations following immediate implant placement into extraction sockets : Ferrus, Cecchinato, Pjetursson, Lang, Sanz, Lindhe, Clin Oral Impl 2010).

Le Professeur von Arx a ensuite illustré de cas cliniques la comparaison de la stabilité horizontale de l'os et la quantité d'os obtenue par les procédures de greffes simultanées au placement de l'implant ou préalablement à la pose de l'implant, avec des blocs osseux ou des particules osseuses.

Stabilité des greffes osseuses horizontales			
Grefe de particules - simultanée	Grefe de particules - préalable	Grefe de bloc osseux non protégé (sans membrane) - préalable	Grefe de bloc osseux protégé - préalable
52 – 58 %	31 – 60 %	55 – 77 %	88 – 93 %

Gain des greffes osseuses horizontales			
Grefe de particules - simultanée	Grefe de particules - préalable	Grefe de bloc osseux non protégé (sans membrane) - préalable	Grefe de bloc osseux protégé - préalable
1,0 - 1,7 mm	1,1 - 2,7 mm	2,9 - 5,0 mm	3,7 - 4,8 mm

En conclusion, les données au sujet de la stabilité des greffes et de leur impact esthétique sont limitées (trop peu d'études cliniques) ; les greffes de blocs osseux donnent de meilleurs résultats que les greffes de particules osseuses ; si le greffon osseux est protégé d'une membrane, le résultat est plus stable

que s'il n'est pas protégé ; la greffe simultanée est le premier choix des cliniciens, afin de limiter le nombre d'interventions pour le patient et de réduire la durée du traitement et les coûts, mais nous avons trop peu d'information sur la stabilité horizontale de ces greffes à long terme

Frank Renouard (France) : implants courts, qu'est-ce qui est court et qu'est-ce qui ne l'est pas ?

Un implant court est un implant d'une longueur intra-osseuse de 8 mm... ou moins (EAO Consensus Conference 2006). Le conférencier rappelle les travaux de P-I Branemark il y a 30 ans (1969) sur la réhabilitation orale au moyen de bridges totaux fixes placés sur seulement 4 implants de 3,5 X 5 mm à chaque mâchoire. Les implants « courts » ne sont donc pas une « nouveauté »...

Une revue de la littérature et des analyses théoriques (e.a : la distribution et la concentration des stress et forces sur un implant) montrent que le succès des implants courts est comparable à celui des implants plus longs et que leur morbidité reste très basse. Les informations récentes montrent clairement que la meilleure option dans les cas de résorption osseuse est de placer des implants courts plutôt que des implants plus longs dans un os greffé.

En outre, dans les sites atrophiés présentant une moindre qualité osseuse, les implants courts ne peuvent pas être comparés avec des implants longs placés dans un os de bonne qualité mais... doivent être comparés avec les procédures de régénération osseuse avancées requises pour permettre le placement d'implants longs, avec les inconvénients, les difficultés, les risques et la morbidité de celles-ci.

De plus, ce vieux sacro-saint principe de ratio couronne/implant ne peut plus être utilisé, puisque le stress se concentre toujours sur les 3 premiers millimètres d'un implant ; augmenter la longueur d'un implant n'améliore pas ses capacités à supporter des forces plus élevées.

Ainsi, un implant court offrant un taux de succès de plus de 96% doit avoir environ 5 mm de longueur intra-osseuse.

Ces implants courts permettent de :

- Simplifier la technique chirurgicale
- Diminuer les risques chirurgicaux en restant à distance des zones anatomiques (nerf alvéolaire inférieur, sinus)
- Simplifier la planification du traitement et la lecture des radiographies et scanners
- Diminuer la morbidité globale des traitements
- Optimiser le placement des implants pour la reconstruction prothétique
- Augmenter le nombre des indications implantaires

Niklaus Lang (Japon) : introduction aux complications.

Le placement d'un implant n'est pas une fin en soi. Une fois placé, un implant débute « une nouvelle vie » qui sera soumise à de multiples facteurs influençant sa fonction au fil du temps.

L'étude de Serino et Ström (2009) concernant la péri-implantite chez le patient partiellement édenté et associée à un piètre contrôle de plaque a montré que parmi ces implants atteints de péri-implantite :

- 48 % n'offraient pas d'accès aux techniques d'hygiène
- 65 % avaient un pronostic positif
- 4 % présentaient un accès à l'hygiène
- 82 % avaient un pronostic négatif

Les infections péri-implantaires ne sont pas spécifiques d'un système implantaire (Abrahamsson et al. 1997).

La planification du traitement, et donc du placement du ou des implant(s), est tout aussi importante que le design de la suprastructure pour assurer une maintenance aisée.

Conclusion de la revue systématique des résultats de traitements implantaires chez des sujets atteints de maladie parodontale et traités (Ong et al. 2008) :

- Il est évident que les patients qui ont été traités pour maladie parodontale peuvent montrer plus de perte d'implants et de complications autour des implants, y compris une plus importante perte osseuse et une péri-implantite, que les patients n'ayant eu aucune parodontite.
- Cette évidence concerne particulièrement les patients atteints de maladie parodontale chronique, mais aussi ceux ayant eu une parodontite agressive.



Simon Storgard Jensen (Danemark) : complications per-opératoires, prévalence, prévention et traitement.

Les complications sont globalement rares... mais probablement sous-rapportées.

a. Hémorragie sévère :

- Rare.
- Potentiellement dangereuse.
- Principalement un problème de la région mandibulaire antérieure (artères sublinguale et sous-mentonnaire).
- Evaluation préopératoire systématique, examen clinique, imagerie (anatomie de la mandibule sévèrement atrophiée).
- Historique médical : maladies systémiques, troubles de la coagulation, thrombocytopathie/pénie, hyperfibrinolyse,

- défauts de parois vasculaires, désordres du tissu conjonctif, maladie hépatique, alcoolisme, médicaments, ...
- En cas de doute : contacter le médecin traitant !
- Règle : ne pas interrompre un traitement anticoagulant. Le risque d'une hémorragie sévère est le plus souvent inférieur au risque d'un accident thromboembolique si la prise du médicament est arrêtée. Attention aux interactions médicamenteuses entre les anticoagulants et les antibiotiques ou les AINS.
- Procédures chirurgicales atraumatiques

b. Œdème :

- Complication fréquente en dentisterie.
- Augmente avec l'importance de la chirurgie.
- Pic en-deçà des 36 heures.
- N'influence pas le devenir des implants placés.
- Responsable d'inconfort, de réduction d'ouverture buccale, de douleurs.
- Prévention par procédures chirurgicales atraumatiques, appliquer de la glace en post-op, prescription de corticoïdes (?)

c. Domages aux dents adjacentes :

- Rester à 1,5 mm des dents.
- Attention aux racines non parallèles (migrations, traitements orthodontiques).
- Mauvais axe de préparation du site implantaire (planification, usage de guide chirurgicaux).

d. Atteintes nerveuses :

- Rares (2%), mais graves.
- Plus fréquentes en cas d'atrophie mandibulaire.
- Presque exclusivement limitées aux atteintes du nerf alvéolaire inférieur.
- Planification et imagerie, navigation assistée par ordinateur, maintenir une distance de sécurité de 2 mm, anesthésie locale bien conduite, incisions à distance du foramen mentonnier, attention au placement des écarteurs, forage contrôlé en profondeur et sous sérum physiologique stérile refroidissant.

e. Déplacement d'implants :

- Quelques cas rapportés, par manque de stabilité primaire, survient entre le placement et le deuxième temps chirurgical, le plus souvent l'implant se retrouve dans le sinus maxillaire ou la fosse crânienne antérieure...ou l'orbite.
- Prévention par planification et imagerie, contrôle de la hauteur osseuse, augmentation osseuse préalable à la pose des implants en cas de doute sur la hauteur ou la qualité de l'os, condensation osseuse, rétention primaire établie et vérifiée.

f. Infections :

- Identifier les patients à risque (bisphosphonates i.v., irradiés, immunocompromis, gros fumeurs, diabétiques à mauvais contrôle glycémique...).
- Éviter d'implanter dans des sites infectés !
- Chirurgie aseptique.
- Bains de bouche à la Chlorhexidine pré-op et post-op.
- Antibiothérapie prophylactique « one-shot » 1h00 avant l'intervention.

g. Douleurs :

- Pic endéans les 3 à 5 heures post-op, intensité la plus forte endéans les 12 premières heures post-op.

- Complication la plus fréquente.
- Évitée par la prescription d'analgésiques (Ibuprofen 400 mg 4X/jours) préventifs et non « à la demande », prise débutée avant le réveil de l'anesthésie, une chirurgie atraumatique, une anesthésie efficace, de longue durée (par ex : Bupivacaïne), un repos de 1 à 2 jours.
- Une douleur sévère est rare et peut être due à un problème nerveux (compression, blessure,...), quelques cas sont rapportés. Ce genre de douleurs pouvant apparaître des semaines ou des mois après le placement des implants, le diagnostic est difficile. Un contrôle insuffisant de la douleur post-op peut mener à une douleur neuropathique provoquée.
- Un patient bien informé et confiant est un patient qui aura moins de douleurs après l'intervention !

h. Fracture mandibulaire :

- Complication rare (0,2 % des implants placés dans une mandibule édentée et résorbée, hauteur osseuse inférieure à 15 mm). Mais sévère : exige une hospitalisation.
- Évitée par la planification et l'imagerie, une chirurgie douce, l'utilisation d'implants courts.



Giovanni Salvi (Suisse) : complications biologiques, prévention et management.

Définitions (Zitzmann et Berglundh : J of Clin Periodontol 2008, 6Th European Workshop on Periodontology) :

- Maladies péri-implantaires : terme regroupant les réactions inflammatoires touchant les tissus péri-implantaires.
- Mucosite péri-implantaire : inflammation de la muqueuse entourant un implant sans aucun signe de perte de l'os de support. Prévalence : 50,6 % des implants montreraient une mucosite, 79,2 % des patients porteraient des implants atteints de mucosite (Roos-Jansaker et al. 2006, suivi à plus de 10 ans ; Renvert et al. 2007, suivi entre 9 et 14 ans).
- Péri-implantite : inflammation de la muqueuse entourant un implant accompagnée d'une perte osseuse. Prévalence : de 12,4 % à 43,3 % des implants montreraient une péri-implantite et de 27,8 % à 77,4 % des patients porteraient des implants atteints de péri-implantite (études de Karoussis et al. 2004, Bragger et al. 2005, FRansson et al. 2005, Roos-Jansaker et al. 2006, Renvert et al. 2007, suivi assuré entre 8 et 10 ans).

L'étude de Koldslund et al. (Journal of Periodontology, 2010) se penche sur la prévalence des péri-implantites en rapport avec la sévérité de la maladie montrant différents degrés de perte osseuse : 109 patients, 351 implants (Branemark, Astra Tech, Straumann, 3I), suivi à 8 ± 4 ans, 39,4 % des patients et 27,3 % des implants montrent une mucosite ; 47,1 % des patients et 36,6 % des implants montrent une péri-implantite.

Une étude rétrospective est actuellement menée à l'Université de Berne sur plus de 500 implants Straumann SLA, placés entre 1997 et 2000, principalement chez des patients atteints de maladie parodontale et traités, tous ces implants étant en fonction depuis au moins 10 ans, la maintenance étant organisée à l'Université de Berne ou en pratique privée. Les premiers résultats (encore non publiés) montrent chez 200 patients examinés et pour 300 implants que : 3 des 300 implants ont été perdus, le taux de survie est de plus de 98 % à 10 ans, la prévalence des péri-implantites est faible et la prévalence des mucosites est élevée.

Diagnostic des maladies péri-implantaires : sondage péri-implantaire, saignement au sondage, suppuration, mobilité de l'implant, perte osseuse visible à la radiographie (Salvi et Lang, International Journal of Oral et Maxillofacial Implants, Proceedings of the 3rd ITI Consensus Conference, 2004).

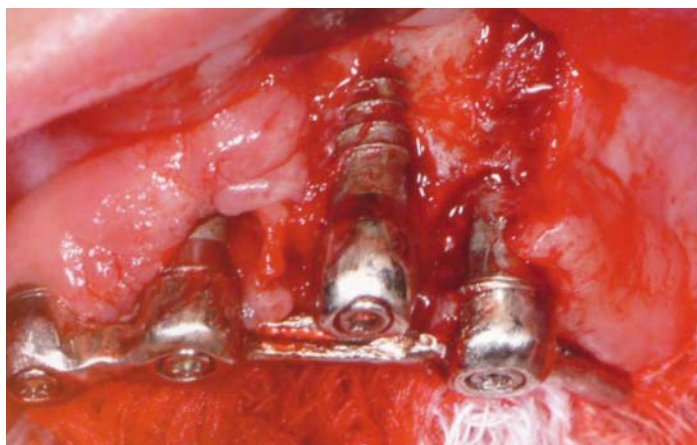
Attention lors du scellement des couronnes et bridges aux fusées de ciment sous la gencive et responsables du développement d'une péri-implantite à court terme !

Traitement des maladies péri-implantaires (6th European Workshop on Periodontology 2008):

- Non chirurgical : débridement mécanique (inserts plastique, curettes carbone, cupules caoutchouc), antiseptiques, antibiotiques.
- Chirurgical : lambeau d'accès, procédures régénératives (greffes osseuses, substituts osseux, régénération osseuse guidée) ou résectives (recoutourage osseux, implantoplastie)

Conclusions :

- Le traitement d'une mucosite est uniquement non chirurgical et est supporté par des antiseptiques.
- Le traitement d'une péri-implantite peut être non chirurgical ou chirurgical (mieux) et doit impérativement être supporté par des antiseptiques et des antibiotiques. Les effets bénéfiques éventuels de l'utilisation du laser nécessitent de plus amples investigations.
- Les patients ayant des antécédents de maladie parodontale sont plus susceptibles de développer une pathologie péri-implantaire. La maladie parodontale doit être traitée avant de poser des implants.
- Aucune méthode de décontamination de la surface d'un implant n'est supérieure à une autre (peroxyde d'hydrogène, sérum physiologique, chlorhexidine, air abrasion, laser)
- Le comblement complet de la lésion osseuse par régénération osseuse guidée est imprévisible, mais on peut obtenir un comblement partiel. Les procédures de régénération osseuse (greffes, substituts ou ROG) ne produisent pas de résultats prévisibles.



Bjarni Elvar Pjetursson (Islande) : complications techniques liées aux implants.

« Les complications que nous rencontrons ne sont pas dues uniquement aux caprices des volcans islandais... »

Plusieurs centaines de systèmes implantaires existent de par le monde. Peu d'entre-eux ont documenté des résultats à long terme pour supporter leur succès. Il serait bon de savoir si les bons résultats rapportés dans des études longitudinales concernant un petit nombre de systèmes implantaires peuvent s'appliquer à tous les systèmes en général.

Quelle est l'influence du design de l'implant, de sa longueur, de son diamètre, de sa surface, quelle est l'influence du type de connexion du pilier, du matériau du pilier, de la superstructure ? Le pilier doit-il être cimenté ou transvissé, à connexion externe ou interne, en métal ou en céramique ?

Toutes ces questions ont été abordées par l'orateur.

Les implants courts (≤ 7 mm) à surface lisse montrent plus d'échecs que les implants courts à surface rugueuse.

Les taux de succès d'implants courts (≤ 10 mm) sont comparables à ceux obtenus avec des implants plus longs, à état de surface identique.

En augmentant le diamètre d'un implant de 7 mm de long de 3,75 à 5,5 mm, sa surface augmente de 70 %.

Un mélange titane - zircone (implants Straumann Roxolid®) augmente la résistance à la fatigue d'un implant de faible diamètre.

Dean Morton (U.S.A.) : complications techniques liées aux prothèses sur implants.

Les complications prothétiques ne sont pas inhabituelles. Comprenez : elles sont fréquentes ! Et pour la plupart, non publiées !

L'orateur offre ici son opinion de clinicien et d'enseignant. La majorité des complications ne sont pas liées au choix de l'implant en soi, alors que ces complications concernent les implants et les composants. Mais les complications sont le plus souvent liées à la manière dont les implants sont utilisés.

Salvi et Bragger (2009), revue systématique de 35 publications :

- Risque mécanique : échec des composants préfabriqués, le plus souvent causé par des forces mécaniques.
- Risque technique : échec ou complication associé à la fabrication et à l'usage (fatigue et surcharge) de la prothèse.
- Les facteurs liés aux risques prothétiques sont : les éléments

rétentifs des overdentures, la présence de cantilevers (porte-à-faux), la rétention cimentée ou vissée, les para-fonctions, le matériau de restauration, la longueur de la superstructure.

Il faut veiller à prévoir une épaisseur suffisante de la base en résine de la prothèse en regard des parties femelles des attachements type Locator®.

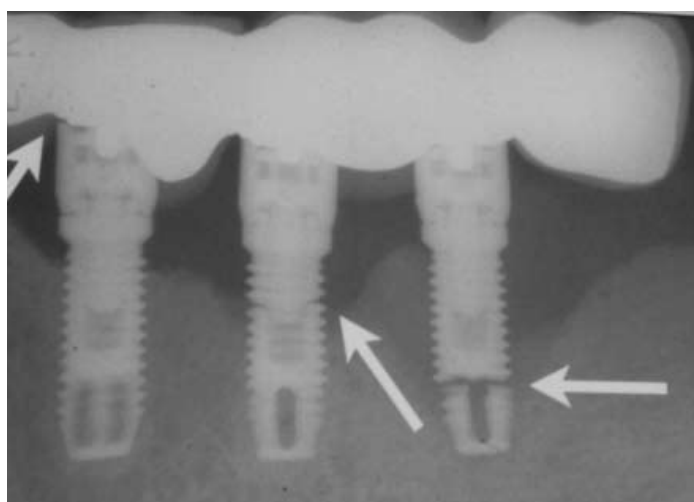
Les attachements « barres » augmentent la rétention et la stabilité de la prothèse en empêchant une rotation de la base, mais leur fabrication et la passivité d'adaptation de ces barres sur les implants sont plus exigeantes, elles permettent de répartir la charge, mais les forces transmises à la barre sont plus importantes, enfin elles compliquent l'hygiène.

Il persiste une controverse au sujet des cantilevers ou porte-à-faux. Ils ne sont pas associés à une réduction des taux de survie implantaire, mais la dimension de la prothèse et la longueur du porte-à-faux sont responsables d'une augmentation des complications prothétiques.

Cimenter ou transvisser ? Attention aux fusées incontrôlées de ciment lors du scellement.

Les fractures de la céramique cosmétique ou de piliers céramique ou zircone ne sont pas rares... Occlusion, para-fonctions, bruxisme, fatigue du matériau, longueur des superstructures jouent des rôles conjugués.

Cochran et al. (2009) ont rappelé la voie du succès : planifier ses traitements !!!, respecter le bon positionnement 3-D des implants, respecter les principes basiques de la prothèse autant au cabinet qu'au laboratoire, assurer une maintenance régulière et intervenir rapidement en cas de problème, se méfier des conditions individuelles propres au patient ce qui ramène à la planification du traitement et à l'identification des facteurs de risques (bruxisme, para-fonctions).



Le congrès s'est clôturé par une session remarquable, présentée par le tandem des **Professeurs Daniel Buser** (Université de Berne) et **Urs Belser** (Université de Genève), sur la gestion des complications chirurgicales, prothétiques et esthétiques. Dix cas d'une complexité croissante dans la gestion de l'échec ont été présentés. Chaque cas a été abordé en détaillant le diagnostic, le traitement, les exigences du résultat, les raisons de l'échec, les complications rencontrées et le traitement réalisé pour corriger les échecs.

Ce feu d'artifice de clôture était particulièrement instructif... et cocasse : « Dupond et Dupond » étaient sur scène. Mais c'était surtout l'occasion de bénéficier de l'expérience (ou des mésaventures) des autres... Et bien souvent, l'échec (à ne pas confondre avec l'« aléa thérapeutique ») était dû à une planification insuffisante ou une méconnaissance de tous les paramètres et de tous les facteurs de risque à prendre en compte.

A ce titre, les livres « ITI Treatment Guide », ainsi que la classification « SAC » (Straight, Advanced, Complex) offrent un outil de planification des traitements et une grille de lecture diagnostique des plus utiles.

Vous trouverez un accès gratuit à cet outil sur : www.iti.org. Cliquez sur l'icône SAC Assessment Tool.



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.
- **Étanche.** 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.

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.

Oral-B® TRIUMPH™

5000 | WIRELESS SMARTGUIDE

Référence : 1. Données internes P&G.



ALLERGIE AU LATEX : en 2010, faut-il encore y penser ?

D. TENNSTEDT et M. BAECK
Service de Dermatologie
Cliniques Universitaires St-Luc
B-1200 Bruxelles

Introduction

Dans la plupart des articles consacrés à l'allergie au latex (et en particulier à l'allergie de type immédiat médiée par les IgE), les auteurs rapportent que les premiers cas ont été décrits en 1979 par Nutter [1]. Ceci semble totalement erroné et il est vraisemblable que tous ces auteurs se "recopient" inlassablement ...

En fait, le premier cas décrit remonte à 1927 [2]. Il s'agissait d'une patiente qui présentait une urticaire "chronique" liée au port d'une prothèse dentaire en caoutchouc. Le retrait de cette prothèse était suivi d'une amélioration spectaculaire de ses lésions alors que la ré-introduction s'accompagnait systématiquement d'une exacerbation de sa dermatose.

D'autres cas plus anecdotiques auraient également été rapportés de manière orale à cette époque et sont consignés dans une lettre à la rédaction qui a suivi la publication du véritable article princeps.

Il n'en reste pas moins vrai que c'est depuis les années 80 que le nombre de cas d'allergie immédiate aux protéines du latex a véritablement explosé. Depuis lors de très nombreuses publications et communications ont permis au latex d'être en tête de liste du "hit parade" des produits d'usage courant pour ce qui est de provoquer des allergies [3].

Il faut encore rappeler que l'allergie au latex (caoutchouc naturel) est classiquement divisée en deux grands groupes bien distincts suivant l'origine des allergènes responsables ainsi que leurs mécanismes physiopathologiques. Il s'agit des dermatites de contact (de type retardé) liées aux anti-oxydants et accélérateurs de vulcanisation introduits dans le latex naturel afin de le transformer en caoutchouc directement utilisable pour la réalisation de nombreux objets. L'aspect clinique de ce type d'allergie correspondent bien entendu au classique eczéma de contact (de type retardé ou type 4) [4,5].

D'autre part, les protéines contenues dans le latex naturel, avant toute transformation, sont responsables des phénomènes d'allergie de type 1, se manifestant essentiellement par des réactions immédiates : prurit, urticaire, conjonctivite, rhinite, asthme, voire choc anaphylactique [1,6].

Volontairement, nous nous limiterons essentiellement aux allergies de type immédiat (IgE dépendantes) liées aux protéines du latex naturel.

Les raisons pour lesquelles ce type d'allergie a augmenté de manière exponentielle depuis environ 25 ans, ne sont pas connues avec certitude mais semblent être liées à de nouveaux éléments qui sont intervenus depuis cette époque. Il est en effet "impensable" d'imaginer que les manifestations si caractéristiques d'une allergie immédiate aux protéines du latex aient échappé à nos "pères cliniciens" [7].

L'explication semble double. D'une part, l'augmentation de la demande en gants caoutchoutés de type latex a été très certainement favorisée par l'explosion du nombre de patients atteints du virus du sida et/ou du virus de l'hépatite C [8].

Antérieurement, de nombreux cliniciens (voire chirurgiens) examinaient et/ou opéraient des patients sans mettre de gants (en particulier en dentisterie). La consommation (et donc le nombre) de paires de gants en latex a donc très largement augmenté, ce qui a entraîné des demandes qui n'ont pu être satisfaites que par l'implantation de nouvelles industries au meilleur rendement mais moins performantes sur le plan de la qualité. Ces dernières ont en effet mis sur le marché des articles en caoutchouc (et en particulier des gants chirurgicaux) de moins bonne qualité permettant une diminution des coûts de production.

D'autre part, les industries fabriquant les gants étaient à l'époque essentiellement regroupées en Europe et aux Etats-Unis. Le latex naturel était importé par bateaux après avoir été additionné de grandes quantités d'ammoniaque afin d'éviter la coagulation du latex qui se serait inévitablement produite lors de ce long voyage (chargement, voyage et livraison prenaient plusieurs mois). L'ammoniaque elle-même est une molécule favorisant la destruction (par hydrolyse) d'une grande partie des protéines du latex. A l'heure actuelle, la fabrication d'objets en caoutchouc naturel (en particulier les gants chirurgicaux et les gants à usage ménager) est implantée essentiellement au sein des pays producteurs de latex naturel. Cette production se fait de plus en plus en "flux tendu" et nécessite une moindre adjonction d'ammoniaque

ainsi qu'un temps de contact nettement réduit avec celui-ci. Il en résulte une nette augmentation de la proportion de protéines intactes entrant dans la composition du latex. Il faut encore signaler que, dans un nombre de cas non négligeable, de petites entreprises (afin de réduire les coûts de fabrication) utilisent moins de bains de trempage, ce qui réduit nécessairement la possibilité d'extraire la majorité des protéines hydrosolubles lors de la fabrication [8, 9].

Rappel concernant la fabrication du latex ou "de l'Hevea brasiliensis au gant chirurgical" [10, 11, 12]

Le latex naturel est obtenu par incision du tronc de l'Hevea brasiliensis (qui appartient à la famille des Euphorbiacées).

L'écorce de l'arbre à caoutchouc (liber) contient un grand nombre de vaisseaux lactifères qui peuvent être facilement ouverts lors de la scarification de l'arbre. Il s'en écoule un liquide blanc laiteux appelé "latex de caoutchouc naturel". Ce réseau lactifère est totalement indépendant de la sève à proprement parler qui coule au sein du bois dur sous-jacent (cambium).

La latex provient en fait du cytoplasme des cellules du système lactifère. Le gemmage (opération visant à scarifier l'arbre) produit environ 75 à 200 grammes par incision. Ces dernières sont pratiquées tous les 2 jours environ (sauf pendant les mois de février et de mars qui correspondent à l'hiver dans les régions où pousse l'Hevea brasiliensis).

Une fois incisé, le latex s'écoule lentement pendant 2 à 3 heures et est récolté dans une coupelle. Ce latex est soumis à l'action d'un anticoagulant et antiputréfiant (amoniaque et sulfite de sodium). Ceci ne s'effectue que dans le cas où du latex liquide doit être obtenu, afin de servir à la fabrication d'objets en caoutchouc "mou" comme des gants, des bottes, des bonnets de bain, des préservatifs ou encore des fils élastiques. La coagulation du latex donnera du caoutchouc "dur". Celui-ci sera utilisé dans la fabrication d'objets en caoutchouc dur comme des pneus, de nombreux articles de sport, des bandes de caoutchouc, des seringues, des tétines, ...

Depuis quelques années, de nombreux essais agronomiques visant à sélectionner des variétés plus productives d'hévéa et de meilleur rendement ont été proposés (tout en augmentant la résistance de l'arbre et permettant de fabriquer des caoutchoucs ayant des propriétés plus spécifiques). Il s'agit essentiellement de traitements hormonaux dont la conséquence est d'augmenter également la production de "pathogenesis-related proteins" allergisantes (β 1,3 glucanase, chitinases, hévéine, ...).

La latex naturel est approximativement composé de longues chaînes de caoutchouc (cis-1,4 polyisoprène). Ces chaînes sont entourées d'une enveloppe riche en phosphoglycolipoprotéines, en divers enzymes et en de nombreux polypeptides (en particulier le facteur d'élongation du caoutchouc ou Hev b 1). Ce facteur d'élongation du caoutchouc participe activement à la possibilité de polymérisation des chaînes de cis-1,4 polyisoprène. Au sein du latex, se retrouvent également des lutoïdes (10 à 20 % du total du volume du latex) composés de vacuoles lisosomiales riches en enzymes (phosphatases, protéases) et en hévéine (Hev b 6.02). Ces lutoïdes participent

activement à la coagulation naturelle. Au sein de ces lutoïdes, se retrouvent également d'autres enzymes comme la chitinase de classe 1 ainsi que la β 1,3 glucanase qui correspondent à des protéines de défense (ou pathogenesis-related proteins).

Les protéines du latex [9, 13]

L'extrait naturel de latex est une mixture complexe de différentes substances notamment de particules de caoutchouc (30-40%), d'eau (55-65%) et de protéines (2,3%) . Dans les produits finis, la concentration en protéines peut atteindre 3%. Plusieurs centaines de protéines ont été identifiées comme constituants du latex parmi lesquelles 13 (Hev b1 à Hev b13) ont été reconnues par l'IUIS (International Union of Immunological Societies) comme allergènes principaux du latex (Tableau I). Les protéines Hev b 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 13 semblent les plus fréquemment incriminées dans la sensibilisation au latex. On observe toutefois des différences selon le « groupe risque » des patients allergiques au latex : en effet les protéines Hev b 1, 3 et 7 semblent être les allergènes principaux chez les patients atteints de spina bifida et les patients « multi-opérés » tandis que l'Hev b 2, 5, 6.01 et 13 prédominent chez les professionnels de la santé. Outre des facteurs génétiques, des variations dans la composition en allergènes des faces internes et externes des gants de latex pourraient expliquer cette différence de sensibilisation. En effet, la surface interne des gants présente une forte concentration des allergènes Hev b 5 et Hev b 6.02 et la surface externe, Hev b 1, Hev b 3 et Hev b 6.02. Par ailleurs, des analyses détaillées ont montré une concentration en protéines nettement supérieure à l'intérieur (0,40 mg/g) par rapport à l'extérieur (0,13mg/g) des gants [14, 15] expliquant la très haute prévalence de l'allergie au latex chez les membres du personnel soignant.

Mesures mises en œuvre afin de diminuer les propriétés allergisantes du latex naturel [12]

Avant les années 1950, le talc était essentiellement utilisé afin de "poudrer les gants". Le talc était employé comme agent favorisant le glissement de la main à l'intérieur du gant.

L'apparition de nombreux cas de granulomes talciques après plusieurs interventions chirurgicales a fait abandonner complètement l'utilisation du talc. Ce dernier a été remplacé par de la poudre d'amidon de maïs (parfois associé à de l'hydroxyde de magnésium). Les particules d'amidon de maïs sont souvent recouvertes d'épichloridrine, ce qui évite que la poudre ne s'hydrate en présence d'humidité (gonflement et agglomération des particules). Ces particules d'amidon de maïs peuvent adsorber les protéines contenues dans le latex naturel et être "pulvérisées" au sein de l'air ambiant lors de l'ouverture des pochettes contenant les gants chirurgicaux ainsi que pendant l'enfillement ou le retrait de ces mêmes gants. Ceci peut créer un véritable "brouillard" de particules d'amidon de maïs devenues hautement allergisantes et responsables de manifestations allergiques aéroportées.

Plusieurs techniques visant à augmenter l'hypo-allergénicité ont donc été proposées notamment en réduisant très nettement la teneur en protéines hydrosolubles dans les divers articles de caoutchouc et en particulier dans les gants médicaux.

- Certaines firmes de fabrication de gants effectuent une opération de lavage des gants (une fois démoulés) afin d'éliminer les particules (tant l'amidon de maïs que les

protéines) qui se seraient accumulées à la surface externe du gant (qui était en contact direct avec le moule lors de la fabrication).

- Par ailleurs l'utilisation de particules d'amidon de maïs est de plus en plus souvent abandonnée (gants non poudrés). Dans ce cas, la surface interne des gants subit une opération de chlorination permettant d'une part d'enfiler facilement le gant (bien que non poudré) en le rendant totalement lisse tout en réduisant très fortement la teneur en protéines hydrosolubles se retrouvant à la surface interne de ce même gant. C'est ainsi que dans de nombreux hôpitaux, la majorité, voire la totalité des gants stériles à usage chirurgical est à l'heure actuelle de type "non poudrés". Il ne semble pas qu'il en soit de même en ce qui concerne les gants non stériles utilisés au cours de nombreux examens médicaux.
- Certaines industries fabriquant des gants en latex ou autre matériel de caoutchouc tentent de réduire fortement la teneur en protéines en pratiquant de plus nombreux lavages des gants et autres objets en caoutchouc. Ces lavages sont effectués en plusieurs étapes à l'aide d'eau chaude fréquemment renouvelée et additionnée de détergent. Ces étapes de lessivage peuvent être optimisées en augmentant la durée du bain, la température de l'eau tout en la renouvelant fréquemment afin d'éviter que les protéines ne se concentrent dans le bain. La création de contre-courants et de turbulences au sein des bains de lessivage augmente également leur efficacité.

Ces diverses mesures sont devenues d'autant plus indispensables que le latex naturel contiendrait à l'heure actuelle une plus grande quantité de protéines. Ceci s'explique par la fréquence des incisions pratiquées sur les hévéas et par les divers traitements hormonaux favorisant la production de protéines de défenses (pathogenesis related-proteins).

Symptomatologie [16, 17, 18, 19, 20]

L'urticaire de contact au latex se caractérise, chez des sujets prédisposés, par l'apparition après 5 à 30 minutes (suivant la quantité de protéines allergisantes contenues dans l'objet et le degré de sensibilisation du patient) d'une éruption papuleuse urticarienne survenant dans les suites immédiates d'un contact avec du latex (le plus souvent le port de gants de latex). L'éruption, qui s'associe en général à un prurit intense, se localise préférentiellement aux poignets et au dos des mains. Cependant elle peut exceptionnellement atteindre les paumes. Dans certains cas, les lésions urticariennes peuvent gagner les avant-bras et les bras puis se généraliser à l'ensemble du corps. Un angio-œdème peut s'observer.

Par ailleurs, de véritables urticaires de contact aéroportés sont possibles [21, 22, 23]. Ces urticaires de contact aéroportés surviennent essentiellement dans les quartiers opératoires (surtout dans les salles de petite chirurgie, au sein desquelles de nombreuses opérations sont programmées successivement) et donc peuvent toucher des membres du personnel de santé ou du personnel de nettoyage ne portant pas directement des gants en latex (ou d'autres objets en latex). Ces accidents sont surtout observés dans les minutes qui suivent le déballage de paires de gants en latex et auraient plus volontiers lieu dans des salles d'opération mal ventilées (ou ventilées en circuit fermé). Le nombre de paires de gants utilisées par les chirurgiens ou les anesthésistes jouerait

donc un rôle essentiel car, lors de l'ouverture de l'emballage, de nombreuses particules allergisantes sont projetées dans l'air. Il semblerait que les paires de gants contenant de l'amidon de maïs seraient plus susceptibles de provoquer des sensibilisations car cette poudre "volatile" véhiculerait dans l'air ambiant des protéines allergisantes dont elles s'est imprégnée. Les personnes à risques sont bien entendu celles qui ont été sensibilisées préalablement aux protéines du latex [24, 25].

D'autres manifestations sont classiques et peuvent dans certains cas être observées isolément (Tableau II).

Les chocs per-opératoire ou post-opératoire liés au latex surviennent classiquement 15 à 120 minutes après l'induction de l'anesthésie alors que ceux mettant en cause les anesthésiques eux-mêmes surviennent beaucoup plus précocement, en général 2 à 10 minutes après l'induction [26, 27, 28]. Cette différence de délai est donc un bon élément d'orientation diagnostique.

L'allergie aux protéines du latex est considérée comme maladie professionnelle (tableau 95 du régime général et 44,45 du régime agricole !).

Epidémiologie [9, 19, 29, 30]

Au sein de la population générale, la fréquence de l'allergie aux protéines du latex est de 1,5 %.

L'allergie aux protéines du latex est une maladie à caractère essentiellement professionnel : elle affecte 7 à 15 % environ des membres du personnel soignant : infirmières, médecins, dentistes, chirurgiens, etc ... Des patients ayant fait l'objet de soins peuvent également être concernés par cette forme particulière d'urticaire. Certains auteurs considèrent que 10 à 20 % des chocs anaphylactiques survenant en salle d'opération pourraient être liés à une sensibilité des patients au latex. Il faut noter par ailleurs que les gants chirurgicaux ne sont pas seuls en cause. En effet, une urticaire de contact peut également survenir, quoique plus rarement, avec des gants à usage ménager. D'autres objets et articles en latex peuvent également être responsables de manifestations d'hypersensibilité immédiate (Tableaux III et IV).

Les patients qui sont atteints de dermatite atopique, de dermatite d'irritation et/ou d'eczéma de contact allergique (particulièrement aux accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc) présentent une prédisposition bien documentée à développer une hypersensibilité immédiate aux protéines du latex. L'atopie en général multiplierait le risque par un facteur de 2 à 5 environ ! Le brossage fréquent et l'utilisation d'antiseptiques chez le personnel de santé et de détergents chez le personnel de nettoyage jouent un rôle considérable, fragilisant la barrière cutanée et donc la pénétration des antigènes.

D'autre part, la répétition des contacts, en particulier avec les muqueuses, peut accentuer, lors d'interventions chirurgicales, la sensibilisation d'un individu, en augmentant la quantité d'allergènes protéiques à laquelle il est exposé (tout enfant ayant subi plus de 3 interventions chirurgicales doit être considéré comme patient à risque !) [28].

Certains groupes à risques doivent être informés et prévenus de la possibilité de développer une telle hypersensibilité (Tableau V). Un dépistage systématique parmi ceux-ci pourrait être utile, voire dans certains cas indispensable.

Les patients allergiques au latex (environ 40 %) et plus particulièrement ceux qui le sont également aux pollens, présen-

tent une sensibilité croisée avec certains fruits, voire avec d'autres produits végétaux (kiwis, bananes, avocats, châtaignes, fruits de la passion, papayes, mangues, tomates, ...) [31, 32, 33].

En cas d'allergie avérée à l'un de ces fruits, il n'est pas recommandé de tester systématiquement les patients aux protéines du latex (ceci en raison du manque de spécificité). Il ne faut donc le faire qu'en cas de suspicion clinique ou d'antécédent d'allergie aux protéines du latex [34].

Par contre, chez les allergiques aux pollens (sensibilisés ou non aux protéines du latex), il serait utile de tester ces différents fruits (à condition qu'il existe des manifestations cliniques suggestives) [32, 33].

Dans leur grande majorité, les protéines du latex sont détruites par le suc gastrique et deviennent donc non allergisantes. Ceci n'est pas le cas pour les protéines de défense (hévéine ou Hev b 6.02 en particulier). Il est donc possible de se sensibiliser à l'hévéine par voie digestive (en absorbant des fruits en contenant) et donc de devenir allergique en latex par cette voie. Il n'en reste pas moins vrai que la grande source de sensibilisation aux protéines du latex reste la voie aéroportée (inhalation de poudre d'amidon riche en protéines du latex).

D'autre part, la sensibilisation aux protéines du latex par voie aéroportée (en particulier à la profiline ou Hev b 8, protéine de structure) peut induire une allergie aux pollens et à divers aliments. L'inverse n'est pas possible car la profiline ou Hev b 8 est détruite par le tube digestif [35].

Des dosages d'IgE spécifiques concernant l'hev b 6.02 et l'Hev b 8 seraient donc très utiles en routine, dans tous les cas de suspicion d'allergie aux protéines du latex.

Investigations [9, 36, 37]

La mise au point et donc l'objectivation d'une allergie aux protéines du latex comporte une série d'étapes qu'il convient de respecter afin de poser un diagnostic correct, tout en n'exposant pas le patient à des risques trop importants de réactions indésirables. L'urticaire au latex peut donc être reproduite de manière expérimentale chez les patients suspectés d'avoir développé une hypersensibilité de type immédiat aux protéines du latex.

Les patch tests (tests épicutanés), ouverts et fermés, représentent probablement la méthode la moins dangereuse pour objectiver une allergie au latex. En général, ils sont cependant peu fiables. Ils peuvent (et doivent !) être réalisés en cas de suspicion clinique d'allergie de type retardé au latex (eczéma de contact classique ou eczéma de contact aux protéines suite au port de gants de latex par exemple)

Les rub tests se pratiquent par simple friction cutanée. Ils ne peuvent plus être recommandés à l'heure actuelle dans la mesure où ils donnent fréquemment lieu à des réactions faussement positives.

Les prick tests réalisés par simple piqûre de la peau au travers du gant n'ont que peu d'intérêt pratique, en raison notamment de leur faible reproductibilité. Les prick tests (lancettes) avec latex commercial, à condition toutefois d'avoir été exécutés

après épreuve de contrôle positive (sulfate de codéine ou histamine) et négative (sérum physiologique), ont une utilité certaine et sont relativement fiables.

Le sérum d'*Hevea brasiliensis* est habituellement utilisé comme antigène de référence dans le diagnostic de l'allergie au latex. Il existe de grandes différences dans la concentration relative des différentes protéines de latex dans l'extrait naturel d'*Hevea brasiliensis*. Plusieurs facteurs, notamment, la région dont provient *L'Hevea brasiliensis*, la saison à laquelle le latex est extrait, les méthodes de cultures ou les techniques de laboratoire peuvent influencer la concentration des différents allergènes selon l'extrait utilisé.

Les prick tests doivent être systématiquement effectués après une semaine d'interruption de tout traitement par anti-histaminiques ou corticoïdes. Ils sont réalisés à l'aide d'un extrait allergénique standardisé (Stallergènes) ou d'un extrait de latex ammoniacé (Allerbio) [38]. Les faux négatifs (environ 5 à 10 %) proviendraient du fait que ces extraits sont fabriqués à partir de latex naturel (serum C) ne contenant que peu de protéines allergisantes à type de lutéïdes. Les prick tests ont une excellente sensibilité (+ de 90 %) et leur spécificité est de l'ordre de 70 %.

Pour certains, il serait cependant préférable d'exécuter les prick tests avec du latex naturel ou avec le surnageant du liquide d'incubation obtenu après immersion de morceaux de gants hachés pendant 24 à 48 heures dans du sérum physiologique. La réaction qui se développe dans les minutes qui suivent le test est en effet relativement spécifique et les effets secondaires sont rarissimes. De faux négatifs peuvent cependant s'observer assez facilement. Cette méthode n'est plus beaucoup utilisée.

L'Hev b 6 est, malgré ces petites variations possibles, de très loin, l'allergène le plus abondant dans le latex naturel, tandis que l'Hev b 4 et 13 sont ceux dont la concentration est la plus faible [39]. Le degré d'allergénicité des différents composants du latex, définie comme la plus petite concentration d'allergène nécessaire pour produire une réaction percutanée positive, est également variable. De manière étonnante, Hev b 4 et 13 semblent être les allergènes les plus puissants. Cette puissance allergénique semble donc compenser, du moins partiellement, leur relative faible concentration dans l'extrait de latex naturel. A l'inverse, Hev.b 1 et 6 sont les antigènes dont la concentration minimale requise pour obtenir une réaction percutanée positive est la plus élevée. Un individu peut être sensibilisé à une seule ou à une combinaison de protéines du latex. Toutefois, si on combine à la fois concentration et puissance, seul l'Hev b 6 est capable de donner une réaction positive au prick-test chez la majorité des patients sensibilisés au latex. Pour tous les autres antigènes, la concentration est bien souvent insuffisante pour permettre la détection d'une allergie. Un patient sensibilisé à un de ces allergènes et non sensibilisé à l'Hev b 6 aura donc un test négatif avec un extrait allergénique standard. L'utilisation d'*Hevea brasiliensis* comme antigène diagnostique du latex peut fausser la prévalence de détection de l'allergie au latex notamment en ne détectant pas les patients sensibilisés uniquement aux allergènes présents en faible concentration [39]. Il existe donc une sous-population de sujets allergiques au latex pour lesquels le prick-test au latex, réalisé avec un extrait standard, est négatif. L'utilisation de préparation contenant des allergènes de latex en concentration balancée ou la réalisation de tests avec des allergènes de latex purifiés

permettrait d'améliorer le rendement diagnostique [40]. En cas de réaction douteuse, il faut recourir au test de provocation proprement dit avec un doigtier découpé dans le gant de latex présumé responsable. La bonne interprétation de ce test exige que le doigt ait été préalablement humidifié (en raison du caractère hydrosoluble des antigènes). Le doigtier doit être porté pendant 10 à 20 minutes. En procédant de la sorte, une réaction prurigineuse et œdémateuse typique se manifeste généralement 4 à 5 minutes après le retrait.

Lorsque le doigtier ne suffit pas, c'est-à-dire que le test est soit douteux, soit négatif, le gant entier peut éventuellement être enfilé sur la main humectée. On parle de test "in use". Le gant doit, dans la mesure du possible, être de taille légèrement inférieure à celle de la main de manière à être en contact intime avec elle. Ce gant est laissé en place une vingtaine de minutes et la lecture est pratiquée 10 minutes après enlèvement. Lorsqu'il s'agit de gants ménagers, il y a intérêt à utiliser les gants de la même marque que celle utilisée par les patients et de préférence, des gants neufs. Les gants usagés ont en effet souvent perdu leurs propriétés antigéniques (hydrosolubilité et donc "disparition" des protéines).

Un test de provocation bronchique aux protéines du latex par voie inhalée peut être réalisé chez les patients (potentiellement) atteints d'asthme professionnel (port de gants et/ou ouverture de pochettes de gants poudrés dans une petite pièce de 5 m³ visant à déclencher une crise d'asthme pouvant être objectivée par la technique du VEMS) [41, 42, 43].

Dans de rares cas, des tests de provocation conjonctivale peuvent être envisagés (déclenchement d'une conjonctivite après instillation de protéines du latex dans le cul-de-sac conjonctival).

En raison des risques potentiels de réaction allergique sévère (urticaire généralisée, œdème de Quincke, bronchospasme, choc anaphylactique), il est vivement conseillé de ne pas pratiquer ces tests de provocation en dehors du milieu hospitalier.

Les scratch tests et les injections intradermiques sont dangereux et inutiles ; ils n'ont de ce fait aucune place dans l'objectivation d'une urticaire de contact au latex.

Le dosage des IgE spécifiques dans le sérum du patient (RAST) est dans la plupart des cas réalisé après les prick-tests. Un taux élevé correspond la plupart du temps à une forte sensibilisation et donc à l'apparition potentielle de symptômes sévères. Classiquement, on recherche des immunoglobulines E reconnaissant spécifiquement l'extrait naturel de latex. Leur sensibilité et leur spécificité est légèrement inférieure à celle des tests cutanés. En particulier, la spécificité est nettement moins bonne en raison de la sensibilisation croisée fréquente des protéines du latex avec celle d'autres végétaux. Ceci expliquerait une prévalence excessive de patients positifs en IgE spécifiques. Les RAST manquent également de sensibilité car ils tendent à exclure systématiquement les sujets faiblement sensibilisés [44, 45].

Comme pour les tests in vivo, une analyse spécifique de chacune des 13 protéines du latex permettrait de déterminer de manière détaillée le profil de sensibilisation d'un patient aux différents allergènes du latex. Un test d'activation des basophiles (TAB) utilisant des allergènes recombinant de l'extrait naturel de latex permettrait également de préciser plus

finement le type de sensibilisation en fonction du type d'exposition aux sources de latex. Ces tests ont déjà permis de mettre en évidence une corrélation positive significative entre la sensibilisation à l'Hev b 5 et le nombre d'interventions chirurgicales subies par un patient. Le TAB et la recherche d'IgE spécifiques des allergènes pourraient être utilisés en première ligne dans le diagnostic in vitro de l'allergie au latex [46,47]. Ces profils de sensibilisation pourraient avoir également des implications en termes de prévention et de prise en charge des patients allergiques. Par exemple, pour une efficacité maximale et pour éviter de futures sensibilisations, les traitements par immunothérapie devraient utiliser des extraits de latex ne contenant que le ou les allergènes auxquels est sensibilisé le patient [39, 44, 48].

Traitement prophylactique et prise en charge [9, 18, 49, 50, 51]

La prévention de l'allergie aux protéines du latex nécessiterait une série de mesures préventives, incluant notamment le port de gants ne contenant plus aucune trace de protéines allergéniques. Le respect de ces mesures doit être d'autant plus strict et rigoureux qu'il existe des manifestations générales parfois dangereuses concomitantes à l'éruption. Pour les médecins ou paramédicaux qui sont allergiques aux protéines du latex, il existe dans le commerce des gants en caoutchouc synthétique ne contenant pas de protéines allergisantes : Dermaprène[®], Elastyren[®], Neolon[®], Neutralon[®](Tableau VI) [51, 52].

Ces gants présentent l'inconvénient d'être moins fins, parfois plus désagréables à porter que les gants chirurgicaux conventionnels (en latex). Les chirurgiens leur reprochent essentiellement de gêner le sens tactile fin, si important dans la réalisation correcte de nombreux gestes techniques.

Il est possible également de trouver sur le marché des gants plus souples, en polystyrène synthétiques, de type Tactylon[®]. Les gants des marques Triflex[®] et True Touch[®] sont constitués de vinyle. Ils sont, eux aussi, plus fragiles et nettement moins agréables à porter, mais ils peuvent au besoin être stérilisés. Ces gants en vinyle sont exceptionnellement allergisants [53].

En outre, les patients qui présentent une urticaire de contact immunologique au latex doivent impérativement éviter tout autre type de contact au latex (préservatifs en latex, ballons de baudruche, bonnets de bain, etc ...). S'ils ont présenté des manifestations d'intolérance générale, une notice explicative accompagnant leurs documents d'identité est hautement souhaitable, pour éviter des complications sévères en cas d'intervention chirurgicale (opération d'urgence, révision utérine, etc ...).

- Prévention primaire [54]

La prévention primaire consisterait en une éviction totale, au sein de l'hôpital, de tout objet contenant du latex naturel. Ceci est pratiquement impossible étant donné le caractère ubiquitaire du latex présent dans l'hôpital (gants en particulier) ainsi que du fait que beaucoup de ces matériaux ne sont pas clairement "labellisés". Le port de véritables gants en latex ne devrait être proposé qu'au personnel soignant ou de laboratoire qui serait en contact avec des liquides biologiques potentiellement contaminants. Les gants en latex offrent en effet la meilleure protection. Les gants devraient

Biotène. Spécialiste de la bouche sèche.

La bouche sèche (xérostomie) est un problème qui concerne 20 % des adultes. Elle n'entraîne pas seulement une gêne subjective comme les lèvres sèches et une mauvaise haleine,^(1,2) mais peut également influencer la santé buccale.^(3,4)

Biotène a été mis au point et testé spécialement pour les personnes souffrant de bouche sèche. Biotène aide à préserver la santé buccale et protège de la bouche sèche. Le système d'enzymes LP3 du bain de bouche, du gel oralbalance et du dentifrice de biotène stimule les défenses naturelles de la salive - qui se trouve affaiblie chez les patients souffrant de xérostomie.⁽⁵⁻⁷⁾

Produits pour le soulagement des symptômes



biotène oralbalance gel

- Soulage durablement
- Pour le soulagement de la bouche sèche modérée à sévère
- Contient le système d'enzymes LP3



Spray buccal biotène

- Rafraîchit et humidifie
- Soulagement immédiat
- Sans alcool

Produits pour l'hygiène buccale quotidienne



Dentifrice biotène

- Contient le système d'enzymes LP3
- Ne contient pas de laurylsulfate de sodium (SDS), saveur douce
- 1000 ppm F-



Bain de bouche biotène

- Rafraîchit et humidifie sans sensation de brûlure
- Contient le système d'enzymes LP3
- Sans alcool

Commandez dès maintenant des échantillons gratuits de biotène via www.gskdental.be

Reference: (1) Astor FC, Hanft KL, Clocon JO. Xerostomia: a prevalent condition in the elderly. *Ear Nose Throat-J* 1999; 78 (7): 478-8 (2) Cuggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *JADA* 2003; 134:61-69 (3) Koshimune S et al. Low salivary flow and volatile sulfur compounds in mouth air. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*. 2003; 96 (1): 38-41 (4) Toljanc JA et al. An evaluation of a dentifrice containing salivary peroxidase elements for the control of gingival disease in patients with irradiated head and neck cancer. 1996. *J Prosthet Dent* 76: 292-296. (5) Tenovou J. Clinical applications of antimicrobial host proteins lactoperoxidase, lysozyme and lactoferrin in xerostomia: Efficacy and safety. *Oral Dis* 2002; 8:23-29 (6) Tenovou J. Antimicrobial agents in saliva - protection for the whole body. *Journal of Dentistry Research* 81, 807-809 (7) Tenovou J et al. Antimicrobial factors in saliva: ontogeny and relation to oral health. *Journal of Dentistry Research* 1987; 66: 475-479



GlaxoSmithKline Consumer Healthcare s.a.,
Rue du Tilleul 13, 1332 Genval

biotène®
Spécialiste de la bouche sèche

contenir le taux le plus bas possible de protéines. Étant donné que le fait d'être porteur d'un méningomyélocèle ou d'être opéré plusieurs fois avant l'âge d'un an augmente considérablement le risque de développer une allergie au latex, il est désormais recommandé que les chirurgiens et anesthésistes qui prennent ces patients en charge en période néonatale utilisent des gants sans latex et évitent tout matériel contenant du latex dès la première intervention. Cette mesure a permis ces dernières années de diminuer nettement l'incidence de l'allergie au latex chez ces enfants à risque.

- Prévention secondaire [55]

Il s'agit de reconnaître le patient allergique au latex ou à grand risque de l'être et de prendre les précautions nécessaires pour éviter le déclenchement d'une réaction anaphylactique.

En consultation d'anesthésiologie, l'interrogatoire recherche systématiquement les notions d'atopie et de réactions allergiques surtout chez les patients qui font partie de la population à risque. Une anamnèse « d'anesthésies antérieures sans problème » doit être appréciée avec prudence car ces procédures ont également été pour le patient (enfant en particulier) autant d'occasions de se sensibiliser aux produits utilisés dont le latex. Outre le fait d'appartenir à une population à risque, les éléments anamnestiques suivants doivent faire soupçonner un risque d'allergie au latex :

- le patient qui a présenté une réaction « bizarre » dont la cause est restée inexpiquée lors d'une intervention précédente : bronchospasme, hypotension prolongée...
- l'enfant qui présente un gonflement des lèvres et/ou du visage et/ou des problèmes respiratoires lorsqu'il manipule un ballon de baudruche.

Certains patients allergiques au latex sont également allergiques à l'oxyde d'éthylène qui est le gaz le plus utilisé pour stériliser le matériel médical (gants, aiguilles, cathéters, prothèses etc...). Dans ces cas, il faut tenter d'obtenir du matériel stérilisé au rayonnement gamma ou faire tremper le matériel à utiliser dans du NaCl 0,9% pour en éliminer l'oxyde d'éthylène.

La notion d'allergie ou de suspicion d'allergie au latex doit être clairement notée dans le dossier du patient, signalée au chirurgien et à toute l'équipe soignante tant au quartier opératoire qu'en unité d'hospitalisation afin que toutes les précautions décrites ci-après puissent être prises.

L'utilisation d'une prémédication dite « antiallergique », associant antihistaminiques H1 et H2 et parfois un corticoïde est inutile voire dangereuse car elle peut retarder le diagnostic de réaction allergique en masquant les premiers symptômes.

Le matériel de soins contenant du latex devrait être progressivement remplacé par un équivalent sans latex (seringues et trousse de perfusion en particulier). Il est également utile de disposer d'une liste du matériel contenant du latex établie par le pharmacien hospitalier et facilement disponible. L'idéal est de disposer également d'un chariot spécial ne contenant que du matériel sans latex (gants, sondes, seringues etc.) et déplaçable facilement à l'endroit où le patient est pris en charge. Les gants dits hypoallergéniques doivent être utilisés avec méfiance dans ces cas car ils sont, en réalité, composés de latex. Il convient de

n'utiliser que des gants « latex free ». En salle d'opération, la première précaution est de veiller à ce que la salle ou le local ait une atmosphère ne contenant pas de particules de latex : le plus simple est donc d'inscrire le patient allergique ou à risque élevé d'allergie au latex en début de programme opératoire. Le renouvellement régulier (10 à 20 fois par heure) de l'air dans le local (également dans les heures précédant l'intervention) est la meilleure garantie contre la présence de protéines de latex aéroportées. Si cela n'est pas possible, il est impératif que des gants sans latex soient utilisés pour tous les anesthésiés et/ou opérés avant le patient allergique au latex. Il est également important d'utiliser un circuit d'anesthésie sans latex (néoprène ou silicone) en cas d'utilisation d'un respirateur (dont les connexions internes et le soufflet sont souvent en caoutchouc).

A côté du risque aéroporté, il convient d'éviter le contact avec les protéines hydrosolubles en n'utilisant que du matériel sans latex (gants en élastomères synthétiques comme le néoprène) pour toutes les manipulations comme la préparation du matériel opératoire ou d'anesthésie, la préparation des médicaments, etc. (Tableau VII). En salle de réveil, aux soins intensifs et en unité d'hospitalisation, il est important que chacun des membres de la chaîne des soignants prenant en charge le patient ait connaissance de son allergie et des précautions particulières à prendre. Le patient est idéalement hospitalisé dans une chambre individuelle ; si cela n'est pas possible (en soins intensifs par exemple), il est impératif que tous les patients de la chambre ou de la salle soient soignés avec des gants sans latex pour éviter l'aérosolisation de protéines de latex adsorbées à la poudre des gants et donc le risque de réaction respiratoire. De même, un chariot ne contenant que du matériel sans latex doit être disponible dans la chambre pour éviter que du matériel contenant du latex soit utilisé par erreur ou par distraction.

Pour ce qui est de l'éviction à domicile, il est important de donner aux patients ou aux parents une liste du matériel médical et non-médical contenant du latex ainsi qu'une liste des alternatives disponibles pour éviter que le patient ne se sensibilise davantage ou ne présente une réaction grave loin du milieu hospitalier. De même, le port d'une carte « d'alerte » signalant l'allergie au latex est indispensable. Des essais de désensibilisation pourraient être tentés [56].

En cas de "besoin" ou de "nécessité", l'utilisation de préservatif(s) sans latex est suggérée, voire "chaudement" recommandée (Tableau VIII).

La mise en place d'une "task force multidisciplinaire" au sein de chaque hôpital serait également une mesure à prendre (ce groupe devrait être idéalement constitué d'un dermatologue, d'un pneumologue, d'un anesthésiste, d'un pharmacien d'hôpital et d'un représentant infirmier).

Tableau I : les 13 allergènes principaux du latex [9, 13, 35, 57]

Hev b	Allergène	Poids moléculaire (Kda)	Concentration (nmol/mg)	Degré d'allergénicité (*) (µM)	Allergie croisée	Protéine de défense
1	Rubber elongation factor ou facteur d'élongation du latex	58	1,04	0,188 allergène majeur (chez enfants spina bifida)		
2	α-1,3-glucanase	34/36	3,06	0,014 allergène majeur (chez adultes)	Fruits	oui
3	Protéine hydrophobe liée aux petites particules de caoutchouc	24	3,73	0,023 allergène majeur (chez enfants spina bifida)		
4	Protéine acide du complexe protéique en micro-hélice	100-115	0,06	0,009 allergène mineur		
5	Protéine acide du sérum C	16	0,59	0,017 allergène majeur (chez enfants spina bifida et professionnel de santé)		
6.01	Prohévéine	20	75,05	0,028 allergène majeur (chez adultes)		oui
6.02	Hévéine mature	5		allergène majeur (chez adultes)		oui
6.03	Domaine C terminal de la prohévéine	14		allergène mineur (chez adultes)		
7.01	Protéine patatine-like du sérum B	42	2,00	0,011 allergène mineur		oui
7.02	Protéine patatine-like du sérum C	44		allergène mineur		oui
8	Profiline	14		allergène mineur	Pollens et aliments végétaux	
9	Enolase	51		allergène mineur	Moisissures	
10	Manganèse superoxyde dismutase	26		allergène mineur	Moisissures	
11	Chitinase de classe 1	31		allergène majeur	Fruits (banane, avocat, châtaigne)	oui
12	Protéine de transfert lipidique	9.3		allergène mineur		
13	Esterase lipolytique	42		allergène majeur		

(*) Plus petite concentration requise pour obtenir une réaction percutanée positive

Tableau II : Manifestations cutanées et extracutanées liées à une sensibilisation aux protéines du latex [16, 58]

<ul style="list-style-type: none"> - "Banales" excoriations cutanées - Prurit - Urticaire - Œdème périorbitaire - Rhinite - Conjonctivite 	<ul style="list-style-type: none"> - Angio-œdème - Œdème laryngé - Bronchospasme, asthme [42, 43, 59] - Troubles digestifs divers - Hypotension, collapsus [60] - Choc anaphylactique [61, 62]
---	--

Tableau III : Objets pouvant être composé de latex naturel susceptibles de déclencher des manifestations d'hypersensibilité immédiate

OBJETS "A USAGE MEDICAL"

<ul style="list-style-type: none"> - Gants chirurgicaux en latex - Gants d'examens en latex - Alèses - Ballons pour ventilation manuelle - Bandages élastiques - Bas de contention - Bouillottes - Brassards de tensiomètres - Cathéters urinaires - Courroies pour ECG, supports d'électrodes - Coussins de chaise roulante - Dagues dentaires - Doigtiers en latex - Drains chirurgicaux (type Penrose[□]) souvent utilisés comme garrot ! - Elastiques des bonnets chirurgicaux ou des couvre-chaussures chirurgicaux - Embouts de ballonnets pour cathétérisme du cœur droit - Etais péniens - Flacons de médicaments à usages multiples (bouchons) - Masques (anesthésie/oxygène) - Matelas en latex 	<ul style="list-style-type: none"> - Pistons de certaines seringues - Pneus de chaise roulante - "Paires" de Bonneau - Protections pour sondes métalliques (utilisées en échographie transvaginale ou transœsophagienne) - Prothèses dentaires - Raccords et tubulures - Rubans adhésifs - sparadraps - Sets de perfusion IV - Solutés de perfusions avec bouchon en latex ou site d'injection en latex - Sondes nasales et sondes d'aspiration - Sondes pour température rectale ou œsophagienne - Sondes rectales - Soufflets de respirateurs + joints - Stéthoscopes (tubes) - Supports axillaires de béquilles - Tensiomètres - Tourniquets - Tubes endotrachéaux - Vessies à glaces- - ...
--	---

Tableau IV : Objets "usuels" pouvant être composés en partie ou en totalité de latex naturel et donc susceptibles de déclencher des manifestations d'hypersensibilité immédiate

OBJETS DE LA VIE QUOTIDIENNE

<ul style="list-style-type: none"> - Adhésifs (certaines colles pour enveloppes autocollantes) - Ballons de baudruche - Bonnets de bains - Bottes et chaussures - Bouillottes - Ceintures élastiques - Diaphragmes - Draps de lit caoutchoutés - Élastiques - Envers de tapis - Eponges - Gants de nettoyage - Gants à usage professionnel - Gommages - Joints divers (châssis, portes, plomberie, ...) - Jouets et balles de caoutchouc 	<ul style="list-style-type: none"> - Lanières de lunettes de sport - Lunettes, masques et embouts de plongée - Matelas en latex - Pansements adhésifs - Peintures (piscine en particulier) - Poignées de raquettes de sport ou de bicyclettes - Pneumatiques - Préservatifs - Rideaux de douche - Semelles élastiques - Tapis de bain - Tapis de sol (salle de gymnastique, camping, ...) - Tétines - Tétines de biberons - Textiles d'emballage - Tissus élastiques
--	--

Tableau V : Groupes à risques pouvant développer une hypersensibilité immédiate aux protéines du latex

<ul style="list-style-type: none"> - Patients atopiques ou allergiques à certains fruits - Personnel de santé : chirurgiens, anesthésistes, gynécologues, dentistes, infirmiers, ... - Personnel de nettoyage ou d'entretien (techniciens de surface) - Personnel fabriquant des gants de latex ou autres objets en latex - Patients multi-opérés (spina bifida, méningomyélocèle, malformations urologiques complexes en particulier, ...) ou devant subir de très multiples lavements évacuateurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coiffeurs - Personnel travaillant dans l'agro-alimentaire (vente au détail en particulier) - Personnel de restauration
---	--

Tableau VI : Types de gants recommandés en cas d'allergie aux gants de latex naturel

- DERMAPRENE® ultra	Néoprène	Ansell
- DURAPRENE®	Néoprène	Cardinal
- ELASTYREN®	Polystyrène-polybutadiène-polystyrène	Danpren
- NEOLON®	Néoprène	Becton-Dickinson
- NEUTRALON®	Latex extérieur	
	Polyuréthane intérieur	Ansell
- TACTYLON®	Polystyrène-polyéthylène-butylène-polystyrène	Smart Practice
- TRIFLEX®	Vinyle	Cardinal
- TRUE TOUCH®	Vinyle	Becton-Dickinson

Tableau VII : Prévention secondaire

OBJETS EN LATEX	ÉQUIVALENTS SANS LATEX
gants d'examen ou chirurgicaux en latex	gants en PVC, silicone, néoprène
sonde urinaire	sonde en silicone
garrot en latex	garrot en tissu
drain de Penrose	drain en silicone (Jackson-Pratt)
set d'administration intraveineuse	Set sans valve d'injection ni connexion en latex
brassard de tensiomètre	brassard sans latex
sparadrap	Autre moyen de fixation (bande de gaze, Opsite®)
électrodes ECG	Électrodes sans latex dans l'adhésif (attention aux tubulures et aux poires utilisées en consultation)
fixation en sparadrap pour capteur de saturomètre à usage unique	Utiliser une fixation sans latex ou un capteur sans latex (par exemple pince pour l'oreille)
masque d'anesthésie	masque en silicone
pistons de seringues	seringue dont le piston est en silicone ou élastomère synthétique
coussins et pneus de chaise roulante	matériau synthétique
alèze de lit en caoutchouc	alèze en tissu
bouchons de flacons de médicaments	décapsuler pour prélever sans ponctionner le bouchon de latex ou choisir un conditionnement avec bouchon en élastomère
protection de sonde thermique	protection sans latex
protection de sonde d'échographie	protection sans latex
circuit accessoire d'anesthésie	circuit en néoprène ou silicone
respirateur d'anesthésie avec soufflet en caoutchouc	placer un filtre antibactérien et antiviral à la connexion patient-machine
cathéter de Swan-Ganz (ballonnet en latex)	autre monitoring
tubulures de stéthoscope	tubulures en PVC
ballon d'un insufflateur manuel (Ambu®)	insufflateur en silicone (vérifier l'absence de latex au niveau de la valve)

Tableau VIII : Préservatifs sans latex naturel

<ul style="list-style-type: none"> - Durex Avanti® - Durex Feeling® 	<ul style="list-style-type: none"> - EZ.ON® - Manix crystal®
---	--

Bibliographie

1. Nutter AF. Contact urticaria to rubber. *Br J Dermatol* 1979; 101 : 597-8.
2. Stern G. Überempfindlichkeit gegen Kautschuk als Ursache von Urticaria und Quinckeschm Ödem. *Klin Wochenschrift* 1927; 6 : 1096-7.
3. Hamman C. Natural rubber latex protein sensitivity in review. *Am J Contact Dermatitis* 1993; 4 : 4-21.
4. Warshaw EM. Latex allergy. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39(1) : 1-25.
5. Schollhammer M, Guillet MH, Guillet G. Les dermatoses de contact aux gants médicaux. *Ann Dermatol Vénérolog* 1991; 118 : 731-5.
6. Slater JE. Latex allergy. Guest editorial. *Annals Allergy* 1993; 70 : 1-2.
7. Lachapelle JM, Frimat P, Tennstedt D, et al. *Dermatologie Professionnelle et de l'Environnement*. Masson Edit. Paris 1992 : 330-1.
8. Ownby DR. A history of latex allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110 (2 suppl) : S3-14.
9. Leynadier F. Latex et allergies in *Traité d'allergologie*. Vervloet D, Magnan A.: Flammarion Paris 2003 :776-805.
10. Cacioli P. Introduction to latex and the rubber Industry. *Rev Fr Allergol* 1997; 37: 1173-6.
11. Yip E, Cacioli P. The manufacture of latex gloves from natural rubber latex. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110 (2 suppl): S3-14.
12. Tennstedt D, Lachapelle JM. La saga du caoutchouc naturel ou "de l'hévéa au gant chirurgical". Progrès en dermato-allergologie (GERDA Marseille 1997). *John Libbey Eurotext*: 219-29.
13. Raulf-Heimsoth M, Brüning T, Rihs HP. Recombinant latex allergens. Les allergènes recombinants du latex. *Rev Fr Allergol* 2007; 47: 123-5.
14. Peixinho C, Tavares P, Tomaz MR, et al. Differential expression of allergens on the internal and external surfaces of latex surgical gloves. *Allergologia et immunopathologia* 2006; 34:206-11.
15. Sutherland MF, Drew A, Rolland JM, et al. Specific monoclonal antibodies and human immunoglobulin E show that Hev b 5 is an abundant allergen in high protein powdered latex gloves. *Clin Exp Allergy* 2002; 32 : 583-9.
16. Turjanmaa K. Natural rubber latex allergy : Clinical manifestations (including contact dermatitis) and diagnosis. *Rev Fr Allergol* 1997; 37 : 1177-9.
17. Dooms-Goossens A. Contact urticaria caused by rubber gloves. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18 : 1360-1.
18. Reunala T, Alenius H, Turjanmaa K, Palosuo T. Latex allergy and skin. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2004; 4 : 397-401.
19. Alenius H, Turjanmaa K, Palosuo T. Natural rubber latex allergy. *Occup Environ Med* 2002; 59:419-24.
20. Leynadier RF, Mounedji N, Pecquet C, et al. L'allergie au latex : symptômes et indications thérapeutiques. *Rev Fr Allergol* 1997; 37 : 556-61.
21. Lagier F, Badier M, Martigny G et al. Latex as aeroallergen. *Lancet* 1990; 2 : 516-7.
22. Baur X, Ammon J, Chen Z, et al. Health risk in hospitals through airborne allergens for patients presensitized to latex. *Lancet* 1993; 342 : 1148-9.
23. Swanson MC, Yunginger JW, Warner MA, et al. Latex aeroallergens in surgical suites. *Anesthesiology* 1993; 79: A 1071.
24. Baur X, Jäger D. Airborne antigens from latex gloves. *Lancet* 1990; 335 : 912.
25. Lagier F, Vervloet D, Lhermet I, et al. Prevalence of latex allergy in operating room nurses. *J Allergy Clin Immunol* 1992; 90 : 319-22.
26. Holzman RS, Katz JD. Occupational Latex Allergy : the End of the Innocence. *Anesthesiology* 1998; 89 : 287-9.
27. Pecquet C, Leynadier F, Dry J. Contact urticaria and anaphylaxis to natural latex. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22 : 631-3.
28. Monneret-Vautrin DA, Gueant JL, Laxenaire MC. High risk of anaphylactic shock during surgery for spina-bifida. *Lancet* 1990; 335 : 865-6.
29. Handfield-Jones SE. Latex allergy in health-care workers in an English district general hospital. *Br J Dermatol* 1998; 138 : 273.
30. Garabrant DH, Schweitzer S. Epidemiology of latex sensitization and allergies in health care workers. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110 (2 suppl) : S82-95.
31. Rodriguez M, et al. Hypersensitivity to latex, chesnut and banana. *Annals Allergy* 1993; 70 : 31-4.
32. Levy DA, Leynadier F. Latex and food allergy. *Rev Fr Allergol* 1997; 37 : 1188-94.
33. Blanco C. Latex-fruit syndrome. *Curr Allergy Asthma Rep* 2003; 3 : 47-53.
34. Garcia-Ortiz JC, Moyano JC, Alvarez M, Bellido J. Latex allergy in fruit-allergic patients. *Allergy* 1998; 53 : 532-6.
35. Ganglberger E, Radauer C, Wagner S, et al. Hev b 8, the Hevea brasiliensis latex profilin, is a cross-reactive allergen of latex, plant, food and pollen. *Int Arch Allergy Immunol* 2001; 125 : 216-27.
36. Landwehr LP, Boguniewicz M. Current perspectives on latex allergy. *The journal of Pediatrics* 1996; 128: 305-12.
37. Hamilton RG, Perteson EL, Ownby DR. Clinical and laboratory-based methods in the diagnosis of natural rubber latex allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110 (2 suppl) : S47-56.
38. Chabane H, Tahiri N, Leynadier F. Comparaison de l'efficacité d'extraits de latex ammoniacé et non ammoniacé pour le diagnostic de l'allergie immédiate aux protéines de latex naturel. *Rev Fr Allergol* 2001; 41 : 132.
39. Wagner S, Breiteneder H. Hevea brasiliensis latex allergens : current panel and clinical relevance. *Int Arch Allergy Immunol* 2005; 136 (1) : 90-7.
40. Yeang HY, Hamilton RG, Bernstein DI, et al. Allergen concentration in natural rubber latex. *Clinical and experimental allergy* 2006; 36:1078-86.
41. Kurtz KM, Hamilton RG, Schaefer JA et al. Repeated latex aeroallergen challenges employing a hooded exposure chamber : safety and reproducibility. *Allergy* 2001; 56 : 857-61.
42. Vandenplas O, Binard-Vancaugh F, Brumagne A, et al. Occupational asthma in symptomatic workers exposed to natural rubber latex : evaluation of diagnostic procedures. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 107 : 542-7.
43. Vandenplas O, Jamart J, Delwiche JP, et al. Occupational asthma caused by natural rubber latex : outcome according to cessation or reduction of exposure. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109 : 125-30.
44. Yman L, Lundberg M. Serological aspects of latex allergy. Some recent developments. *Rev Fr Allergol*, 1997; 37: 1195-200.
45. Pecquet C, Abuauf N, Leynadier F. Intérêt de la recherche des IgE spécifiques en cas de suspicion d'allergie immédiate au latex. *Rev Fr Allergol* 1998; 38 : 994.
46. Sainte-Laudy J, Vallon C, Guerin JC. Diagnosis of latex allergy. Comparison of histamine release and flow cytometric analysis of basophil activation. *Inflamm Res* 1996;(45suppl.):35-6.
47. Sanz M, Garcia-Avilés MC, Tabar AI, et al. Basophil activation test and specific IgE measurements using a panel of recombinant natural rubber latex allergens to determine the latex allergen sensitization profile in children. *Pediatr Allergy Immunol* 2006; 17:148-56.
48. Pamies R, Olivier F, Raulf-Heimsoth M, et al. Patterns of latex allergen recognition in children sensitized to natural rubber latex. *Pediatr Allergy Immunol* 2006; 17:55-9.
49. Dakin MJ and Yentis SM. Latex allergy : a strategy for management. *Anaesthesia* 1998; 53 : 774-81.
50. Cohen DE, Scheman A, Stewart L, et al. American academy of Dermatology's position paper on latex allergy. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39 : 98-106.
51. Le Coz CJ. Hypersensibilités aux caoutchoucs et au latex : quels substituts pour quels malades. Progrès en dermato-allergologie (GERDA Dijon2002) *John Libbey Eurotext* :127-39
52. Chabeau G, Tennstedt D, Frimat P. Les gants de protection: tolérance-utilisation in 14ème Cours d'Actualisation en Dermato-Allergologie (GERDA Besançon 1993) : 155-73.
53. Guillet MH, Menard N, Guillet G. Sensibilisation de contact aux gants en vinyl. A propos d'un cas de polysensibilisation aux gants médicaux. *Ann Dermatol Vénérolog* 1991; 118 : 723-4.
54. Reider N, Kretz B, Menardi G, et al. Outcome of a latex avoidance program in a high-risk population for latex allergy. A five-year follow-up study. *Clin Exp Allergy* 2002; 32 : 708-13.
55. Lavaud F, Deschamps F, Mertes PM, et al. Allergie au latex : pertinence des mesures d'éviction. *Rev Fr Allergol* 2001; 41 : 202-8.
56. Leynadier F, Herman D, Vervloet D, André C. Spécific immunotherapy with a standardized latex extract versus placebo in allergic healthcare workers. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 106 : 585-90.
57. Chardin H, Mayer C, Desvaux FX, et al. Latex allergy : characterisation of major allergens and isotypic expression. *Allergy* 1999; 54 : 872-7.
58. Vervloet D. Latex allergy. *Rev Fr Allergol* 1997; 37: 1180-3.
59. Seaton A, Cherrie B, Turnbull J. Rubber glove asthma. *Br Med J* 1988; 296 : 531-2.
60. Gaigon I, Veyckemans F, Gribomont BF. Latex allergy in a child : report of a case. *Acta Anaesth Belg* : 1991; 4 : 219-23.
61. Leynadier F, Pecquet C, Dry J. Anaphylaxis to latex during surgery. *Anaesthesia* 1989; 44 : 547-50.
62. Leynadier F, Pecquet C, Dry J. Le choc anaphylactique per-opératoire : attention aux gants. *Ann Fr Anaesth Réanim* 1989; 8 : 153-4.

nouveau

Sensodyne Rapid

- Soulagement rapide et de longue durée de la douleur due à l'hypersensibilité dentaire^{1,2}
- Assure un scellement en profondeur et résistant aux acides^{3,4}
- Contient du fluorure



Efficace en 60 secondes*

Commandez dès maintenant des échantillons gratuits de Sensodyne Rapid via www.gskdental.be

SENSODYNE

Protection contre la douleur due aux dents sensibles.

Referenties: 1. GSK data on file. Ingeleidend voor publicatie. 2. GSK data on file. Ingeleidend voor publicatie. 3. Hanfield N and Addy M. J Clin Periodontol 2004; 31: 325-326. 4. GSK data on file. *En cas d'utilisation conforme à la notice



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Consumer Healthcare • 13 Rue du Tilleul, 1332 Gervais • www.gskdental.be

E13067

WRIGLEY'S **Freudent 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 !

- Freudent 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.





PRINCIPES DE TRAITEMENT DES DYSFONCTIONNEMENTS DE L'APPAREIL MANDUCATEUR (DAM)

**NOUVELLES RECOMMANDATIONS
DE L'AMERICAN ASSOCIATION OF
DENTAL RESEARCH (AADR)**

Le Conseil d'Administration de l'American Association of Dental Research (AADR) approuve la révision de la déclaration des principes de traitement des Dysfonctionnements de l'Appareil Manducateur (DAM).

Un comité du Neurosciences Group de l'AADR/IADR présidé par Charles Greene (USA) assisté de Iven Klineberg (Australie) et Merete Bake (Danemark) a réactualisé la déclaration de 1996. Après trois années d'expertise par ses juristes afin d'évaluer les conséquences médico-légales de ce texte il a été officiellement validé par le Conseil de l'AADR et mis en ligne le 3/3/2010.

(<http://www.aadronline.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3465>)

L'American Association of Dental Research reconnaît que les "Temporomandibular Disorders" (Dysfonctionnements de l'Appareil Manducateur-DAM) englobe un groupe de conditions musculosquelettiques et neuromusculaires qui implique les articulations temporomandibulaires (ATM), les muscles manducateurs et tous les tissus connexes. Les signes et symptômes associés à ces dysfonctionnements sont divers et peuvent entraîner des difficultés lors de la mastication, de la phonation et lors d'autres fonctions orales. Ils sont également souvent associés à des douleurs aiguës ou chroniques, et les patients souffrent fréquemment d'autres troubles douloureux (comorbidités). Les formes chroniques de douleurs musculosquelettiques faciales peuvent conduire à supprimer ou affecter les relations sociales ou professionnelles, aboutissant de ce fait à une réduction globale de la qualité de vie.

En fonction des données des essais cliniques autant que des études expérimentales et épidémiologiques :

1. Il est recommandé que le diagnostic différentiel des DAM ou des douleurs orofaciales associées puisse reposer en premier lieu sur les informations recueillies lors de l'anamnèse, de l'examen clinique et, lorsque cela est indiqué, au moyen d'examen d'imagerie des ATM. Le choix de techniques diagnostiques complémentaires doit être fondé sur des données, publiées dans des revues à comité de lecture qui démontrent leur efficacité et leur sécurité. Cependant, le consensus qui émane de la littérature scientifique récente au sujet des outils technologiques d'aide au diagnostic habituellement disponibles est que, excepté un certain nombre de techniques d'imagerie, aucun ne présente la sensibilité et la spécificité requises pour distinguer les sujets sains des patients présentant un DAM, ou pour identifier les différents sous-groupes de DAM. Actuellement, les procédures diagnostiques médicales ou les tests de laboratoire standardisés qui sont utilisés pour l'évaluation d'entités similaires orthopédiques, rhumatologiques et neurologiques peuvent l'être également pour les patients porteurs de DAM, lorsque cela est indiqué. De plus, plusieurs tests psychométriques standardisés et

validés peuvent être utilisés pour évaluer les dimensions psycho-sociales des problèmes de dysfonctionnement de chaque patient.

2. Il est fortement recommandé que, sauf indications contraires spécifiques et justifiées, les traitements des patients présentant des DAM soient basés en première intention sur l'utilisation de modalités thérapeutiques conservatrices, réversibles et validées par des preuves scientifiques. Les études de l'évolution naturelle de nombreux cas de DAM suggèrent qu'ils ont tendance à s'améliorer ou à se résoudre avec le temps. Alors que la démonstration de l'efficacité globale d'aucune thérapeutique spécifique n'a pu être apportée, il a été prouvé que de nombreuses modalités thérapeutiques conservatrices réduisent la symptomatologie au moins aussi efficacement que la plupart des traitements invasifs. Comme ces modalités conservatrices ne conduisent pas à des changements irréversibles, elles risquent bien moins d'induire des effets iatrogènes délétères. L'intervention thérapeutique professionnelle doit être complétée de programmes d'auto prise en charge, au cours desquels les patients sont informés de leur maladie et éduqués quant à la manière de gérer leurs symptômes.

Bibliographie

- 1) de Leeuw R, Klasser GD, Albuquerque RJ. Are female patients with orofacial pain medically compromised? J Am Dent Assoc 2005;136(4):459-68.
- 2) Diatchenko L, Nackley AG, Tchivileva IE, Shabalina SA, Maixner W. Genetic architecture of human pain perception. Trends Genet 2007;23(12):605-13.
- 3) Sessle BJ. Sensory and motor neurophysiology of the TMJ. In: Laskin DM, Greene CS, Hylander WL, eds. Temporomandibular Disorders: An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment. Chicago: Quintessence; 2006. p. 69-88.
- 4) Reissmann DR, John MT, Schierz O, Wassell RW. Functional and psychosocial impact related to specific temporomandibular disorder diagnoses. J Dent 2007 Aug;35(8):643-50.
- 5) Klasser GD, Okeson JP. The clinical usefulness of surface electromyography in the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc. 2006;137(6):763-71.
- 6) Suvinen TI, Kemppainen P. Review of clinical EMG studies related to muscle and occlusal factors in healthy and TMD subjects. J Oral Rehabil 2007;34(9):631-44.
- 7) Greene CS. The Role of Technology in TMD Diagnosis. In Laskin DM, Greene CS, Hylander WL (Eds). TMDs - An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment. Chicago, Quintessence Publishing Co, 2006, pp 193-202.
- 8) Greene CS, Laskin DM. Temporomandibular disorders: moving from a dentally based to a medically based model. J Dent Res 2000;79(10):1736-9.
- 9) Truelove E. Role of oral medicine in the teaching of temporomandibular disorders and orofacial pain. J Orofac Pain 2002;16(3):185-90.
- 10) Dworkin SF, Massoth DL. Temporomandibular disorders and chronic pain: disease or illness? J Prosthet Dent 1994;72(1):29-38.
- 11) Carlson CR. Psychological considerations for chronic orofacial pain. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2008;20(2):185-95.
- 12) Lindroth JE, Schmidt JE, Carlson CR. A comparison between masticatory muscle pain patients and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains. J Orofac Pain 2002;16(4):277-83.
- 13) American Academy of Orofacial Pain. Temporomandibular Disorders. In: de Leeuw R, ed. Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management. Chicago: Quintessence; 2008.
- 14) Stohler CS, Zarb GA. On the management of temporomandibular disorders: a plea for a low-tech, high-prudence therapeutic approach. J Orofac Pain 1999;13(4):255-61.
- 15) Friction J. Myogenous temporomandibular disorders: diagnostic and management considerations. Dent Clin North Am 2007;51(1):61-83.
- 16) Okeson JP. Joint intracapsular disorders: diagnostic and nonsurgical management considerations. Dent Clin North Am 2007;51(1):85-103.
- 17) Carlson CR, Bertrand PM, Ehrlich AD, Maxwell AW, Burton RG. Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2001;15(1):47-55.
- 18) Dworkin SF, Huggins KH, Wilson L, Mancl L, Turner J, Massoth D, LeResche L, Truelove E. A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. J Orofac Pain 2002;16(1):48-63.

FAIRE DU DIAGNOSTIC INITIAL UNE METHODE D'EDUCATION DES NOUVEAUX PATIENTS

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



Lors de la première consultation, une fois réalisée l'anamnèse, il est essentiel d'utiliser la phase de diagnostic pour commencer à tisser des liens de confiance, informer et éduquer le nouveau patient. Malheureusement, encore trop de praticiens ne prennent pas assez de temps pour la phase de diagnostic. Or celle-ci loin d'être du temps perdu est un véritable investissement dans la relation avec le patient.

Aujourd'hui, il est essentiel à mes yeux, de transformer la première consultation en un processus d'éducation du patient. Cela lui permettra de mieux comprendre la nécessité de réaliser le traitement proposé. Ce même processus éducationnel met les patients plus à l'aise avec vous. Ils vous seront aussi plus reconnaissants. Cela vous rend qualifié à leurs yeux pour déceler leurs problèmes. Inconsciemment, cela leur donne l'image d'un professionnel d'un haut niveau de compétence et donc apte à les soigner.

Quand vous examinez de nouveaux patients, chaque étape du diagnostic devrait être couplée à une explication. La première étape est d'abord d'expliquer ce que l'on fait. Si par exemple vous établissez un bilan radio complet, expliquez qu'il est important d'avoir une vue d'ensemble des dents, de l'os de la mâchoire, des traitements de racines, des infections sous-jacentes invisibles à l'œil nu, etc. Cela permet au patient de comprendre comment est posé un diagnostic. Poursuivez ainsi quand vous utilisez des modèles ou quand vous réalisez un sondage parodontal !

Si vous possédez un équipement de haute technologie, prenez le temps d'expliquer ce dont il s'agit, pourquoi vous avez acquis cet équipement et quels bénéfices le patient pourra tirer de son utilisation. Ceci indique une grande qualité de soins allié à des qualités humaines. **Ne pas donner d'explication sur le matériel high-tech risque d'aboutir à l'effet inverse de celui souhaité !** N'oubliez pas que tout matériel médical, aux yeux du patient, est quelque chose de froid et souvent peu rassurant !

L'EXAMEN CLINIQUE

Vous êtes donc désormais en train d'effectuer votre examen clinique. Que ce soit au début, au milieu ou à la fin de l'entretien avec le nouveau patient, c'est le moyen de faire passer une image positive. La plupart des examens cliniques consistent simplement à sonder la bouche du patient afin d'en déceler d'éventuelles anomalies. Le praticien annonce ensuite si des problèmes existent ou pas. Je vous suggère plutôt d'effectuer un examen complet avec des analyses plus poussées et de faire une légère démonstration de vos talents pour mieux faire

comprendre au patient ce dont il a besoin. Voilà mes recommandations (hors cas d'urgence) pour mettre en place cette nouvelle approche :

- Après avoir installé le patient, demandez à votre Assistante (si vous en avez une) de venir auprès de vous pour lui dicter vos notes.
- Ne commencez jamais par les dents ! Vérifiez la tête et le cou en cas d'inconfort ou d'anomalies musculaires. Vérifiez les ganglions, expliquez que vous vous souciez de leur santé générale et que cela fait partie de l'examen de routine. Cela permet une approche plus douce, moins agressive de la bouche qui est une zone à fort pouvoir symbolique. Le patient aura vraiment le sentiment que vous vous occupez de lui.
- Faites ouvrir la bouche au patient et poursuivez par l'examen de la langue. Expliquez-lui que ceci est capital pour un bon examen dentaire.
- Palpez ensuite l'intérieur des joues. Un examen exhaustif peut révéler toute douleur musculaire. Vous devez aussi palper les gencives pour déceler toute inflammation ou saignement que le simple toucher peut parfois causer.
- Continuez à expliquer ce que vous faites et rassurez le patient en disant que tout semble aller bien.

A ce stade, faites part de vos observations à votre Assistante en respectant des étapes bien précises :

1^{ère} étape : Description

Il s'agit de faire des observations dans un langage compréhensible pour le patient. Exemples : " *tous les muscles semblent normaux, l'examen des ganglions est négatif, présence de saignements au niveau des gencives en haut à droite, etc.*"

Ce que vous faites là est simplement de construire un cas dans l'esprit du patient. Cependant, si elles sont exprimées seules, ces affirmations précédentes peuvent entraîner la confusion. C'est pourquoi il faut compléter vos observations par une explication.

2^{ème} étape : Explication

En effet, chacune de vos observations doit être suivie d'une courte explication. Ainsi : " *Nous décelons quelques saignements au niveau des gencives. Ces saignements sont l'un des symptômes qui nous permettent d'analyser l'état de vos gencives et de l'os en dessous. Il se peut qu'il y ait des problèmes à ce niveau. C'est pourquoi nous devons effectuer un examen plus approfondi pour découvrir ce dont il s'agit.*"

Ce faisant, vous avez capté l'attention du patient. Il est essentiel de parler comme eux et de faire de même lorsque

vous dictez à votre Assistante vos observations. Cela permet aux patients de saisir ce que vous dites. Il va de soi que l'Assistante (ou vous-même) lorsqu'elle transcrit les informations sur le dossier, utilise les codes dentaires ou les abréviations habituellement utilisées dans le cabinet !

A ce stade, assurez-vous de dire au patient qu'il s'agit de résultats préliminaires en attendant ceux des radios et des modèles d'étude. Si vous réalisez les modèles (comme nous le recommandons vivement), expliquez bien ce que vous faites. Vous donnez ainsi de la valeur à vos services. Vous lui montrez bien qu'il s'agit d'un examen complet. Plus tard, lors de la visite où vous ferez votre exposé sur le plan de traitement, votre autorité sera renforcée et vous serez véritablement perçu comme un expert.

Vous devez vraiment montrer au patient qu'il n'avait jamais eu d'examen aussi complet auparavant. Ceci fait partie de la méthode qui vous rend spécial, unique et hautement qualifié.
Je n'ai jamais vu un patient se plaindre d'un examen trop complet, ou que l'on s'occupe trop de lui.

3^{ème} étape : Premier bilan rapide

L'étape suivante est de renseigner le patient sur l'état de sa bouche sans trop entrer dans les détails. Pensez que vous semez des graines. Vous ne cherchez pas encore à planifier le traitement à ce stade.

Expliquez au patient qu'il semble y avoir des problèmes de gencives et que quelques « plombages » semblent défectueux. Faites-lui savoir qu'entre aujourd'hui et son prochain rendez-vous,

vous consacrerez du temps à une analyse complète. Cette explication est nécessaire pour que le patient comprenne que vous étudierez les radios, comparerez les résultats et établirez un programme de soins pour le maintien de sa santé bucco-dentaire. Si vous ne lui annoncez pas l'étude du projet thérapeutique, dans son esprit cette étape n'existera pas.

De nombreux patients vous demanderont, dès cette première consultation, de leur donner le traitement complet ainsi que le montant que cela représentera. Soyez prudent. Ne vous engagez pas dans une conversation trop technique sur les traitements ou les tarifs. Il n'est jamais conseillé de présenter les tarifs au nouveau patient au premier rendez-vous. Dans la plupart des cas, à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence, ces tarifs paraîtront trop élevés. S'ils insistent, dites-leur :

"Comparez-moi à un détective. Je dois rassembler tous les indices avant de résoudre l'énigme. Lors de votre prochain rendez-vous, je pourrais vous donner une explication plus complète avec une description détaillée du montant du traitement."

Une fois la consultation achevée, le patient vous dira probablement qu'il n'a jamais eu d'examen aussi complet. C'est ce que je voulais dire plus haut quand je parlais de faire une démonstration de vos talents. Cette démonstration rend plus facile la compréhension des problèmes et ouvre l'esprit du patient au traitement. Vous l'éduquez et créez un sentiment de confiance. Maintenant, à vous de jouer !

Corilus, la solution globale du logiciel jusqu'à l'imagerie



Baltes Imaging Edition

Corilus distribue le logiciel **Mediagent**, le seul programme universel pour la gestion des images médicales. Mediagent est capable de piloter à lui seul, tous vos appareils d'imagerie digitale quelle que soit leur marque. Grâce à l'**intégration complète avec Baltes**, vos images sont directement reliées à vos patients. Dès lors, vous ne devez plus changer de programme pour rechercher vos radios. Une connexion transparente avec divers appareils numériques signifie qu'en cas d'extension de matériel d'imagerie, vous n'êtes plus lié à une marque ou un fournisseur! Cette combinaison intégrée entre Baltes et Mediagent est une innovation sans précédent.

Vous pensez élargir, voire renouveler votre système d'imagerie digitale?

Corilus propose une large gamme de **systèmes panoramiques** (Morita), de **capteurs intra-oraux** et de **générateurs RX** (Kodak, Owandy, Dürer Dental, Soredex, Satelec, ...)

Nos représentants vous aideront à choisir parmi l'énorme gamme de solutions, l'équipement le mieux adapté à vos besoins.

Rendez-nous visite sur
Dentex, stand 404!



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

- 43** Gérontologie - Namur
- 44** Dentisterie esthétique adhésive - Bruxelles
- 45** Peer-Review - Louvain la Neuve
- 46** What's new? - Bruxelles
- 47** Ergonomie, Photographie - Bruxelles
- 46** Implantologie - La Hulpe

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/v

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 oropharyngées, 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 MARCHE • 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

Peer - Review

Samedi 02 octobre 2010
de 9:00 à 12:15

2 séances



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 STAPPER, Dr. Michael SOMICK

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
Pr Marc LAMY
M Alain GAMBIEZ
M Fabrice BOLLAND



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
**SOCIÉTÉ DE
MÉDECINE
DENTAIRE**
asbl

Pour votre sécurité et votre confort

La sécurité est essentielle dans votre vie professionnelle. La Société de Médecine Dentaire (SMD) en est pleinement consciente. En tant que membre SMD, vous pouvez désormais acheter et installer un terminal de paiement – mobile ou fixe – à tout petit prix. Très pratique pour vos patients et vous-même !

Le paiement par carte bancaire est monnaie courante dans la plupart des commerces, mais reste peu répandu dans les cabinets dentaires. Or, le paiement électronique ne présente que des avantages, non seulement pour vous, mais aussi pour vos patients.

Plus de sécurité

La sécurité de vos patients, celle de vos confrères et la vôtre méritent toute votre attention. Les cabinets dentaires constituent une cible facile en raison de leur grande accessibilité. Il est pourtant simple d'augmenter la sécurité en gardant le moins possible d'argent liquide dans le cabinet. La SMD conseille donc à ses membres d'opter pour le paiement électronique. Elle **vous offre même une intervention financière appréciable à l'achat d'un terminal de paiement Atos Worldline.**

Assurez vos revenus

Payés par carte bancaire, vos honoraires sont automatiquement versés le lendemain sur votre compte en banque. Cela en est fini du suivi des impayés et des tâches adminis-

tratives qui en découlent. Et vous avez à tout moment une vision claire et à jour de l'état de vos revenus.

Le confort de paiement pour vos patients

Y avez-vous pensé ? Plus de 80 % des belges préfèrent payer par carte bancaire et ont toujours ce précieux sésame sur eux. En vous dotant d'un terminal de paiement, vous leur évitez l'embarras et le désagrément de devoir passer par un distributeur de billets.

Besoin d'être conseillé ?

Il vous suffit de répondre à quelques questions sur www.masolutiondepaiement.be pour trouver immédiatement le terminal qui vous convient le mieux.

Par souci d'exhaustivité, voici les coûts de l'abonnement Bancontact/ Mister Cash et des transactions :

- **Abonnement Optimax** (idéal si vous effectuez moins de 90 transactions par mois) :
17,26 €/mois + 0,1207 €/transaction
- **Abonnement Horizon** (idéal si vous effectuez plus de 90 transactions par mois) :
21,85 €/mois + 0,0710 €/transaction

UNE OFFRE EXCEPTIONNELLE POUR LES MEMBRES SMD



- **11 % de remise sur le prix d'achat normal** : vous ne payez que **707,55 euros** pour un terminal fixe ou **827,70 euros** pour une solution de paiement mobile.
- **Un taux de commission ultra avantageux de 1,40 %** pour les paiements avec VISA, MasterCard, Maestro et V PAY.
- **La première année d'assistance technique est gratuite** en cas d'achat (vous épargnez jusqu'à 190 euros).

Les terminaux de paiement Atos Worldline sont aussi disponibles à la **location à des tarifs avantageux. Dans ce cas, l'installation vous est offerte** (vous économisez jusqu'à 125 euros).

Achetez
MAINTENANT
votre terminal de
paiement à tout
petit prix !

Profitez de cette offre exclusive et souscrivez avant le 31 décembre 2010 !

Convaincu(e) ? Vous avez d'autres questions ?

- Appelez le 02 727 70 00 du lundi au vendredi, de 8h30 à 17 heures.
- Ou consultez la page Web www.dentiste.be/atos.htm pour plus d'informations.



“Une question de sécurité”

L'AVIS D'UN COLLÈGUE

Voilà 23 ans que Véronique Peeters tient un cabinet dentaire, qu'elle vient de transférer de Bruxelles à Waterloo. Elle utilise un terminal de paiement Atos Worldline depuis plus de 20 ans.

Il y a 20 ans, Véronique Peeters a dit stop à l'argent liquide dans son cabinet et aux visites quotidiennes à la banque. Une question de sécurité. Pionnière, elle a instauré le paiement électronique. D'autant plus qu'à cette époque, la plupart des patients disposaient déjà d'une carte bancaire. Depuis lors, une visite mensuelle à la banque suffit. Et puis, le terminal, c'est aussi :

- La garantie d'être payée et moins de suivi administratif des impayés
- Pratique pour les patients, qui ne peuvent pas prévoir le coût d'une consultation et plus facile pour les gens qui n'ont pas d'argent liquide sur eux.
- Sécurité accrue dans votre cabinet dentaire

Les paiements en liquide se limitent à présent à 2 ou 3 patients par jour. Environ 90 % des transactions sont électroniques. Véronique Peeters se sent vraiment en sécurité et estime que ses confrères devraient suivre son exemple. C'est la raison pour laquelle la Société de Médecine Dentaire recommande explicitement l'utilisation de terminaux de paiement, en insistant surtout sur la sécurité.

Véronique Peeters n'a plus besoin d'être convaincue. Fort heureusement, les mentalités évoluent favorablement, dans le secteur des soins dentaires.



Gérontologie

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

Accrédité sous les numéros : 20441 - 10 UA dom 1 - 20442 - 10 UA dom 7
20443 - 10 UA dom 1 - 20444 - 10 UA dom 4
Formation continue 6 hrs.

Détails et inscriptions sur www.dentiste.be





Dentisterie esthétique adhésive

Dr Joseph SABBAGH

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 ?
-

Dyschromies dentaires et leurs traitements

Diagnostic, étiologies et traitements des dyschromies dentaires
Produits, matériaux et techniques utilisés dans l'éclaircissement des dents vitales et non-vitales

Appareils et techniques de polymérisation

Bases fondamentales et différents appareils de lumières de polymérisation
Critères de choix d'un appareil de lumière: LED ou QTH ?
Maintenance et réparation

Critères de choix d'un composite

Quelles sont les différences entre les familles de composites :
macrochargés, microfins, hybrides, nanocomposites, fluides ?
Sont-ils tous nécessaires dans notre cabinet ?

Adhésifs amélo-dentaires

Concepts récents du collage amélo-dentinaire : total etch technique v/s
système automordant
Les différents groupes, les composants des systèmes adhésifs et leur utilisation optimale

Protection pulpaire : quand et comment ?

Indications et bases biologiques de la protection pulpaire
Propriétés et manipulations des différents matériaux de coiffage

Restaurations des lésions cervicales

Spécificité de la zone cervicale, étiologie et diagnostic différentiel des lésions cervicales
Matériaux et techniques de restauration des classes V

Restaurations antérieures directes : Classe III et IV

Comment optimiser le choix de la teinte en dentisterie esthétique
Préparation de la cavité et biseautage
Obturation selon la technique de stratification
Finition et polissage des restaurations

Les restaurations postérieures

Types de cavités et techniques d'obturation des dents postérieures
Comment obtenir un bon point de contact ?
Les différents systèmes de matrices
Les instruments à composite indiqués dans le secteur postérieur
Finition et polissage des composites postérieurs

Inlays-Onlays

Principes, instrumentation et techniques pour les restaurations postérieures indirectes (Inlays-Onlays)
Inlay en céramique ou en composite ?
Longévité et maintenance des inlays-Onlays.

Traitements de cas particuliers en techniques directes

Fermeture de diastèmes
Restauration des dents dévitalisées
Quand et comment utiliser les tenons en fibres ?

Hypersensibilité post-op et restaurations en composite

Quels sont les facteurs responsables de la sensibilité post-opératoire et comment la traiter ?
Pose de la digue en dentisterie restauratrice

(*) tout le matériel nécessaire est fourni.

Accrédité sous les numéros : 20459 - 50 UA dom 4 - 20493 - 50 UA dom 4
20494 - 50 UA dom 4
Formation continue 2 hrs.

Détails et inscriptions sur www.dentiste.be





Peer - Review

**Samedi 02 octobre 2010
de 9h00 à 12h15**

Sujets :

1^{ère} séance

9h00-10h30

- Lancer une consultation d'implantologie ...Comment faire , est-ce possible en tant que dentiste généraliste - Ph. TICHOUX
- Trucs et astuces, produits merveilleux, ... dans la dentisterie journalière - Ph. RIETJENS
- Entre recherche d'un parfait diagnostic et impératifs de radioprotection. Processus décisionnel de prises de radiographie M. - DEVRIESE
- Faut-il/peut-on refuser certaines demandes excessives de la part des patients ? - Th. VAN NUIJS

10h30 : pause café

2^{ème} séance

10h45-12h15

- Comment calculer ces honoraires ? - Ph. TICHOUX
- Rôle du dentiste généraliste vis-à-vis des spécialistes - Ph. RIETJENS
- Un nomenclature qui s'enrichit, mais se complexifie :
Quelles sont les évolutions que vous souhaitez en matière de nomenclature ? - M. DEVRIESE
Alimentez les réflexions du Conseil Technique Dentaire auprès de l'INAMI !
- L'informatique au cabinet, pour quoi, comment ? - O. CUSTERS

Inscription obligatoire aux deux séances

Nombre de places limité à 80

Inscription dans l'ordre de réception des paiements

What's new ?

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



Prof. Serge DILBART

Department of Periodontology and
Oral Biology Boston University
(USA).

Dr. Hervé TASSERY

Dr. en chirurgie dentaire
DU de parodontologie clinique
Professeur des Universités
Faculté d'Odontologie Marseille

Bart VANDENBERGH

Licencié en science dentaire
Master en imagerie médicale
Visiting Assistant Professor
University of Maryland USA

What's new ?

Du neuf dans le traitement de l'hypersensibilité dentinaire*

L'hypersensibilité dentinaire reste encore, à l'heure actuelle, un problème important tant pour les patients que pour le praticien. L'accroissement de l'érosion, des récessions gingivales et de la maladie parodontale entraînent une augmentation des cas d'hypersensibilité dentinaire. Un diagnostic correct, ainsi qu'un traitement efficace sont indispensables pour soulager des patients dont la qualité de vie peut être fortement affectée. En 2009, une nouvelle pâte désensibilisante a vu le jour, grâce à la percée d'une nouvelle molécule. Les études cliniques ont démontré que le produit engendre une cessation rapide et durable de l'hypersensibilité. De nouvelles recherches continuent à ajouter un support clinique prouvant l'efficacité de cette nouvelle technologie.

(*) conférence en français.

La fluorescence : applications aux diagnostic et traitements en odontologie

Après un rapide rappel des principes de la fluorescence en odontologie cette conférence se propose de vous en décrire les nombreuses applications cliniques et pratiques. Dans un contexte de dentisterie à minima, la qualité et les informations obtenues par l'inspection visuelle deviennent des atouts majeurs et celle-ci peut avantageusement être améliorée par des outils modernes comme la caméra Soprolife. Dans le cadre du concept LIFEDT ou light Induced Fluorescence Evaluator for Diagnosis and Treatment une nouvelle conception du diagnostic carieux y sera abordée ainsi qu'un choix de thérapeutiques cohérentes et raisonnables. Quant aux traitements restaurateurs faisant appel à la fluorescence, toutes les techniques y seront abordées dans le détail, de l'Icon à la classe II sans oublier les préparations « slots ». Interactivité, applications cliniques au quotidien, simplification des protocoles seront les maîtres mots de cette présentation.

Les empreintes optiques

Cela fait déjà plus de 20 ans que les empreintes optiques (numériques) ont fait leur apparition au cabinet dentaire, dès le début de l'ère digitale. On est passé d'une empreinte 2D rudimentaire à une empreinte 3D en "real time" par camera. De nombreux systèmes furent introduits, prenant ainsi leur place dans le flux numérique (digital workflow) du dentiste et du laboratoire dentaire. Ces empreintes optiques permettent de créer le design de la restauration assistée par ordinateur (CAD ou computer-aided design), et/ou la fabrication de la restauration assistée par ordinateur (CAM ou computer-aided manufacturing), mais peuvent aussi simplement servir à la confection conventionnelle des couronnes. Les différentes technologies et leurs applications cliniques seront présentées avec leurs avantages et leurs inconvénients comparés aux empreintes conventionnelles, le "digital workflow" pour le dentiste et le prothésiste sera au centre de la discussion.

Accréditation demandée : 10 UA dom 4 - 10 UA dom 7
Formation continue 3 hrs. **Détails et inscriptions sur www.dentiste.be**





Ergonomie

Fabienne PAPAZIAN

Kinésithérapeute
Ostéopathe DO

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



Photographie

Didier DEBECKER

Prothésiste spécialisé en esthétique
Passionné de photographie

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

Accrédité sous le numéro : 20460 - 10 UA dom 2
20461 - 10 UA dom 2
Formation continue 2 hrs.

Détails et inscriptions sur www.dentiste.be





Implantologie

L'intégration esthétique appliquée aux plans de traitements implanto-prothétiques

Dr German GALLUCCI

- Directeur du Programme Implantaire
- Département de dentisterie restauratrice et science des biomatériaux, Harvard School of Dental Medicine
- Docteur en science dentaire - Ecole de médecine dentaire - Université de Genève
- Recherches cliniques sur l'esthétique et la mise en charge immédiate
- Membre de l'International Team for Implantology
- Member de l'Academy of Osseointegration - USA
- Membre de l'European Academy of Osseointegration (EAO).

Durant ce cours, l'orateur analysera les considérations cliniques des implants dentaires dans le cadre de leur application directe aux réhabilitations implanto-prothétiques esthétiques. Evaluation du risque, plans de traitement, protocoles chirurgicaux et réhabilitations prothétiques esthétiques seront discutés en détail selon différentes situations cliniques.

Le Docteur Gallucci présentera les étapes de planification recommandées et les procédures de traitements selon l'évidence scientifique et illustrées d'exemples cliniques traités à l'Ecole de Médecine Dentaire de l'Université de Genève (Suisse) et à l'Ecole de Médecine Dentaire de l'Université de Harvard à Boston (MA, USA). Des restaurations implanto-prothétiques modernes, faisant appel aux implants « soft tissue level » et aux implants « bone level », requièrent une intégration esthétique harmonieuse au sein de l'environnement préexistant.

Une ligne gingivale festonnée avec des papilles distinctes et sans aucun décalage vertical abrupt dans la longueur coronaire entre les implants antérieurs est primordiale. Dans ce contexte, les considérations biologiques influençant l'intégration des tissus mous périimplantaires seront discutées en tant que paramètre majeur de l'esthétique.

En fin de journée, un workshop interactif sur les plans de traitement présentera 2 cas, à propos desquels une discussion sera animée par l'orateur avec l'ensemble des participants.

Objectifs :

Suite à cette présentation, les participants seront capables de :

- se familiariser avec les tendances actuelles des traitements implantaire esthétiques
- d'évaluer les facteurs de risques pour proposer des plans de traitement appropriés
- d'élargir les options de plans de traitement par une approche sélective

Accrédité sous le numéro 19703 : 40 UA dom 6 Formation continue 6 hrs.
Détails et inscriptions sur www.dentiste.be



infos professionnelles

Sommaire

- 51** Enquête INAMI sur les pano
M. DEVRIESE
- 53** Annuaire : arnaque et distraction
M. DEVRIESE
- 55** Changement dans la nomenclature à partir
du 1^{er} juin
M. DEVRIESE
- 55** J'ai oublié de rédiger ma déclaration fiscale...
M. DEVRIESE



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.





Enquête INAMI sur les PANO

Plus de 200 praticiens ont eu la surprise de recevoir en ce début du mois de juillet une enveloppe de l'INAMI (du SECM : Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux), ayant pour objet "**indications orthopantomogramme**". Le SECM étudie dans le cadre de ses missions légales l'utilisation du code pano 3X 709 0.

Est joint à la lettre explicative un paquet de 20 feuilles individuelles (au maximum). Ces feuilles portent le nom d'un patient, la date de la pano, un questionnaire sur les indications de prise de cette radiographie ainsi que le même questionnaire pour une éventuelle pano précédente.

Nul doute que le SECM s'est ému d'une augmentation de la prise de clichés panoramiques. Faut-il voir là un effet pervers de la "facilité" des appareils numériques ou l'émergence d'une "médecine défensive" où les praticiens veulent documenter au mieux leur dossier face à un nombre tout aussi croissant de recours en responsabilité ?

De nombreux praticiens nous ont contacté à la réception de cette enquête, inquiets d'une "*démarche inquisitrice*" ou d'une "*nouvelle tracasserie administrative*", s'inquiétant également du temps perdu à remplir ces papiers et des suites qui pourraient y être données.

Nous comprenons tout à fait les inquiétudes des consœurs et des confrères. Nous avons souhaité communiquer à propos de cette enquête, pour lever les doutes qui l'entourent.

Cette "enquête" s'inscrit dans un contexte de **surveillance** de la consommation médicale. Depuis de nombreux mois, les chiffres de consommation de pano font l'objet d'un suivi, même dans d'autres services de l'INAMI comme le Service des soins de santé. La Commission Nationale Dento-Mutualiste a d'ailleurs un petit groupe de travail consacré à ce sujet. Il faut dire que l'Accord Dento-Mutualiste comprend un volet pour 2010 nommé Projet N0910/10- Révision globale de la nomenclature concernant les radiographies à la lumière des nouvelles vues, technologie et radioprotection selon les données de l'audit permanent.

Des questions se font jour à l'occasion de cette enquête

1. Est-ce une enquête "*parce que je fais trop de pano ?*"

Non. Les praticiens qui ont reçu ce questionnaire ont été sélectionnés sur base aléatoire. Il ne s'agit pas des praticiens les plus gros consommateurs de pano.

Toutefois, ils sont bien entendu utilisateurs de pano.

2. Est-ce dans les missions du SECM de mener ce genre d'étude ?

Oui. Comme son nom l'indique, le SECM associe le contrôle et l'évaluation, non sans oublier l'information, même si nous sommes souvent amené à juger d'un manque à ce niveau.

Selon ses dires et ses textes règlementaires, "*une meilleure information et sensibilisation des dispensateurs de soins doivent permettre de prévenir les infractions à la législation*".

"*L'évaluation est essentiellement préventive. Elle consiste à informer les dispensateurs de soins au sujet de leur manière de pratiquer. Elle contribue aussi à détecter les anomalies dans leur pratique.*"

Le département d'évaluation réalise entre autres un examen de la pratique professionnelle d'un groupe de dispensateurs sélectionné sur la base de critères tels que la qualification professionnelle, la zone géographique, le profil de prescripteur ou de prestataire. Les dispensateurs pour lesquels on constate un comportement déviant sont invités à expliciter leur pratique.

L'évaluation peut aboutir à :

- *Une prévention individuelle : le dispensateur qui n'a pas pu donner une explication acceptable de sa pratique professionnelle reçoit une lettre de prévention individualisée.*
- *Une prévention générale : le rapport de l'évaluation thématique y compris les conclusions est diffusé largement dans le milieu professionnel concerné et peut faire l'objet d'une publication sur le site www.inami.be.*
- *Le cas échéant une proposition d'adaptation de la nomenclature en vigueur."*
"Le contrôle permet de vérifier si d'une part les prestations de santé portées en compte par les dispensateurs de soins

individuels et les établissements et d'autre part si les indemnités versées aux assurés, l'ont été conformément aux dispositions et conditions légales".

Dans le domaine des soins de santé le SECM effectue des investigations ou enquêtes pouvant aboutir à une démarche soit informative soit préventive soit répressive.

3. Est-ce obligatoire de répondre ?

Oui.

4. Ce questionnaire peut-il déboucher sur une véritable enquête ?

Oui et non. Si la finalité de ces questionnaires relève de la "prévention générale", il est évident que c'est l'essence même d'un service de contrôle de rester attentif à toute déviance, quelque soit l'indice jetant la suspicion.

5. Puis-je porter en compte une pano dont la finalité est un diagnostic en vue d'un plan de traitement prothétique non pris en charge par l'INAMI ou de l'orthodontie adulte ?

Bonne question qui pourrait faire à elle seule l'objet de tout un article. On ne peut en tout cas pas mettre en cause la phase de diagnostic lors de la prise de cliché.

Qu'en conclure ?

Assurément, on n'a pas fini d'entendre parler de la radiographie dentaire. Il est du devoir de chaque praticien de bien s'informer dans ce domaine.

Les investissements consentis pour de la radiologie numérisée ne peuvent justifier une augmentation de la consommation. L'indéniable intérêt du diagnostic radiographique ne nous absout pas de bien poser les indications de prise de cliché. Vous trouverez ci-après quelques pistes pour vous informer.

Faudra-t-il à l'avenir noter dans le dossier du patient l'indication de prise d'un cliché radiographique et le détail du processus décisionnel tenant compte des impératifs de radioprotection ? Nous n'en sommes pas là.

Nous aurions préféré que le SECM de l'INAMI propose une enquête menée en concertation. Mais ce n'est pas dans ses us. Elle aurait pu être menée autrement, par exemple dans le cadre de « l'enregistrement de données » de l'accréditation.

Quelque soit l'issue, nous resterons vigilant à défendre la liberté thérapeutique et diagnostique du praticien, agissant de manière responsable, dans l'intérêt unique du patient.

Recommandations pour l'utilisation des rayons X en médecine dentaire*

(*) publications de l'AFCN

En collaboration avec les universités belges qui proposent des formations en médecine dentaire, l'Agence a élaboré plusieurs brochures reprenant des recommandations sur la bonne pratique en matière de radioprotection.

Radiographies panoramiques

Indications :

- Pour les clichés panoramiques de la région orofaciale ('panorama'), lorsqu'il n'y a pas d'autre matériel radiographique utilisable
- Pour les évaluations de l'os de la mâchoire des patients édentés (ou dentition résiduelle réduite)
- Lorsqu'il est impossible de prendre des 'status' (clichés séquentiels)
- En cas d'ouverture buccale limitée

Contre-indications :

- Les patients pour lesquels il est impossible d'obtenir un positionnement correct et immobile tels que certains enfants, les patients atteints de Parkinson, les handicapés mentaux, les handicapés moteurs lourds, etc.
- Les clichés doivent être limités autant que possible pour les patientes enceintes et les enfants.

NDLR : ces indications et contre-indications vous sont livrées telles que publiées par l'AFCN. Il nous semble qu'il faudrait compléter / corriger / affiner ces recommandations.

Liens :

www.dentiste.be/rubrique/documents/AFCN

http://ec.europa.eu/energy/nuclear/radiation_protection/doc/publication/136.pdf

M.D.



Annuaire : arnaque et distraction

Nous ne devrions plus vous le dire, tellement nous vous l'avons déjà répété :

Méfiez-vous des offres d'insertion dans des annuaires et des "demandes de vérification de données" que vous recevez au courrier.

A chaque envoi de ce type de document, et malgré nos nombreuses mises en garde, plusieurs dentistes se font encore gruger et nous appellent alors à leur secours.

Le scénario est souvent le même : vous recevez au courrier une lettre qui semble être une banale « demande de vérification des coordonnées ».

Sans y prêter très attention, on complète le document, on le signe, on y appose son cachet sans vraiment lire. Arrivent alors au courrier des factures au montant exorbitant (plus de 1000 EUR annuellement). On s'informe sur ce fameux "bon de commande". On lit ce qu'on a signé : un bon de commande irrévocable pour 2 ou 3 ans.

Si ces firmes continuent à exercer leurs talents vis à vis de notre profession, c'est qu'elles trouvent encore régulièrement suffisamment de pigeons à plumer.

Certains dentistes piégés nous ont dit que le document avait été rempli par leur assistante, leur secrétaire, par toujours bien informée.

Vous savez ce qu'il vous reste à faire : informer les personnes avec qui vous travaillez et pratiquer le classement vertical pour ce genre de courrier !

AnnuairePro – Bruxelles

Nouvel Annuaire SPRL • Rue des Colonies 11 • 1000 Bruxelles

Sub-N-Easy SPRL
Rue Langenski, 119
1180 Bruxelles

date: 22.07.2010
n° de référence: 3182030
Mois: Juillet 2010

Adresse:
Nouvel Annuaire SPRL
Numéro d'entreprise:
809.511.322
Rue des Colonies 11
1000 Bruxelles
www.annuairepro-bruxelles.be
info@annuairepro-bruxelles.be

FAX (gratuit): 0800 / 389.48

Demande d'inscription

Pour l'enregistrement dans notre annuaire régional sur l'internet, nous vous prions de vérifier, en cas d'acceptation, vos dates et de nous retourner le formulaire d'enregistrement avant le **30.09.2010**.

Arrondissement	Année d'inscription	Inscription	Prix/mois
Bruxelles	2010/2011	Inscription de base	€ 89,00*

En cas d'acceptation de cette offre nous vous prions de contrôler vos dates, de les corriger et de les compléter, si nécessaire

Rubrique/Catégorie : Services de conseil en gestion Dénomination : Sub-N-Easy SPRL Rue : Rue Langenski, 119 Code postal/ : 1180 Bruxelles Ville : Numéro de téléphone : +32 475219430 Fax : E-Mail : Adresse Internet :	Période d'inscription Période d'inscription 2010/2011 Étendue: Inscription de base dans l'annuaire sur internet; Dénomination sociale ou nom de l'entreprise du Client; siège social ou adresse du Client; numéro de téléphone et numéro de télécopie du Client; 3 initiales de secteurs d'activité; 3 mots clés; 1 logo; jusqu'à 5 images; adresse mail du Client; URL du Client; descriptifs produits, horaires d'ouverture du Client. Le Client a la possibilité d'entrer les dates supplémentaires à ceux mentionnées à droite en ligne. Prix: voir conditions générales, s.v.p.
---	---

Attention: Veuillez surtout compléter votre rubrique, n° de téléphone et n° de fax s.v.p.!

***Les Conditions Générales suivantes sont en vigueur:**

La maison d'édition se réserve le droit de vérifier l'exactitude des données. Seules les données relatives à des entreprises, des commerçants, des entrepreneurs libres, des institutions, des autorités, des associations et des syndicats sont acceptées. Les données sont publiées sur le portail internet www.annuairepro-bruxelles.be. L'ordre est réputé valable, dès que le présent formulaire est retourné signé et contresigné par le responsable « Nouvel Annuaire SPRL ». Par l'apposition de votre signature, vous confirmez l'exactitude des données susmentionnées ainsi que l'enregistrement des données dans l'annuaire sur le portail internet www.annuairepro-bruxelles.be au prix de base de 1068,00 Euros montant annuel net pour une inscription de base. Le montant de la facture est exigible annuellement et à l'avance et est majoré du taux de TVA en vigueur. La durée du contrat est de deux ans et est automatiquement prolongée d'un an lorsque l'abonné ne procède pas par écrit, dans un délai de trois mois avant l'expiration de la période d'inscription, à la réalisation du contrat. Avant de passer toute commande, nous vous invitons à prendre connaissance des prestations de l'annuaire professionnel à l'adresse internet www.annuairepro-bruxelles.be. La maison d'édition remarque qu'elle n'a aucune relation commerciale avec les Pages d'Or, Pages Blanches, la Belgacom, etc. Les CGV figurant au verso sont partie intégrante du contrat et sont réputées lues et reconnues.

lieu/date _____ lu et approuvé
 cachet et signature **Nouvel Annuaire SPRL** X

lieu/date _____ cachet et signature valide du Client



3 Raisons de recommander Corega Fresh Cleanse

- 1 Ne contient pas d'ingrédients abrasifs** qui causent l'apparition de griffes sur le matériau de la prothèse et permettent ainsi aux bactéries d'adhérer plus facilement.
- 2 Tue 99,9% des bactéries responsables de la mauvaise haleine.**
- 3 Élimine la plaque et les taches tenaces.**

Vous jouez un rôle important pour l'amélioration des pratiques d'hygiène bucco-dentaire et prothétique

Une étude récente sur les pratiques d'entretien des utilisateurs de prothèses révèle que le brossage au dentifrice est la méthode la plus populaire et que seulement 11,9% ont une prothèse propre.⁽¹⁾

- Les abrasifs contenus dans le dentifrice peuvent provoquer des griffes minuscules sur les éléments en résine synthétique de la prothèse.⁽²⁾
- Plus la surface est rugueuse, plus les bactéries s'accumulent.⁽³⁻⁶⁾

La rugosité superficielle entraîne une croissance bactérienne accrue⁽³⁻⁶⁾

La surface devient rugueuse sous l'effet de l'abrasion



Control (surface équivalente to brushing with Corega)



Family toothpaste

Les images obtenues par microscopie électronique à balayage (SEM) révèlent une accumulation nettement plus élevée de *Streptococcus oralis* sur le matériau prothétique nettoyé avec du dentifrice.

Corega pour une bonne hygiène de la prothèse

Chaque jour, utilisez les nettoyeurs pour prothèse Corega pour un résultat idéal.

- Brossez à l'aide de la mousse Corega Fresh Cleanse.
- Ou nettoyez au moyen d'un comprimé Corega, puis brossez avec la solution.



« J'ai oublié de rédiger ma déclaration fiscale... »

C'était début juillet, dans la file d'embarquement vers une destination de rêve, l'esprit serein ou presque... Le sentiment d'avoir oublié quelque chose, mais quoi ? La déclaration d'impôts !

Le délai était fixé au 30 juin 2010, pour l'introduction des déclarations papier et au 15 juillet 2010 via le portail Tax-On-Web et ce pour le commun des contribuables du royaume. Au-delà de ces dates, votre sort sera, suivant l'expression, « laissé à l'appréciation du contrôleur » qui pourra soit faire preuve de clémence et de compréhension face à de solides arguments justifiables, soit vous infliger une amende de 50 à 1250 € et/ou un accroissement de 10 à 200% que sera calculé sur base d'un avis de taxation d'office. Rien n'est cependant perdu, mais vous rentrerez dans une désagréable procédure administrative relativement lourde pour un néophyte.

Cependant, votre sentiment de culpabilité et d'injustice aura tôt fait de disparaître lorsque vous vous rappellerez avoir mandaté votre conseil fiscal préféré. Les professionnels de la fiscalité ayant un ultime délai, last but not least, fixé au 31 octobre 2010.

Ceci étant, n'oubliez pas que votre taxation et paiement ou remboursement effectif seront reportés d'autant.

Enfin, vos experts, vos conseils et leurs collaborateurs prennent aussi des vacances. Veillez donc à toujours leur communiquer un dossier complet dans un délai raisonnable. Cela permettra par ailleurs d'organiser une entrevue optimisant votre déclaration de revenus et pour le moins d'appréhender l'année en cours.

En collaboration avec :

La Fiduciaire Médicale et Associés

Avenue du Manoir, 3 - 1180 Bruxelles

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



PEOPLE HAVE PRIORITY



LED's be independent!

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

W&H Benelux

Reepkenslei 44

B-2550 Kontich, Belgium

t +32 (0)3 844 49 85

f +32 (0)3 844 61 31

office.benelux@wh.com wh.com

alegra

FORMATION CONTINUÉE EN TABACOLOGIE

ANNÉE ACADÉMIQUE 2010-2011

ORGANISÉE PAR LE

FARES ASBL
RUE DE LA CONCORDE 56
1050 BRUXELLES



AVEC LE SOUTIEN DE



RÉGION WALLONNE

PROGRAMME

16 octobre 2010

- Prévention du tabagisme par une approche promotion de la santé
- Épidémiologie – données mondiales brèves et données belges - Aspects socio-économiques - Législation européenne et belge - Aspects éthiques
- La nicotine et ses additifs (biodisponibilité, rôle des antagonistes (récepteurs), interactions médicamenteuses, ...) - composants du tabac et de la fumée, additifs
- Toxicologie de la fumée de tabac - les différents usages du tabac – la culture et les traitements des plants de tabac - les différentes techniques de fabrication
- Lecture critique des essais thérapeutiques et questionnaires standardisés
- Les aspects psychologiques associés au tabagisme - Modèles théoriques cognitivo-comportementaux et psycho-dynamiques des addictions

27 novembre 2010

- Le statut tabagique
- La dépendance physique et aspects génétiques
- Tabac et chicha
- Tabac, alcool et caféine
- Tabac et autres toxicomanies – Tabac et cannabis
- Le tabac et les troubles anxieux et dépressifs

18 décembre 2010

- Endocrinologie et tabagisme, bilan glucidique
- Maladies respiratoires – ORL – Cancers – Maladies digestives – Impuissance sexuelle
- Tabac & affections cardiovasculaires : la lutte continue
- La responsabilité de l'industrie du tabac dans la pandémie tabagique
- Sevrage tabagique, prise de poids et suivi diététique

15 janvier 2011

- Femme et tabac, tabagisme et grossesse
- Tabac en période prénatale, mortalité infantile (SIDS) et prévention primaire
- Tabagisme passif par voie aérienne
- Tabagisme passif et pathologie pédiatrique – Tabagisme passif in utero (fœtus) – Prise en charge d'un patient particulier : adolescents, pré-op

19 février 2011

- Prise en charge d'un patient tabagique (avant – pendant et après) – Prévention et gestion de la rechute – techniques de communication (5 A, empathie – écoute réflexive) – Présentation du dossier de consultation en tabacologie
- L'analyse transactionnelle et le traitement du tabagisme
- L'entretien motivationnel
- Méthode d'arrêt : approche cognitivo-comportementale (y inclus validation)
- Méthodes alternatives d'aide à l'arrêt du tabac y inclus état modifié de conscience et arrêt tabagique
- La place, le rôle du généraliste dans le sevrage tabagique et interaction du généraliste avec les autres professionnels de santé

19 mars 2011

- Tabagisme en milieu professionnel et hospitalier
- Les marqueurs biologiques de l'exposition à la fumée de tabac : méthodologie et intérêt – Intérêt et présentation de l'appareil de mesure du CO
- Médicaments d'aide à l'arrêt du tabagisme et interactions
- Atelier « médicamenteux » : aspects thérapeutiques du sevrage

2 avril 2011

- Prise en charge de sevrage tabagique avec un focus plus particulier
- Analyse de cas
- Dynamique de groupe et sevrage tabagique
- Entretien motivationnel
- Gestion du stress

L'enseignement proposé concerne le tabac et son usage. Il intègre les aspects « Promotion Santé », « Santé Publique » et législatifs. Il prépare à l'abord clinique spécialisé de l'arrêt du tabagisme et à la recherche dans ce domaine. Les relations et les similitudes avec d'autres assuétudes sont également abordées.

La formation comporte 7 séminaires d'une journée répartis sur l'exercice 2010-2011, soit 49 heures de cours réparties sur 7 samedis entre le 16 octobre 2010 et le 2 avril 2011 ainsi que 3 jours de stages dans un Centre agréé. Elle est sanctionnée par un examen écrit de type QCM et un travail de fin d'études.

Lieu de la formation: FARES – 56 Rue de la Concorde à 1050 Bruxelles

INSCRIPTIONS

Sont admis à s'inscrire : les professionnels de santé suivants: médecins, infirmières (Bac +3), sages-femmes, pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes, ergothérapeutes, diététiciens en référence à l'article 78 de l'INAMI de même que les licenciés en psychologie et les étudiants de dernière année de ces disciplines (diplôme ou attestation de suivi des cours de plein exercice à produire). Les étudiants disposant d'un diplôme octroyé hors Belgique sont invités à produire une équivalence de diplôme.

Les inscriptions se font par candidature écrite adressée au F.A.R.E.S., 56 rue de la Concorde à 1050 Bruxelles. Joindre la copie du diplôme de la formation reçue et pour les étudiants, l'attestation de fréquentation des cours. La formation peut s'étaler sur 2 ans.

Droits plein tarif : 500 € - **Droits réduits :** pour les étudiants de plein exercice : 250 €.

Formation continue : une accréditation est sollicitée par journée en éthique et en pneumologie.

Présence minimum obligatoire : 4 jours de cours sur 6 et lors des ateliers.

Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser à Madame Fabienne De Vos – FARES
56 rue de la Concorde à 1050 Bruxelles - tél. : 02/512.29.36 - fax : 02/512.32.73 - e-mail : fabienne.devos@fares.be



"LA FLEXI-GESTION®"

UNE APPROCHE ÉTHIQUE ET EFFICACE POUR LES PROFESSIONNELS DE DEMAIN

LILLE 23 et 24 Septembre 2010



PAR LE DR E. BINHAS

"Le Dr Binhas est à l'écoute des problèmes rencontrés au cabinet et offre des réponses très claires et efficaces"

Mme. M. Brunelles



JOUR 1

8:30 - 9:00 Café d'accueil

9:00 - 12:30 Conférence

Stress - Les Nouveaux Défis - La Flexi-Gestion®

12:30 - 14:00 Déjeuner

14:00 - 17:00 Conférence

La Gestion des Rendez-vous - Les Systèmes et Processus - La Politique d'Encaissement - La Qualité de Service en Dentisterie®

JOUR 2

8:15 - 9:00 Petit-déjeuner avec le Dr Edmond BINHAS

Obtenez des réponses immédiates à vos questions au cours de ce moment privilégié. Venez poser à l'équipe du Groupe Edmond Binhas toutes les questions concernant votre cabinet.

9:00 - 13:00 Conférence

La Présentation des Plans de Traitement Collaborative® - Management - Gestion prévisionnelle - Analyse de cabinet.

13:00 - 14:00 Déjeuner

14:00 Analyse de Cabinet

Bénéficiez d'un entretien individuel avec le Dr BINHAS ou un analyste à propos de vos problématiques spécifiques.

Informations :

N° Vert 0 800 521 764

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

04-42-108-108

contact@binhas.com

Programme fourni à titre indicatif, sous réserve de modifications.

BULLETIN D'INSCRIPTION

1. Nom/Prénom _____ Praticien Assistante
 Nom/Prénom _____ Praticien Assistante
 Nom/Prénom _____ Praticien Assistante

2. Adresse _____ Code postal _____
 Ville _____ Téléphone _____
 Fax _____ E-mail _____

3. Praticien(s) _____ x ~~350 €~~ 315 € (Offre Spéciale lecteurs du magazine LE POINT)

4. Assistant(e) : _____ x ~~190 €~~ 180 € (Offre Spéciale lecteurs du magazine LE POINT)

Total € _____

Les frais de participation comprennent les honoraires pédagogiques pour deux jours, les cafés d'accueil, les déjeuners et les pauses. Merci de remplir ce bulletin d'inscription et de le retourner accompagné d'un chèque libellé à l'ordre du :

GROUPE EDMOND BINHAS

**ZI LES ESTROUBLANS
5 RUE DE COPENHAGUE
BP 20057
13742 VITROLLES CEDEX**

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 :

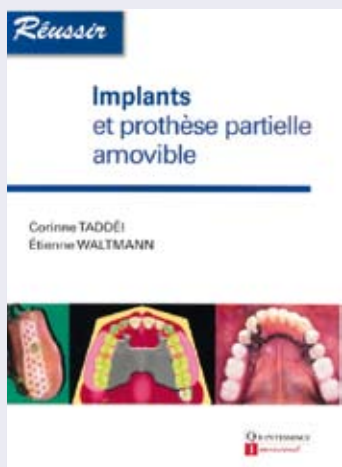
- Assistanes cliniques de phases chirurgicales et de phases prothétiques
- 2 journées de dissection
- Présence d'un confrère expérimenté lors de votre première pose d'implant(s)



**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



IMPLANTS ET PROTHÈSE PARTIELLE AMOVIBLE

TADDÉI C., WALTSMANN E.

A travers de nombreux exemples cliniques, les auteurs montrent que l'incorporation d'un ou plusieurs implants dans les secteurs édentés permet d'améliorer l'équilibre biomécanique de la prothèse partielle, de mieux préserver le lit prothétique et d'assurer un meilleur résultat esthétique. Un chapitre important est consacré à la réalisation des prothèses partielles transitoires précédant la thérapeutique fixée implanto-portée. Il démontre le rôle primordial de cet aspect thérapeutique dans la formation du lit implantaire.

Editeur : Quintessence

Pages : 108 - Illustrations : 125 - Format 21 X 28 cm

Prix : 101 € (frais de port inclus) - membres -10%

ISBN : 978-2-912550-72-9



Les minivis - Ancre osseux en omnipratique et en orthodontie

B. Lazaroo , F. Tilotta , J.-F. Ernoul

Un bon ancrage constitue un paramètre essentiel du succès d'un traitement orthodontique. Conformément à la troisième loi de Newton, chaque force appliquée sur un corps engendre une réaction égale en intensité et de sens opposé. Lors de déplacements orthodontiques, des mouvements secondaires non désirés sont générés et restent difficilement maîtrisés par les systèmes d'ancrage classiques.

En palliant cet inconvénient, les nouveaux systèmes d'ancrage squelettique - comme les minivis ou les mini-plaques - représentent une alternative aux systèmes d'ancrage conventionnels constitués essentiellement par l'ancrage extra-oral ou le système multi-attaches.

Bien qu'elles soient attrayantes par leur simplicité, les minivis entrent dans le cadre d'indications précises et doivent être mises en place selon un protocole rigoureux, respectueux de l'environnement anatomique et des règles d'asepsie. Ce « Mémento » a pour objectif de présenter de façon pratique l'utilisation des mini-vis d'ancrage orthodontique. Dans un premier temps, les auteurs décrivent le matériel actuellement sur le marché. Dans un deuxième temps, sont présentés la dynamique orthodontique et les mouvements envisageables. La troisième partie est consacrée à l'étude des rapports anatomiques en fonction de chaque site d'insertion. La description du protocole chirurgical fait l'objet de la quatrième partie. Enfin, les problèmes rencontrés lors du traitement par minivis ainsi que les contraintes liées au patient sont abordés dans les deux dernières parties.

Ouvrage préfacé par Jean-François Gaudy.

Editeur Editions CdP

Collection Mémento

Pages : 180 - Format 14,8 X 21 cm

Prix : 51 € (frais de port inclus) - membres -10%

ISBN 978-2-84361-144-5

jusqu'au 31.10.2010
Exposition

FONDATION FOLON
Drève de la Ramée, 6A
1306 la Hulpe



Pol Bury



Pierre Alechinsky

L'artiste belge, Jean-Michel Folon, a déposé plus de 500 œuvres à 20 minutes de Bruxelles dans la ferme du Château de la Hulpe, bâtiment lui-même situé au cœur du merveilleux Parc Solvay. A l'occasion de son 10e anniversaire, la Fondation Folon propose une exposition d'œuvres originales et des inédits de trois artistes autour de la campagne de la dérision. Des sculptures, des fontaines de Pol Bury enrichissent la promenade dans les allées du Parc.

Résidant à Paris, à l'aube des années 60, les trois artistes belges expatriés assistent de loin aux querelles linguistiques de leur pays. Pour réagir à leur impuissance face à l'interdiction de vote, ils mènent ensemble et avec le Daily-Bul une campagne de dérision qui prend parti contre ce séparatisme culturel. On découvre des dessins d'actualité d'Alechinsky sur des textes de Bury. Une autre salle accueille les plans mobiles, les ramollissements et cinétisations de Bury. Dans un climat politique semblable, la Fondation Folon montre l'ensemble de ses productions « artnachistes » en même temps que d'autres œuvres majeures des trois amis. Un très bel endroit à découvrir...

jusqu'au 26.09.2010
Exposition

CHARLES VANDERSTAPPEN
Musée des Beaux-Arts
3 rue de la Régence
1000 Bruxelles



Le Sphinx

A l'occasion du centenaire de la mort du sculpteur, Charles Vanderstappen né en 1843 et décédé en 1910, les Beaux-Arts proposent une très belle exposition de cet artiste belge qui doit sa renommée à ses travaux pour des monuments et des sculptures décoratives de façades exécutées dans un style éclectique mêlant Art nouveau et naturalisme. Il collabora avec Constantin Meunier en 1893 pour la réalisation de 52 sculptures qui ornent l'extérieur du jardin Botanique de Bruxelles.

Sculptures, maquettes, dessins, esquisses racontent le parcours de l'artiste. On y découvre son célèbre buste du « Sphinx » qui unit Art nouveau et symbolisme.

du 11.09 au 21.11.2010
Exposition
TEGENLICHT
SMAK Gand



Piet Vermeersch

Une nouvelle exposition proposée par le musée et le magazine littéraire DW B où images et paroles seront réunies avec le soutien de différents artistes (Jacques Lizène, Piet Vermeersch, Jacques Charlier, Philippe Van Snick, Honoré D'O....e.a.)

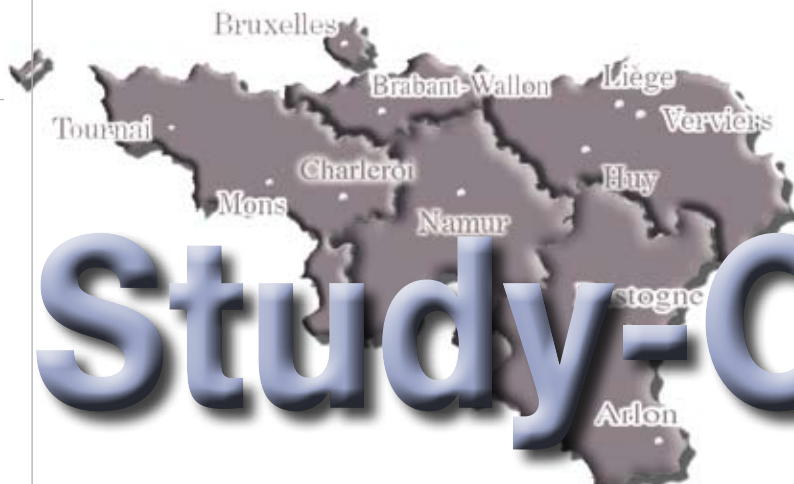
Des œuvres puisées dans les collections du SMAK et de CERA seront également visibles et côtoieront celles des artistes participants. Tegenlicht est une entreprise interdisciplinaire ayant pour intention de confronter de jeunes artistes et écrivains avec le travail d'artistes confirmés dont les travaux font parties de la collection de CERA.



Jacques Charlier

Et aussi, dans le cadre de la grande opération CASANOVA FOREVER, consultez le blog de Jacques Charlier et Ute Willaert : <http://jacquescherlier.over-blog.com/>

Une série de reportages-éclairés sur la plupart des lieux d'expositions d'art actuel est visible, à Nîmes, Montpellier et bien d'autres endroits connus et moins connus, parfois insolites et surprenants du Languedoc-Roussillon. Si vous êtes dans le Midi, ne ratez pas ça ! Sinon visionner le blog de l'artiste liégeois.



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.

5 octobre 2010 : Sujet d'orthodontie - *Séverine DELHAYE*

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 - *Joëlle 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.

28 octobre 2010 : Radiologie dentaire : rappel théorique et exercices pratiques - *Dr Marc LALOUX*

18 novembre 2010 : Profession dentaire : QUO VADIS - *Michel DEVRIESE*

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 : Radiologie dentaire : rappel théorique et exercices pratiques - *Dr Marc LALOUX*

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*

2 décembre 2010 : Sujet de kinésithérapie - *Laurent PITENCE*

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 crano-temporo-mandibulaires et relation entre l'ostéopathie et la pratique du dentiste et de l'orthodontiste - *Pierre MORICONI et Michel MAHIAT*

23 novembre 2010 : Du bon usage d'une contention parodontale durable - *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

5124 - jeune dentiste cherche mi temps dans le brabant wallon pour octobre 2010
sophita4@hotmail.com

5145 - Luxembourg - dentiste diplômé en 2009 - cherche un mi-temps en collaboration pour 2-3 jours/semaine à partir du 15 octobre 2010.
olivierott@hotmail.com

5119 - dentiste 2007 cherche emploi pour septembre dans la région de la province du Luxembourg :
anissa128@hotmail.com

5109 - dentiste 1994 cherche travail Wavre Namur Nivelles GSM : 0477 475 571
shahriarsotodeh@yahoo.fr

Dentiste - cherche collaborateur

5202 - Cherche Remplaçant(e) pour congé de Maternité dans Brabant Wallon NOVEMBRE - DECEMBRE - JANVIER 2010 pour 1 ou 2j/Sem
0476 849 327 - deserfstephanie@hotmail.com

5123 - Cherche dentiste pour remplacement a heusy (Verviers) octobre, novembre, decembre 2010 horaire à définir collaboration ulterieure possible - 0475 351 619
nadia.alexandrova@gmail.com

5120 - Bruxelles - Polyclinique à Jette cherche dentiste généraliste pour compléter équipe existante. envoyer cv thomas.carine@skynet.be

5110 - Bruxelles - Dentiste maître de stage grosse patientèle cherche confrère ou stagiaire pour occuper nouveau siège temps partiel ou temps plein tél : 0475 453 387
cm@cmvertchasseur.be - camille.marien@skynet.be

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

5100 - Bruxelles - Cherche Dentiste motivé F/M, pour une longue collaboration, patients en attente, beaucoup d'avantages et bonne rémunération tél: 0473 717 171 - dentobel@skynet.be

5089 - Bruxelles - Centre médical en plein activité cherche dentiste honoraires sont payés en fin de consultation. Tél : 0475 315 828 - drlayka@hotmail.com

5088 - Bruxelles - Centre dentaire sérieux près de Tour & Taxis cherche dentiste généraliste motivé pour compléter une équipe existante, collaboration à long terme.. Bonne patientèle
0495 327 473 - polyribaucourt@yahoo.fr

5087 - Bruxelles - Cherche dentiste motivé F/M, pour une longue collaboration, patients en attente, beaucoup d'avantages et bonne rémunération Tél : 0477 361 095 - mahsoulisaeed@hotmail.com

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

5127 - Visé - Débordée, je cherche 1 dentiste motivé(e) pour collaboration puis association ou reprise... Cabinet 2007, 2 fauteuils, près de Liège brigittedeuse@hotmail.com

5080 - Châtelain - Recherchons spécialistes

(paro, implanto, stomato) pour compléter équipe dans nouvelle clinique 600m² .Envoi cv par email au gérant - gregory.vanhamme@clinique.com

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

5131 - Anderlecht cherche dentiste généraliste motivé à long terme pour plusieurs jours semaine, laboratoire axé prothèse amovible présent dans le cabinet - keepsmiling@hotmail.be

5200 - Ixelles - Cabinet pluridisciplinaire cherche paro pour consultation plusieurs fois par mois. :
Tel au 02 649 45 25 - hadentalclinic@skynet.be

5198 - Bruxelles - Centre médical Zavelput, à 1120 Bruxelles, cherche dentiste LSD généraliste pour compléter l'équipe. Forte demande. Infrastructure moderne : Dr. Zinga 0495 456 146 ou jizinga@hotmail.com

5197 - Gosselies 40 km de Bruxelles, Clinique N-D de Grâce de Gosselies (partenariat avec UCL) recherche DG et pédodontiste :
nicole.werotte@cndg.be

5195 - Cabinet pluridisciplinaire, région Charleroi, cherche dentiste aimant le travail bien fait (prothèse sur implants). Jours à définir
mignonLucie@skynet.be

5191 - Centre Dentaire standing dans quartier très chic de Bruxelles, recherche un(e) DG pour qqes j/sem. Patientèle existante. Coopération longue durée - dentistebelgique@gmail.com

5113 - Bruxelles - cherchons collaborateur F/H pour compléter équipe dans centre dentaire payement directe. Kiritsis S. Gsm: 0474 763 566
Tel: 02/3440433 - dentalcent@gmail.com

5096 - Charleroi - Cabinet privé Charleroi cherche collaborateur pour reprendre consultation full time. Super équipé. Gros CA. 0477543 679 après 20H - fa835887@skynet.be

5179 - Bruxelles - Centre dentaire cherche dentiste région Bruxelles-centre - dentaconfort@skynet.be

5143 - Ecaussinnes - Cherche remplaçant(e) pour congé de maternité fin novembre 2010 pour quelques jours/semaine : 067 490 295 de 8h à 18h
arias_arenas_sonia@hotmail.com

5138 - Liège - Recherche collaborateur sérieux et motivé pour mardi apm, mercredi apm, jeudi. Tél. : 0497 39 20 58 - damasmichel@hotmail.com

5135 - Cabinet dentaire très agréable - Anderlecht cherche LSD F/H pour 1 ou 2 jour/ sem. Secrétaire/assistante. Honoraires très intéressant 60%. Contact par mail : dental51@hotmail.com

5082 - Centre médico-dentaire situé à Bruxelles - Equipé 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
gustinmuselle@infonie.be

5172 - Polyclinique Erasme-Nivelles cherche collaborateurs suite à modernisation et agrandissement : DG, endodontiste et parodontologue. Astrid Vanden Abbeele 02 555 48 29
avdabbee@ulb.ac.be ou Isabelle Degeye :

067 84 06 91 - isabelle.degeye@erasme.ulb.ac.be

5158 - Ghlin - cherche dentiste ou orthodontiste pour plusieurs jours par semaine et durant les vacances scolaires. Renseignements : 0474 928 330 ou cab_dentaire@yahoo.fr .

5163 - Cherche un(e) DG motivé(e) pour collaborer 2 j/sem (à discuter) dans mon cabinet à Neupré, région de Liège - nathalielenoir@voo.be

5165 - Cherchons DG pour rejoindre notre équipe de dentiste dans centre dentaire moderne situé au Bd Lambermont à Bruxelles. Veuillez nous contacter après 19h00 au 0475 732 247
maryamparvin@skynet.be

5152 - La Louvière - Engage collabo(trice) lundi, mardi, vendredi AM, samedi AM. 064 221 888
dentistemassin@busmail.net

5151 - Bruxelles - Cherche endodontiste pour l'ensemble des endo du cabinet, situé à la sortie du ring de Wemmel. Tél: 0484 963 881
sarafathi45@hotmail.com

5187 - Cabinet dentaire, région Liégeoise, cherche collaborateur(trice), double installation, parfaitement équipé, patientèle en attente.
Tel. : 0475 67 39 69 - ramine.jalali@gmail.com

Dentiste Cherche assistante, secrétaire

5101 - Bruxelles - Nous recherchons une assistante secrétaire motivée, si possible avec expérience, pour se joindre à notre équipe - fb647896@skynet.be

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

5186 - Bruxelles 1030 - Cabinet Dentaire pluridisciplinaire à Bruxelles, cherche assistante souriante, dynamique avec expérience, disponible rapidement pour venir renforcer notre équipe (temps plein). Envoyer CV à : info@delepine.be

5090 - Bruxelles - Je recherche une assistante pour un mi-temps afin de compléter un autre mi-temps. Accueil, fauteuil, stérili, connaissance de l'anglais, souriante et empathique! Merci de me communiquer votre CV : freddumont@skynet.be

Assistante - cherche emploi

5085 - Seraing - Cherche poste de secrétaire ou d'assistante dentaire sous PFI éventuel. Diplômée en aide soignante + une année de infirmière A2 et assistante - Ouverte à toutes propositions : hougardy_michelle@voo.be
Gsm : 0496.66.06.48

5139 - Bruxelles - Assistante dentaire avec expérience, cherche emploi : Gsm : 0478 566 000
marelena2001@yahoo.fr

5157 - Tervuren - Excellente présentation, notions d'Anglais et de Néerlandais. 0476 37 44 89
nicole@margraff.be

5168 - Liège - Cherche un contrat PFI. petite expérience dans le domaine, j' ai le plan Activa, libre immédiatement - yamyis@hotmail.com

5184 - Bruxelles - Jeune assistante-dentaire qui cherche emploi (temps partiel ou plein), voudrait approfondir mes connaissances
rebaelmessoudi@gmail.com

5180 - Recherche emploi, région Nivelloise ou Bruxelles ouest. Exp. en paro, implanto, prothèses, endo, stérili... Avec références. Gsm : 0488 814 542. - malo11@live.be

5146 - Bruxelles - Jeune assistante motivée cherche stage pour le mois de septembre et par la suite emploi comme assistante dentaire mi-temps ou temps plein à convenir : loly2010@live.be

5155 - Bruxelles - Dans le cadre de ma recherche de stage je cherche un stage dans un département de dentisterie. alike73@mail.ru

5132 - Bruxelles - Responsable et motivée, organisée et flexible. Recherche un emploi : 0477/896 902 Anne.de.plaie@telenet.be

5188 - Waterloo - Recherche poste assistante dentaire (polyvalente secrétariat)TP; CDI; expérimentée. Dynamique, souriante, aimant le contact avec les patients -manosque@hotmail.be

5121 - Waimies - Recherche emploi en tant qu'employée administrative ou assistante dentaire. Sérieuse et motivée. Gsm 0497/92.29.32. laurvg@skynet.be

Cabinet à vendre

- à remettre

5174 - Etterbeek, cabinet dentaire à vendre fin 2010, 1 fauteuil, parfait état, excellente situation. Prix à débattre. Contact après 19h30. 0475.21.62.66 - igoussseva@gmail.com

5077 - Andenne - Maison à vendre avec 2 cabinets dentaires cause retraite. Appart. privé. Jardin. Garages. Tél. : 085.84.36.66 ou 085.25.29.90 hochart.marcel@hotmail.com

5104 - Bruxelles - Appartement +/- 90m² à vendre dans immeuble art déco avenue Brugmann à Uccle. Actuellement 2 fauteuils dentaires. Prix : 225 000€ Tel : 02/346 27 73. Mail : michelgoffin@scarlet.be

5142 - Bruxelles - Urgent: Cabinet dentaire situé à Etterbeek à remettre pour cause familiale. Patientèle existante, assistante dentaire, un fauteuil. Renseignement : 0475/666 575 - dentiste@gmail.com

5161 - Liège - AV. appart.prox. pal.congrès, Liège : act cab. dent. : prix interres. Tel : 0475/347.553

5160 - Bruxelles - Cabinet à vendre pr fin de carrière fin 2011 + vente tr bel appart au rez. Je peux vous accompagner pdt 1 an - 2 cabinets dont 1 pr + de 100 implants/AN : y.oldi@hotmail.com

5159 - Binche - Cabinet dentaire région de Binche à remettre. Equipement Siemens. Patientèle assurée. Conditions et renseignements : 064/336995 ou 0477/393591 - lsdgilpol@hotmail.com

5106 - Uccle quartier Cavell belle maison uni fam lumineuse 200 m² habitables cabinet dentaire installé sal. at. wc. garage. liv.FO. cuis. equip. sal.d.bain douche wc 5 chambres prix 599.000 € - igor.simandl@gmail.com

Cabinet à louer

5112 - Bruxelles - AL pour cabinet dentaire dans une clinique privée sur l'Avenue Louise. Secrétariat, équipements radiographiques et stérilisation Tél. : 0475 70 13 13 - isaure_813@hotmail.com

5153 - Bruxelles - Cabinet dentaire très bien équipé,

Pano dig, instal.Neuve! Cause : double emploi. tél: 0477.36.10.95. mahsoulisaeed@hotmail.com

5193 - Centre Médical du Tilleul (Evere) loue cabinet (nouvelle installation) à temps plein ou partiel. Secrétariat, équipement radiologique et stérilisation. Rens: info@tilleul.com et 02/726.91.00.

5192 - Schaerbeek : cabinet à louer dans centre médical. très bonne condition pour dentiste motivé et désirant s'installer à long terme. GSM : 0488 415 017 ou 0476 296 831 ou benaddi@gmail.com

Matériel à vendre

5108 - Vend radio panoramique TROPHY en très bon état+ développeuse DURR.Vend pour cause de digitalisation. Prix: 3.000€ - diyodental@skynet.be

5125 - A vendre développeuse automatique VELOPEX Extra-X (IV). Matériel fiable, parfait état de fonctionnement. Prix à convenir Tél : 010 45 06 70 david.martine@hotmail.com

5140 - A vendre 3 écrans renforcateurs 3M trimax t16, 1 cassette pour téléradiographie, 4 pinces pour panoramique, une chambre a développer, 100€. Contact : 0475.535 562 - malherbe.brigitte@skynet.be

5194 - Kodak 8000 à vendre ou reprise de leasing glxfire@hotmail.com

5095 - A vendre unit siemens E2, contre-angle bleu. Libre dans 4 à 6 sem.car encore en fonction. 1800.00€ Tel :0497.392 058 damasmichel@hotmail.com

5170 - A vendre imprimante matricielle neuve, jamais servie. Marque Oki Microline 3390, A4 matrix. ceram214@gmail.com

5178 - Unit stern weber complète mistral 2001 pour cessation 5000 euro et app rx jeanmp211@hotmail.com

5144 - Av. Pano Trophy 500€ - Télé Trophy 3M 1000€ - Développeuse Véloplex 250€ - Unit dentaire Heka 8000 €. Tel: 071/32.17.12 genard.anne@brutele.be

Cherche

5201 - Bruxelles - Centre médical à jette, cherche dentiste pour activité - potentiel important, toutes les possibilités sont envisageables : 0478-326742 ou ol_robillard@yahoo.com

Divers

5086 - Bruxelles - A vendre maison bel étage à Laeken avec cabinet équipé air co au RDC + salle d'attente, 4/5 chambres, jardin, living 52 m², terrasse, cuisine super équipée. 565 000 €. Renseignements au 0475 321 006 - catherinemouart@gmail.com

5092 - A vendre . SAAB cabrio 2004 150hp 103MK ess. gris metal bcp options. Le soir 0495 242 758 - lionel.jaminet@skynet.be

5091 - Bruxelles - Débarrassez vous du matériel superflu ou faites-en un don . Je collecte du matériels, produits et médicaments pour le Congo (plateaux d'examen, miroirs, gants, kits d'endo, anesthésiques, matériaux d'obturation, amalgamateurs, lampes a composites, unités partiels ou complètes. Je me déplace pour les récolter. Tél :02/415 91 08 ou gsm 0487 627 437 - jmcangka7@hotmail.com

Stage Offrre - Demande

5122 - Liège - Etudiant en master 2 Ulg, je termine mes études cette année. je suis donc à la recherche d'un maître de stage à temps plein ou mi-temps sur liège (ou sur /-30km aux alentours). Envie de voir ce qui se fait ailleurs du Brull (techniques, méthodes de travail,...) tel 0498/626819 - rus_steph@hotmail.com

5107 - Bruxelles 1200 - Etudiant en dernière année de dentisterie à l'UCL, recherche maître de stage pour un mi -temps pour l'année 2010-2011 soit sur Bruxelles (woluwé st lambert/pierre, Etterbeck ou Waterloo tel 0473 23.55.36 ou mail double_up04@hotmail.com

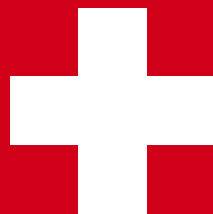
5103 - Roumanie -Timisoara - Etudiant 6 eme année en cours d'élaboration de ma thèse recherche maître de stage au début octobre 2010. Parle anglais, allemande,h ongrois. zo_go_ro@yahoo.com

5162 - Bruxelles - Cabinet haut standing engage stagiaire. Av.W.Churchill 240. Tél . 02/346 11 44 yourdentist@skynet.be

5133 - Bruxelles Engage stagiaire mi temps, veuillez prendre contacte par Email info@dentalclinics.be

5134 - Bruxelles - Etudiant UCL en master 2, cherche stage sur Bruxelles (mi-temps ou plein temps). Maîtrise parfaite du français/néerlandais thibaultdelcour@hotmail.com

5169 - Loverval - Cherche stagiaire motivé, année 2010-2011 pour mi-temps région Charleroi (sud), cabinet high-tech, cv: thiery.lemineur@skynet.be



Clinique Dentaire Suisse de haut niveau, région Lac Léman, cherche omnipraticiens-implantologues expérimentés. Conditions très intéressantes. Exercice indépendant. Revenus 16-25K€/m Transmettre CV sur : dentalclinic@bluemail.ch

Agenda



10-11 septembre 2010
Technique de glissement optimisé
SOBOR -

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

17-09, 01-10, 26-11, 03-12, 17-12- sept 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 - 24 septembre 2010
La Flexi-gestion - Groupe Edmond Binhas

Lieu : Lille - France
Info : contact@binhas.com

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. Vandeneuyken

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. Wettendorff

Commission Professionnelle :

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

Fondation pour la Santé Dentaire :

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

Directeur :

O. Custers

Secrétariat :

D. Debouille, 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 der Poorten s.a.
Diestsesteenweg 624
3010 KesseLo

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

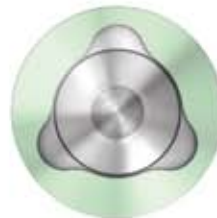
NobelReplace™

Le système implantaire le plus utilisé au monde.*

Connexion interne à trois lobes pour des restaurations prothétiques précises et sécurisées.

Surface TiUnite® et Groovy™ pour une ostéointégration optimisée.

Conception implantaire reproduisant la forme d'une racine de dent naturelle.



Système à code de couleur pour une identification rapide et aisée des composants.

Code couleur : protocole de forage étape par étape pour des procédures chirurgicales prévisibles.

10 ANNÉES
D'EXPÉRIENCE AVEC
LA SURFACE TIUNITE®

De nouvelles données
confirment la stabilité
à long terme.

* Source : Millennium Research Group

Grâce à sa polyvalence, sa facilité d'utilisation et sa prévisibilité, NobelReplace Tapered s'avère être la conception implantaire la plus utilisée au monde.* NobelReplace Tapered est considéré comme un système implantaire pour toutes indications, qui convient aux protocoles chirurgicaux à une ou deux étapes et aux os de faible ou forte densité,

tout en offrant une stabilité initiale optimale. NobelReplace Tapered est un système qui évolue pour répondre aux besoins chirurgicaux et prothétiques des praticiens et de leurs patients – des restaurations unitaires classiques aux solutions plures plus avancées. Qu'ils soient débutants ou expérimentés, les praticiens bénéficient d'un système unique en

matière de flexibilité et de spectre d'applications. 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 Internet. 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.