

LE POINT

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

Implantologie

Samedi 20 novembre
Dr German O GALUCCI
Boston USA

www.dentiste.be



ROXOLID™

LE NOUVEL «ADN» DES MATÉRIAUX POUR IMPLANTS

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

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



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

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS



Numerus terminus ?

La rentrée académique a été marquée par l'annonce d'une explosion du nombre d'inscrits en premier bac médecine et ... médecine dentaire.

Les 5 universités francophones impliquées dans la filière médicale annoncent enregistrer près de 3.400 étudiants inscrits en 1^{ère} année de médecine et 710 en 1^{ère} année de dentaire.

En deux ans, l'augmentation en médecine est de plus de 42 % et de près de 60 % en science dentaire.

Pour bien percevoir l'ampleur du tsunami (selon l'expression utilisée par les recteurs) il faut mettre ce chiffre de 710 étudiants en science dentaire en relation avec le nombre de dentistes francophones dans ce pays : on n'a sans doute jamais dépassé 3500 dentistes francophones actifs.

Les recteurs francophones estiment qu'il est de leur devoir d'alerter les autorités et le public de la menace qui pèse sur la qualité de la formation des futurs médecins et des futurs dentistes.

Les projections du modèle mathématique très fouillé utilisé au SPF - Santé Publique montrent que - pour les 10 années qui viennent- le besoin en jeunes dentistes n'excède pas 80 diplômés annuels pour la partie francophone du pays. Ce besoin est calculé pour maintenir la force de travail.

Nous rejoignons les inquiétudes des recteurs francophones à propos de la qualité de la formation. Quoiqu'ils auraient dû s'en inquiéter depuis bien plus longtemps : le taux de réussite en premier bac est de seulement 25% dans nos universités francophones, pour 75% dans les universités flamandes depuis... l'instauration en Flandre de l'examen d'entrée. Examen, pas concours.

Les errances des décisions (ou plutôt des non-décisions) des Ministres successifs de la Communauté française sont à l'origine de ce gâchis monumental. Gâchis pour ces étudiants pléthoriques. Gâchis pour nos universités confrontées à un tel taux d'échecs.

Nous avons l'impression de revivre la situation de la période 1975 qui a vu - pour de toutes autres raisons - pareille explosion du nombre d'étudiants et de diplômés.

Une seule de nos universités avait pris alors la décision d'organiser un concours afin de limiter le nombre d'étudiants, afin d'assurer la qualité de ses stages. En effet, la formation d'un dentiste ne se fait pas qu'ex cathedra. Il faut des postes de précliniques, des assistants, des unités en clinique, et ... des patients.

Ce tsunami vécu durant les années '75 a déséquilibré pour longtemps notre démographie professionnelle et est responsable d'ailleurs des schémas de pénurie supposée. En effet, cette génération hypertrophique des diplômés de ces années-là se dirige doucement vers la pension, même si leur sortie de la profession se fera plus progressivement que leur entrée.

Les Universités demandent aux autorités de la Communauté française *un complément de financement correspondant à l'augmentation du nombre d'étudiants. Ensuite, en perspective de la prochaine année académique, ils demandent que des mesures structurelles soient prévues afin d'assurer la cohérence entre le nombre d'inscriptions en médecine et dentisterie et les capacités de formation des facultés.*

Il paraît que gouverner, c'est prévoir. Dans une autre galaxie, sans doute.

Michel DEVRIESE
Président

Sensitive Pro-Apaisant™

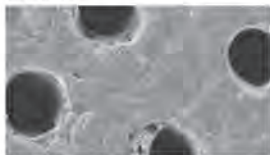
PROGRAMME DE TRAITEMENT



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

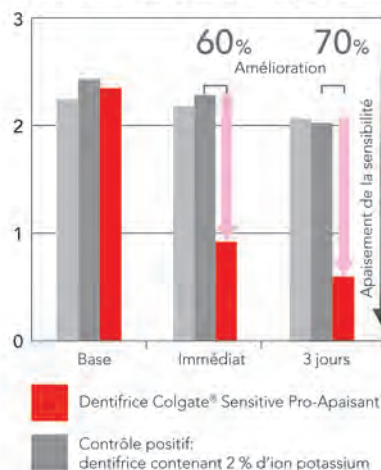
* On apaise la dent sensible en la massant directement avec le dentifrice pendant une minute.

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.

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:

G
GABA Benelux
The specialist in oral care

Cotisation 2011



Vous êtes diplômé en

Montant



2005 et avant	330 euros
2006	290 euros
2007	240 euros
2008	190 euros
2009	140 euros
2010	85 euros
avec statut de stagiaire (DG ou 1 ^{ère} année de stage DSO DSP)	GRATUIT
2011	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**

Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT

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

Date d'exécution souhaitée dans le futur

Montant

EUR

CENT

Compte donneur d'ordre (IBAN)

Nom et adresse donneur d'ordre

Compte bénéficiaire (IBAN)

BIC bénéficiaire

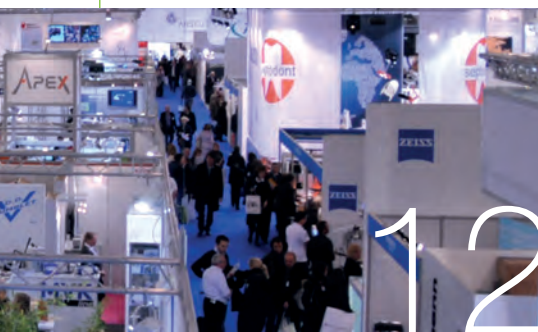
Nom et adresse bénéficiaire

Communication

sommaire



- 3** Edito
M DEVRIESE
- 6** Sommaire
- 8** Succès de foule pour notre cours de gérodonologie !
O CUSTERS



- 10** Formation qualifiante d'assistan(e) dentaire
D EYCKEN, O CUSTERS
- 12** dentex 2010, nous y étions...
O CUSTERS



- 15** Sommaire articles scientifiques
 - 17** Irrigation canalaire
F PEREZ
 - 21** Utilisation des facteurs plaquettaires de la coagulation
L EVRARD, W BAEYENS, Y BOUZELMAT, R ATASH, R GLINEUR
 - 25** La malocclusion chez l'enfant
 - 36** La réduction du stress : un objectif professionnel et personnel important
E BINHAS

- 39** Sommaire formation continue
 - 41** Implantologie - La Hulpe
 - 44** Programme Scientifique 2011



47 Sommaire Infos professionnelles

49 Règles interprétatives concernant les implants

M DEVRIESE

50 Obturation sur un moignon

M DEVRIESE

51 Approche de l'AFCN en matière
de radiophysique médicale chez les dentistes

M DEVRIESE

52 Fin des formulaires de virement belges

O CUSTERS

55 Optimisez la déduction de vos investissements

D MEYER



56 Culture

P. MATHIEU

58 Study-Clubs



60 Petites annonces

62 Agenda



Succès de foule pour notre cours de Gérodontologie !

Le 18 septembre dernier, le cadre enchanteur du Cercle de Wallonie accueillait notre journée de séminaires consacrée au patient âgé. Plus de deux cents consœurs et confrères ainsi que huit firmes dentaires occupaient les lieux.

Les excellentes conférences se sont succédées, entrecoupées de pauses et d'un délicieux lunch pris sur la terrasse ensoleillée du Cercle, dévoilant sa belle vue sur la vallée de la Meuse.

Alors que le Docteur Carlos Madrid, venu de Genève, nous entretenait du patient âgé polymédiqué et des nombreuses interactions médicamenteuses, Fabrice Bolland nous démontrait que les séniors méritent une attention parodontale particulière. De son côté, le Professeur Marc Lamy de l'Université de Liège nous faisait un exposé très clair des problèmes de xérostomie. Monsieur Jean-Pierre Borgers quant à lui, nous donnait avec sa verve habituelle, quelques trucs et astuces pour améliorer le confort bucco-dentaire du patient âgé. La journée se termina par la conférence très appréciée de Monsieur Alain Gambiez sur les matériaux les mieux adaptés aux soins prodigués à des patients plus âgés.

Une journée à la fois riche et conviviale. Les absents ont une fois de plus eu tort !

OC







FORMATION QUALIFIANTE D'ASSISTANT(E)S DENTAIRES Proclamation des résultats de la promotion 2010

Didier Eycken - Past Président
Coordinateur de la formation auprès de la S.M.D.

« Il n'y a qu'une seule satisfaction véritable, c'est grandir sans cesse à l'intérieur de soi, devenir plus juste, plus vrai, plus généreux, plus simple, plus humain, plus chaleureux et plus actif ».

(James Freeman Clarke. Pasteur et auteur américain 1810 - 1888)

Offrir l'opportunité de retrouver une vie active est un bel exemple de relation « gagnant-gagnant » pour tous les partenaires de la formation qualifiante d'assistant(e) dentaire.

A commencer par les demandeurs d'emploi eux-mêmes, pour lesquels ce certificat offre la promesse d'un nouveau départ dans la vie.

Ensuite, pour la profession dentaire qui peut compter sur des assistants et assistantes formés et bénéficier d'aides à l'embauche soulageant ainsi la charge de cet investissement à long terme.

Enfin, pour tous les enseignants qui participent à cette formation ; la promotion sociale trouve dans ce projet sa raison d'être et ses lettres de noblesse.

La Société de Médecine Dentaire se félicite de cette synergie réussie, depuis maintenant deux ans, en collaboration avec Bruxelles Formation, Actiris, l'Espace Formation PME, la Mission Locale pour l'Emploi de Schaerbeek et le Fonds Social Européen.

Elle remercie aujourd'hui tous ses collaborateurs et maîtres de stages.

Nos jeunes promu(e)s 2010 se présentent à vous, n'hésitez pas à les contacter, ils (elles) n'attendent que vous pour débiter leur nouvelle carrière...



Vous recherchez une assistante dentaire qui gère l'ensemble de votre cabinet et qui peut vous assister au fauteuil, dans la bonne humeur et avec un beau sourire.

Me voilà, c'est moi !

Fatiha ABLALI

0486 818 526 - loly2010@live.be



Je suis une jeune assistante dentaire, ponctuelle, organisée et prenant son travail très à cœur. Je m'adapte facilement.

Je cherche un emploi mi-temps, dispose de la carte Activa Win-Win et suis disponible immédiatement.

Asma AOUN

0484 642 027 - aounasma@hotmail.com



Sanae ASELMAN

0488/466.656
aselman.sanae@hotmail.com



Une assistante dentaire doit être méticuleuse, organisée et ordonnée. Elle est l'image du cabinet dentaire c'est une vérité ! L'accueil de l'Assistante est le premier contact du patient avec le cabinet. Lorsqu'on voit le patient sortir avec le sourire, on sait qu'on a apporté quelque chose.

Akouvi Massan ATSOU-HEBGE

0486 363 282 - atsouline2000@yahoo.fr



Le métier d'assistante dentaire se compose de deux aspects qui me plaisent particulièrement : les soins de santé et la gestion administrative. Je possède une grande capacité d'adaptation ainsi qu'un sens aigu de l'organisation. Les règles d'hygiène et de prévention sont fondamentales pour moi.

Malika CHARA

0477 737 001 - caramal225@hotmail.com



Hajar KBJECH

0487 599 741
blancheneige40@hotmail.com



Sara LALINE

0486 816 842
princ3ss-ori3ntal@hotmail.com



Investie, motivée, j'ai suivi la formation d'assistante dentaire proposée par la SMD ; c'est une reconversion réussie car je suis passionnée par mon nouveau métier. Fiable, dynamique, organisée, je suis à la recherche d'un poste à temps plein, je possède la carte Win-Win et ne crains pas les déplacements.

Malika MOHAMED AMARIR

0494 610 721 - malika.amarir@laposte.net



Je suis très à l'aise dans l'assistance au fauteuil et apprécie tout particulièrement la diversité des tâches du métier d'assistante dentaire.

Sandrine NZABI BAMOLANA

0489 368 406 - sandrinenzabi@hotmail.com



Je suis dynamique, polyvalente et attentive aux autres. Dotée d'un grand sens des responsabilités ainsi que d'une très bonne capacité d'adaptation, je suis une personne de confiance. N'hésitez pas à me contacter pour un contrat de travail à ¾ temps ou à temps plein.

Caroline SCHEPENS

0485 794 162 - caroline.schepens@chello.be



Boni TOTO

0488 237 089 ou 0492 933 692
boni320@hotmail.com



Vous êtes à la recherche d'une Assistante dentaire à ¾ temps ou à temps plein, compétente, autonome, polyvalente. Je suis disponible immédiatement.

Alla TSATSKINA

0496 472 421 alike73@mail.ru

Les praticiens en demande de renseignements concernant les aides à l'embauche peuvent contacter le secrétariat de la Mission Locale pour l'Emploi de Schaerbeek.



Permanence de la Mission locale pour l'Emploi de Schaerbeek.

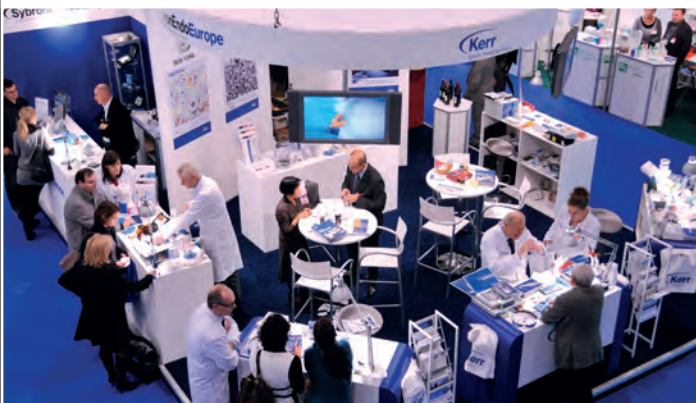
Rue de Jérusalem, 46
1030 Bruxelles.

Tous les matins de 9 h à 13 h, sauf le mercredi ou en prenant rendez-vous au 02/247.77.32 ou 02/247.77.20.

Photos Olivier Custers



nous y étions...



Le salon dentex 2010 vient de fermer ses portes et a tenu toutes ses promesses. La SMD, fidèle au rendez-vous, y accueillait sur son stand les praticiens venus échanger quelques idées, discuter avec les administrateurs et membres de la commission scientifique.

L'occasion également de recevoir leur agenda 2011.

Le samedi matin, plusieurs centaines de dentistes eurent l'occasion d'écouter trois conférenciers de renom, le Professeur Marc Dibart de l'Université de Boston, le Professeur Tassery de Marseille et Monsieur Bart Vandenberghe, notre éminent radiologue dentaire, lors du cours sur les nouveautés organisé par la SMD.

Le salon quant à lui a reçu non moins de 6.508 visiteurs, soit un peu moins qu'en 2008, crise et morosité oblige ?

Cependant il semblerait d'après les exposants que les contacts et les ventes furent meilleurs.

Nous remercions vivement Pierre Ravets et Claude Michel, les organisateurs, de leur hospitalité et de leur collaboration.

OC



Érosion.



Un pas en avant.

Proglasur aide à protéger de l'érosion.

Nouveauté Sensodyne: un dentifrice qui aide à protéger vos patients contre les effets dommageables de l'érosion, un problème croissant dont la prévalence augmente avec la consommation croissante des aliments et boissons contenant des acides.

- Proglasur assure la reminéralisation et le micro-renforcement de l'émail fragilisé, grâce à sa disponibilité élevée en fluor¹.
- La faible abrasivité de Proglasur limite toute nouvelle érosion de l'émail dentaire causée par le brossage.
- Le principe actif KNO₃ offre une protection contre l'hypersensibilité dentaire, qui peut être un signe d'érosion.
- Le dentifrice Proglasur possède un pH neutre et contient 1450 ppm F⁻ contre les caries coronaires et radiculaires.

Lorsque vous décelez les premiers symptômes d'érosion chez vos patients, outre vos traitements et vos conseils (relatifs au mode de vie), vous pouvez donc désormais recommander Proglasur afin de maîtriser la progression de l'érosion.



articles scientifiques

S o m m a i r e

- 17** Irrigation canalaire
F PEREZ
- 21** Utilisation des facteurs plaquettaires de la coagulation
L EVRARD, W BAEYENS, Y BOUZELMAT, R ATASH, R GLINEUR
- 25** La malocclusion chez l'enfant
- 36** La réduction du stress :
un objectif professionnel et personnel important
E BINHAS

Vertise™ Flow | La Révolution Composite.



Basé sur la technologie OptiBond

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

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



Code couleur pour un choix facile

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

Irrigation en endodontie

Fabienne PEREZ

Professeur des universités en endodontie à la faculté de chirurgie dentaire de Rennes PU-PH UFR odontologie et CHU de Rennes



Si nous savons tous qu'il faut réaliser une irrigation endodontique lors des traitements radiculaires, nous avons encore des zones d'ombre sur la bonne solution à choisir, les bonnes quantités de solution à employer et les nouvelles possibilités d'irrigation dont nous disposons à l'heure actuelle. Nous en savons encore moins sur l'avenir de l'irrigation endodontique qui deviendra, peut-être un jour, plus déterminante que l'action de nos limes et forets. Nous sommes allés puiser à la source !

Nous irriguons pour désinfecter mais devons-nous irriguer pour d'autres raisons ?

L'irrigation endodontique est une étape indispensable du traitement endodontique et indissociable de la phase de préparation, et ce quel que soit l'état préopératoire de la pulpe. C'est un élément majeur dans le maintien de l'asepsie ou dans le cheminement vers l'antiseptie du système canalaire. Dès 1943, Grossman décrivait la nécessité d'un lavage canalaire avec une solution antiseptique, qui élimine les micro-organismes présents dans le canal, les copeaux dentinaires détachés lors de l'élargissement et qui joue le rôle de lubrifiant pour faciliter le passage instrumental tout en étant une solution non agressive pour le péri-apex.

Les solutions d'irrigation agissent selon deux modes d'action :

- une action purement physique, mécanique, liée à la quantité et au volume de la solution délivrée dans le canal et à la mise en suspension des débris organiques et des copeaux dentinaires ;
- une action chimique liée à la qualité et à la nature de la solution, qui est celle d'un antiseptique, d'un solvant des débris organiques, d'un chélatant et qui doit être la plus biocompatible possible.

Cette action chimique permet la dégradation et la solubilisation des substances organo-minérales en fonction des paramètres d'une solution d'irrigation : nature, concentration, temps de contact et température.

Compte tenu de ces paramètres, nous devons tout d'abord irriguer pour laver et nettoyer le système canalaire des débris organo-minéraux canalaires, puis pour éliminer les bactéries pouvant être présentes, pour supprimer la couche d'enduit pariétal qui est générée par l'action des instruments endodontiques sur les parois canalaires et, enfin, pour assurer la lubrification. En facilitant le passage d'instruments non encrassés, ces derniers

seront alors plus efficaces. Une mouillabilité élevée de la solution d'irrigation permettra aussi une meilleure diffusion sur les parois, dans les canaux accessoires et dans les tubuli dentinaires. Les solutions d'irrigation devront aussi respecter les tissus de soutien et donc être les plus biocompatibles possibles. Ces dernières années, une nouvelle notion est apparue : les solutions d'irrigation ne doivent pas modifier les propriétés mécaniques de la dentine ou avoir d'effets secondaires sur elles. En effet, certaines solutions d'irrigation à concentration élevée (hypochlorite de sodium 5 % et 9 %) peuvent, à terme, diminuer de façon significative le module d'élasticité et la résistance de la dentine.

Pourquoi, si oui, l'hypochlorite de sodium est-elle la meilleure solution d'irrigation ?

En fonction des objectifs que nous venons de définir, une solution d'irrigation doit être antiseptique, protéolytique, chélatante, biocompatible et avoir des effets limités sur la dentine. Aucune solution ne satisfait actuellement à tous ces paramètres, il faudra donc combiner plusieurs produits pour obtenir ces différentes actions. Cependant, l'hypochlorite de sodium (NaOCl) est la solution qui correspond le mieux aux impératifs actuels de l'antiseptie en endodontie. Il possède une excellente activité antibactérienne, agit sur un large spectre bactérien et présente une rapide bactéricidie, il est sporicide, virucide (VIH, Herpes simplex virus 1 et 2, virus de l'hépatite A et B) et fongicide.

Il présente en plus une activité protéolytique qui permet, à condition d'un renouvellement fréquent de la solution, une dissolution du tissu pulpaire qui est indispensable avant l'utilisation de toute autre solution d'irrigation. Une solution chélatante, par exemple, ne produira son effet maximal qu'après dissolution préalable du contenu organique pulpaire. Cependant, cette action organolytique n'est effective qu'à partir d'une concentration d'hypochlorite de sodium de 1 %. D'autres solutions comme la chlorhexidine à 2 % sont aussi de très bonnes solutions antibactériennes, mais leur absence de propriété organolytique limite leur utilisation à quelques indications.

Outre les caractéristiques physiques liées au mouvement de flux et reflux de la solution dans le canal, l'hypochlorite de sodium est aussi un excellent lubrifiant avec une mouillabilité élevée et une cytotoxicité limitée quand cette solution est utilisée à des concentrations de 2,5 à 3,5 % et est confinée à l'endodonte.

Est-elle la seule et l'unique solution d'irrigation à retenir ?

Si l'hypochlorite de sodium est la solution de choix en endodontie, il n'a aucune propriété chélatante et ne permet donc pas d'éliminer la smear layer, ou enduit pariétal, des parois canalaire (fig. 1). Il faut donc systématiquement associer, lors de la phase finale de l'irrigation, une solution chélatante. Préconisée par Nygaard-Ostby dès 1957, la solution d'EDTA (acide éthylène diamine tétracétique) est actuellement la solution chélatante la plus utilisée même si l'acide citrique à 10 % produit aussi une bonne action déminéralisante.

La concentration préconisée depuis de nombreuses années varie de 15 à 17 % (fig. 2). Cependant, des études in vitro montrent qu'une diminution de la concentration des solutions d'EDTA serait opportune. En effet, si les concentrations de 15 à 17 % sont efficaces dans l'élimination de l'enduit pariétal, elles provoquent aussi une déminéralisation excessive de la

dentine péri-tubulaire et intratubulaire alors que des solutions voisines de 10 % évitent cet effet indésirable (fig. 3).

Dans certains cas d'infection endodontique persistante ou d'allergies à l'hypochlorite de sodium, il peut être conseillé d'utiliser une solution à base de chlorhexidine à 2 %. Cette concentration, la seule active sur les bactéries de la flore endodontique résistantes aux antiseptiques classiques, n'est cependant pas encore disponible en France. La chlorhexidine est un très bon antibactérien mais n'a aucune propriété protéolytique ou chélatante. Elle doit donc être considérée comme une solution d'appoint mais en aucun cas une alternative à l'hypochlorite de sodium. De plus, elle peut être à l'origine de la formation d'un précipité brunâtre insoluble si elle est mise au contact d'hypochlorite de sodium ou chauffée aux ultrasons.

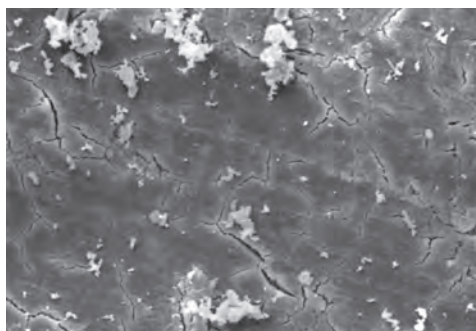


fig. 1. Enduit pariétal présent sur la paroi canalaire irriguée avec du NaOCl 2,5 % (15 ml) (MEB x 2 000).

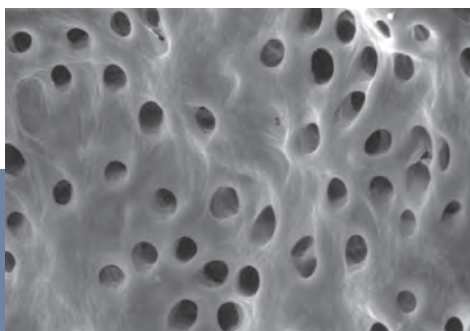


fig. 2. Paroi canalaire irriguée avec la séquence NaOCl 2,5 % (15 ml) + EDTA 15 % (3 ml pendant 1 min) (MEB x 2 000).

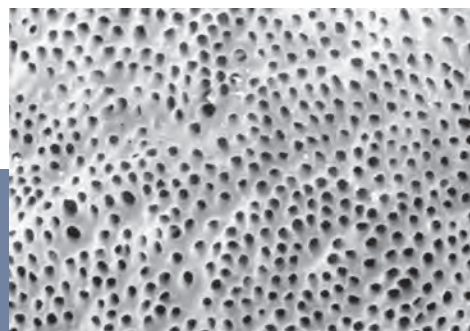


fig. 3. Paroi canalaire irriguée avec la séquence NaOCl 2,5 % (15 ml) + EDTA 8 % (3 ml pendant 3 min) (MEB x 800).

Faut-il chauffer la solution d'irrigation, la vibrer ou l'agiter ?

S'il est démontré depuis longtemps que le chauffage d'une solution d'hypochlorite de sodium potentialise in vitro son effet antibactérien et augmente sa capacité organolytique, la vibration ou l'agitation des solutions est toujours un sujet d'actualité. Apparues dès 1982 avec l'utilisation des ultrasons, la vibration sonore et l'agitation mécanique ont fait l'objet de nombreuses études ces dernières années. De la simple agitation manuelle à l'aide d'une lime K ou d'un cône de gutta à l'emploi d'instruments plus sophistiqués comme le RinsEndo® (Dürr Dental), des systèmes soniques tels que l'EndoActivator® (Dentsply Tulsa) ou la seringue Vibringe® (Vibringe) (fig. 4), ou des agitateurs polymères à usage unique F-file® (Plastic-Endo) montés sur contre-angle endodontique, il est indéniable que l'agitation permet physiquement une meilleure mise en suspension des débris, une propulsion de la solution sur les parois, tubuli et canaux latéraux.

Une récente étude de Paragliola et al. (2010) montre que, en termes de pénétration d'une solution d'irrigation dans les tubuli du tiers apical, les ultrasons utilisés maintenant en technique « passive », c'est-à-dire sans contact direct avec les parois canalaire, sont toujours supérieurs aux soniques et à l'agitation manuelle. Cette étape d'agitation est surtout significative sur l'activité antibactérienne lors de l'utilisation d'hypochlorite de sodium en permettant un meilleur nettoyage des parois et en désorganisant le biofilm bactérien; en rinçage final, il n'a pas

été démontré que les propriétés chélatantes de l'EDTA étaient améliorées par l'activation. L'avantage des activateurs de solutions d'irrigation pourrait aussi résider dans leur capacité à désorganiser de façon mécanique le biofilm canalaire, à l'origine d'échecs des traitements.

Actuellement, le manque d'études cliniques sur le sujet ne permet pas de montrer la supériorité d'un de ces systèmes en termes de pronostic thérapeutique.



fig. 4. Lime ultrasonore Irrisafe® (Satelec, ACTEON).

Faut-il rincer la solution d'irrigation ?

Entendons-nous sur le terme « rinçage final ». S'il s'agit de « rincer » la solution d'hypochlorite de sodium, la réponse est oui puisque nous avons vu que l'hypochlorite de sodium seul ne pouvait répondre à tous les objectifs de l'irrigation. Il faut donc dans ce cas faire un rinçage final « flush flow » avec une solution chélatante.

S'il s'agit en revanche de l'emploi d'une solution pour éliminer la dernière solution mise en place dans le canal, c'est un point discutable. S'il est satisfaisant de penser qu'après une irrigation renouvelée entre chaque instrument endodontique d'hypochlorite de sodium 2,5 % pendant la phase de préparation et une irrigation finale avec une solution d'EDTA (3 ml pendant 1 à 3 minutes), un rinçage de cette dernière solution doit être effectué pour laver le système canalaire des derniers débris mis en suspension par l'EDTA, le choix de la solution de rinçage reste sujet à controverse :

- soit l'on décide de rincer le canal avec de l'hypochlorite de sodium et, dans ce cas, il faut limiter sa concentration (2,5-3,5 %) pour ne pas augmenter le risque d'érosion dentinaire ;
- soit on rince au sérum physiologique, ce qui permet d'éliminer l'excédent d'EDTA et les débris mais nécessite une solution supplémentaire.

Cependant, l'EDTA a une action chélatante autolimitative, c'est-à-dire que la déminéralisation est de 20-30 μm à 5 minutes puis 30-40 μm au bout de 30 minutes pour stopper à 50 μm au bout de 24-48 heures. Cette autolimitation serait le fait des changements de pH pendant la déminéralisation de la dentine. Sachant que le temps d'action dans le canal ne doit pas excéder 3 minutes et que le séchage aux pointes de papier permet d'absorber l'excès de solution, une étude in vitro a montré qu'en microscopie électronique à balayage (MEB), l'état de surface des parois canalaire n'était pas modifié après séchage sans rinçage d'une **solution d'EDTA à faible concentration (8 %)**.

La rotation continue modifie-elle l'irrigation endodontique ?

La rotation continue a considérablement modifié l'approche du traitement endodontique. Souvent synonyme de gain de temps pour les praticiens, l'utilisation de la rotation continue a parfois conduit à une réduction du temps nécessaire et minimum de l'étape de l'irrigation.

Il ne faut pas oublier que l'irrigation commence dès l'ouverture de la chambre pulpaire et que son action se poursuit jusqu'au moment du séchage des canaux avant la mise en place d'une médication interséance ou de l'obturation canalaire définitive. Le temps requis pour optimiser les propriétés des différentes solutions (NaOCl et EDTA) est au minimum de 20 à 30 minutes.

Sans irrigation, pas d'assainissement endodontique, mais peut-on un jour disposer d'un « liquide de préparation endodontique » pour que les limes soient abandonnées (l'on se débarrasse de nos limes) ?

L'idée de ne pas utiliser de limes pour préparer le système canalaire peut paraître séduisante quand on considère la

complexité de l'anatomie canalaire et que l'on recense les inconvénients actuels de la préparation canalaire mécanique : absence de préparation de la totalité de l'endodonte (isthmes et parois non instrumentées), risque de fracture instrumentale, création d'un enduit pariétal à éliminer...

Dès 1993, Lussi a proposé la NIT (non instrumental technique) pour préparer et obturer des canaux. Le principe était fondé sur un nettoyage automatisé du système canalaire par des turbulences hydrodynamiques générées par des variations de pression sous l'action d'un moteur produisant une fréquence d'environ 200 Hz. Ces turbulences permettaient le renouvellement du liquide de rinçage (NaOCl 1-5,25 %). Cette technique devait être réalisée sous vide (≤ 15 millibars). L'appareillage, la nécessité d'obtenir un vide le plus complet possible et l'absence de résultats positifs in vivo sur animal n'ont pas permis une diffusion importante de cette méthode dont les résultats n'ont été satisfaisants qu'in vitro.

La difficulté actuelle est d'apporter de façon tridimensionnelle la solution d'irrigation au plus près des bactéries qui colonisent les tubuli et les isthmes souvent non atteints par les instruments endodontiques. Les voies de recherche s'orientent beaucoup vers les moyens d'activation des solutions que nous avons décrits, voire vers des techniques d'antiseptie utilisant le laser, l'ozone ou la photoactivation. Chercheurs et industriels se penchent toujours sur l'idée d'une préparation plus biologique et moins mécaniste qui passera certainement, dans les années à venir, par une réduction de l'utilisation d'instruments endodontiques à la faveur d'une ou deux solutions qui pourraient répondre aux objectifs de l'irrigation canalaire, tout en étant actives sur le biofilm bactérien endocanalaire comme les techniques de photodésinfection actuellement étudiées par plusieurs équipes européennes.

Tant que cette problématique n'est pas résolue, l'irrigation, considérée comme l'étape clé de l'antiseptie en endodontie, doit faire l'objet d'un protocole précis pour ce qui concerne les solutions utilisées : concentration, volume, temps d'application.

Lectures conseillées

Haute Autorité de santé. Le traitement endodontique : rapport d'évaluation technologique. Paris : HAS, 2008: 29-31.

Les dossiers de l'ADF. Médicaments et dispositifs médicaux en endodontie : les solutions d'irrigation endodontiques. Paris : ADF, 2008:14-24.

Reproduit de Clinic - Mai 2010 - vol. 31
Avec leur aimable autorisation

Utilisation des facteurs plaquettaires de la coagulation : Platelet-Rich-Fibrin (PRF) pour l'aménagement des alvéoles d'extraction et le sinus lift

Laurence Evrard MD, DDS, PhD - Président de la formation de troisième cycle en Implantologie à l'ULB - Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale - Hôpital Erasme - ULB - Bruxelles • Wendy Baeyens MD, DDS - Candidate Spécialiste en Stomatologie et en Implantologie - Hôpital Erasme - ULB - Bruxelles • Yassin Bouzelmat DDS - Candidat Spécialiste en Implantologie - Hôpital Erasme - ULB - Bruxelles • Ramin Atash DDS PhD - Clinique de Dentisterie - Hôpital Erasme - ULB - Responsable du Département de Prothèse • Régine Glineur MD, DDS, PhD - Chef du Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale - Hôpital Erasme - ULB - Bruxelles

Les concentrés plaquettaires autologues : Platelet-Rich Plasma (PRP) et Platelet-Rich Fibrin (PRF) sont utilisés dans de nombreux domaines de la médecine notamment en chirurgie orale et maxillo-faciale.

Ils contiennent des concentrations élevées en facteurs de croissance : 3 isomères du PDGF (platelet-derived growth factor), 2 isomères du TGF- β (transforming growth factor), l'IGF (insulin-like growth factor), l'EGF (epithelial growth factor) et le VEGF (vascular endothelial growth factor) qui jouent un rôle-clé dans la cicatrisation en général, et dans la régénération osseuse, en particulier.

L'application clinique des concentrés plaquettaires est aisée, leurs effets bénéfiques potentiels en accélérant la cicatrisation des tissus mous et la régénération osseuse, en font des adjuvants thérapeutiques intéressants. En chirurgie implantaire orale, ils trouvent leur application dans la reconstruction osseuse pré- et per -implantaire, et dans l'aménagement des alvéoles osseuses post-extractionnelles. Les bénéfices cliniques obtenus suite à leur utilisation sont liés à l'amélioration de la densité et de la maturation osseuses.

Obtention des concentrés plaquettaires

La technique du PRP fut introduit par Marx et al.¹ en 1998. Selon ces auteurs, le PRP est obtenu par prélèvement de 20 à 60ml de sang veineux sous anticoagulant citrate dextrose A (évitant l'activation et la dégranulation plaquettaires) avant ou pendant la chirurgie et immédiatement centrifugé. Deux centrifugations successives sont réalisées. Avant usage clinique, on obtient la gélification du concentré plaquettaire grâce à l'adjonction de thrombine bovine, de thrombine recombinante humaine ou de facteur tissulaire recombinant humain, ce qui déclenche l'activation des plaquettes et la polymérisation de la fibrine. Le PRP peut également être utilisé sous forme de membranes.

La technique du PRF a été introduite par Choukroun et collègues², afin d'obtenir un concentré plaquettaire autologue sans utilisation d'anticoagulant ni de thrombine. Le sang veineux collecté sans ajout d'anticoagulant est immédiatement centrifugé pendant 10 à 12 minutes à 2700-3000 tours par minute. On obtient 3 couches successivement du fond vers la surface du tube : les globules rouges, le caillot de PRF et en surface le plasma acellulaire (Fig. 1). Le mécanisme naturel de la coagulation se déclenche lors de l'entrée en contact du sang avec la surface du tube en verre et permet l'obtention

d'un caillot de fibrine riche en plaquettes et globules blancs, sans modifications biochimiques, c'est-à-dire sans ajout d'anticoagulant, de thrombine ou de chlorure de calcium. Le PRF peut être utilisé sous forme de gel ou de membranes.

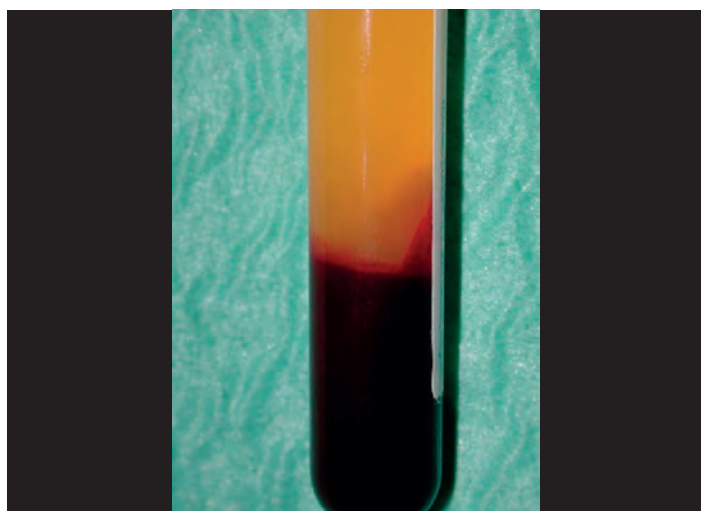


Figure 1 : Après centrifugation, le sang se décompose en trois couches : les globules rouges au fond du tube, la portion riche en plaquettes au niveau de la zone intermédiaire, et le plasma acellulaire en surface

Applications cliniques du PRF en chirurgie implantaire

En chirurgie implantaire orale, les PRP et PRF sont utilisés comme adjuvants aux procédures de reconstruction osseuse. Le but de leur utilisation est d'accélérer et d'améliorer les phénomènes menant à la cicatrisation, et en particulier à l'intégration des greffes osseuses et à la régénération osseuse¹.

On les utilise dans de nombreuses applications cliniques : le comblement du sinus maxillaire^{2, 4}, les augmentations de crête osseuse alvéolaire^{6, 8}, le comblement des alvéoles dentaires post-extractionnelles¹, l'ostéointégration des implants dentaires⁷.

Le PRF est une technique introduite plus récemment que le PRP, et n'a pas encore fait l'objet de nombreuses études scientifiques.

Choukroun et al.² ont réalisé une étude comparant l'utilisation d'une allogreffe osseuse seule avec une allogreffe osseuse combinée au PRF pour le comblement du sinus maxillaire

chez 9 patients. La combinaison allogreffe et PRF permet d'obtenir une maturité osseuse plus rapidement, dès lors que le placement des implants dentaires peut se faire à 4 mois post-opératoire par rapport à 8 mois pour le groupe contrôle.

Une étude plus récente porte sur 20 patients ayant bénéficié du même type d'intervention au niveau du sinus maxillaire avec placement simultané d'implants dentaires⁹.

Le PRF seul est utilisé comme matériel de comblement. Les résultats radiographiques montrent un gain osseux au niveau du plancher du sinus maxillaire de 3,2 mm en moyenne autour de l'implant. L'absence de groupe contrôle ne permet néanmoins pas de déterminer avec exactitude l'implication du PRF dans les résultats de cette étude.

	PRP (Platelet Rich Plasma)	PRF (Platelet Rich Fibrin)
Obtention	Double centrifugation	Simple centrifugation
Tube	CaCl ₂	pas de CaCl ₂
Coagulation	Provoquée par adjonction de thrombine bovine ou humaine	Physiologique
Libération des facteurs de croissance plaquettaires	Massive, endéans l'heure	Prolongée jusque 1 semaine

Tableau 1

Conclusion

Les avantages du PRF par rapport au PRP sont sa préparation simplifiée et son caractère purement autologue (absence d'utilisation de thrombine bovine) (Tableau 1). La polymérisation de la fibrine y est donc parfaitement physiologique. Par ailleurs, la libération des facteurs de croissance plaquettaire varierait, selon le PRP ou le PRF, dans le temps. En effet, au sein du PRP, il existe une libération brutale et massive des facteurs de croissance plaquettaires au cours de l'activation des plaquettes induite par la thrombine bovine, et il en résulte une biodisponibilité des facteurs de croissance limitée dans le temps (1 heure)¹. En revanche, dans le PRF, les facteurs de croissance plaquettaires retenus piégés dans les mailles de fibrine seraient libérés sur une période d'au moins 1 semaine³. Il apparaît, à la lecture de la littérature consacrée aux bénéfices apportés par l'utilisation des concentrés plaquettaires, qu'il existe d'importantes discordances en chirurgie implantaire orale entre les résultats des diverses études.

Ces différences peuvent s'expliquer par un manque de standardisation. En effet, des différences sont observées au niveau des protocoles d'obtention de ces concentrés plaquettaires impliquant les méthodes de centrifugation, ainsi que les techniques de préparation et d'administration de ces concentrés plaquettaires. Le manque de standardisation des protocoles doit engendrer des variations au niveau de la concentration en plaquettes, de la concentration des facteurs de croissance et des leucocytes obtenus au sein des PRP. En effet, les méthodes de centrifugation varient également selon les études et pourraient expliquer l'absence de bénéfice lié au PRP, obtenus dans certaines d'entre elles. Des forces supérieures à 800g pourraient décroître la quantité de TGF- β libérée par les plaquettes¹⁰.

De surcroît, la cinétique de délivrance des facteurs de croissance est un mécanisme encore mal connu, et qui peut montrer de grandes variations.

Par ailleurs, les résultats contradictoires relevés dans la littérature au sujet des bénéfices apportés par l'utilisation des facteurs plaquettaires de la coagulation, peuvent en partie s'expliquer par le fait que ces résultats proviennent d'études cliniques pour certaines et d'études animales pour d'autres, et qu'il est difficile d'extrapoler les résultats obtenus d'une espèce à une autre.

D'autre part, la concentration minimale en plaquettes nécessaire pour obtenir un caillot sanguin entrant dans les critères définissant le PRP n'est pas bien précisée par les auteurs. Ceux-ci s'accordent cependant sur le fait qu'un bénéfice clinique peut être obtenu pour une concentration de plaquettes de 1 million/ μ L de plasma (4 à 7 fois le taux de base)¹¹.

Les concentrés plaquettaires sont une source autologue de facteurs de croissance qui semblent jouer un rôle important dans la régénération osseuse.

Leur application clinique aisée et simplifiée pour le PRF, leurs effets bénéfiques potentiels en accélérant la cicatrisation des tissus mous et la régénération osseuse, en font des adjuvants thérapeutiques prometteurs.

Néanmoins, il s'avère nécessaire de standardiser les techniques de préparation et d'administration de ces concentrés, par des études cliniques prospectives randomisées de qualité, en particulier pour valider les avantages de la technique du PRF.

Références

1. Marx RE, Garg AK. Dental and craniofacial applications of platelet-rich plasma. Quintessence Publishing Co, Inc. 2005.
2. Choukroun J, Diss A, Simonpieri A, Girard MO, Schoeffler C, Dohan SL, Dohan AJ, Mouhyi J, Dohan DM. Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part V: histologic evaluations of PRF effects on bone allograft maturation in sinus lift. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006 ; 101 : 299-303.
3. Dohan DM, Choukroun J, Diss A, Dohan SL, Dohan AJ, Mouhyi J, Gogly B. Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part II: platelet-related biologic features. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006 ; 101 : 45-50.
4. Raghoobar GM, Schortinghuis J, Liem RS, Ruben JL, van der Wal JE, Vissink A. Does platelet-rich plasma promote remodeling of autologous bone grafts used for augmentation of the maxillary sinus floor? Clin Oral Implants Res. 2005 ; 16 : 349-56.
5. Dohan DM, Choukroun J, Diss A, Dohan SL, Dohan AJ, Mouhyi J, Gogly B. Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part I: technological concepts and evolution. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006 ; 101 :
6. Ito K, Yamada Y, Naiki T, Ueda M. Simultaneous implant placement and bone regeneration around dental implants using tissue-engineered bone with fibrin glue, mesenchymal stem cells and platelet-rich plasma. Clin Oral Implants Res. 2006; 17 : 579-86.
7. Anitua E, Orive G, Aguirre JJ, Andía I. Clinical outcome of immediately loaded dental implants bioactivated with plasma rich in growth factors: a 5-year retrospective study. J Periodontol. 2008 ; 79 : 1168-76.
8. Evrard L, Baeyens W, Glineur R. Platelet-rich-plasma (PRP) and freeze dried bone allograft (FDBA) as an adjunct to maxillofacial rehabilitation by means of zygomatic fixtures and bone autografts. Clin Oral Impl Res. 2009 ; 20 : 988.
9. Diss A, Dohan DM, Mouhyi J, Mahler P. Osteotome sinus floor elevation using Choukroun's platelet-rich fibrin as grafting material: a 1-year prospective pilot study with microthreaded implants. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008 ; 105 : 572-9.
10. Dugrillon A, Eichler H, Kern S, Klüter H. Autologous concentrated platelet-rich plasma (cPRP) for local application in bone regeneration. Int J Oral Maxillofac Surg. 2002 ; 31 : 615-9.
11. Weibrich G, Hansen T, Kleis W, Buch R, Hitzler WE. Effect of platelet concentration in platelet-rich plasma on peri-implant bone regeneration. Bone. 2004 ; 34 : 665-71.

Figures (suite)

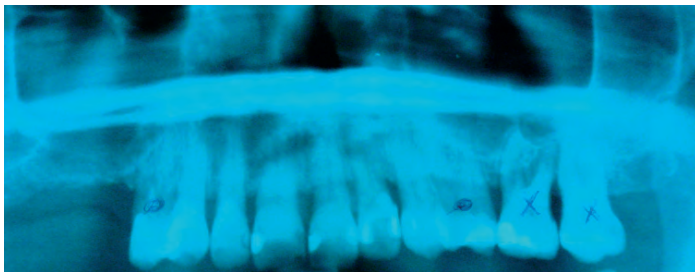


Figure 2 : RX panoramique pré-extractions. Les dents 14, 15 sont à extraire. Lorsque la patiente nous consulte, les 26 et 27 ont été extraites

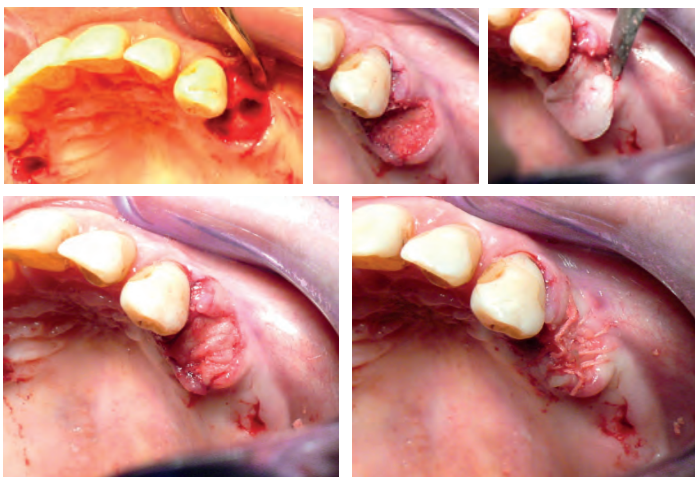


Figure 3 : Aménagement des alvéoles d'extraction. Extraction des dents 14 et 15, comblement des alvéoles osseuses à l'aide d'un mélange d'os de banque (DFDBA) et de PRF gel. Les alvéoles sont recouvertes par une membrane de PRF qui est maintenue en place à l'aide de sutures résorbables

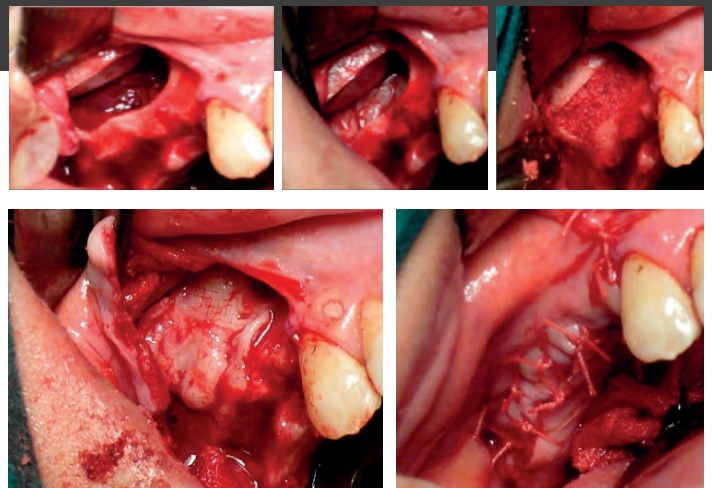


Figure 4 : Complément du sinus maxillaire.

3 mois après les extractions dentaires, un sinus lift bilatéral est réalisé. Une membrane de PRF est placée au fond de la cavité, et celle-ci est comblée à l'aide d'un mélange d'os autogène (prélevé au niveau des tubérosités maxillaires), d'os de banque et de PRF gel. Une membrane de PRF couvre la fenêtre, et le lambeau est suturé au fil résorbable

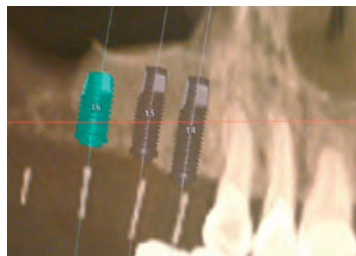


Figure 5 : CT-Scan - 3 mois après le sinus lift (6 mois après les extractions), on peut observer une excellente conservation du volume alvéolaire



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

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

(1) J. Luc, C. Roques, M.N. Frayret, G. Michel, M. Ducani, J. Vandermander. - Activité bactéricide in vitro de 5 antiseptiques bucaux vis-à-vis des principaux germes impliqués dans les affections bucco-dentaires. Journal de Parodontologie vol n°4/91, p.361-367 - (2) D. Grenier - Effect of chlorhexidine on the adherence properties of Porphyromonas gingivalis. J. Clin. Periodontol 1996, 23, 140-142. - (3) C. 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. Macneill, 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

La malocclusion chez l'enfant

Problèmes occlusaux rencontrés chez l'enfant et comment agir de façon fonctionnelle en intégrant une vue globale du problème.

La croissance crânio-faciale est très complexe et dépend de beaucoup de facteurs : héréditaires, embryologiques, environnementaux, psychologiques.

Ce travail est du ressort du dentiste généraliste que je suis et ne se prétend pas parler d'orthodontie, c'est en partie pour cela que je ne parle pas de la partie bilan radiologique.

Il m'arrive d'ailleurs pour des cas complexes de demander l'avis d'un orthodontiste avec appui de radiographies et photos à la base. Mais le but de ce travail n'étant pas là, je n'en ferais pas mention. Il s'agit surtout de réaliser un déverrouillage psycho fonctionnel et de relancer la croissance sur les meilleures bases possibles. C'est dans ce cadre là que j'en réfère également à l'ostéopathe qui lui de par sa vue globale, me permet de sortir des dents et d'aller lever d'autres contraintes.

Le challenge pour moi est d'obtenir une occlusion qui soit la plus « naturelle » pour le patient. J'arrive à supprimer la nécessité du port d'un appareil orthodontique contraignant dans certains cas mais de toute façon je diminue le degré de difficulté d'un traitement orthodontique. J'espère pouvoir aussi améliorer la stabilité de ces traitements dans le temps.

A ne pas perdre de vue aussi qu'à l'âge adulte, nous retrouvons beaucoup de malocclusions qui sont parfaitement fonctionnelles, le corps s'étant adapté et compense, du moins tant que tout va bien !

Par contre les détecter chez le jeune enfant et lui permettre de retrouver de bonnes fonctions est pour moi une prévention indispensable.

QU'EST-CE QU'UNE OCCLUSION FONCTIONNELLE ?

Ce sont les mouvements de latéralité guidés par les canines et les trajectoires condyliennes; et NON les mouvements d'ouverture / fermeture qui ne servent uniquement qu'à bâiller, chanter, montrer ses dents chez le dentiste !!!

A savoir qu'une occlusion n'est jamais stable au cours d'une vie, elle vit. Je me pose donc la question de savoir si lors de la fin d'un traitement orthodontique qui a tendance à poser un arc de contention derrière les incisives inférieures ou même parfois supérieures cela ne va pas engendrer des forces pathologiques qui se transmettront sur les ATM ?

Ces mouvements de latéralités servent à une bonne mastication. Et lorsque l'on parle de mastication, il faut encore savoir com-

ment l'enfant s'alimente. Je rappelle qu'une fois l'âge de 18 mois - 2ans (c'est-à-dire dès que les molaires de lait font leur apparition) il est important de donner des aliments de texture dure et d'encourager l'enfant à mastiquer suffisamment longtemps et des 2 côtés. Important de décourager les habitudes néfastes de succion et en tout cas dès 2 ans, supprimer le biberon. A parler aussi de la sucette et du pouce!

A ce propos, il existe des petits écrans buccaux munis d'un anneau et que l'enfant peut utiliser en transition avec la sucette. L'anneau lui permet de tirer dessus afin de muscler la lèvre supérieure, souvent hypotonique chez les « tétieurs ».

Cela d'ailleurs fait partie de l'apprentissage à grandir, ne pas rester au stade « bébé », dont il faut discuter avec l'enfant mais aussi les parents.

Rappel

La classe I dentaire est considérée comme harmonieuse.

La classe II de façon schématique associée à la rétrognathie.

Classe II1: tendance à la béance.

Classe II2: recouvrement trop important des incisives supérieures sur les inférieures.

La classe III prognathie.

Le diagnostic

Il s'agit ici d'une démarche principalement d'observation.

1) La respiration

Est-elle nasale ou buccale ?

Si elle est buccale, les voies nasales sont-elles libres ?

Un bilan ORL doit être fait si l'on constate des voies nasales peu libres (végétations, allergie ?), présence de grosses amygdales avec obstruction importante du conduit aérien.

Il est fondamental de faire comprendre aux parents ET à l'enfant l'importance d'une respiration nasale, de SE PRENDRE EN CHARGE.

Des expériences sur le singe ont montré que la posture et le squelette changent lorsque on leur bouche une narine. On débouche la narine, et la posture et le squelette reprennent leur forme de départ.

Un respirateur buccal présente 20% de gaz carbonique en plus que le respirateur nasal. Pour respirer par le nez, il faut une énergie musculaire plus forte que par la bouche, et l'air entrant dans les poumons a une P plus forte ce qui permet des échanges gazeux plus importants.

-meilleure oxygénation du cerveau-> action sur la croissance, la concentration, la fatigue, sommeil.

En réchauffant l'air par le nez, cela permet une meilleure régulation thermique du cerveau.

-développement du nez et de la face: le fait de respirer par le nez, va permettre au flux d'air de développer non seulement le nez, mais les sinus et donc tout l'étage supérieur de la face.

Cela permet aussi de réduire les problèmes ORL. En respirant par la bouche, l'enfant respire de l'air froid, sec et sale !

Il est peut-être important de signaler qu'une respiration nasale a des répercussions positives sur le sommeil, la croissance et la santé en général.

2) La déglutition infantile

Le fait d'interposer la langue lors de la déglutition entre les incisives entretient ou crée ? (pas toujours clair) une béance antérieure (quand l'enfant mord il y a un espace entre les incisives du haut et du bas).

Ou une interposition latérale de la langue avec un espace latéral qui se voit en mordant également. La première chose à faire chez le petit enfant est de supprimer le biberon qu'il continue à prendre bien souvent au-delà de 2 ans. Or le biberon comme la sucette ou le pouce incitent la langue à garder ce mouvement d'aller retour. De ce fait la langue n'a pas tendance à monter et se plaquer au palais comme cela devrait être acquis vers l'âge de 5 ans. Elle est souvent couplée à une respiration buccale.



Évolution après 3 mois et 2 séances d'ostéopathie + rééducation

Sur la première photo il s'agit d'une béance antérieure : la langue vient « boucher » la béance. Elle entretient ou aggrave celle-ci. L'origine est souvent une compression de la base du crâne (occiput-atlas)(Clauzade).

C'est la respiration nasale qui permet un bon développement du maxillaire, des sinus et de la face ainsi que la langue qui en se plaquant au palais stimule sa croissance.

D'autre part, la langue appuyant sur la mandibule crée un développement plus important de celle-ci et une évolution vers la classe III (prognathie).

Attention que toutes les déglutitions dysfonctionnelles ne donnent pas toutes des béances, il faut également tenir compte des autres fonctions, des activités musculaires et de l'hérédité.

Cela peut également engendrer des problèmes de posture car pour ménager un espace libre lors de la respiration, l'enfant doit avancer la nuque. Cela nous donne ces enfants à bouche ouverte et déjà voûtés !!

- posture céphalique en avant et en extension ;
- hyperactivité des muscles cervicaux antérieurs et latéraux ;
- posture arrondie des épaules ;
- tension et raccourcissement des sus hyoïdiens et elongation des sous hyoïdiens ;
- élévation de la 1^{ère} côte et clavicule->situation d'apnée.

Diagnostic :

Faire avaler l'enfant dents serrées (pour être sûr, que l'enfant reste dents serrées lors de la déglutition, mettre une main sur le sommet de son crâne, l'autre sous la mandibule).

Premier stade :

L'enfant arrive à avaler dents serrées mais fait un petit mouvement de la tête vers l'avant.

-> Une simple rééducation suffit.

Deuxième stade :

L'enfant arrive difficilement à avaler dents serrées.

-> j'envoie d'abord chez l'ostéopathe + rééducation. Dans un deuxième temps.

L'insertion de la langue est multiple et entre autre se fixe sur les cervicales, l'os hyoïde. Il y a aussi un problème de manque de réciprocité tactile entre la muqueuse linguale et palatine. Il s'agit d'un problème de muqueuses que l'on peut peut-être relier à un problème digestif.

Le fait de travailler ces régions aide l'enfant à pouvoir retrouver une facilité à déglutir dents serrées.

La rééducation est indispensable car il faut réengrammer l'information au niveau inconscient ainsi que « muscler » la langue et les muscles péri buccaux.

Troisième stade :

L'enfant est incapable d'avalier dents serrées.

Le traitement est le même.

A savoir qu'il s'agit aussi d'une rééducation musculaire et que ceci demande de la patience ET LA PRATIQUE QUOTIDIENNE.

J'explique aux enfants (suivant leurs propres hobby, que s'ils ne pratiquent un sport ou la musique que de temps en temps aucune évolution n'est possible.) Il faut un entraînement très régulier pour progresser !

3) La mastication

C'est la mastication qui permet l'allongement de la face. Planas, lui, donne une importance de première intention à la mastication et corrige beaucoup de malocclusions par des petites plaques à pistes, ce qui reste tout à fait physiologique puisque ce genre de plaque fait que c'est l'enfant lui-même qui règle son propre plan d'occlusion contrairement à un traitement orthodontique classique basé sur des examens radiologiques et critères d'angles uniquement.

Personnellement, bien que convaincue de son efficacité je ne m'y aventure pas ou pas encore !

- questionner l'enfant et les parents sur ses habitudes alimentaire.

- a) vérifier les latéralités :

sont-elles possibles ? Cela se fait-il plus facilement d'un côté que de l'autre ? Se font-elles trop facilement, trop loin ?

Regarder les facettes d'usures: elles informent sur la latéralité préférentielle lors de la mastication.

Faire glisser à droite, à gauche-> les glissements se font-ils sur une droite symétrique ?

Le corps va toujours à l'économie. Lors du glissement en latéralité, regarder l'augmentation de dimension verticale. La mastication se fait là où l'augmentation est la moins forte puisque la facilité masticatoire se fera de ce côté. Le fait d'avoir une mastication

uniquement d'un côté va provoquer une abrasion plus importante pour ce même côté ce qui donnera vraiment à un côté une consonnance de plus en plus exclusive.

Il peut être intéressant d'associer à cela une connotation affective : structure droite avec prédominance du rationnel et structure gauche, prédominance de l'émotionnel (hémisphère cérébral droit).

Ceci est très schématique, mais il est intéressant de se pencher sur la relation structure/fonction/psychologie.

Ce qui relativise le fait que parfois si on s'en tient à la mécanique, tel côté sera utilisé et pourtant le patient mastique de l'autre côté. Ce n'est évidemment qu'une piste pouvant justifier cette contradiction apparente.

b) vérifier qu'il n'y a pas de verrouillage canin :

si les 2 canines ne sont pas usées, la mastication est verticale

4) Examiner les muscles de la faces et les répercussions en bouche

Ex : une houppe du menton prononcée peut provoquer un excès d'os alvéolaire niveau des incisives inférieures comme chez Julie :



Julie a 12 ans sur la photo 2 et 4. 1 an d'intervalle s'est passé entre ces dernières et la photo 1 et 3 de départ. Elle a bénéficié de 2 séances d'ostéopathie + 1 gouttière qu'elle porte encore à l'heure actuelle pour terminer de rentrer la 13 (canine supérieure droite) ainsi que corriger la fonction de respiration qui n'est pas encore complètement nasale. Julie avait une lèvre inférieure hypertonique s'insérant entre les incisives supérieures et une lèvre supérieure hypotonique. Pour info, bien qu'il y avait respiration buccale, cette jeune fille bruxait.

De fortes tensions des muscles masticateurs peuvent accentuer une classe II2 .

Il faudra donc s'atteler à de la rééducation qui nécessite du temps et de la bonne volonté de l'enfant et de tout le milieu familial. Les exercices doivent se faire jusqu'à ce que la respiration nasale, la déglutition physiologique, la mastication correcte soient devenues réflexe. Le minimum est le travail 3x/jour et de préférence à l'état de relaxation.

Quelques exemples d'exercices.

A) respiration nasale en s'étant assuré que les voies aériennes sont libres. Se MOUCHER.

Je serre les lèvres (exercice à faire aussi devant la télé en insérant un bâton entre les lèvres).

Je pince 1 narine, j'inspire par l'autre narine et je change :

Je pince l'autre narine et j'expire puis je reprend l'air Et je recommence. Associer à une respiration abdominale (je gonfle mon ventre comme un ballon).

Tous ces enfants respirateurs buccaux sont des respirateurs thoraciques (respiration de stress avec un diaphragme souvent bloqué).

B) déglutition.

La langue est un diaphragme et a un rôle adaptatif. La position haute de la langue permet une stimulation de la suture palatine et stimule l'hypophyse. La déglutition est un acte inconscient qui permet de rééquilibrer l'état de tension de l'ensemble de la neuropsychiatrique faciale mais aussi posturale (première et deuxième cervicales).

D'abord vérifier que le frein lingual n'est pas trop court !

- je claques ma langue au palais et m'amuse à la balader et sentir mon palais
- j'avale et je parle dents serrées.



Maxime 8 ans avec une interposition latérale de dents + déviation du point inter incisif. Maxime a porté 1 gouttière multi P pendant 1 an.

Des logopèdes, corrigeant ce genre de problèmes ont vu disparaître des articulés croisés.

5) L'occulo-motricité

Il y a un lien entre la mobilité de l'oeil et la posture. La mobilité de la face est programmée pour la poursuite visuelle lors de a manducation.

6) La posture et l'occlusion

Un problème de posture a des répercussions adaptatives sur l'occlusion et vice versa.

Quand 'ostéopathe voit un bassin instable, il serait intéressant d'aller voir l'occlusion.

7) Le psycho émotionnel

La croissance passe par une stimulation neurologique qui fait intervenir pour lui 10% de mécanique et 90% de psycho émotionnel.

La bouche est une vitrine de l'être. Et les dents absorbent le stress vécu par le patient.

Ainsi on peut résumer :

Les incisives : correspondent à ce que je pense

Les canines : à la façon dont j'exprime ce que je pense

Les prémolaires à ce que je verbalise

Les molaires à la façon dont je réalise ce que je pense

= orientation de la dentosophilie

Mon orientation thérapeutique

Il faut savoir qu'à l'âge de **4 ans**, le squelette crânio-facial a atteint **60%**. A l'âge de **12 ans** la croissance est **terminée**.

Il faut donc intervenir le plus tôt possible pour aider à diriger correctement cette croissance.

1) je vérifie qu'il n'y a pas de verrou important: principalement un articulé croisé canin.

Si c'est le cas, je procède au meulage des canines de lait pour

libérer les latéralités ou je rehausse l'occlusion ce qui actuellement a ma préférence.

2) je réfère souvent à l'ostéopathe dans un premier temps, afin qu'il puisse faire un bilan général : viscéral, crânien, de restriction tissulaire...

Cela me permet à moi de travailler sur de meilleures bases. L'ostéopathe voit souvent l'enfant à 2 reprises ou plus selon les besoins. Cela à 3 semaines d'intervalle.

Moi, je revois l'enfant plus ou moins trois semaines après le travail de l'ostéopathe du moins dans une première phase.

3) lorsque je revois l'enfant, je vais revoir les différentes fonctions, comment cela a évolué en bouche. Je me sers principalement de photos, de mon observation.

En fonction de chaque cas, je vais soit uniquement donner des exercices afin de rétablir en premier lieu une bonne respiration, couplée souvent à une déglutition correcte et donc un bon positionnement de la langue.

4) j'ai recours aux gouttières fonctionnelles, ce qui m'aide à corriger les fonctions et comme ces gouttières présentent une indentation, elles m'aident à retrouver les milieux si les points inter incisifs sont déviés et corrigent également l'alignement dentaire. Il existe différentes gouttières en fonction de ce que l'on espère avoir comme résultat.

Encore faut-il que la gouttière soit correctement portée (voir plus bas les détails concernant les gouttières) ou qu'il n'y ait pas d'allergie au silicone, chose rare.

5) renvoi éventuel chez l'ostéopathe après rétablissement d'une fonction et occlusion la plus correcte possible et surveillance de la croissance ainsi que des fonctions.

Il est important de diagnostiquer un enfant très tôt : vers 3 ans, là où le déséquilibre basicrânien est plus facile à définir.

Une fois 6 ans, la dynamique faciale masque les spécificités crâniennes au profit de signes buccaux stéréotypés: langue basse, voûte peu développée. MJ Deshayes

Remarque : Une aide homéopathique peut s'avérer utile pour celui sachant manier les différents remèdes.

Point de vue embryologique

1) l'os du crâne et de la face d'origine cartilagineuse et plus sous l'influence héréditaire. Sont liés au système viscéral.

2) la face inférieure ou mandibule est issue de la 1^{ère} somite, idem 3 premières vertèbres cervicales. D'origine membraneuse et donc plus soumise à l'influence environnementale. Liée au neurocrâne.

- la mandibule provient de 2 groupes embryologiques différents. Lorsque l'on stimule une dent du même groupe embryologique, c'est tout le groupe entier qui est stimulé.

- le maxillaire : 3 noyaux embryologiques
 - incisif
 - prémolaires, molaires droites
 - prémolaires, molaires gauches

Les canines sont entre les deux.

Notions de la croissance basicrânienne et ses répercussions sur la croissance des mâchoires.

Je reprends dans cette partie tout le concept de MJ Deshayes (orthodontiste) dans « l'art de traiter avant 6 ans ». Cela m'a permis de sortir de la croissance uniquement du maxillaire et de la mandibule pour comprendre comment se passe la croissance au niveau de la boîte crânienne, mais je n'applique pas ses appareillages.

Son travail est parti de l'étude de crânes du Pérou intentionnellement déformés. Les dents temporaires sont dans l'os basal et donc les deux entrent en interaction facilement. Les dents définitives ont par contre un ancrage dans l'os alvéolaire.

1) la croissance du maxillaire est rattachée à l'unité sphéno-ethmoïdo-frontale (c'est le sphénoïde qui contrôle la face).

2) La croissance de la mandibule est rattachée à l'unité occipito-temporale.

L'équilibre maxillo-mandibulaire dépend donc de structures embryologiques différentes et cet équilibre se met en place bien avant l'arrivée des dents temporaires qui ne font qu'arriver dans une « boîte ».

La croissance du crâne se fait par un mouvement de flexion basicrânienne.

Rem : nous allons parler de « rotation ». En fait il s'agit de phénomènes de croissances donnant l'IMPRESSION d'une rotation et non d'une réelle rotation.

Il s'agit donc bien d'une orientation spatiale que prennent les os au cours de la croissance.

Orientation fort dépendante de leur capacité intrinsèques de croissance, influencée par leur origine embryologique, la génétique et la fonction.

RA = rotation antérieure RP = rotation postérieure

RE = rotation externe RI = rotation interne

1) la flexion occipitale- sphénoïdale

La rotation occipitale serait liée à la statique de la morphogenèse céphalique concernant la traction de la colonne vertébrale sur l'occipital qui amènerait le foramen magnum à l'horizontale.

Secondairement on assiste à la courbure de la base du crâne, entre le basi et le pré sphénoïde.

Cet axe naturel est ensuite influencé par la synchondrose sphéno-occipitale qui elle aussi a un potentiel de croissance prédéterminé génétiquement.

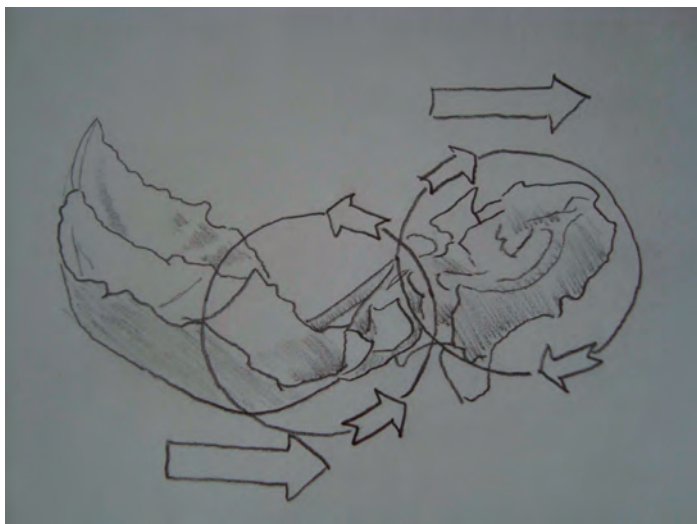
C'est sous la dépendance du système membraneux de tension réciproque que se font les adaptations positionnelles des pièces osseuses (Sutherland).

Le remodelage de cet os décrit une « rotation antérieure. » (rotation anti-horaire).

Ce bien compris AUCUNE rotation réelle ne se passe, il s'agit bien d'une vue de l'esprit afin de mieux comprendre l'orientation que prennent les pièces osseuses lors de la croissance.

Le sphénoïde quant à lui décrit aussi une rotation antérieure (rotation horaire).

La rotation antérieure du basi-occipital va entraîner à son tour une rotation antérieure (RA) + rotation externe (RE) des temporaux entraînant la cavité glénoïde (ATM) plus postéro médiane et sous squamale.



Copie d'un schéma tiré du livre de MJ Deshayes « l'art de traiter avant 6 ans » montrant quelle direction prennent l'occiput et le sphénoïde lors de la croissance.

Évolution vers les classes II et III

1) L'unité occipito-temporale retentit sur la position de la mandibule ainsi que dans les mouvements de latéralité.

Une flexion basicrânienne
excessive

- > position mandibulaire trop en avant
- > RA/RE trop précoce et mouvement de latéralités dès la 1^{ère} enfance trop amples ce qui stimule aussi la croissance mandibulaire (cavités glénoïdes restent plates).
Enfant à face plus large et qui peut évoluer vers la classe III.

ralentie

- > peu de RA/RE des temporaux qui privilégient la RP-> Latéralités petites (cavités glénoïdes pas assez sous-Squamales). Cette dynamique faciale ralentit à son tour.
La dynamique crânienne de flexion.
Enfant à face étroite évoluant vers une classe II.

2) Le sphénoïde premier guide de la croissance des maxillaires. La RA du sphénoïde entraîne les apophyses ptérygoïdes dans un mouvement de recul et d'écartement.

Ce sont donc les apophyses ptérygoïdes qui fixent la dimension transversale du palais. La dimension transversale définitive entre les extrémités des 2 apophyses est transmises aux tubérosités maxillaires par les os palatins.

Le sphénoïde en appui, sur l'éthmoïde va donc agir sur chaque maxillaire dans un mouvement de RE.

C'est important car si la RA du sphénoïde est trop importante, la RE des maxillaires trop forte va contraindre le prémaxillaire, à avoir un effet de serrage de la suture incisivo-canine.

Nous aurons donc une réduction de la dimension transversale inter-canine qui se fait au détriment de l'espace disponible pour les germes des incisives permanentes.

- > hypomastie (prémaxillaire trop peu développé) qui représente un frein à l'avancée maxillaire. Se rajoute à cela la dérive mésiale des germes intra-arcade qui prépare des encombrements inévitables dans des maxillaires trop en RE. (MJ Deshayes).

L'écartement de la voûte est aussi couplé à son abaissement à cause de l'allongement des apophyses ptérygoïdes ce qui libère de la croissance verticale pour le maxillaire dans sa partie postérieure.

Les dents temporaires constituent aussi un vrai ancrage dans la base osseuse -> pour les molaires et canines des maxillaires, tout déplacement sagittal, transversal, vertical est l'équivalent d'un remodelage complet de la pièce osseuse donnant des contraintes en 1^{er} aux apophyses ptérygoïdes. (MJ Deshayes).

La cinétique du temporal

De façon générale :

Des temporaux en RI vont aider à la prognathie.

Des temporaux en RE vont aider à la rétrognathie.

La croissance provoque une RA/RE au niveau de l'écaïlle du temporal et cela sous la dépendance de l'occipital mais aussi des grandes ailes du sphénoïde.

Cette rotation est indispensable pour une bonne balance mandibulaire.

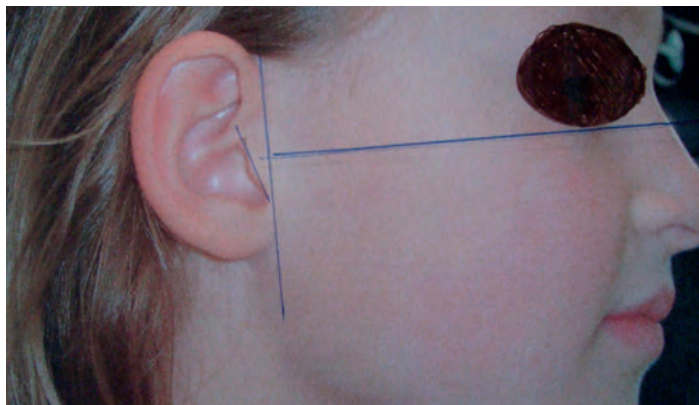
Par l'examen de l'oreille, nous pouvons avoir une idée des remodelages intra osseux.

1) la rotation antérieure (avec donc aussi élargissement de la base) de l'occipital va avoir un effet de RE sur l'os temporal et entraîner un décollement des oreilles.

2) la verticalité de l'oreille et du tragus donne une idée sur la RA du temporal.

3) la perpendiculaire sous-orbitaire nous renseigne sur la RA de l'écaïlle du temporal. Et nous donne un renseignement sur le sphénoïde et sa RA. Plus la perpendiculaire est sous orbitaire plus on a une RA de l'écaïlle et donc aussi du Sphénoïde.

4) la RE du temporal induit aussi une cavité glénoïde plus basse, postérieure et interne ce qui induit un conduit auditif creux.



Je ne développe pas trop ce point qui pour moi doit ne doit rester qu'une information possible mais je ne sais pas si l'on peut en faire une généralité et donc une règle.

La balance mandibulaire dans le contexte crânien

Cette croissance est indissociable de la cinétique de croissance des temporaux. Ceux-ci doivent avoir effectué une rotation antérieure et symétrique.

Lors de la mastication: côté masticatoire: contrainte en RI/RP
L'autre côté : les contraintes sont faibles RA/RE.

Puis les contraintes s'échangent.

-> l'objectif thérapeutique :

- 1) donner des aliments durs à l'enfant dès 18 mois, 2 ans (apparition des molaires lactéales).
- 2) préparer l'arcade supérieure à recevoir une pression mandibulaire.
- 3) rééduquer la gestuelle masticatoire naturellement ou avec les gouttières.

Quand la mastication entre en jeu, elle sollicite les plages d'accommodation suturales maximales que peuvent donner les joints suturaux. Ce jeu de sutures est palpable par un ostéopathe. C'est un joint amortisseur des contraintes temporales engendrées par les appuis dentaires masticants.

Plus la cavité glénoïde se construit sous-squamale-> en RA/RE, plus la gestuelle masticatoire est facile.

Les contraintes que le condyle masticant donne à l'autre condyle (quand l'un est en RA/RE, l'autre se trouve en RP/RI) font qu'il y a un frein au déplacement antérieur et latéral contribuant à la fermeture de l'angle goniale opposé au côté masticant (celui qui est en RP/RI).

-> importance de

- regarder les facettes d'usures des dents lactéales
- vérifier les latéralités.

De plus, côté travaillant: le condyle ne fait que tourner-> pas de stimulation. Balançant : ATM sort et frotte sur le temporal ce qui induit la croissance de l'hémi mandibule de ce côté-> croissance de la branche horizontale -> si je mastique à gauche, la croissance mandibulaire se fait à droite et glissement du point inter incisif vers la droite également.

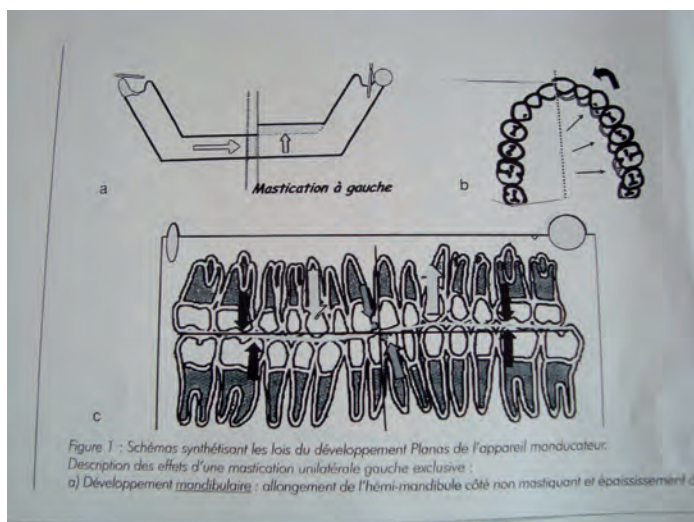


Schéma tiré de la théorie Planas

Sur une RX panoramique :

Côté masticant :

- La branche horizontale est plus épaisse
- Le condyle plus rond
- La pente condylienne plus importante et le condyle est enfoncé dans sa loge.

Tout cela à condition que les maxillaires grandissent en RE permettant aux hémis arcades d'appuyer correctement.

Une mastication correcte et donc une bonne cinétique de croissance intracrânienne se verra par une abrasion des dents lactéales tout à fait physiologique.

L'agrandissement des maxillaires en dentition temporaire

L'absence d'espaces inter incisifs à 5 ans doit faire craindre à un encombrement.

Causes principales des hypo développements du maxillaire :

- déglutition infantile
- respiration buccale
- « manger » mou.

Ces trois dysfonctions restent dans une dynamique de croissance crânienne et non pas faciale comme elle devrait se passer dès l'apparition des dents lactéales.(MJ Deshayes).

-> 1° rétablir de bonnes fonctions par une correction des fonctions oro-faciales et une mastication correcte.

A retenir :

sphénoïde en RA = maxillaire en RE

Sphénoïde en RP = maxillaire en RI



Les 2 photos ont été prises à 3 mois d'intervalle avec entre les 2 : 2 séances d'ostéopathie. A l'heure actuelle la petite patiente porte une gouttière.

Il est primordial de très tôt corriger toute étroitesse du maxillaire qui sinon par confort, le petit patient se met en articulé croisé.



Alessia a bénéficié de 2 séances d'ostéopathie entre ces 2 photos. et à l'aide d'une gouttière et d'une mastication dure, j'espère pouvoir agir sur le maxillaire. Je l'ai revue tout récemment et à l'heure actuelle son occlusion est tout à fait correcte, malheureusement, je n'ai pas la photo.

Traitement des classes III

On parle ici des classes III centrées.
Sinon dans tous les cas, c'est D'ABORD le sens transversal qui doit être corrigé.

Objectif: agrandir la voûte maxillaire et augmenter le périmètre de l'arcade supérieure.

- 1) désenchaîner la malocclusion. Pour cela j'aime les gouttières. Mais elles doivent être portées le plus possible.
- 2) rééduquer la gestuelle linguale : ostéopathie + logopédie + gouttière.
- 3) stimuler la croissance antérieure du prémaxillaire et transporter les 2 os maxillaires vers l'avant.

-> concentrer les appuis mastiquant à l'arrière: appuis sur les molaires lactéales créant une petite désocclusion antérieure normalement vite rétablie si l'enfant mastique des aliments durs. Plus les forces masticatrices sont puissantes, plus vite se fait le remodelage du maxillaire vers l'avant.



Alexis a 7 ans sur la première photo. Les incisives supérieures poussent en lingual. J'ai placé une petite plaque palatine pendant 3 mois suivie d'une gouttière pendant 9 mois. L'articulé croisé que l'on peut deviner à droite est actuellement corrigé mais je n'ai pas la photo. Alexis a une tendance squelettique à la classe III. Il y a aussi eu 2 séances d'ostéopathie. Les points inter incisifs ne correspondent pas car il y a agénésie d'une incisive inférieure (il n'y a que 3 incisives).

- 4) rediriger le remodelage osseux en modifiant la balance mandibulaire pour contraindre les temporaux à changer d'axe cinétique :

- Si l'enfant part trop facilement en latéralité (cavités glénoïde plate ->le faire mastiquer verticalement. Avaler dents serrées.
- Si l'enfant a difficile à partir en latéralité (cavité glénoïde trop creuse)-> sur sa gouttière, lui faire faire des exercices de latéralités.

Cela va également permettre la fermeture de l'angle mandibulaire.

Les classes II

= flexion basicrânienne ralentie avec un sphénoïde souvent en rotation postérieure.
-> arcade étroite et insuffisamment carrée -> déplacements mandibulaires restreints.

De plus de par la position des incisives supérieures palato versées, à l'ouverture se produit un mouvement vers le bas et l'arrière de la mandibule qui est un mouvement anti-physiologique et donc ayant des répercussions sur l'ATM.
De plus l'équilibre musculaire est modifié et par là, la croissance aussi.

De plus de par le manque de croissance du palais, il y a des répercussions sur la capacité ventilatoire des sinus. C'est de nouveau une composante qui a des répercussions sur tout un organisme, pour finir.



Jonathan a maintenant 12 ans. 1 an sépare les 2 photos où à l'époque il a bénéficié de 2 séances ostéopathie.



Axelle 8,5 ans : incision frein supérieur et 2 séances ostéopathie + 4 mois de gouttière. 1 an sépare les 2 photos. A l'heure actuelle elle est toujours sous gouttière.



Océane porte une gouttière depuis janvier 2009. Est suivie régulièrement en ostéopathie. Elle est toujours sous gouttière la nuit.

Si on a un déficit en frontalisation pétreuse en plus -> rétromandibulie.

La dynamique faciale de l'enfant freine en retour le processus de flexion qui peut s'arrêter alors bien avant l'émergence de la 1^{ère} molaire définitive.

Remettre une bouche prête à mastiquer demande bien plus que de simplement remettre les organes dentaires en bonne position. Il faut tenir compte de la croissance de la boîte crânienne. Mon action est toujours la même : associer l'ostéopathie au port d'une gouttière.

Avec lors du port de cette gouttière des exercices dynamiques de petites diductions.

Articulés croisés

Rem :

SILICEA peut être utilisé dans des traitements orthopédiques par gouttières fonctionnelles pour réduire les articulés inversés. (silicéa relâche les tissus avant de les resserrer dans un deuxième temps.

la torsion

Comme je l'ai dit plus haut, les articulés croisés sont souvent des maxillaires trop étroits et par confort, l'enfant dévie. Cela peut engendrer secondairement des asymétries crâniennes. Mais le contraire peut être vrai aussi. Pour cela je pense qu'il est bon de faire contrôler les tous jeunes enfants par un ostéopathe surtout si à la naissance il y a eu ventouse...

MJ Desayes prétend même que toute asymétrie dentaire correspond à une asymétrie du sphénoïde.

En discutant avec des ostéopathes, je pense que le lien ne peut se faire de façon systématique.

Dans tous les cas, il est impératif de traiter ce problème et de préférence avant l'arrivée de la première molaire en bouche. Ne pas faire d'expansion par une simple plaque palatine et véridien médian, cela ne résout en rien le problème d'asymétrie.

Conduite à tenir :

1) ce n'est pas l'hémi-arcade en endo-alvéolite qui dicte la conduite à tenir, mais le côté du maxillaire en rotation interne, donc celui qui n'est pas en articulé croisé.
-> désocclusion des deux arcades sinon l'enfant gardera ses repères neuronaux erronés.

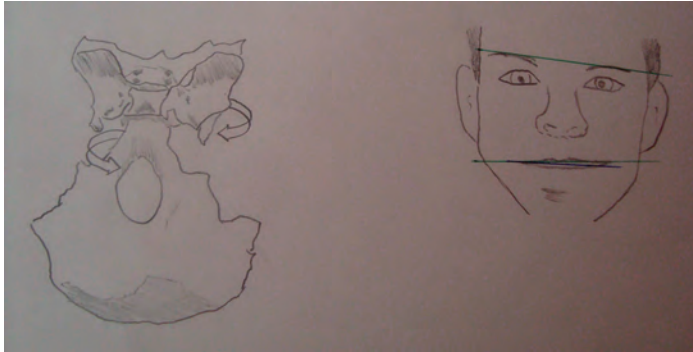


Photo expliquant une torsion droite copiée du livre de MJ Deshayes dans « l'art de traiter avant 6 ans ».

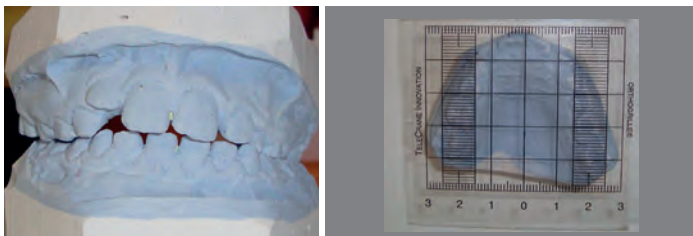
Torsion droite :

1) Le corps du sphénoïde se tord dans un axe antéro-postérieur semblant relever sa grande aile droite. En fait on a un décalage du centre de vorticité du sphénoïde qui devient réellement asymétrique: l'hémisphénoïde droit grandit beaucoup plus que l'autre côté.
-> grande aile droite sphénoïde plus longue -> maxillaire droit a plus de RE et mésialisation 1^{ère} molaire
-> le plan occlusal droit est descendu.
-> le plafond de l'orbite droit est plus haut

2) L'occiput suit dans un même axe de rotation mais dans le sens opposé.
-> le temporal droit accentue sa RA/RE -> latéralités privilégiant l'aller du menton gauche: le temporal droit fait de la résistance à accepter la contrainte en rotation postérieure et réduit la latéralité droite.
-> cavité glénoïde gauche plus haute que la droite
=> bascule générale en haut et à gauche du plan d'occlusion.

Le côté mastiquant gauche se retrouve du côté du maxillaire en RI.

Et par le fait même, la mandibule se développera de façon plus importante à droite, du côté non travaillant ou balançant -> on accentue la déviation de la ligne médiane.



La torsion gauche est le miroir de la droite.

Remarque : si une mandibule est attachée à des temporaux plus en RE que RA, on va avoir une composante protrusive (évolution vers classe III) importante qui aura tendance à minimiser la différence de trajet entre le côté droit et gauche.

La latéralité préférentielle dans ce cas se trouve du côté où le menton recule le plus.

La correction transversale prime sur les corrections sagittales car la « détorsion » réduit souvent le problème sagittal en même temps.

A cause de la bascule du plan d'occlusion, s'installe une déviation mandibulaire fonctionnelle sans encore réelle asymétrie osseuse.
-> l'importance d'une détection très précoce.

Traitement

Il faut se rappeler que les dents temporaires sont ancrées dans l'os de la base (les dents définitives dans l'os alvéolaire qui se construit avec l'arrivée des dents définitives)
-> toute action sur les dents temporaires va avoir une action sur les pièces osseuses et en premier, sur les apophyses ptérygoides.

-> traitement :

1) de rétablir un plan occlusal en ajoutant un inonome de verre du côté de l'articulé croisé (du côté du temporal donc de la cavité glénoïde plus basse).
En tout cas il faut éviter les meulages du côté du maxillaire en RI puisque c'est le côté haut !
-> plutôt surélever et solliciter l'égression de la première molaire supérieure et par contre bloquer l'égression de la première molaire inférieure.

2) travail de mastication de l'autre côté pour balancer la mandibule du côté opposé à la latéralité préférentielle de départ (contraint le temporal côté torsion en rotation postéro interne).



Morgane a une respiration buccale et déglutition viscérale -> manque de développement du maxillaire. Elle a bénéficié de 2 séances d'ostéopathie. 1 an sépare les 2 photos. La respiration et déglutition ne sont pas encore totalement corrigées et une gouttière correctrice de fonction est à envisager.



Marissa a 7 ans sur la 2^{ème} photo. Il y a 1 an, j'ai incisé le frein supérieur, meulé les canines de lait. J'ai également placé à ce moment là une résine sur les molaires de lait inférieures droites.

Elle a bénéficié de 2 séances d'ostéopathie et porte une gouttière toujours à l'heure actuelle jusqu'à ce que ses fonctions de respiration et déglutition soient totalement corrigées.

Dans les asymétries crâniennes, outre les torsions, les ostéopates travaillant le crânio-sacré décrivent encore le side bending ou mouvement de rotation/flexion entre le sphénoïde et l'occiput ainsi que les strains verticaux ou latéraux qui sont eux des schémas lésionnels non physiologiques.

Ces asymétries peuvent avoir une cause traumatique lors de l'accouchement, il est donc recommandé de faire voir son bébé de manière préventive par un ostéopathe. Je pense que cela peut aider à prévenir un certain nombre de malocclusions pour ne parler que du problème dentaire.

Je ne m'étends pas de façon plus systématique sur les asymétries crâniennes car si je suis convaincue que cela peut avoir des répercussions dentaires, cela n'est pas forcément systématique, le corps étant très complexe et compense de multiples façons. Il faut vraiment voir au cas par cas.

Traitement : Travail avec gouttières

La morphologie crânio- faciale étant le résultat continu du jeu des mécanismes génétiques et des mécanismes fonctionnels agissant sur la croissance forme<->fonction, les gouttières vont pouvoir nous aider dans leur rôle fonctionnel.

Par leur action douce, elles permettent d'obtenir dans un 1^{er} temps la libération progressive des tensions musculaires excessives déformant l'os.

Les forces musculaires sont donc annulées.

-> dans un premier temps, les gouttières incitent les bases osseuses à un retour vers la normalité.

Enfin, elles guident l'évolution des dents dans une situation d'équilibre entre les forces extérieures (les lèvres, joues) et les forces intérieures (la langue).



La souplesse du silicone va enregistrer tous les mouvements anormaux de la mâchoire durant la nuit (le port étant principalement nocturne) . Cela va permettre de voir si l'enfant serre fort les dents ou s'il grince.

Les mouvements parasites sont très important à détecter car ils bloquent la croissance des dents et donc de l'os alvéolaire perturbant ainsi le fonctionnement ostéopathique du crâne. Les gouttières sont portées la nuit.

Il est important de faire porter la gouttière aussi le jour (2 heures environ) et d'obtenir de l'enfant sa collaboration active.

Il lui est demandé de faire des exercices soit de diduction soit au contraire de mordre verticalement (suivant le problème rencontré voir plus haut) avec la gouttière en place afin de pouvoir avoir une action sur les temporaux . Restaurer donc une mastication correcte garante d'une bonne fonction occlusion. Importance aussi de préciser que l'enfant doit serrer les lèvres lors du port de celle-ci.

Après trois mois on peut déjà constater un beau résultat. Je pense qu'une moyenne de port de un an est correcte.



3 mois de gouttière sépare les deux photos.



2 séances d'ostéopathie et 3 mois de gouttière chez Loïc qui a 8 ans.

Actuellement les dents ont retrouvé un alignement parfait et la classe II2 s'est bien corrigée.

Concernant les plaques palatines :

Il serait intéressant que la plaque ne couvre que la 1/2 antérieure du palais sinon cela fait un blocage à la descente du vomer.



Elise 8 ans : a porté une plaque palatine pendant 3 mois afin de faire repasser la 21 en vestibulaire + 9 mois de gouttière. Actuellement le traitement par gouttière est terminé. Elle reste sous surveillance.

Les plaques palatines supérieures sont confectionnées au laboratoire sur base d'empreintes en alginate.

Je demande, s'il n'a pas de problème d'asymétrie (qui exclut d'ailleurs ce genre d'intervention) de placer un petit vérin central que je réactive d'un tour tous les 15 jours.

Pour refaire passer un articulé inversé incisif, je demande au laboratoire de placer face aux dents à avancer, une petite vis qui vient appuyer sur la ou les dent(s) en question, et je réactive tous les 15 jours également. La plaque doit recouvrir les molaires de lait permettant une surélévation indispensable pour le passage de l'incisive de palatin à vestibulaire.

A cela, j'ajoute un arc vestibulaire. Ce genre de plaque est porté très peu de temps: 3 mois plus ou moins.

Une remarque : pour les incisives qui ont à peine percé et que l'on suspecte en articulé croisé, l'utilisation d'un simple bâton exerçant une force dans la direction souhaitée permettra d'éviter dans beaucoup de cas l'utilisation de ces plaques.

Étude de la face en fonction des différents problèmes occlusaux et donc crâniens rencontrés.

Les formes de la face suivent de façon générale les os de la face. Je donne ici quelques repères dont on peut tenir compte lors de l'observation.

Un sphénoïde en RA va impliquer :

- Orbite plus étroit
- Globe oculaire plus rétracté
- Palais étroit
- Oreilles décollées (temporal plus en RA/RE)
- Front bombé
- Aplatissement de la pommette (RE du malaire).

Conclusion

Dans ce texte, il s'agit de rendre compte de ce qu'est mon travail au quotidien et d'apporter les réflexions qui m'ont amené à faire cela aujourd'hui. Il n'a aucune prétention et ne se veut pas exhaustif. Toute observation est la bienvenue.

Ce travail est encore en pleine recherche et donc évolue encore au fil des jours.

J'ai à coeur par ce genre de démarche d'obtenir une prise en charge de l'enfant dans son problème fonctionnel. Et tout son entourage est mis également à contribution.

J'insiste aussi sur l'aspect psychologique :

- le fait de « rester bébé » pourquoi l'enfant n'a-t-il pas envie de grandir ? Et les parents là dedans ?
- de serrer les dents, du bruxisme qui n'est pas une fatalité mais correspond à une façon d'évacuer son stress. L'enfant est-il renfermé ? A-t-il envie de trop bien faire les choses ?

Il est intéressant de voir comment simplement par l'observation du visage, de la posture et des dents, on arrive à comprendre comment fonctionne un enfant et de pouvoir en parler. Là aussi il est possible de « déverrouiller ».

Je pense sincèrement que c'est par une vue globale de l'enfant que l'on pourra comprendre et résoudre de façon durable ces problèmes de malocclusions.

C'est aussi dans cette visée que je trouve intéressant de pouvoir travailler avec un ostéopathe. Sa vision différente des choses nous permet de sortir de la bouche ce qui pour moi est devenu indispensable.

Bibliographie

- L'art de traiter avant 6 ans de MJ Deshayes
- La croissance crânio-faciale de JJ Aknin
- Réhabilitation neuro-occlusale. P. Planas

CARTES DE RAPPEL

Deux modèles disponibles, deux formats différents :



modèle adulte (format A5 ou A6)



modèle enfant (format A5 ou A6)

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

Commandez-les en ligne sur :

www.dentiste.be/cartes_rappel.htm ou par téléphone au 02 375 81 75

De sérieux problèmes de gencives...



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

...nécessitent des solutions radicales

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

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



THE STANDARD



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

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

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

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

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

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

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

LA REDUCTION DU STRESS :

UN OBJECTIF PROFESSIONNEL ET PERSONNEL IMPORTANT

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



En cette période de doutes et de contexte économique délicat, nous espérons tous que cette nouvelle année 2011 ouvrira de nouvelles perspectives. Il est à noter qu'au cabinet dentaire, une attitude pessimiste ne fera qu'aggraver les problèmes car elle rejaillira inévitablement sur les patients.

Ne laissez pas l'ambiance morose miner vos efforts en vue de soigner et servir vos patients de la meilleure manière possible. C'est pourquoi, ma première recommandation pour réduire le stress ne concerne pas le domaine dentaire. C'est celle-ci : ne regardez plus le journal télévisé, n'écoutez plus les informations à la radio (non, je plaisante !).

Plus sérieusement, votre métier est-il en train de vous épuiser ? De façon surprenante, le « burn-out » c'est-à-dire l'épuisement professionnel est assez fréquent dans notre profession. J'ai pu constater que l'isolement en est certainement l'un des paramètres les plus importants. En effet, la plupart des dentistes exercent seuls en tant que praticiens. Notre profession est physiquement et nerveusement épuisante. Nous exerçons quasiment sans bouger, avec nos mains dans l'espace réduit qu'est la bouche de nos patients, sans compter l'éclairage surpuissant et les bruits stridents de nos équipements. De plus, nous devons, bien sûr, prendre en charge l'anxiété du patient. Pour un praticien exerçant dans un cabinet avec un gros volume de patients, le stress peut ainsi, être sans répit.

Il n'est pas étonnant alors, dans ce contexte, que notre profession compte parmi celles où le nombre de dépressions, maladies cardiaques, et autres divorces voire (heureusement plus rarement) suicides est proportionnellement élevé. Sans parler des pathologies vertébrales, auditives et oculaires et dans certains cas de l'alcoolisme. Il y a un syndrome classique en milieu de carrière : votre cabinet s'est bien développé, vous travaillez 8 à 11 heures par jour. Un beau matin, vous vous réveillez en réalisant que vous n'aimez plus ce que vous faites. Si tel est votre cas, c'est le bon moment pour vous poser les questions suivantes : « Suis-je heureux (se) dans ma profession ? Est-ce que le métier que j'exerce n'est pas en train de m'épuiser ? Quel type de relation ai-je développé avec mes patients : de simples contacts professionnels ou une véritable relation de confiance ? »

Il est intéressant de savoir qu'assez fréquemment les patients développent de meilleures relations sur le long terme avec les assistantes qu'avec les praticiens. « Comment cela est-il possible ? » allez-vous me dire. En réalité une grande majorité d'entre nous travaillent de façon régulière avec un fonctionne-

ment de crise. Je m'explique : nous traitons les dents de nos patients les unes derrière les autres du mieux que nous pouvons et assez souvent dans l'urgence. A mes yeux, la meilleure façon de conserver le plaisir de travailler est de développer une approche plus large de notre relation avec nos patients et de leur porter encore plus d'attention. Je considère que **les meilleurs patients sont ceux qui ont le désir d'avoir une santé dentaire optimale**. Dans le même temps, c'est cela qui rend notre profession attrayante : réaliser sans cesse de meilleurs soins sur les patients qui apprécient cette qualité.

La meilleure façon d'éviter la dépression professionnelle est de prendre du recul vis-à-vis de votre activité. Mais, malheureusement, nous dentistes sommes entraînés à observer les micro-détails, c'est ce à quoi nous avons été formés. Aussi, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée doit être l'une de vos priorités. Cependant, il n'est pas toujours facile d'y parvenir sans aide.

Voici quelques pistes pour réduire votre stress et vous aider à atteindre cet équilibre.

Planifiez du temps pour la réflexion : En effet, l'absence de recul vis-à-vis du cabinet crée un stress insidieux car il s'insinue progressivement dans l'activité quotidienne. C'est pourquoi des périodes de réflexion au cours desquelles vous prenez le temps d'évaluer votre activité, votre motivation et votre désir de progresser vous permettront de comparer votre exercice actuel avec l'exercice que vous désirez. Le décalage entre les deux est souvent à l'origine d'un stress de fond.

Fixez-vous des objectifs de production réalistes pour votre cabinet : Même si le secteur de la santé est épargné plus qu'un autre par la morosité ambiante, les difficultés actuelles auront vraisemblablement un impact sur nos cabinets. Dépasser les résultats de l'année dernière est un véritable défi aujourd'hui. Heureusement, il reste beaucoup de pôles d'amélioration dans les cabinets dentaires. Cependant, seule une amélioration continue et pertinente de votre organisation, vous permettra d'espérer un accroissement important de vos résultats. Sinon, fixer des objectifs trop ambitieux est source de frustration.

En période faste, je recommande de fixer des objectifs annuels avec 10 à 15% de croissance. En cette période plus délicate, optez plutôt pour un objectif identique à celui de l'année dernière ou légèrement supérieur. Si vous faites mieux, ce

sera un bonus. (Cela n'inclut pas l'augmentation annuelle des honoraires. Celle-ci est recommandée pour compenser l'inflation dentaire). Enfin, améliorez l'ensemble de vos systèmes organisationnels : les rendez-vous, la présentation des projets de traitement, le système d'encaissement, la gestion, la cohésion d'équipe et la qualité du service.

Mettez à jour les descriptions de poste pour les membres de votre équipe. En effet, c'est généralement l'insuffisance de clarification des tâches attendues qui crée des tensions internes. Un manque de systèmes crée une très importante déperdition d'énergie, d'efforts et est source de nombreux dysfonctionnements. Sans descriptions des fonctions bien définies, il n'y a aucune responsabilité et aucune manière d'évaluer le travail effectué. Entourez-vous de personnes positives et motivées. N'acceptez pas, par dépit, d'avoir des personnes négatives dans votre cabinet.

Restez physiquement actif : Il s'agit de l'une des meilleures façons de combattre les effets néfastes du stress. L'exercice physique régulier est l'une des conditions essentielles pour durer dans notre métier. Pas besoin pour cela de devenir un sportif de haut niveau. A votre rythme, commencez par la marche au cours de la journée. Dès que vous le pouvez, marchez plutôt que de prendre la voiture. Investissez dans un vélo d'appartement ou un tapis de course. Privilégiez également des activités en plein air. En effet, notre métier nous enferme dans des pièces exigües avec de plus le port du masque, des gants, etc. Enfin, n'oubliez pas de vous étirer régulièrement en cours de journée (2mn chaque heure).

Développez une activité sociale en dehors du cabinet :

Qu'il s'agisse d'associations locales ou professionnelles (formation continue ou autre), de réseaux caritatifs, n'hésitez pas à vous inscrire. En effet, le contact avec les groupes sociaux prévient le repli sur soi et développe d'autres pôles d'intérêt.

Etablissez un rituel pour célébrer vos petites réussites :

organisez avec votre assistante ou même parfois avec un patient une petite collation à la fin d'un traitement difficile. Accordez-vous des moments de détente afin de casser l'engrenage du stress. Cela, loin d'être une idée farfelue, fait partie du professionnalisme.

Notre rôle dépasse largement celui réducteur que veulent nous faire jouer les organismes de remboursement en tant que simples « techniciens des dents ». En réalité, c'est bien plus comme **conseiller en dentisterie** que nos patients nous perçoivent aujourd'hui. Ils viennent certes chercher des traitements mais également souhaitent être compris et guidés dans leurs choix par un professionnel en qui ils placent leur confiance. Ce changement de perception est à mes yeux l'une des clés pour conserver (ou retrouver) le plaisir et j'ose le dire, la fierté d'être dentiste. Sans cela, il est certain que le désintéret et son cortège de frustrations qui en découlent ne sont pas loin. Un fort sentiment d'utilité au sein de la société nous permet d'exercer plus sereinement un métier certes passionnant mais aussi qui soumet nos organismes à un stress très élevé. Il est également nécessaire pour nous permettre de trouver un équilibre personnel en dehors du cabinet. Au bout du compte, n'est-ce pas là l'objectif le plus élevé d'une carrière réussie ?



PEOPLE HAVE PRIORITY



Plus
de temps !

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

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

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

Lisa
Nouvelle génération

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.

formation continue

S o m m a i r e

- 41** Implantologie - La Hulpe
- 44** Programme Scientifique 2011

Nouvelle Sonicare FlexCare+

Donnez-leur la motivation pour mieux se brosser les dents.



2 tailles de brosses
différentes pour un nettoyage
précis et complet.

Donnez à vos patients la motivation nécessaire pour améliorer leur santé des gencives grâce à FlexCare+
La nouvelle FlexCare+ donne, à chaque brossage, une sensation vivifiante et de propreté intense. Voilà sans doute la raison principale pour laquelle vous recommanderiez Sonicare à vos patients. Cette motivation nécessaire pour obtenir des résultats exceptionnels.

- Amélioration de la santé des gencives en seulement 2 semaines¹
- Les patients se brossent les dents pendant au moins 3 minutes avec le mode Gum Care de la FlexCare+²
- Réduction du saignement des gencives nettement supérieure à une brosse à dents traditionnelle.¹
- Le nouveau mode Gum Care offre 2 minutes de nettoyage global suivi d'une minute de nettoyage en douceur afin de se concentrer sur les zones sensibles le long de la gencive.

Pour tester FlexCare+
contactez votre représentant
ou téléphonez-nous au
070 253001
www.sonicare.be

PHILIPS
sonicare
the sonic toothbrush

PHILIPS
sense and simplicity

(1) Holt J, Sturm D, Master A, Jenkins W, Schmitt R, Hefti A. Etude randomisée en parallèle pour comparer les effets de la brosse à dents manuelle Sonicare Flexcare et Oral-B P40 sur la plaque dentaire et les gencives. Comp Cont Dent Educ. 2007; 28 (2) Millenan J, Putt M, Jenkins W, Strate J données sur fichier, 2009.

Implantologie

Samedi 20 novembre 2010

de 9:00 à 17:30

Dr German O GALUCCI
Boston USA



Conférence en Français



Implantologie

Samedi 20 novembre 2010

de 9:00 à 17:30

Dr German O GALUCCI
Boston USA

DOLCE
HOTELS AND RESORTS
LA HULPE BRUSSELS

Implantologie

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

Conférence en Français

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.
Inscription en encart ou sur www.dentiste.be

DOLCE
HOTELS AND RESORTS
LA HULPE BRUSSELS

L'IMPLANT IDCAM®

+

SON KIT PROTHETIQUE



Etat de Surface SMA + TiO2

Switching Cone

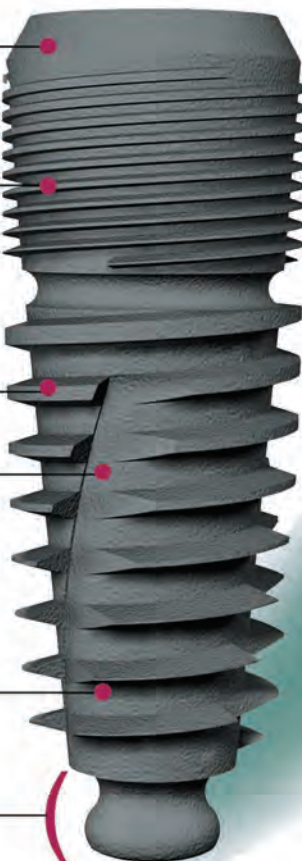
Micro Spires
progressives et
Condensantes

Spires Hautes
Condensantes

Gorge
Anti dévissage

Spires Basses
Auto-forantes

Apex CSO®



A partir de

139 *
€HTVA

ET RIEN DE PLUS !

Cône Morse 2,5°

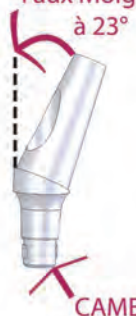
Ancrage à 6 Cames

Filetage interne
Universel ISO



* Pour tout achat d'un implant IDCam® S ou M
+ Kit prothétique A,B,C ou D
(dans la limite des stocks disponibles)

Faux Moignon
à 23°



intérêt de l' **APEX**
CSO®

L'implant IDcam® M et IDcam® S se singularise par son apex CSO®.

Sa cuvette Concave sert de réservoir à os pour faciliter les comblements osseux.

L'Apex mousse atraumatique « Securit » limite les risques de lésion du canal dentaire et de la muqueuse sinusale.

Sa gorge périphérique clavetante augmente la surface de rétention Osseuse apicale.

* CSO® : Concave
Securit
Ostéo-clavette



Certified Management System
• EN ISO 9001
• EN ISO 13485



www.idcam.fr

Profitez dès à présent de nos offres exceptionnelles sur l'implant IDCam®
Pour plus d'informations, contactez directement notre service commercial

La gamme IDCam® est distribuée par : **PROMODENT**

Rue des Carburants, 50, Brandstoffenstraat - B-1190

TEL. +32 2 3401790 FAX. +32 2 3463465

info@promodent.be

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

2011

Actualité professionnelle

Vendredi 21 janvier 2011

Michel DEVRIESE
et les membres
de la commission
professionnelle

CROWNE PLAZA
BRUSSELS - LE PALACE

PHOTOGRAPHIE

Jeudi 03 février
17 mars
12 mai 2011

M Didier DEBECKER

Ergonomie

Jeudi 10 février
31 mars
19 mai 2011

Fabienne PAPAIZIAN
Ostéopathe DO

Best Western
COUNTY HOUSE

**3^{ème} Rendez-vous
des Cercles**

Samedi 26 mars 2011

UCL

Dysfonctions crânio-mandibulaires

Samedi 7 mai 2011



Dentisterie esthétique adhésive

Cycle de formations théoriques
et pratiques en 3 séances

Dr J Sabbagh
DCD, MSc, PhD, FICD



VI^{ème} Congrès

20 - 21 - 22 octobre 2011

d'hier à demain...



L'expérience
au service
de l'excellence



Gestion des conflits

Vendredi 28 janvier
18 février 2011

Dr. Patrick MESTERS
Neuropsychiatre

Fatima AZDIHMED
Coach



Vaincre l'épuisement professionnel

Cycle de 5 ateliers
anti-burnout,

1^{er} session du 11 février au 20 mai
2^{ème} session du 25 mars au 24 juin

Dr. Patrick MESTERS
Neuropsychiatre

Fatima AZDIHMED
Coach



association dentaire belge francophone

**SOCIETE DE
MEDECINE
DENTAIRE**
asbl





"LA FLEXI-GESTION®" EN ORTHODONTIE

UNE APPROCHE ÉTHIQUE ET EFFICACE POUR LES PROFESSIONNELS DE DEMAIN

PARIS 2 et 3 Décembre 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 - Orthodontiste -
Bruxelles*



JOUR 1

8:30 - 9:00 Café d'accueil

9:00 - 12:30 Conférence

Stress - Comprendre votre environnement
- Stratégie et Vision générale du Cabinet -
S'entourer d'une équipe performante.

12:30 - 14:00 Déjeuner

14:00 - 17:00 Conférence

La Gestion des Rendez-vous - Les 3 premières
consultations - Pilotage de cabinet.

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 Consultation Adulte - La Gestion d'un réseau
de correspondants - Plan d'action.

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 380 € 342 € (Offre Spéciale lecteurs du magazine LE POINT)

4. Assistant(e) : _____ x 220 € 198 € (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 de :

GROUPE EDMOND BINHAS

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

infos professionnelles

S o m m a i r e

- 49** Règles interprétatives concernant les implants
M DEVRIESE
- 50** Obturation sur un moignon
M DEVRIESE
- 51** Approche de l'AFCN en matière de radiophysique
médicale chez les dentistes
M DEVRIESE
- 52** Fin des formulaires de virement belges
O CUSTERS
- 55** Optimisez la déduction de vos investissements
D MEYER



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.





Règles interprétatives concernant les implants

Le Conseil Technique dentaire a approuvé en sa séance de juin 2010 des règles interprétatives à propos des implants.

QUESTION 1

Un assuré qui n'a pas bénéficié d'une intervention de l'assurance pour sa prothèse, peut-il bénéficier d'une intervention pour des implants et/ou le placement de deux piliers ainsi que leur ancrage sur ces deux implants ?

REPONSE

Si aucune intervention n'a été accordée par l'assurance maladie obligatoire ou l'assurance petits risques des indépendants pour une prestation de la rubrique "prothèses dentaires amovibles, consultations comprises" pour ou sur cette prothèse inférieure complète amovible, aucune intervention de l'assurance n'est possible pour les implants, ni pour le placement des piliers sur les deux implants et leur ancrage.

QUESTION 2

Si un assuré possède plusieurs prothèses dentaires remboursées, quelle est la prothèse visée par "la prothèse dentaire complète amovible existante" ?

REPONSE

"La prothèse dentaire complète amovible existante" est la prothèse inférieure complète amovible qui a été remboursée en dernier lieu.

QUESTION 3

Existe-t-il une intervention pour l'ancrage d'une nouvelle prothèse chez un assuré déjà porteur d'implants non indemnisés ?

REPONSE

Oui, mais au plus tôt 1 an après le placement de la nouvelle prothèse qui présente en outre un grave dysfonctionnement et qui satisfait aux conditions mentionnées à l'article 6, § 5 bis, les piliers étant également remplacés

La publication au Moniteur n'interviendra sans doute pas de suite, MAIS ces règles interprétatives seront appliquées avec un effet rétroactif à la date d'entrée en vigueur de la nomenclature « implants », soit au 1er mai 2009.

En effet, une règle interprétative « *explique mais n'ajoute pas de nouvelles règles* ».

A noter que les mutuelles appliquent DEJA ces règles.

Qu'en penser ?

Il est inutile de vous dire que les problèmes se sont accumulés depuis l'entrée en vigueur de la nomenclature « implants ». Deux raisons à cela :

1. Il faut accepter qu'on ne peut pas tout prévoir lors de la conception d'une nouvelle nomenclature et que des ajustements peuvent être nécessaires.

2. La réglementation tarabiscotée de la nomenclature « implants » ne colle pas avec la réalité clinique des patients et a poussé les dentistes à effectuer des contorsions impossibles pour faire coller leur exercice à la nomenclature afin que leurs patients puissent bénéficier des interventions.

Une nomenclature peut avoir un effet de « guideline » sur les bonnes pratiques. Mais une rigidité dans la nomenclature peut avoir des effets inverses.

Nous estimons la nomenclature « implants » trop rigide, particulièrement dans la chronologie de l'édentation.

Les exemples sont nombreux, mais nous en citerons un pour expliciter notre propos : imaginons un patient à qui il reste une dent -condamnée- à la mandibule en zone latérale. Cette dent unique sert encore d'ancrage à sa prothèse partielle, et l'examen clinique de sa crête montre que le seul moyen de stabiliser une future prothèse complète sera le recours aux implants.

La bonne pratique aurait été de placer les implants en positions canines, de préparer une éventuelle prothèse complète tout en maintenant cette prémolaire qui aurait été extraite au dernier moment.

Non : la nomenclature actuelle oblige à procéder à l'édentement total, à confectionner une nouvelle prothèse complète peut-être pas utile, de laisser le patient dans l'inconfort pendant un année avant de reprendre le traitement implantaire selon les normes de la nomenclature.

NB : en ce qui concerne l'existence d'une PAC un an avant la pose d'implants, il y a lieu de souligner que c'est le praticien lui-même qui atteste de l'existence de cette PAC. Les mutuelles ne peuvent refuser d'intervenir s'il n'a pas été enregistré de L600 pour la prothèse (exemple : une prothèse partielle remboursée dont la transformation en prothèse totale n'aurait pas été prise en charge par la mutuelle).

Notre conseil : prenez vos précautions. Faut-il systématiquement demander une confirmation à la mutuelle comme quoi le patient est bien éligible à ce remboursement, selon leur connaissance de l'historique des prothèses, alors que cette demande n'est pas prévue dans la réglementation ? La question est posée. Nous continuons de demander auprès des instances de l'INAMI la refonte complète des règles de la nomenclature "implant"

Révision

Nous estimons que plutôt que de s'acharner à tenter d'amender la nomenclature « implants » actuelle, il aurait fallu proposer une refonte profonde de la nomenclature, par exemple en découplant les implants et ancrages de la confection d'une nouvelle prothèse.

La SMD n'a pas souhaité suivre la politique d'emplâtre sur jambe de bois (voir encadré) et a proposé le découplage. Les autres associations dentaires, les universités et les mutuelles ont voté la poursuite de la logique de la nomenclature actuelle. Les mutuelles ont argumenté que cela était nécessaire dans l'attente d'une modification de la nomenclature.

Extrait de la réunion du CTD de juin 2010.

« M DEVRIESE signale que son banc ne souhaite pas approuver les règles interprétatives. Il estime que ces règles contribueront au maintien de la réglementation actuelle relative au remboursement des implants dentaires qui est en contradiction avec la nécessité médicale du patient et avec la logique d'une bonne pratique ».

Nous pensons que l'insécurité juridique est encore plus grande avec ces règles interprétatives. Nous vous rappelons que s'il apparaissait lors d'un contrôle ultérieur (donc postérieur au remboursement du patient) que toutes les règles n'ont pas été respectées, c'est vers VOUS que la Mutuelle se tournera pour récupérer un remboursement qualifié d'indu !

MD octobre 2010



Obturations sur un moignon : nouvelle règle interprétative de la nomenclature

A paru récemment au Moniteur une nouvelle règle interprétative qui concerne les soins conservateurs. Elle produit ses effets au 1^{er} juin 2010 :

QUESTION

Que peut-on attester si on effectue une ou plusieurs obturations d'un moignon dentaire destiné au placement d'une prothèse fixe ou lorsqu'on procède à une restauration partielle ou complète de ce moignon ?

REPONSE

Si la restauration du moignon comprend 1 face, on peut attester la prestation pour l'(es) obturation(s) de cavité(s) sur 1 face de la dent. Si la restauration du moignon comprend 2 faces, on peut attester la prestation pour l'(es) obturation(s) d'une (de) cavité(s) sur 2 faces. Si la restauration du moignon comprend 3 faces ou si on effectue une restauration complète de ce moignon, on peut attester la prestation prévue pour l'(es) obturation(s) d'une (de) cavité(s) sur 3 ou plusieurs faces.

Décodage :

Cette règle édictée par le Conseil Technique Dentaire met fin à un flou qui existait quant à ce que l'on pouvait attester pour des soins sur une dent ou un moignon avant la pose d'une couronne.

La règle clarifie la situation et empêche dorénavant pour des soins sur moignon d'attester les codes 3X 443 0 et 3X 445 2 (codes de restauration de cuspide, d'un bord incisal ou d'une restauration complète de couronne).

Même en cas de restauration complète du moignon, l'attestation se limitera au code 3X 441 5.

Par ailleurs, une autre règle déjà entrée en vigueur avait défini que "le matériel d'obturation doit être placé directement et durcir principalement dans la bouche (méthode directe)".

Ce qui excluait déjà l'attestation d'un code pour un faux-moignon préparé au laboratoire.

L'emploi d'un tenon n'est pas décrit dans la nomenclature et son utilisation peut en toute logique être considéré comme étant porté en compte hors nomenclature.

MD octobre 2010



Approche de l'AFCN en matière de radiophysique médicale chez les dentistes

Fin 2008, les critères du contrôle périodique de la qualité des appareils de radiographie dentaire effectués par un expert agréé en radiophysique médicale ont été fixés dans l'arrêté du 12 décembre 2008 fixant les critères d'acceptabilité pour les appareils à rayons X destinés à être utilisés à des fins de diagnostic en médecine dentaire. Auparavant, les critères du document européen RP91 étaient d'application.

Depuis 2009, l'AFCN encourage le secteur de la médecine dentaire à régulariser sa situation par rapport à cette obligation de contrôle de qualité.

Suite à cet arrêté et compte tenu des problèmes communiqués à l'Agence concernant les difficultés à respecter cette obligation dans la pratique, il a été décidé en concertation avec les associations professionnelles que l'AFCN effectuera dès 2011 des inspections complémentaires axées sur la radiophysique médicale chez les dentistes.

Deux priorités ont provisoirement été fixées au niveau de cette campagne d'inspections :

- 1. Dans un premier temps, la campagne se concentrera sur les dentistes qui, avant la fin de 2010, ne possèdent pas de contrat avec un expert agréé en radiophysique médicale pour l'exécution du premier contrôle périodique de qualité.*
- 2. Ensuite, les inspections devront permettre d'assurer un suivi correct des manquements constatés par les radiophysiciens agréés sur base des critères d'acceptabilité (arrêté de décembre 2008, principalement le chapitre II).*

Pour l'instant, l'Agence ne priorisera donc pas les dentistes qui, après 2009, ont déjà procédé au contrôle de leurs appareils par un radiophysicien agréé et dont les résultats étaient entièrement positifs. Il n'empêche toutefois que la qualité doit entre-temps continuer à être garantie et que le dentiste doit prendre toutes les mesures nécessaires à cet effet.

De la sorte, l'Agence espère que chaque appareil à rayons X utilisé en médecine dentaire ait subi un premier contrôle de qualité avant fin 2011 et qu'il ait été remédié aux manquements constatés sans viser les utilisateurs des rayonnements agréés qui étaient en règle depuis la première heure.

Willy De Roovere - Directeur général - octobre 2010

Qu'en penser ?

Il faut rappeler que le contrôle radiophysique n'est pas une obligation incombant au dentiste individuel, mais bien au propriétaire du cabinet détenteur de l'appareillage RX.

Par ailleurs, nous invitons les propriétaires de cabinet à prendre les dispositions pour mettre en place ce contrôle radiophysique avant fin 2011, et à cet effet prendre contact avec un radiophysicien avant la fin de cette année.

Environ 1/3 des quelque 11.000 appareils de radiologie ont déjà été contrôlés. Une vingtaine seulement ont dû être déclassés.

Nous rappelons qu'il vaut mieux attendre le contrôle radiophysique avant de décider de changer d'appareillage.

De plus, le nouvel appareillage devra faire l'objet d'un contrôle. Il est bon - en cas d'achat- de prévoir des dispositions contractuelles dans le cas où le contrôle du nouvel appareillage révélerait un problème.

Enfin, pour garder votre indépendance, et vu que le contrôle radiophysique pourrait n'avoir lieu que tous les 3 ans (alors que le contrôle physique restera annuel), nous ne voyons pas d'intérêt à conclure des contrats regroupés.

MD octobre 2010



Fin des formulaires de virement belges

Depuis le 28 janvier 2008, le processus de création de l'espace unique de paiement en euros (SEPA) est entré dans une phase concrète avec l'introduction du virement européen et du nouveau formulaire correspondant.

Celui-ci vous permet de faire des virements en euros en faveur de bénéficiaires tant en Belgique que dans les autres pays du SEPA, c'est-à-dire les 27 états membres de l'Union européenne ainsi que l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse. L'utilisation du nouveau formulaire pour les virements tant en Belgique qu'à l'étranger deviendra obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2011. Comment compléter le formulaire de virement européen ?


Les données suivantes sont obligatoires :

- le montant
- l'IBAN du donneur d'ordre (*)
- l'IBAN et le nom du bénéficiaire (*)
- votre signature
- le BIC de la banque du bénéficiaire si l'IBAN du bénéficiaire ne commence pas par « BE » (*)

(*) Voir ci-dessous.

La « date d'exécution souhaitée dans le futur » remplace la date-mémo.

Sur le formulaire de virement, utilisez les cases des numéros de compte IBAN et du BIC en commençant par les cases qui se trouvent le plus à gauche. Pour plus d'information : voir verso.

Signature(s) 

ORDRE DE VIREMENT

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

Date d'exécution souhaitée dans le futur	Montant	EUR	CENT
281209		100	00
Compte donneur d'ordre (IBAN)	BE57539007547135		
Nom et adresse donneur d'ordre	ROBERT SCHUMAN		
Compte bénéficiaire (IBAN)	BE68539007547034		
BIC bénéficiaire	BANKBEBB		
Nom et adresse bénéficiaire	SOCIETE ABC		
Communication	+++123/4567/89101+++		

La communication structurée est généralement pré-imprimée par le bénéficiaire.

IBAN et BIC : ce qu'il faut savoir

L'IBAN (International Bank Account Number) est l'identification des comptes belges et des comptes tenus dans tous les autres pays du SEPA. Cette identification a une longueur fixe par pays, avec un maximum de 34 caractères.

En Belgique, l'IBAN a une longueur de **16 caractères** et est structuré comme suit : « BE » suivi de 2 chiffres, eux-mêmes suivis des 12 chiffres du **numéro de compte actuel**.

Par exemple :

au numéro de compte bancaire belge 539 0075470 34
correspond l'IBAN **BE68 5390 0754 7034**

Vous trouvez l'IBAN de votre compte bancaire belge sur vos extraits de compte.

Pour effectuer un virement, en plus de l'IBAN, il faut aussi le **BIC** (Bank Identifier Code) pour identifier la banque dans laquelle le compte du bénéficiaire est tenu. Ce code est unique pour chacune des quelque 6 000 banques européennes. Le BIC de la banque bénéficiaire est composé de 8 ou 11 caractères.

Par exemple : **BANKBEBB**

Le BIC est obligatoire si l'IBAN du bénéficiaire ne commence pas par « BE ».

Ce qui change

- la couleur rouge du nouveau formulaire (l'ancien était orange)
- la suppression du volet client
- la « date d'exécution souhaitée dans le futur » remplace la date-mémo
- l'utilisation des IBAN et BIC
- l'obligation de fournir le nom du bénéficiaire
- la suppression de la date de signature du formulaire
- la position des données relatives au bénéficiaire indiquée en dessous de celles du donneur d'ordre.

Vous trouverez ici www.ibanbic.be ou sur le site de votre banque un convertisseur IBAN - BIC.

OC - Source : SEPA

Règlements et applications
Avis et interprétations
Cumuls interdits et autorisés
Tiers-payant
Mise à jour novembre 2009

NOMENCLATURE 2011

Tout savoir sur la réglementation ?

La Société de Médecine Dentaire édite un guide nomenclature exclusivement réservé à ses membres. Celui-ci contient toutes les définitions, conditions d'application, règles interprétatives, cumuls autorisés et interdits des codes de la nomenclature dentaire INAMI.

4 revues au coeur de votre profession

ABONNEZ-VOUS VITE !

Clinic, la revue de l'omnipraticien



Le mensuel double effet

- **Cahier de Formation continue :**
 - articles cliniques complets,
 - nouvelles techniques,
 - publications internationales,
 - nouveautés produits.
- **Cahier Actu :**
 - La profession analysée et passée au crible, les événements marquants, interviews, enquêtes, débats, tout sur la gestion du cabinet...

251€

Votre abonnement d'1 an :
11 Cahiers de formation continue + 11 Cahiers Actu
+ 1 hors-série + tous les avantages web sur editionscdp.fr

Les cahiers de prothèse



249€

Toutes les évolutions du monde de la prothèse

Chaque trimestre, retrouvez :

- un plan de traitement traité dans sa globalité
- de nombreux articles cliniques
- toutes les nouveautés produits
- les synthèses des publications majeures
- une revue de presse.

Votre abonnement d'1 an :
4 numéros + 1 hors-série + tous les avantages web sur editionscdp.fr

1 abonnement =
20 crédits
de formation continue*



L'information la plus pointue en implantologie

Avec **Implant**, vous maîtrisez les techniques de chirurgie et de prothèse implantaire, en vous appuyant sur les derniers développements scientifiques (revues de presse et de littérature critiques, comptes-rendus de congrès...).

250€

Votre abonnement d'1 an :
4 numéros + 1 hors-série + tous les avantages web sur editionscdp.fr



Tout sur le traitement parodontal et la chirurgie implantaire

JPIO vous forme sur les développements récents en parodontologie clinique et en implantologie thérapeutique.

Chaque trimestre, vous trouverez un éclairage particulier sur les développements thérapeutiques récents à intégrer dans votre pratique quotidienne.

Votre abonnement d'1 an :
4 numéros + 1 hors-série + tous les avantages web sur editionscdp.fr

BULLETIN D'ABONNEMENT

À compléter et à renvoyer avec votre règlement à : Éditions CdP® - Abonnements Santé
CP 815 - 1, rue Eugène et Armand Peugeot - TSA 84001 - 92856 Rueil-Malmaison cedex
Tél. : 01 76 73 30 40 - Fax : 01 76 73 48 57 - Email : abonnement@editionscdp.fr

OUI, JE SOUHAITE M'ABONNER POUR 1 AN À :

	251 € au lieu de 386 €** , soit une remise de 35 %
	249 € au lieu de 330 €** , soit une remise de 23 %
	250 € au lieu de 326 €** , soit une remise de 24 %
	252 € au lieu de 322 €** , soit une remise de 22 %

+
Compris dans l'abonnement : tous les avantages web sur www.editionscdp.fr :
actus, archives, formations, forums...

J'ai bien noté que mon abonnement sera reconduit automatiquement d'une année sur l'autre, sauf avis contraire de ma part, signifié deux mois avant la date d'échéance.

Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales de Vente en ligne sur le site www.editionscdp.fr

DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES

JE JOINS MON RÈGLEMENT PAR

Chèque à l'ordre de : **Wolters Kluwer France** Carte bancaire (Sauf American Express)

N° _____ Expire fin : _____

Cryptogramme (Notez les 3 derniers chiffres figurant au dos de votre carte) _____

Date et signature obligatoires :

MES COORDONNÉES

Mme Mlle M.

Nom _____ Prénom _____

Adresse prof. pers. _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Fax _____

E-mail : _____ @ _____

* Nos 4 revues scientifiques sont accréditées CNFCD. Vous bénéficiez de 20 points par abonnement souscrit, dans la limite de 40 crédits par an.

** Prix de vente au numéro. Offre valable jusqu'au 31/12/2010 en France métropolitaine et Dom-Tom. Étudiants et étrangers nous contacter. Conformément à la loi du 6/01/78, modifiée par la loi du 6/08/04, relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour cela, il suffit de nous écrire (Abonnements Santé - CP 815 - 1, rue Eugène et Armand Peugeot - TSA 84001 - 92856 Rueil-Malmaison cedex) en nous indiquant vos nom, prénom et adresse. TVA incluse : 2,10%. Siège social : 1, rue Eugène et Armand Peugeot - 92500 RUEIL-MALMAISON au capital de 300 000 000 € - RCS Nanterre 480 081 306 - N° de TVA FR 55 480 081 306 - NAF 221 E.

Optimalisez la déduction de vos investissements

Vous savez que vous allez réaliser une bonne année en terme de recettes et souhaitez neutraliser totalement ou partiellement l'impact que cela aura sur votre base imposable. Un investissement améliorant votre cadre et confort de travail s'impose donc dans votre quête.

Par définition, un investissement a une espérance de vie relativement longue et devra donc faire l'objet d'un étalement lors de sa prise en charge dans votre compte d'exploitation et ce par le biais des amortissements.

Il risque donc bien d'y avoir un hiatus par rapport aux effets escomptés... Ceci étant, vous pourriez cependant envisager

d'amortir plus rapidement que prévu en utilisant un système d'amortissement dégressif plutôt que le traditionnel linéaire. Vous pourriez également considérer la partie TVA comme un frais accessoire et la prendre immédiatement en charge l'année d'acquisition. Dans l'absolu vous ne déduiriez pas d'avantage mais maximiseriez votre déduction en attendant de trouver d'autres stratégies.

Prenons un exemple :

Vous faites l'acquisition d'un bien d'équipement qui doit normalement être amorti en 5 ans pour la somme de 18.150,00 € dont 3.150,00 € de TVA

Année	Linéaire	Linéaire & TVA Acc	Dégressif	Dégressif & TVA Acc
1	3.630,00 €	6.150,00 €	7.260,00 €	9.150,00 €
2	3.630,00 €	3.000,00 €	4.356,00 €	3.600,00 €
3	3.630,00 €	3.000,00 €	3.630,00 €	3.000,00 €
4	3.630,00 €	3.000,00 €	2.904,00 €	2.400,00 €
5	3.630,00 €	3.000,00 €	- €	- €
Total	18.150,00 €	18.150,00 €	18.150,00 €	18.150,00 €

Avant de choisir, vous aurez compris qu'il est important d'appréhender vos perspectives d'évolution car ce que vous aurez fort bien déduit aujourd'hui le sera moins demain.

Il est important de noter que les véhicules à usage mixtes, les biens destinés à être donnés en location ou mis à disposition ainsi que les immobilisations incorporelles (brevets, patentes,...) sont tout simplement exclu de cette technique. En outre, le taux d'amortissement ne pourra jamais excéder 40% et un formulaire ad-hoc (328K) devra être joint à la déclaration.

Pour autant que vous ne soyez pas une société, vous pourrez également prétendre à une déduction pour investissements qui vous permettra réellement de déduire plus que le prix d'achat... La D.P.I. permet en effet d'augmenter fictivement (au moment de la déclaration fiscale) le montant du bien investi. Soit en appliquant généralement un taux de 3% sur prix

d'achat, pour une déduction one-shot, soit un taux de 10,5% sur le montant des amortissements, pour une déduction étalée. Enfin, si vous avez l'opportunité de ne recourir que partiellement au financement de vos investissements (même en cas d'usage mixte), vous pourrez appliquer un « crédit d'impôt » s'élevant à 10% de vos avoirs professionnels non financés et ce à concurrence de 3.750,00 € / an.

Parlez-en avec votre conseil.

D. MEYER

En collaboration avec :

La Fiduciaire Médicale et Associés

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

Jusqu'au 28.11.2010

Exposition

**dans les espaces publics
autour des Musées Royaux
de Bruxelles**



Javier Marin

Le Mexique fête le bicentenaire de son indépendance et le centenaire de sa révolution. La Belgique est un pilier de ses festivités culturelles hors des frontières mexicaines.

Le sculpteur est né en 1962 et vit à Mexico. Depuis 1963, il a présenté 50 expositions individuelles et plus de 200 expos collectives. Par ses sculptures, Javier Marin représente la parfaite symbiose entre classicisme et modernité. L'artiste observe son entourage, son regard parcourt la ville et s'arrête sur ses espaces irrationnels, sur l'excès de l'information visuelle, sur l'intermittence de ses ciels, la fuite de la nature et les interminables va-et-vient des masses humaines. Au centre de tout se trouve l'être humain. Javier Marin utilisait uniquement la terre à ses débuts, puis a travaillé le bronze, et ces dernières années, il utilise de la résine de polyester mélangée à des graines d'amarante, à du tabac, à de la terre, à des pétales de roses ou à des fibres de viande séchée, accumulant ainsi à ses œuvres les aspects industriels et artificiels du plastique aux matières organiques et naturelles.

La texture donne envie de toucher les pièces, comme un toucher de soie.

"De très en très", titre de l'exposition, nous fait découvrir différentes sculptures de l'artiste mexicain. Des cavaliers, des têtes monumentales en résine prennent place dans l'espace public autour du Mont des Arts en s'intégrant dans le paysage urbain et la vie sociale de l'endroit.

Voici donc une opportunité de promenade et visite du Musée Magritte qui bat des records pour son nombre de visiteurs et le Musée des Instruments de musique intéressant aussi pour sa belle vue panoramique de Bruxelles.

du 15.10. 2010 au 9.01.2011 | **L'orientalisme de
DELACROIX à Kandinsky**
Exposition | **Musées Royaux des Beaux-Arts**

L'Orient a inspiré les grandes figures de la peinture européenne, et l'expo nous livre le panorama de l'engouement pour l'orientalisme de 1798 à 1914.

du 9.10.2010 au 30.01.2011
Exposition
FRANCIS ALYS
A Story of Deception
au Wiels

Par une approche poétique et allégorique, Francis Alys explore des thèmes politiques, des conflits frontaliers et des crises économiques.

Peintures, dessins, vidéos, animations et installations occupent les espaces du Wiels et montrent toutes les étapes qui ont mené l'artiste à devenir l'un des plus importants de sa génération. La traduction de déception est multiple et s'apparente à artifices, hallucinations, désillusions. Nombre de ses films montrent des gens solitaires, confrontés à une tâche aussi simple que pénible, répétant inlassablement les mêmes gestes pour finalement n'aboutir à (presque) rien. Par exemple un homme, dos courbé, pousse un bloc de glace à travers les rues de Mexico. Sans se préoccuper de ce qui l'entoure, il avance, droit devant lui, parcourant les rues tandis que son fardeau diminue sans cesse pour finir par n'être plus qu'une minuscule flaque d'eau sur les pavés. L'absurdité de la condition humaine est omniprésente mais ne mène jamais à la résignation. Des enfants construisent un château de sable attaqué par la mer...



On sent énormément d'unité dans son travail. L'exposition fut présentée à la Tate Modern de Londres jusqu'au 5 septembre. Francis Alys est né en 1959 à Anvers et vit à Mexico. Après avoir étudié l'architecture à Tournai, puis l'urbanisme à Venise, il se rend en 1985 à Mexico pour y travailler sur des projets de reconstruction après le tremblement de terre. Il s'y installe définitivement en 1989 et réalise ses premières interventions dans la ville. Au fil des années, il réalise une multitude de créations picturales, peintures, sculptures, vidéos, interventions de rue.

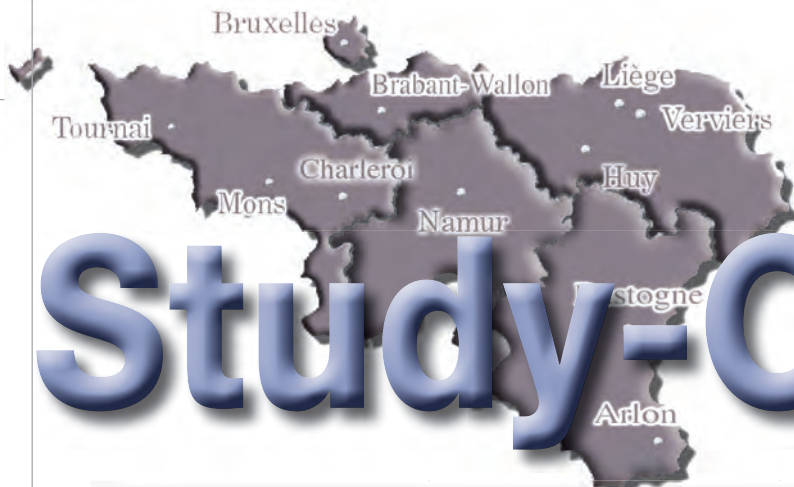


En 1992, il revient pour six mois en Europe et réalise une installation avec 1300 escargots vivants dans une galerie Bruxelloise...

De nombreux amateurs d'art se sont rendus à Londres cet été et confirment l'intensité et la qualité de l'exposition, une visite au Wiels s'impose !

Wiels

Av Van Volxem 354
1190 Bruxelles
Tél. : 02 340 00 50



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.

14 décembre 2010 : Profession dentaire : **QUO VADIS** - *Michel DEVRIESE*

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

7 décembre 2010 : L'endodontie

8 février 2011 : Le sinus - *Bertrand LOMBART, Michael GABAI, Patricia PELC* - *Dîner de Sainte Apolline*

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.

Bientôt d'autres dates et sujets

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.

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

18 novembre 2010 : Trucs et ficelles orthodontiques à l'usage du DG

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.

2 décembre 2010 : Nouveautés concernant les composites - *Sébastien BEUN*

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.

2 décembre 2010 : Les désordres temporo-mandibulaires et douleurs oro-faciales - *Laurent PITANCE*

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

23 novembre 2010 : Du bon usage d'une contention parodontale durable - *Sabine GEERTS
et Audrey GUÉDERS*

22 mars 2011 : Les mini-implants dans la pratique quotidienne - *Alex DEMETS*

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.

18 novembre 2010 : Gestion de l'environnement sonore au cabinet - *Emily MARKESSIS*

16 décembre 2010 : Radiologie dentaire : rappel théorique et exercices pratiques
Dr Marc LALOUX

ACCREDITATION DEMANDÉE : 10 UA - Formation continue : 1h30 par SC. Les membres de la Société de Médecine Dentaire ont accès GRATUITEMENT aux SC (prière de vous munir de votre carte de membre). Le non-membre est le bienvenu au Study Club de sa région, moyennant le paiement d'une participation aux frais de **50 euros**. Toutefois, il est invité à annoncer sa visite à un des responsables du Study-Club concerné (sauf Brabant Wallon et Bruxelles), dont vous trouverez les coordonnées sur ces pages.

Retites Annonces

Dentiste - cherche emploi

5350 - DG cherche 2 j/sem (mardi et vendredi, à Bruxelles, patientèle existante.
0496/402.382 ou dentiste_be@yahoo.fr

5223- Endodontiste cherche collaboration dans la province du Luxembourg ou Luxembourg
anissa128@hotmail.com

5271- Dentiste cherche cabinet dentaire à reprendre à Bruxelles, avec achat des murs.
dentistebuxelles@gmail.com

5269 - Dentiste généraliste diplômée en 2007, cherche à compléter horaire à partir de début octobre. Disponibilité lundi et vendredi toute la journée. Région Ottignies-Wavre-Gembloux-Namur.
octave_stephanie@hotmail.com

5341- Bruxelles - Dentiste avec formation universitaire en orthodontie (DU en cours) et formation en arc droit, Damon cherche collaboration dans un cabinet d'orthodontie.
0476650070 z_tieuririne@yahoo.fr

5257- Dentiste généraliste recherche emploi à temps partiel de 2 ou 3 jours par semaine sur Bruxelles. Expérience de 1an. Consciencieuse
laureweicker@gmail.com

Dentiste - cherche collaborateur

5344 - Namur - Médecin responsable IMP Malonne cherche LSD pour soins dentaires aux enfants internes eric.nolmans@skynet.be

5298 - Wellin - Cherche collaborateur (nord province luxembourg sur E411) pour remplacement à partir de nov. (possibilité de commencer plus tôt) et possibilité de prolongation long terme. cabinet agréable en pleine activité, informatisé, rx et pano digitaux. francis.dotrimont@skynet.be

5222 - Bruxelles - Dentiste féminin cherche collaboratrice motivée pour reprise progressive de patientèle. Dentisterie générale familiale dans cabinet de bon standing S-E de Bruxelles.
dentalmh@yahoo.com

5285- Bruxelles - Cherche collaboration à long terme et remplacement congé de maternité janvier, février. Bruxelles - Ganshoren tel:02 428 74 09
dentiste.gyselinc@skynet.be

5287 - Hainin - Cabinet Dentaire région Boussu cherche dentiste pour collaboration 2 demi-jours semaine. Tél : 065 / 65 65 21 ou 0497 / 633 698
patrickfigue@skynet.be

5289 - Verviers - Recherche dentiste pour remplacement congé de maternité octobre - novembre, décembre, Collaboration ultérieure. 0479 35 16 19
nadia.alexandrova@gmail.com

5291 - Mons - Cherche dentiste pour compléter une équipe. jeune et dynamique. Cabinet super équipé (radio panoramique). 065/31.81.48
phamceline@gmail.com

5305 - Bruxelles - La polyclinique du Lothier, dépendance d'Erasmus (ULB) cherche un dentiste généraliste et un orthodontiste. - CV à envoyer à : (Quentin.Vandeveld@erasme.ulb.ac.be) , responsable des consultations au Lothier, ainsi qu'à Astrid Vanden Abbeele, chef de clinique à Erasmus. (avdabee@ulb.ac.be).

5280 - Chatelineau - Recherchons collaborateur(trice) sérieux DG, PARO, ENDO STOMATO pour renforcer équipe implanto/ortho dans cabinet ultra équipé et gros potentiel - 0475/618918
jean-louis18@skynet.be

5342 - Echternach - Cabinet au Gr.-d. de Luxembourg cherche collaborateur (trice) mi-temps ou plein-temps. Très bonnes conditions de travail - blumrom@pt.lu - B.P 1 - L-6401 Echternach

5309 - Bruxelles - 1083 - Clinique pluridisciplinaire hyper moderne équipée cherche orthodontiste pour compléter ses spécialités. Patient(e)s en attente - b_goldouzian@hotmail.com

5248 - Namur - Cabinet privé avec assistante libre 2 jours/ semaine recherche collaboration avec un dentiste généraliste ou pédodontiste
lastvero@gmail.com

5313 - Bruxelles - Centre médical situé à Laken cherche dentiste temps plein ou partiel pour compléter équipe Patientèle assurée. Pour plus d'info
0488 603 333 - ilyas_ino@hotmail.com

5353 - Wavre - Cherchons stomato pour cabinet privé de spécialistes et généralistes à Wavre 1J/sem ou + 010238787 - 010 242181
dentistedewigne@gmail.com

5231 - Bruxelles - Recherche collaborateur pour cabinet dentaire à proximité Basilique(Koekelberg) pour 2-3 J/sem (avec option de rachat)
xcanoo@hotmail.com

5233 - Waterloo - Centre Dentaire de très haut standing dans le centre de Waterloo, recherche un(e) dentiste généraliste pour collaboration longue durée (horaire a convenir). Nouvelle installation, cabinet très agréable, bonne ambiance, secrétaire. Honoraires attractifs - dentistebelgique@gmail.com

5234 - Bruxelles - Cabinet à Molenbeek cherche dentiste - 0478 27 45 96
ouzzanezakia@hotmail.com

5264 - Mons(Ghlin) - Dentiste cherche collaborateur pour compléter l'horaire ainsi que les mercredis et durant les vacances scolaires - 0474/928330
cab_dentaire@yahoo.fr

5260 - Anderlecht - Cabinet dentaire en activité depuis plus de 15 ans cherche dentiste sérieux et motivé pour collaboration longue durée, rentabilité assurée. Pas de tires-payant - Orientation en prothèse (labo sur place) 0475/557576
keepsmling@hotmail.be

5240 - Courcelles - Cabinet dentaire avec laboratoire cherche dentiste 2 jours /semaine pour compléter équipe ceram214@gmail.com

5343 - Martelange - 2 à 3jours/sem - cabinet agréable - bonne patientèle - possibilité d'être assister. 0496/34.30.64 - urrea_vero@hotmail.com

Dentiste Cherche assistante, secrétaire

5293 - Bruxelles - Cabinet dentaire situé au centre de Bruxelles recherche assistante dentaire pour un 3/4 Temps ou temps plein. CV à l'adresse suivante
naima181277@yahoo.fr

5321 - BRUXELLES - Cabinet situé à Ganshoren cherche assistante avec plan activa
dentistekabel@sykynet.be

5237 - Chatelineau - Recherchons secrétaire médicale afin d'assurer l'accueil des patients au sein de notre nouvelle clinique. Nous travaillons sur baîtes, de bonnes connaissances en informatique de base sont exigées plan activa « win-win. » Début souhaité sep. - oct. - Gregory.Vanhamme@clinique.be

5345 - Verviers - Polyclinique recherche assistant en orthodontie (h/f) temps partiel pour renfort de l'équipe existante. Expérience souhaitée (fauteuil et administration). Lettre de motivation + CV avant fin octobre à CDV direction@skynet.be 087 308 642
cdv.philippe.lamalle@skynet.be

5239 - Liège - Cabinet d'orthodontie cherche assistante 2 jrs1/2/semaine (Lu. Ma et Me) F. JOASSIN
0477 40 19 29 liegeois.fabrice@belgaacom.net

5229 - Bruxelles - Cherche assistante - secrétaire pour deux jrs et demi par semaine da la région de Bruxelles. veroniquenjuicje@yahoo.com

5250 - Bruxelles - URGENT - polyclinique (XL) en pleine activité cherche 1 assistante dentaire si possible expérimentée mi - temps pour compléter 1 équipe de 2 temps pleins . Possibilité temps plein ultérieur
chr_bebonne@hotmail.com

Assistante - cherche emploi

5294 - Bruxelles - Assistante sociable et dynamique avec expérience recherche emploi
kandy04@hotmail.com

5274 - Bruxelles - Jeune femme discrète, sérieuse, souriante (Prothésiste dentaire à la base), recherche un 2^{ème} mi-temps... lettres de références de Mr CHARLES ET Me VANHEE. I.etien@yahoo.fr

5319 - Berchem Ste-Agathe - Jeune, souriante, ponctuelle; assistante dentaire avec petite expérience. Je possède le plan activa - loly2010@live.be

5279 - Bruxelles - Nouvellement diplômée (Formation d'assistante organisée par la S. M.D.) organisée, polyvalente, grande capacité d'adaptation. Disponible immédiatement. CARTE ACTIVA
zayneb1981@live.fr

5283 - Villers-la-Ville - Recherche mi-temps ou 3/4 en Brabant Wallon ou entrée Bruxelles. Expérience parodontologie, implanto,... et gestion cabinet en général.. 0488 814 542 - malo11@live.be

5275 - LIEGE -A la recherche d'un emploi d'assistante dentaire sous contrat PFI ou Activa ou autre. Possède une expérience dans le domaine
yamyis@hotmail.com

5351 - Lillois -Witterzee - Assistante expérimentée en paro, implants, chirurgie, détart, pose d'abutm, accueil, stérilisation, conscience prof, sérieuse, bonne présentation, bon contact. Parle EN, FR, SP - 0472499127. Préfère travailler en Wallonie.
villacreole@yahoo.fr

5359 - Woluwé- Je possède un secrétariat de direction et j'étudie par correspondance pour être secrétaire médicale. 3 ans expériences. Je souhaite un poste où j'aurais des contacts avec les patients, les médecins. Je maîtrise l'outil informatique, parle néerlandais et anglais. Je suis disponible tout de suite. - catherine.vv@scarlet.be

5363 - Bruxelles - Assistante dentaire expérimentée et prothésiste dentaire ouverte et chaleureuse, cherche un poste d'assistante à Bruxelles ou environs - sophiebbxl@hotmail.com

5336 - Jette - Appliquée, organisée recherche poste d'assistante dentaire - tigrou118@hotmail.com

5332 - Bruxelles - Le domaine dentaire est un secteur ou j'évolue depuis plusieurs années. 0492/752466 taorm2000-disc@yahoo.fr

5246 - Bruxelles - Jeune assistante secrétaire, possédant déjà une petite expérience (stages) cherche employeur pour un contrat FPI. Je dispose de la carte Activa « win/win » - psylocke005@yahoo.be
5329 - Overijse - Maleizen - Recherche emploi Assistante-secrétaire le samedi - marie-france.huts@telenet.be

5331 - Bruxelles - Dynamique et sérieuse assistante avec expérience cherche emploi urgent pour mi - temps ou temps plein - 0498856481 carlotta_ca@hotmail.it

5334 - Watermael - Actuellement secrétaire et assistante dentaire en fin de contrat. cherche un temps plein. - ruvolo.s@hotmail.com

5300 - Huy - Recherche emploi d'assistante dentaire ou secrétaire à temps plein de préférence. Formation d'aide-soignante. Maîtrise parfaitement la langue française écrite et orale ainsi que l'outil informatique. emilie-08@hotmail.com

5302 - Bruxelles - Ma formation : technicienne en prothèse dentaire. J'ai travaillé ces 8 dernières années comme assistante en stomatologie. Je recherche un emploi en région bruxelloise ou environs violetgraur@hotmail.com

5236 - Ciney - Infirmière cherche emploi Assistante dentaire sous PFI - Cathy-detinne@hotmail.com

Cabinet à vendre

- à remettre

5272 - Bruxelles - Dentiste cherche cabinet dentaire à reprendre à Bruxelles, avec achat des murs. dentistebuxelles@gmail.com

5227 - Bruxelles - UCCLÉ résidentiel beau cabinet au rez de chaussée d'un immeuble idéalement situé. 3 fauteuils dentaires dans des locaux séparés. Secrétariat, salle d'attente spacieuse, bureau, toilette, Coin cuisine, laboratoire/stérilisation, chambre noire Garage fermé + cave. marmichmax@gmail.com Tel 00.32.495 57 40 65

5335 - Luxembourg - Cabinet dentaire excellente situation et chiffre d'affaires. A vendre /a remettre - 00352 691 66 04 01. Possibilité appartement svl@pt.lu

5276 - Bruxelles - Centre dentaire bien situé très bonne patientèle. C.A. important. Matériel de bonne qualité neuf - Charges 20 €/mois. Prix très attractif - Kiritsis 0474/763566 - kirspi@belgacom.net

5339 - Bruxelles - Cabinet 2 fauteuils à remettre à Laken. 2 dentistes en activité, bon chiffre d'affaire matériel récent. tandarts02@hotmail.com

5327 - Bruxelles - Joli cabinet (R de C) à proximité de la Basilique (Koekelberg) dans quartier résidentiel (Fichier patients Informatisé) Unit ADEC 2005, Radio digitale. Conditions à discuter 0477/30.37.24 xcanoo@hotmail.com

5316 - Bruxelles - A vendre Appartement /- 90m2 dans immeuble art déco avenue Brugmann à Uccle. Idéalement pour profession libérale. Actuellement 2

fauteuils dentaires. Possibilité d'appartement 1 à 2 chambres Prix 225 000€ - 02/346 27 73 michelgoffin@scarlet.be

5311 - Bruxelles - A WSP, maison 3 façades avec 2 entrées dont un donnant sur 1 trois pièces d'une superficie de 50m², (actuellement cabinet médical) Magnifique fb237537@skynet.be

5296 - Grivegnée - A vendre cabinet dentaire en pleine activité. Bâtiment + patientèle et matériel. Renseignements après 19 heures : 0477/440.448. CURIEUX S'ABSTENIR - laurent.chenoix@ame.lu

Cabinet à louer

5112 - Bruxelles - AL pour cabinet dentaire dans une clinique privée sur l'Avenue Louise. Secrétaire, 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. 0488 415 017 ou 0476 296 831 - benaddi@gmail.com

Matériel à vendre

5261 - Bruxelles -Piezotome 1 Satelec à vendre : Unité de piezochirurgie+ Piece à main+ pack Bone Surgery +pack sinus lift (abord lateral)+insert pour extraction+ kit intralift (pour réaliser sinus lift par voiecrestale)+irrigations jetables. Etat super impeccable (utilisé 6 fois) . Prix demandé : 4500 € TTC 00 322 374 40 30 - Envoi de photos sur demande jbenizri@skynet.be

5256 - Bruxelles - Panoramique digitale de marque kodak 8000, installé en Juin 2007 en parfait état à vendre ou Possibilité de reprise leasing. Prix : 13 000€ TTC - 0472 278 578 - babakrastegar@gmail.com

5241 - Bruxelles - Moteur ImplantMed de WH ,et son contre-angle WH ,à vendre environ 1000€.(Prix d'achat en 2005 : 6000€) Très bon état 0495/203649 sabinehuybrecht@hotmail.com

5245 - Charleroi A vendre Télé Trophy 3M (1000 €) et pano Trophy (500) 071/32.17.12genard.anne@brutele.be

5270 - Bruxelles - unit vitall 2002 parfait état de marche + accessoire turb con/ang +intraoral. développeuse Bon prix 0477 80 74 97 - wnakhle@hotmail.com

5238 - ANDERLUES Elégant fauteuil de couleur jaune avec têtière et accoudoirs très bon état. Prix à convenir joelledelcampe@hotmail.com

5360 - Liège - Vends 17 implants 3i, tous diamètres, avec trousse chiru et accessoires,vis cica , trans-ferts... Super prix. - jolibosquet@gmail.com

5323 - Wellin - WH Synea 99-LT = lumière + spray intégré état neuf, sous garantie Prix :600 € - francis.dotrimont@skynet.be

5357 - Ganshoren -Laboratoire Artident à Ganshoren d'excellente réputation revend son matériel ainsi que sa clientèle. 0478478458 en semaine après 16h ou le week-end

5299 - Genappe - A vendre caméra intra-buccale (usb) Dürr et Kodak ;800 € pièce 067/844870 valau@hotmail.com

5333 - Bruxelles -A vendre cause départ étranger : Matériel et unité dentaire complète. Neuf avec emballage jamais utilisé Livraison et Installation possible. 0485/ 79 37 46 - davidmaitrejean@yahoo.com

5228 - Moustier - AV ELIPAR ESPE sans fil parfait état. - Prix: 200 euros - carpann2002@yahoo.fr

5284 - Bruxelles - AV .Lot de 25 pinces orthodontiques + 5 pcs (enfonce bague,pousse ligatures jauges bracquets) 250 € 0476 38 05 71 viera.brychova@gmail.com

5352 - Ham -A vendre cause digitalisation, développeuse VELOPEX EXTRA-XE. Prix 400 euros - 071/218198 - lanckrietbea@hotmail.com

Stage Offre - Demande

5312 - Braine-le-comte cherche stagiaire mi temps ou dentiste généraliste temps plein. valerie.gilmont@scarlet.be

5340 - BRUXELLES - Cabinet très bien équipé situé à Ganshoren cherche dentiste stagiaire motivée et dynamique dentistekabel@skynet.be

5292 - Bruxelles - Possibilité d'un mi-temps. Veuillez envoyer votre cv babakrastegar@gmail.com 0472.278.578

5258 - Bruxelles - Etudiante ULB recherche maître de stage master complémentaire pour un mi-temps estou2001@yahoo.fr

5265 - Loverval - cabinet 2 fauteuils sud de Charleroi J'ai une place de dispo à mi-temps pour cette année thierry.lemineur@skynet.be

Pour consulter TOUTES les annonces,

ou publier une annonce,

rendez-vous sur notre site :

www.dentiste.be rubrique

“Petites Annonces”

Agenda



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

18 novembre 2010
An introduction to the Miniscrew Anchorage
Using the IMTEC Ortho Implant
SOBOR

Dr Jason Cope
Lieu : Bruxelles
Info : Thierry Decoster 02 344 94 84

19 novembre 2010
Mise au point sur les appareils
orthodontiques et leurs indications
ECU-EMDS

Lieu : Bruxelles - UCL
Tél : Mme Larose - 02 764 57 21
E-mail : Francoise.larose@uclouvain.be

20 novembre 2010
L'intégration esthétique appliquée aux plans
de traitements implanto-prothétiques

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



CONGRÈS 2010
23 AU 27 NOV.

Palais des Congrès
Porte Maillot - Paris
www.adf.asso.fr

Exposition internationale
24 au 27 nov. 2010



18 décembre 2010
Occlusion fonctionnelle : perspectives d'avenir...

Dr Roger Joerger - Ass. Belge Pedro Planas
Lieu : Liège
E-mail : alexei.delaguila@skynet.be

21 janvier 2011
Cours professionnel

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

27 janvier 2011
Un nouveau système lingual individualisé,
le Lingualjet - SOBOR

Dr Pascal Baron
Lieu : Bruxelles
Tél : Thierry Decoster - 02.344.94.84



Présidents d'Honneur :
W. Andries - H. Aronis - J. Vandeneyccken

Conseil d'Administration :
Bureau exécutif :
M. Devriese - Président
D. Eycken - Past-Président
O. Custers - Directeur
A. Wettendorff - Secrétaire-Générale
Th. van Nuijs - Trésorier

Administrateurs :
A. Bremhorst - 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. Ackemans - 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. Masquellier
L. Safiannikoff - L. Ziwny - F. Fiasse

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
RPM Bruxelles : 0429 414 842
Banque : 068-2327544-56
le.point@dentiste.be
www.dentiste.be

Impression :
Imprimerie Van der Poorten s.a.
Diestsesteenweg 624
3010 Kessel-Lo

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

Création & Mise en page :
BVG Communication
e-mail : benoit@bvgcom.be
Couverture : Olivier Custers

NobelProcera™

Piliers personnalisés pour une vaste gamme de systèmes implantaires.



Piliers biocompatibles produits par CFAO, disponibles en titane et en zircone colorée.

Conception personnalisée afin de réduire les ajustements au fauteuil.

Possibilités illimitées en matière de conception du profil d'émergence pour une adaptation idéale avec les tissus mous.

Disponible pour tous les implants Nobel Biocare et pour d'autres systèmes implantaires majeurs.



Découvrez un nouvel univers dans le domaine de la dentisterie CFAO : haute précision, rapidité et rentabilité. NobelProcera présente sa nouvelle génération de piliers personnalisés en titane et zircone teintée. Les piliers NobelProcera offrent une polyvalence clinique complète pour toutes les indications : des restaurations unitaires aux édentements complets. Les piliers sont disponibles pour tous les implants Nobel Biocare et autres systèmes implantaires

réputés.* Les piliers NobelProcera en zircone sont disponibles en quatre teintes qui permettent de produire des restaurations très esthétiques. Chaque pilier est fabriqué individuellement à partir de matériaux certifiés pour leurs excellentes résistance et homogénéité, et fait également l'objet d'une garantie de 5 ans. Les piliers sont fournis prêts à l'usage, avec une finition de la surface qui réduit le besoin d'autres ajustements. Nobel Biocare propose une vaste

gamme de piliers provisoires et de cicatrization. Améliorez le degré de satisfaction de vos patients avec NobelProcera. Nobel Biocare est le leader mondial en solutions dentaires innovantes et scientifiquement éprouvées. Pour plus d'informations, contactez un représentant Nobel Biocare au numéro 02/ 467 41 70 ou visitez notre site Internet.

www.nobelbiocare.com

*Applicable aux piliers en titane uniquement - actuellement disponible pour les implants Straumann® Bone Level et Standard/Standard Plus avec un Regular Neck (RN) de 4,8 mm de diamètre et un Wide Neck (WN) de 6,5 mm de diamètre, ainsi qu'avec le système Astra Tech Implant System™ ; bientôt disponible pour d'autres systèmes. Déni de responsabilité : Certains produits peuvent ne pas être autorisés à la vente sur tous les marchés. Veuillez contacter votre bureau commercial Nobel Biocare pour plus d'informations sur la gamme complète disponible. Les implants Straumann® Bone Level et Standard/Standard Plus sont des marques déposées d'Institut Straumann AG. Astra Tech Implant System™ est une marque d'Astra Tech Group.

Nous vous présentons

Oral-B® PRO-EXPERT

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



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.