

DR ROGER JOERGER

La fonction canine : **totem** et **tabou** ?

ENTRETIEN

Hugues de BELENET

LA DENT NATURELLE :
UN « MODÈLE PARFAIT »

ÉVÉNEMENT

10^e EuroPerio
CONGRÈS DU 15 AU 18 JUIN
À COPENHAGUE

BIEN S'ÉQUIPER

UNITÉ DE SOINS

**Critères de
choix et
ergonomie**

DR FRÉDÉRIC GÉLY-HUC

**L'efficience en
implantologie
flapless**

TRAITEMENT D'APPOINT DES INFECTIONS BUCCALES ET DES SOINS POST-OPÉRATOIRES EN STOMATOLOGIE

La prescription des bains de bouche à base de chlorhexidine doit être réservée aux patients ne pouvant assurer une hygiène correcte par le brossage des dents.

PAROEX

Digluconate de chlorhexidine à 0,12 %

PERFORMANCE PRÊTE À L'EMPLOI



Pour adultes et enfants de 6 ans et plus.

Mentions légales disponibles sur le site <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

SUNSTAR
FRANCE

Médicament non soumis à prescription médicale



MARS, ET ÇA REPART !

Ce début de printemps, nous fêtons nos noces de cuir avec la Covid. Réjouissons-nous de la maturité de notre union car les printemps de la Covid se suivent... Pour l'heure, la douceur de vivre démasquée perce encore timidement avec les premiers fruitiers en fleurs, les primevères et les jonquilles qui réveillent les paysages.

Nous sommes un vieux couple, le monde a enfin cessé de ne parler que de nous. Le duo volcanique des Vladimir P et Z nous a pris le devant de la scène. C'est tout un continent qui est sur le qui-vive, comme sorti de son sommeil stratégique, face au séisme géopolitique qui vient de se produire. Poutine vient de redresser un nouveau rideau de fer. Son tracé se joue en ce moment en Ukraine. La vitalité, la modernité et le courage des Ukrainiens tranchent tellement avec le nihilisme lugubre de Poutine qu'il n'a jamais été aussi aisé de choisir son camp. L'Europe a choisi : les sanctions pleuvent sur les milliardaires russes. Va-t-elle pour autant arrêter ses affaires ? L'avenir nous le dira, l'Homme oublie vite.

À *Dentoscope* nous n'oublions pas. Nous rendons donc hommage dans ce numéro au Dr Roger Joerger, qui nous a quittés en novembre dernier. Passionné par l'occlusion, il a dévoué son temps à ses étudiants de la faculté de Strasbourg, où il était responsable du DU d'occlusodontie fonctionnelle. Son article paraît à titre posthume : « La fonction canine, totem ou tabou ? » Il nous a laissé son expérience concernant la fonction de la canine. Plusieurs écoles se sont toujours « disputé » les fonctionnalités de la dent de l'œil. Le Dr Joerger les resitue dans le temps et les synthétise avec le recul de l'enseignant et du praticien expérimenté qu'il était. Nous espérons que ses anciens étudiants liront nombreux et fiers son dernier article.

En second article, le Dr Frédéric Gély-Huc présente une technique de pose d'implant sans lambeau (*flapless*) qui simplifie l'acte opératoire et améliore le confort du patient. Un avantage parmi d'autres est l'absence d'ouverture du site par incision qui apporte un bénéfice significatif sur la cicatrisation de la muqueuse péri-implantaire, par exemple. Il illustre la technique « pure flapless » par l'emploi d'une instrumentation spécifique à travers deux cas cliniques généreusement iconographiés. Il précise à juste titre que la technique flapless est une approche faussement facile, qui nécessite une certaine expérience de l'implantologie conventionnelle avec un lambeau d'abord, afin de savoir naviguer « à l'aveugle ».

Deux articles généreux qui nourrissent notre soif de découvrir, de progresser ou tout simplement de nous détendre.

Pour l'heure, les discussions donnent envie de croire à une paix possible. Personne n'en attend de miracle, mais il faut un début...

/dentaire365/

VIVEZ VOTRE NOUVELLE
EXPÉRIENCE DIGITALE
SUR DENTAIRE365.FR



UN RENDEZ-VOUS QUOTIDIEN POUR LA COMMUNAUTÉ DE L'ODONTOLOGIE



INFORMATION



PARTAGE



SERVICES



NOUVEAUX
PRODUITS



ANNUAIRE
DES FOURNISSEURS



ANNONCES :
RECRUTEMENT, VENTES...

Suivez également /dentaire365/ sur les réseaux sociaux :



06

ACTUALITÉS

**Des centres dentaires au cœur
de galeries commerciales**

10

INTERVIEW

Dr Hugues de Belenet

La dent naturelle : « *un modèle parfait* »

12

CLINIQUE

Dr Frédéric Gély-Huc

L'efficacité en implantologie *flapless*

23

QUOI DE NEUF ?

Nouveaux produits

24

EVÉNEMENT

10^e EuroPerio

28

BIEN S'ÉQUIPER

Choisir son unité de soins

32

CLINIQUE

Dr Roger Joerger

La fonction canine : totem et tabou ?

38

AGENDA

Formations, congrès et conférences

42

PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES

Paralysies et brûlures





DES CENTRES DENTAIRES AU COEUR DE GALERIES COMMERCIALES

L'Union Dentaire dénonce la mainmise de centres dentaires par des investisseurs « aux pouvoirs financiers considérables ».

L'Union Dentaire (UD) tire la sonnette d'alarme sur des centres dentaires « d'un nouveau type », dans un communiqué paru le 14 mars dernier. « Depuis quelques mois, l'entreprise Carmila, gestionnaire de galeries commerciales entourant des supermarchés Carrefour dont ce dernier est actionnaire (35 %), propose maintenant à ses clients une nouvelle expérience », déclare le syndicat. Cette expérience, exposée parmi les produits mis en avant à la caisse du supermarché est celle de se faire soigner les dents.

La société immobilière Carmila, fondée en 2014, « ouvre des centres dentaires sous la marque Vertuo Santé » dans les galeries commerciales qu'elle gère, explique le syndicat. Dans le cadre de l'implantation de pharmacies et de centres dentaires dans ses galeries commerciales, Carmila se serait associée à un investisseur, « via sa société de gestion de fonds IMVOS. De cette association sont issues les entreprises Pharmalley et la DSO (Dental Support Organization) Dentalley permettant à des centres de santé sous la marque Vertuo de se déployer sur le patrimoine de Carmila », détaille l'Union Dentaire.

« MÊMES RÈGLES ET CONTRÔLES QUE LES PRATICIENS LIBÉRAUX »

Le syndicat alerte depuis dix ans sur « la mainmise des centres dentaires en France par des investisseurs aux pouvoirs financiers considérables ». L'UD s'est positionnée contre l'ouverture de nouveaux centres dentaires dans des zones où l'offre de soins est pléthorique. « Nous ne sommes pas contre les centres dentaires. Nous souhaitons qu'ils répondent à un besoin de la population et respectent les mêmes règles et contrôles que les praticiens libéraux », justifie-t-elle. Le syndicat souligne sa défense d'une santé qui « n'est pas et ne doit pas devenir une marchandise ».

A.T.

Dentisterie numérique : partenariat entre 3D Systems et Saremco Dental

3D Systems et Saremco Dental AG viennent d'annoncer un partenariat stratégique dans le secteur de la dentisterie numérique. Cette collaboration associe la solution de dentisterie numérique NextDent de 3D Systems et l'expertise en science des matériaux de Saremco. Le partenariat conjugue le matériau Crowntec de Saremco Dental, l'imprimante 3D dentaire NextDent 5100 et le logiciel de 3D Systems, pour produire des couronnes définitives sur mesure. Crowntec est une résine composite de nouvelle génération qui peut être utilisée pour fabriquer de manière additive des restaurations permanentes biocompatibles telles que les couronnes, inlays, onlays, facettes et dents artificielles pour prothèses dentaires. Ce matériau de classe IIa à marquage CE, qui a également récemment reçu l'autorisation 510 (k), se décline en plusieurs teintes pour se fondre avec le reste de la dentition du patient et donner un résultat naturel. « L'utilisation de Crowntec avec la solution de dentisterie numérique NextDent permet aux laboratoires et cabinets dentaires de produire des dispositifs dentaires 30 % plus résistants que ceux obtenus avec les générations précédentes de matériaux pour couronnes et bridges tout en réduisant les déchets de matériaux », expliquent les deux partenaires dans un communiqué. Crowntec complète la gamme de matériaux de 3D Systems, composée de 30 résines NextDent.



Ivoclar invite au recyclage des attaches de ses blocs de matériaux

Ivoclar France a lancé l'action « Opération recyclage », le 18 mars dernier, qui s'adresse aux cabinets et laboratoires. Les utilisateurs de ses blocs de matériaux usinables ont ainsi la possibilité de recycler les attaches, plutôt que de les jeter. « Cette demande éco-responsable est forte chez nos utilisateurs de blocs », explique l'entreprise dans un communiqué. La société Excoffier Recyclage, basée à Annecy, est partenaire de cette opération. Pour participer au retraitement de ces attaches en métal, les utilisateurs réservent leur « box » sur le site du fabricant. Ils la reçoivent et la retournent gratuitement, remplie de leurs attaches de bloc usagées. Pour chaque kilo d'attaches de blocs retourné, Ivoclar France versera une contribution financière au Rire Médecin, association œuvrant auprès des enfants hospitalisés qu'elle soutient depuis 2018. Cette opération s'achèvera le 17 septembre 2022, journée mondiale du nettoyage de la planète (World Cleanup Day). Ivoclar France communiquera à cette occasion les résultats de cette première collecte.

_Fluor

L'UFSBD DÉFEND LE DENTIFRICE FLUORÉ

À l'occasion de la Journée mondiale de la santé bucco-dentaire, l'UFSBD a rappelé les bénéfices « mesurables » de la pâte dentifrice fluorée.

L'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) a défendu le dentifrice fluoré à l'occasion de la Journée mondiale de la santé bucco-dentaire, le 20 mars dernier. L'UFSBD a rappelé à cette occasion que le dentifrice à base de fluor était un produit de santé reconnu aux « *bénéfices incontestables et mesurables* ». L'organisme de prévention alerte sur les « *fausses informations* » concernant le fluor et ce qu'elle qualifie d'« *opportunisme commercial* ». Elle fait le constat d'une « *marginalisation de la place des dentifrices fluorés* » qui augure un « *inquiétant problème de santé publique* ». L'UFSBD rappelle l'intérêt du fluor produisant un effet antiseptique inhibiteur des bactéries cariogènes. « *Un effet reconnu, démontré par une multitude d'études robustes, soutenu et porté aussi par l'OMS qui en reconnaît l'apport inestimable, au travers de l'inscription récente du dentifrice au fluor dans sa liste des produits essentiels de santé* ».

OUTIL DE SANTÉ PUBLIQUE

Selon l'UFSBD, l'usage du fluor est remis en cause dans le cadre « *d'un mouvement de retour au "naturel" depuis une dizaine d'années. Ce mouvement qui s'appuie selon l'organisme notamment sur des "arguments à dimension ésotérique" est entretenu désormais par certaines marques qui "font argument marketing et commercial du sans fluor" sans aucune considération pour le rôle majeur que joue le dentifrice fluoré en matière de prévention* ». L'organisme, qui insiste sur la place du produit d'hygiène bucco-dentaire en tant qu'outil de santé publique, appelle de ses vœux une TVA abaissée à 5,5 % sur les dentifrices fluorés. Pour l'UFSBD, la pâte dentifrice doit être fluorée selon des dosages suffisants et conformes aux recommandations de l'OMS et consensus scientifiques internationaux. « *Les préconisations des autorités françaises sont depuis des années inférieures à ces recommandations et dans l'attente d'une révision qui ne vient pas* », déplore-t-elle.



© Getty Images/Stockphoto/dusanpetkovic.



HANDICAP : DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES

À l'occasion de la Journée mondiale de la santé bucco-dentaire, le 20 mars, l'association CoActis Santé rappelle les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

« Près d'un demi-million de handicapés n'auraient pas suffisamment accès, voire pas du tout à des soins bucco-dentaires »^[1], déplore CoActis Santé.

Dans un communiqué publié à l'occasion de la Journée mondiale de la santé bucco-dentaire, organisée le 20 mars, l'association relève le poids des « peurs » tant du côté des patients que des professionnels. « Les soins bucco-dentaires et orthodontiques sont des soins intrusifs pouvant porter atteinte à la pudeur et à l'intimité », explique-t-elle. L'association expose aussi la difficulté de trouver un

praticien expérimenté, disposant du plateau technique, mais également de l'expérience pour accueillir et soigner une personne en situation de handicap.

ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES POUR TOUS

90 % des personnes en situation de handicap ont des problèmes de gencives contre 35 % dans la population générale^[1]. Les soins dentaires représentent 5,6 % de la totalité des soins effectués par les personnes en situation de handicap, contre 15 % en Europe, d'après l'enquête Handifaction^[2].

L'association CoActis Santé s'engage depuis 10 ans en faveur de l'accès aux soins pour tous, et en particulier pour les personnes en situation de handicap. Sa mission s'appuie sur deux outils, SantéBD.org et HandiConnect.fr, dédiés aux soignants, aux patients et à leurs aidants et conçus avec des acteurs de la santé et du handicap.

^[1] Selon les chiffres de l'UFSBD. ^[2] 71 396 réponses du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021 – www.handifaction.fr

Un site dédié aux professionnels de santé

HandiConnect.fr, site dédié aux professionnels de santé, offre un accompagnement dans la pratique quotidienne auprès des patients en situation de handicap. Il rassemble des fiches conseils et un annuaire des formations existantes en France. Il permet en outre de poser des questions face à une situation de soin spécifique au handicap. « Les professionnels de santé sont parfois démunis face à des patients en situation de handicap. Il faut mieux les accompagner afin qu'ils retrouvent des conditions de sérénité », déclare le Dr Philippe Denormandie, co-président du comité scientifique, éthique et pédagogique de CoActis Santé.

GC Europe lance un réseau MIH

Des spécialistes se sont réunis dernièrement sur le campus de GC Europe pour lancer une collaboration à long terme, sous la houlette du Pr Norbert Krämer, de l'université de Giessen (Allemagne), sur le traitement de la MIH. Les participants issus des milieux universitaire, pédiatrique et de médecine « ont confirmé que malgré le grand intérêt des chercheurs, des praticiens, des patients et de leurs parents pour ce sujet, il soulève encore de nombreuses questions ».

1 enfant sur 7 est affecté par une hypominéralisation des incisives et des molaires (MIH), rappelle GC. Leur qualité de vie est affectée par des douleurs chroniques, une hypersensibilité et des problèmes esthétiques. L'étiologie de cette affection est complexe et son aspect clinique présente une grande variation. « L'arsenal actuel a ses limites et les connaissances sont souvent insuffisantes », constate la société. « Il est devenu évident que pour trouver de meilleures solutions, il faut des recherches d'un haut niveau de qualité et un large échantillon. C'est l'un des objectifs de ce réseau MIH. Grâce à cette collaboration unique entre des universitaires de renom, des pionniers de la MIH et des praticiens, l'objectif est de couvrir un groupe d'étude large, étendu et représentatif qui sera étudié de manière standardisée », explique GC.

Hommage

ROGER JOERGER, FIGURE DE L'OCCCLUSODONTIE

Nous publions le dernier article de l'éminent occlusodontiste, maître de conférence à l'université de Strasbourg, disparu en novembre 2021.



Le Dr Roger Joerger nous avait livré l'article que nous publions dans ce numéro, quelques mois avant sa disparition, le 1^{er} novembre dernier. Auteur et clinicien passionné, il avait travaillé avec enthousiasme à son article sur la fonction canine avec une hauteur de vue captivante. En publiant cet article, *Dentoscope* vous transmet les dernières pensées scientifiques d'un éminent représentant de l'occlusodontologie et d'un enseignant admiré par ses confrères de la faculté dentaire de Strasbourg.

À son ami et maître Marcel Le Gall, disparu en juillet 2020, il avait rendu un vibrant hommage, le désignant comme « *l'esprit incontestablement le plus brillant de la pensée occlusodontique internationale contemporaine* ». Héritier de sa pensée scientifique, il avait lui-même poursuivi brillamment cette ligne : « *Les dents servent à mastiquer, l'OIM pendant la déglutition est la position de référence, les premières molaires sont le chef d'orchestre de la mastication* ».

L'un de ses proches collaborateurs à la faculté de Strasbourg, le Dr Alexis Jenny, souligne ses hautes qualités humaines qui le poussait à reconforter ses confrères et à stimuler leur travail « *dès qu'il sentait qu'on piétinait. Il était un des seuls enseignants à la faculté de chirurgie dentaire à connaître les prénoms des étudiants, même plusieurs années après. Il pouvait nous réciter des pans entiers de poèmes, ayant l'âme d'un littéraire* ».

En cumul emploi-retraite, il avait quitté ses fonctions universitaires mais poursuivait une activité en cabinet libéral. « *Sa principale motivation était de rendre la discipline de l'occlusodontie abordable en éliminant les principes obscurs et dépassés qui polluent la réflexion des praticiens* », déclare Alexis Jenny. « *Il avait à coeur de remettre en cause les convictions pour que ses confrères et consoeurs aient une logique fonctionnelle cohérente, basée sur l'observation du patient et non d'un articulateur qui n'est qu'une réduction des fonctions de la mandibule. Avec les Drs Jean-Francois Lauret et Marcel Le Gall, ils ont tous les trois révolutionné l'occlusodontie en revenant à la fonction princeps des dents : la mastication* ».

A.T.

La dent naturelle : « un modèle parfait »

Pour le chirurgien-dentiste, omnipraticien passionné par la dentisterie adhésive et esthétique, reproduire la perfection de la nature pousse à se remettre régulièrement en question.

Dentoscope : Quelle est l'avancée pour vous la plus fondamentale en dentisterie esthétique de ces dix dernières années ?

Dr Hugues de Belenet : Vous m'auriez dit 20 ans, sans hésiter, je vous aurais parlé du principe de « pénétration contrôlée à travers le *mock-up* » (Gürel, 2003). Il consiste à préparer à travers le *mock-up*, donc homothétiquement au projet prothétique final et non plus homothétiquement à la dent initiale, comme cela se faisait avant. Cela permet d'être moins iatrogène car moins délabrant pour les tissus dentaires sains... C'est une évidence aujourd'hui qui ne l'était pas il y a 20 ans ! Depuis 10 ans, la principale avancée est à mon sens la planification numérique de nos traitements esthétiques. D'abord en 2D avec la réalisation d'un « smile design » qui est un « Photoshop » du nouveau sourire de notre patient sur une photo de son visage. Il permet de guider notre prothésiste pour la réalisation précise du *wax-up* et nous évite des erreurs grossières en termes d'axes dentaires ou de longueur de dents lors de l'essayage en bouche de la simulation thérapeutique qu'est le *mock-up*. Mais les outils actuels (scan facial, empreinte optique, logiciel de modélisation) vont encore plus loin et permettent la création d'un véritable « patient virtuel » pour une simulation des objectifs thérapeutiques en 3D. L'idée étant ensuite d'arriver à reproduire en bouche ce qui aura été pensé numériquement en amont.

Vous dites : « Nous devons penser comme des architectes ». D'autres diraient nous devons penser en cliniciens... Quelle est la place de cette notion d'« architecture » dans votre pratique ?

L'image de l'architecte vient de notre approche en amont du traitement qui est un peu similaire. J'écoute les demandes du patient, je recueille un maximum de données (photos, empreinte, radios...) puis j'établis un plan de traitement. D'abord en 2D (*smile design*) puis en 3D (*mock-up* de simulation en bouche). Et c'est une fois la validation de ce projet



Dr Hugues de Belenet

Membre du groupe international Bioémulation et du groupe Bioteam Marseille.

par le patient, le prothésiste et moi-même que la réalisation clinique et les préparations commencent. Un architecte ne commence pas à tout détruire chez vous avant d'avoir réfléchi à la façon dont il va reconstruire. C'est la même chose pour nous. Pour autant, nous sommes effectivement avant tout des cliniciens à deux niveaux. Dans la réflexion clinique initiale tout d'abord : comment puis-je intervenir en étant le moins délabrant ? Quels sont les matériaux indiqués pour cette approche ? Puis, bien sûr dans la réalisation clinique des différents actes techniques.

Vous êtes membre de l'équipe française du groupe international Bioémulation et de Bioteam Marseille. Quelle est la philosophie de ces groupes et que vous apporte-t-elle dans votre exercice ?

La bioémulation (ou biomimétique) est l'idée d'essayer de comprendre la nature pour s'en inspirer en tentant de la reproduire. C'est une approche d'humilité qui positionne la dent naturelle comme un modèle parfait, absolu. Conscient que nous ne ferons jamais aussi bien, nous commençons par essayer au maximum de préserver la dent naturelle dans nos traitements. Puis, en étudiant la nature, sous tous ses aspects (biologique, mécanique, optique), nous tentons de mieux la comprendre pour essayer de la reproduire. Cette philosophie me pousse au quotidien à intervenir au maximum *a minima* et m'oblige régulièrement à me remettre en question.

Comment traitez-vous les cas complexes ?

Avant d'aborder un cas complexe, il faut prendre du recul pour réfléchir, analyser les difficultés, évaluer les supports dentaires, cibler les objectifs thérapeutiques. C'est cette phase de réflexion qui va conditionner le succès final, la suite n'étant que de la réalisation technique. Et si l'on réfléchit bien, les cas complexes ne sont finalement qu'une succession d'actes simples mais qu'il faut tous réaliser correctement.

Vous dites : « Un artisan qu'il faut choyer, c'est votre prothésiste ». Quel mode opératoire avez-vous mis en place avec le vôtre ?

Le fait de travailler en équipe peut vite être source de déception. C'est le cas lorsque vous avez le sentiment d'avoir tout mis en place correctement et que le travail prothétique final n'est pas à la hauteur de vos attentes. La communication est donc essentielle pour transmettre au prothésiste nos attentes et celles de nos patients. Aussi, les débriefings sont fondamentaux pour accorder nos violons. Je partage au maximum avec lui le résultat final, qu'il soit bien ou moins bien, car s'il n'a pas de retour, il pensera que tout va bien et ne changera rien à ses habitudes. Une erreur trop souvent faite par les jeunes chirurgiens-dentistes est de trop se reposer sur le prothésiste en lui déléguant des décisions sans qu'il ait les informations nécessaires. Pour exemple, la réalisation d'un *wax-up* sans photos préalables, le choix du matériau sans qu'il connaisse la teinte du substrat... Quand je dis qu'« il faut choyer », j'entends qu'il faut donner au prothésiste tous les éléments pour qu'il ait la possibilité et l'envie de travailler correctement : belles préparations, belles empreintes, beaux provisoires, photos des provisoires en bouche mais aussi à l'échelle du sourire, photos et teinte des préparations... Si nous ne nous appliquons pas, pourquoi voulez-vous que lui s'applique pour nous ?

Lorsque l'on souhaite pratiquer la dentisterie esthétique, quelle est selon vous la qualité indispensable à développer ?

Pour moi la première qualité est la rigueur de travail. D'abord, parce qu'il faut connaître des protocoles précis, donc se former pour les maîtriser. Ensuite, parce qu'il faut s'efforcer d'appliquer correctement ces protocoles pour tous les cas cliniques sur tous les patients. Il est très tentant (souvent pour gagner du temps) de négliger certaines étapes en se disant : « Ce n'est pas grave, ce n'est pas top mais je corrigerai ensuite ». C'est un mauvais calcul car bien souvent, non seulement on n'arrive pas à rattraper la situation, mais en plus d'autres problèmes viennent s'ajouter. La rigueur est donc essentielle : je ne passe à l'étape suivante que quand la précédente est validée.

Propos recueillis par Agnès Taupin.

FIMET

TOUR DE FRANCE 2022

Profitez du tour de France 2022 pour découvrir l'excellence de l'ergonomie scandinave appliquée à l'équipement dentaire.



Inscription :

www.fimetfrance.fr



CONCEPT
DENTAIRE

SARL CONCEPT DENTAIRE
ZAC de Pré A Varois
54670 CUSTINES
03.83.24.03.02

 Implantologie sans lambeau

L'efficacité en implantologie *flapless*

Présentation d'une technique *flapless* qui simplifie l'acte opératoire et améliore le confort du patient.

Les limites de la technique *flapless* sont bien connues [1-2]. Elles doivent être clairement identifiées avant toute planification chirurgicale implantaire. Une hauteur minimale de gencive attachée kératinisée est indispensable, ainsi qu'une planification 3D. Cette technique reste réservée aux praticiens ayant une expérience clinique certaine avec des bases solides en implantologie. Elle ne peut être pratiquée que dans un contexte parodontal favorable naturellement, ou aménagé au préalable et maîtrisé.

La technique *flapless* présente de nombreux avantages pour le patient :

- intervention moins longue,
- suites opératoires moins douloureuses et moins inflammatoires en raison de l'absence de décollement de lambeau évitant l'œdème sous lambeau,
- absence de section de la vascularisation due à l'incision au bistouri,
- temps de cicatrisation réduit,
- résultat esthétique plus satisfaisant.

Bénéfice sur la cicatrisation de la muqueuse péri-implantaire

Il n'y a pas de réouverture de l'incision, ce qui est la complication postopératoire la plus fréquente de la chirurgie implantaire à lambeaux [1]. Suite à l'œdème postopératoire de la première phase chirurgicale, il y a une augmentation de la durée de la phase inflammatoire de la réparation.

Effet sur l'épaisseur de la muqueuse péri-implantaire

Lorsque les implants sont placés après réclinaison d'un

lambeau, la muqueuse péri-implantaire s'épaissit après l'intervention, elle s'atténue avec le temps, mais après un an l'épaisseur de la muqueuse est de l'ordre de 1 mm et ne varie plus [3], au détriment de l'os. Lorsque les implants sont posés sans élévation de lambeau, la muqueuse adjacente s'épaissit de 0,7 mm en moyenne. Trois mois plus tard cette valeur revient à sa valeur originale et s'y maintient [4].

Effet positif sur la profondeur du sulcus implantaire

En moyenne, la profondeur du sulcus implantaire dans la chirurgie sans lambeau est plus faible de 0,7 mm, favorisant le maintien d'un environnement sain autour de l'implant. L'épithélium de jonction est placé moins apicalement [7-8]. L'effet sur la résorption de l'os péri-implantaire semble plus faible dans la technique sans lambeau [7].

La technique *pure flapless* fait évoluer ce paradigme. Elle en potentialise les avantages. Nous avons conçu le tissu punch shaver, en collaboration avec le département recherche et développement de Biotech Dental, qui commercialise cette trousse de trépan sous la référence KTFLAP. Elle contient plusieurs tissus punch pour chaque diamètre d'implants déterminé. Par son efficacité, cet instrument réduit la séquence opératoire, la durée de l'intervention, et le plateau technique. Il permet la préparation de la muqueuse avant la séquence de forage pour la pose d'implants.



Scannez le code QR pour voir la vidéo du cas clinique.

Auteur

- Dr Frédéric GÉLY-HUC
- Chirurgien-dentiste
- Exercice privé
- Master en sciences biologiques et médicales
- Ancien assistant hospitalo-universitaire
- Fred.gely01@gmail.com



Ces nouveaux tissus punch shaver *pure flapless* sont composés de deux pièces.

1. Punch

Il est possible d'identifier la profondeur de la muqueuse excisée et retirée à partir des jauges marquées au laser sur le punch.

2. Tréphines

Cinq lames affûtées composent le *shaver* afin d'exciser et de décoller la muqueuse. Les lames du *shaver* permettent l'incision de la muqueuse et, grâce à leur design interne, éliminent automatiquement le tissu excisé (Fig.1 et 2).



Fig.1, 2 : Le design interne élimine automatiquement les tissus excisés.



Le tissue punch offre une découpe parfaite et reproductible de la muqueuse à un diamètre adapté pour chaque implant de la gamme Kontakt Biotech, une élimination de la muqueuse incisée, du périoste et un surfaçage de la corticale. Le saignement est très contenu, le résultat est un site préparé très propre avec une grande visibilité sur la zone de forage (Fig.3).



Fig.3 : Incision calibrée de la muqueuse, préparation et perforation de la corticale par le trocart.

L'action du trocart, au centre du *shaver* et donc de l'incision, remplace l'utilisation du foret pointeur et permet de passer directement au foret pilote. Le système *pure flapless*, grâce au tissue punch shaver, réduit la séquence opératoire *flapless* de trois étapes et simplifie le plateau technique ; rendant inutile l'utilisation du bistouri, curettes, pinces courbes et foret pointeur. Son utilisation est parfaitement adaptée à la chirurgie guidée, évitant de déposer le guide chirurgical, claveté ou vissé, pour la préparation des tissus mous et périostés avant forage.

L'avènement de l'implantologie assistée par ordinateur (IAO) avec l'utilisation de guides chirurgicaux favorise la précision et la prédictibilité du geste implantaire. La conception d'un tissue punch shaver adapté à cette technique permet de combiner la chirurgie *flapless* à la chirurgie guidée lorsque le contexte parodontal le permet. Il vient s'adapter au nouveau système Atlasurgery II, avec une précision idéale dans le *master tube* (Fig.4).

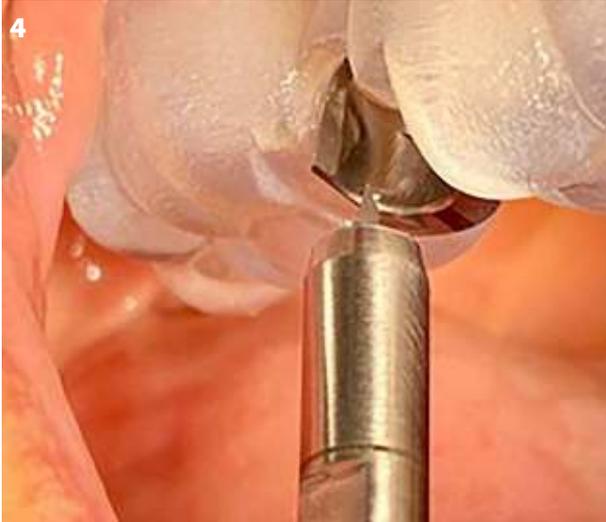


Fig.4 : Le tissue punch shaver vient s'adapter au nouveau système Atlasurgery II, avec une précision idéale dans le *master tube*.

Il présente un profil innovant, évidé en vestibulaire, favorisant l'insertion dans les secteurs postérieurs (Fig.5).



Fig.5 : Le tissue punch shaver présente un profil innovant, évidé en vestibulaire, le *master tube* favorise l'insertion des instruments dans les secteurs postérieurs.

Les logiciels de planification de plus en plus pointus nous permettent de visualiser avec précision la densité osseuse autour des spires de l'implant (Fig.6a, b) et de placer ce dernier dans la position définie (Fig.7), même dans un site receveur étroit et délicat (Fig.8).

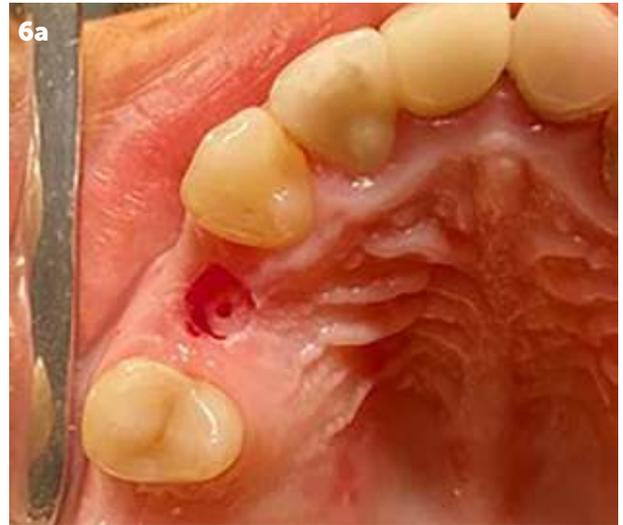
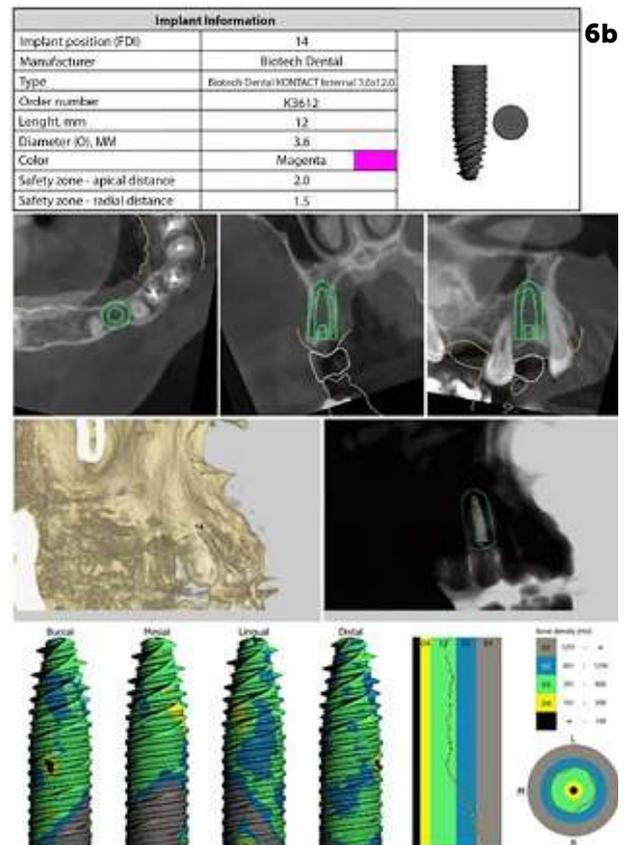
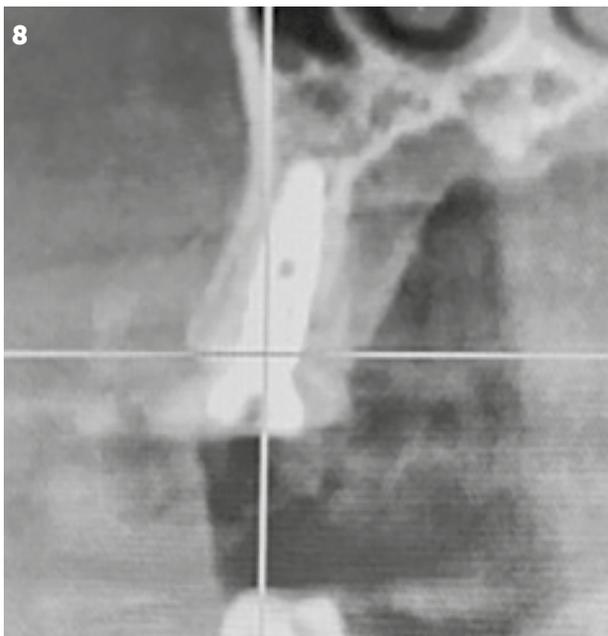
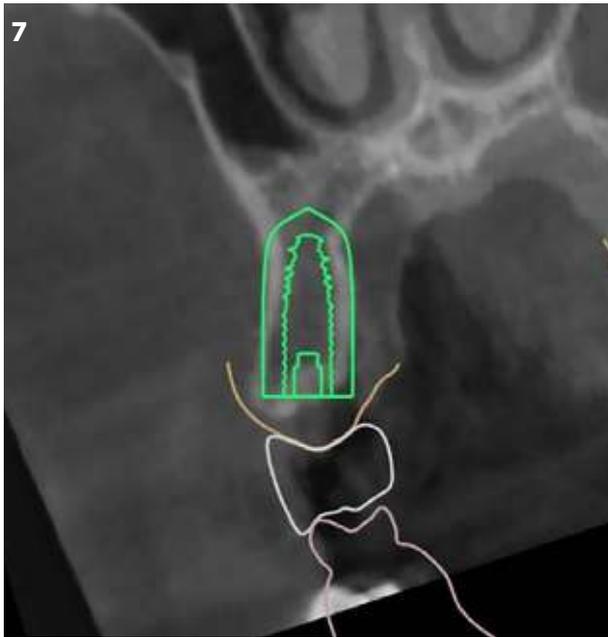


Fig.6a, b : Les programmes de planification de plus en plus précis nous permettent de visualiser avec précision la densité osseuse autour des spires de l'implant et de positionner ce dernier dans la position définie (Fig.7), même dans un site receveur étroit et délicat (Fig.8).





Cas cliniques réalisés en technique *pure flapless*

Le premier cas clinique est une patiente de 68 ans, sous anticoagulants (Kardégic 75 mg). Le traitement n'a pas été suspendu pour l'intervention. La 11 est absente. L'intervention est réalisée dans un contexte muqueux peu favorable à la technique *flapless*, cependant le *tissue punch* a prouvé toute son efficacité. Nous avons utilisé un KTFLAP 36 pour la pose d'un implant Kontakt (réf. 3612) à 1,25 mm sous-crestal + 3 mm d'épaisseur de muqueuse (soit un total de 4,25 mm sous-muqueux) (Fig.9 à 14).



Fig.9 : *Tissue punch*.



Fig.10 : Préparation réalisée en 12 secondes.



Fig.11 : Contrôle avec la jauge.



Fig.12 : Préparation du puits receveur après forage.



Fig.13 : Insertion de l'implant.



Fig.14 : Vissage terminal manuel sus-muqueux de 4,25 mm.

Après contrôle radiologique postopératoire (Fig.15), nous réalisons au cours de la même séance une empreinte optique avec *scan body* (Fig.16).



Fig.15 : Contrôle radio.

Fig.16 : Empreinte optique immédiate *scan body* en place.

Le laboratoire réalise dans la foulée une couronne provisoire. Ainsi la patiente peut repartir avec une incisive transitoire transvissée en mise en charge immédiate (Fig.17, 18).



Fig.17, 18 : Provisoire pour mise en charge immédiate.



La technique *pure flapless* permet une intervention rapide au résultat esthétique immédiat satisfaisant, sans cicatrice ni perte tissulaire.

Le second cas clinique combine une technique *pure flapless* en position 13, 14 et 15, et un soulèvement de sinus par voie crestale (technique de Summers modifiée), avec comblement sinusien au collapat, localisé sur la seconde prémolaire maxillaire droite. Ce matériau est composé d'un support de collagène dans lequel sont inclus des granules céramisés d'hydroxyapatite. Ces granules d'hydroxyapatite donnent au matériau ses propriétés ostéoconduites. L'hydroxyapatite est le composé minéral le plus important de l'émail, de la dentine et de l'os minéralisé. Il se résorbe lentement. L'utilisation du tissue punch offre une préparation tissulaire et corticale rapide et simultanée sur les trois sites. Le ciblage par le trocart permet une pénétration de la corticale efficace (Fig.19).

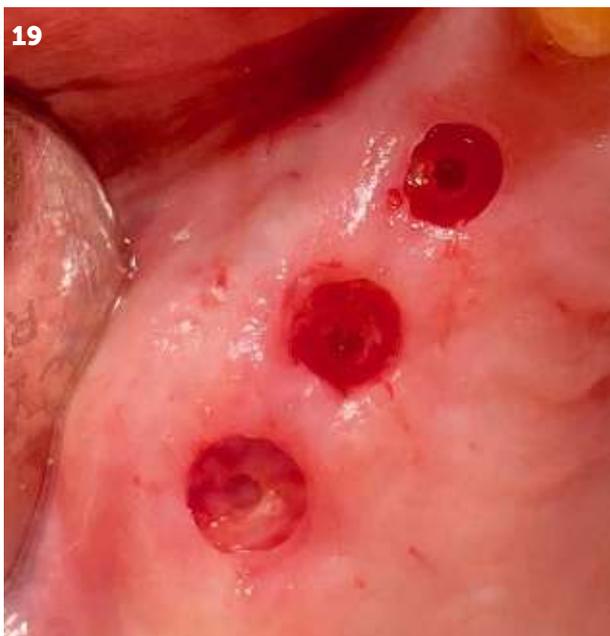


Fig.19 : Sites receveurs après tissue punch shaver.

Le forage terminé (Fig.20, 21), après soulèvement de la corticale et de la membrane de Schneider, nous réalisons le comblement sinusien (Fig.22) avant l'insertion progressive de l'implant/15 (Fig.23).



Fig.20 : Jauges pour contrôle.



Fig.21 : Après séquence de forage et soulèvement de la membrane sinusienne/15.



Fig.22 : Insetion du matériau de comblement sinusien.



Fig.23 : Insetion de l'implant après comblement.

Une vis de diamètre 5 est placée en position 15 afin d'assurer une étanchéité de la préparation (Fig.24).



Fig.24 : Vis de cicatrisation de diamètre supérieur/15.

Le contrôle postopératoire met en évidence le gain de hauteur trans-sinusienne de 3 mm (Fig.25).

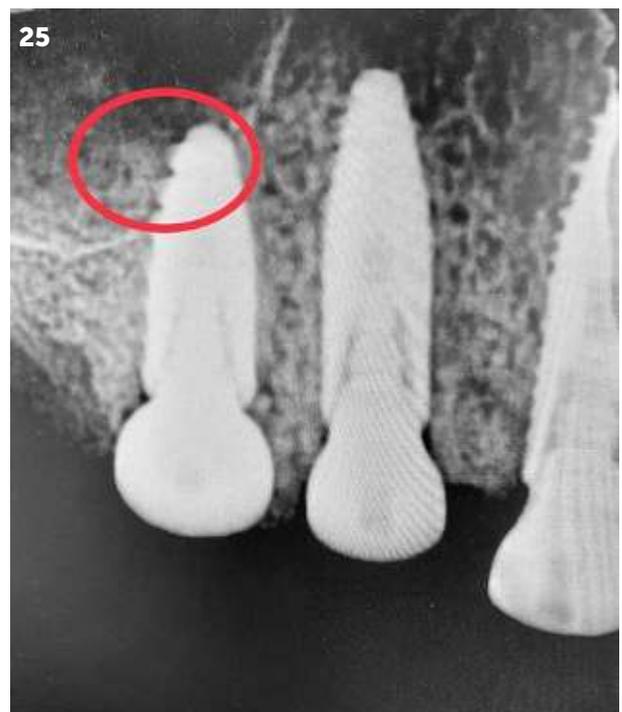


Fig.25 : Contrôle postopératoire.

Dans un contexte osseux de faible densité, nous avons combiné le *pure flapless* à une préparation osseuse en rotation anti-horaire avec les forêts Densah afin de favoriser une condensation latérale et verticale pour relever le plancher sinusien de 3 mm [8] (Fig.26), ce qui évite l'utilisation des ostéotomes.



Fig.26 : Forêt ostéodensificateur à rotation anti-horaire.

Après contrôle de l'intégrité de la membrane sinusienne [9] le matériau de comblement Collapat est inséré (Fig.27).



Fig.27 : Comblement sinusien en pure flapless.

Un implant Kontakt S+ à larges ailettes de filetage permet une condensation osseuse plus efficace et une augmentation de la stabilité primaire (Fig.28, 29).



Fig.28 : Implant Kontakt S+ à larges spires pour augmenter la stabilité primaire.



Fig.29 : Vis de cicatrisation.

Découvrez et commandez les livres de Marc BERT sur www.librairie-garanciere.com



Dépose et remplacement
d'un implant

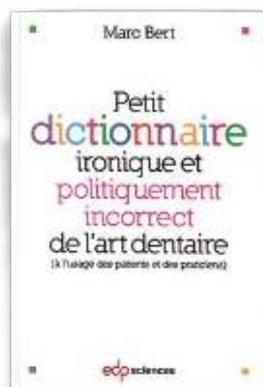


Gestion pratique des
complications en implantologie



L'occlusion en implantologie

Comment « louper » un
implant...
ou les clés de l'échec en
implantologie



Petit dictionnaire ironique
et politiquement incorrect
de l'art dentaire

Grâce à cette technique, nous avons pu placer un implant plus long avec un os de faible densité, obtenant un couple de serrage de 45 Ncm, avec soulevé de sinus (Fig.30).

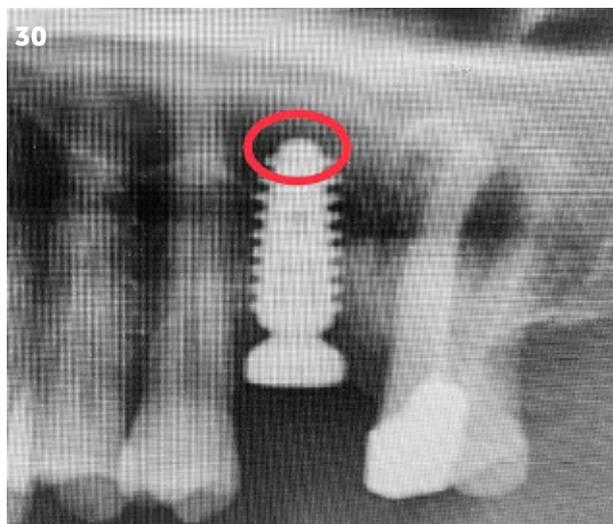


Fig.30 : Radio postopératoire.

En conclusion, la technique *pure flapless*, grâce à l'utilisation du nouveau tissu punch shaver, simplifie le plateau technique du praticien ainsi que le geste chirurgical, avec plus de précision, de reproductibilité et de compatibilité technique tout en offrant les avantages biologiques et cicatriciels de l'approche *flapless* (Fig.31 : contrôle cicatriciel à 8 semaines). •••



Fig.31 : Cicatrisation à 8 semaines.

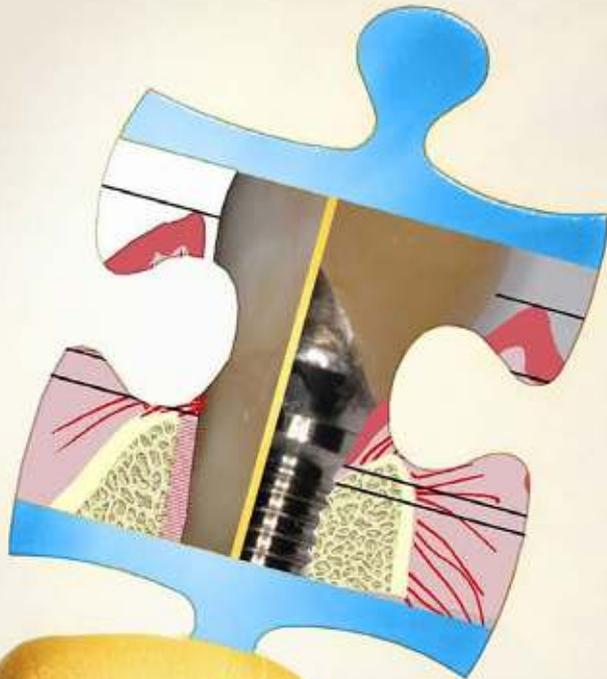
Bibliographie

- [1] Misch CE. Contemporary Implant Dentistry, Ed 3. St Louis, MO: Mosby, 2008:68-91.
- [2] Kim JI, Choi BH, Li J, Xuan F, Jong SM, Blood Vessels the peri implant mucosa: a comparaison between the flap and the flapless procedures. Oral surgery Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009; 107:508-512.
- [3] Cardaropoli G, Lekholm U, Wenstrom JL. Tissue alteration at implant supported single tooth replacement: 1-year prospective clinical study. Clin Oral implants Res 2006;17:165-171.
- [4] Byung-Ho C, Seung-Mi J, Jihun K, Wilfried E. Implantologie Flapless. Quintessence International, 2012; 3-17.
- [5] Berglundh T, Lindhe J. Dimension of the peri-implant mucosa: biological width revisited. J Clin Periodontol 1996;23:971-973.
- [6] Berglundh T, Lindhe J, Ericsson I, Marinella CP, Liseberg B, Thomsen P. The soft tissue barrier at implants and teeth. Clin Oral Implants Res 191;2:81-90.
- [7] Jeong SM, Choi BH, Li J et al. Flapless implant surgery: an experimental study. Oral Surgery Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007; 104:24-28.
- [8] Wainwright M., Troedhan A., Kurrek A., The IntraLift™: A new minimal invasive ultrasonic technique for sinus grafting procedures, Implants magazine, Dental Tribune International, Vol.8, Issue 3/2007.
- [9] Insua A, Monje A, Chan HL, Zimmo N, Shaikh L, Wang HL. Accuracy of Schneiderian membrane thickness: a cone-beam computed tomography analysis with histological validation. Clin Oral Implant res. 2016 ; 28 : 654 – 661.

CYCLE DE PARODONTOLOGIE ET IMPLANTOLOGIE

4 SÉMINAIRES DE 2 JOURS À MARSEILLE

(les jeudis et vendredis)



**Paul Mattout,
Maria-Cristina Vaida
et Georges Rachlin**

- 1 7 & 8 juillet 2022**
 - > LES TISSUS PARODONTAUX
 - LES MALADIES PARODONTALES
 - > LES TISSUS PÉRI-IMPLANTAIRES
 - LES MALADIES PÉRI-IMPLANTAIRES
- 2 20 & 21 octobre 2022**
 - > LES TRAITEMENTS PARODONTAUX
 - > LA CHIRURGIE OSSEUSE
- 3 1^{er} & 2 décembre 2022**
 - > LA CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE PARODONTALE
 - > AMÉNAGEMENT MUQUEUX PÉRI-IMPLANTAIRE
- 4 9 & 10 mars 2023**
 - > LA RECONSTRUCTION OSSEUSE ET LES MEMBRANES
 - > LA RÉGÉNÉRATION PÉRI-IMPLANTAIRE
 - > LE TRAITEMENT DES PÉRI-IMPLANTITES

Inscriptions

- > **5 900 €** les 4 sessions
- > **5 600 €** pour les groupes de 3 ou plus
- > **70 €** cotisation Gépi

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION

• Cécilia Markai
Tél . : 04 91 32 28 34 - contact@gepi-mattout.com
Pour plus d'informations : www.gepi-mattout.com

• Pascale Garnier
garanciere@auog.fr

Alimentation complète du cabinet

Le Power Tower View offre une solution adaptée à chaque besoin avec une flexibilité maximale : avec 7 versions de base, on peut obtenir jusqu'à 22 combinaisons. Compact, il s'intègre facilement dans le cabinet sur une surface de 0,4 m² seulement. Silencieux, son niveau sonore est de moins de 54 dB(A). L'écran tactile couleur haute résolution permet une utilisation et un ajustement plus facile des réglages de l'appareil aux besoins du cabinet. Tous les systèmes s'intègrent au réseau du cabinet et fournissent via le logiciel des messages sur l'état, des rappels de maintenance ou des avertissements.

Dürr

www.duerrdental.com/fr/FR/



Bain de bouche antimicrobien

La nouvelle formule du Bacterx Pro, disponible uniquement en version sans alcool, offre une solution efficace pour réduire la charge bactérienne et virale présente dans les aérosols lors des actes dentaires. Il combat le biofilm oral et les caries. Il contribue à la santé bucco-dentaire et à la fraîcheur de l'haleine. Sa formule est composée de digluconate de chlorhexidine (CHX) 0.1 %, chlorure de cétylpyridinium (CPC) 0.05 % et fluorure de sodium à 0.01 % (fluorure 0.005 %).

Ems Dental

www.ems-dental.com/fr/products/bacterxr-pro

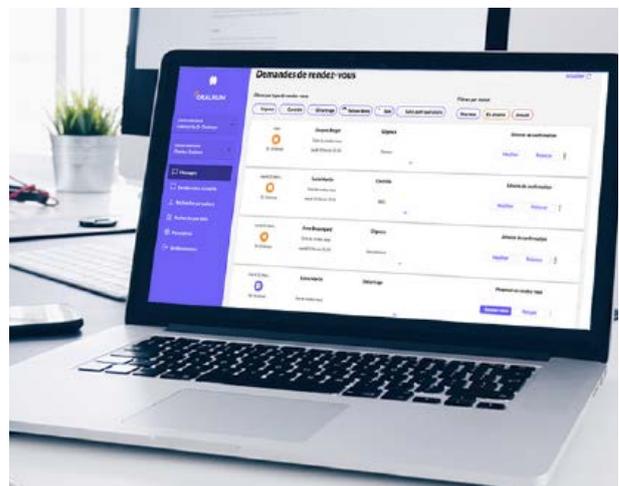


Planification simplifiée des rendez-vous

L'application de messagerie Oralnum permet de gérer l'ensemble des rendez-vous pris au cabinet ou à distance par le patient. Les demandes de rendez-vous sont reçues directement sur l'application, en temps réel. Le patient est guidé en remplissant un questionnaire intelligent, adapté à l'âge. Le praticien reçoit des informations précises et synthétiques pour lui permettre d'identifier les besoins du patient et lui proposer un rendez-vous avec un temps et soin adaptés. Praticiens et patients peuvent gérer les messages des rendez-vous sur leur mobile, tablette ou ordinateur.

Oralnum - contact@oralnum.fr

<https://pro.oralnum.fr/>



10^e EuroPerio

Le congrès se tiendra du 15 au 18 juin à Copenhague, autour de 130 conférenciers.



La 10^e édition du congrès EuroPerio aura lieu à Copenhague (Danemark) autour de 130 orateurs venus de plus de 30 pays. Du 15 au 18 juin, les conférences alterneront avec les sessions de chirurgie en direct et les séances présentées par des fabricants de matériels et de produits. En 2021, le congrès phare en parodontologie et implantologie organisé tous les trois ans par la Fédération européenne de parodontologie (EFP) avait dû être reporté, du fait de la pandémie de Covid-19. Lors des précédentes éditions (EuroPerio8 à Londres en 2015 et EuroPerio9 à Amsterdam en 2018), le congrès avait attiré 10 000 visiteurs venus de plus de cent pays.

Chirurgies en direct et sessions interactives

EuroPerio rassemblera les plus éminents chercheurs, cliniciens et universitaires du monde de la parodontologie. Ils débattront sur les récentes avancées dans les domaines de la parodontie et de l'implantologie et leurs connections avec les autres disciplines dentaires et médicales. Le congrès proposera une large variété de formats : chirurgies en direct (régénérations osseuses et muco-gingivales), sessions interactives, séances vidéo, colloques, débats et interviews. Un format intitulé séances cauchemardesques décrira les pires scénarios lorsque tout va mal. Une attention particulière sera donnée aux lignes directrices sur le traitement de la parodontite de l'EFP. Les nouvelles directives sur le stade IV de la parodontite seront ainsi présentées.

L'événement s'adresse aussi bien aux chirurgiens-dentistes et parodontistes, qu'aux chirurgiens oraux, orthodontistes, prothésistes, assistantes dentaires et médecins. Le programme est orienté autour de trois thématiques : parodontie, implantologie et pluridisciplinaire. Il propose aussi des axes de programmes selon les profils

(spécialistes, universitaires, cliniciens, hygiène orale et prévention, recherche).

« *Le programme scientifique prend en compte les intérêts de chaque membre de la communauté dentaire et fournit un aperçu actualisé de la parodontologie d'aujourd'hui* », explique David Herrera, directeur scientifique d'EuroPerio10. « *Nous sommes fiers d'avoir préparé un programme passionnant permettant d'apporter aux chirurgiens-dentistes les dernières connaissances et solutions mais aussi d'échanger avec leurs confrères* », souligne Phoebus Madianos, président du congrès.

Dernières innovations

Le programme abordera des sujets variés : les facteurs essentiels dans le traitement chirurgical de récessions gingivales dans le secteur antérieur, le traitement chirurgical et la prévention des péri-implantites, le traitement non chirurgical de la parodontite et le traitement pluridisciplinaire de la parodontite (stade 4). D'autres sujets d'importance seront exposés : les approches innovantes en régénération osseuse, comment améliorer le contrôle du biofilm supragingival, le flux de travail digital en implantologie moderne, l'endodontie et les alternatives aux implants et les approches chirurgicales avancées pour la reconstruction des tissus mous dans les déhiscences péri-implantaires.

Enfin, EuroPerio c'est aussi une exposition rassemblant les produits et matériels d'industriels internationaux. Une centaine d'exposants présenteront leurs dernières innovations, équipements, appareils et solutions en traitement parodontal et dentisterie implantaire. •••

Bella Center de Copenhague
www.efp.org/europerio/

EuroPerio10 : « Un échange de connaissances et de retours d'expérience »

Pour l'ambassadeur EuroPerio Nicolas Picard, le congrès est l'occasion de débattre autour des questions que la communauté parodontale et implantaire se pose.

Dentoscope : Quelles dernières avancées technologiques changent les traitements parodontaux et implantaires ?

Dr Nicolas Picard : Ces dernières années de nombreuses avancées technologiques ont modifié nos approches thérapeutiques en parodontologie et implantologie. L'apparition du numérique a notamment démocratisé l'accès à la chirurgie guidée en implantologie. Il est possible d'envisager des traitements complexes où chaque étape sera en partie prise en charge par le numérique et ce de l'analyse initiale du patient jusqu'à la pose de la prothèse d'usage. L'apparition des imprimantes 3D et leur utilisation dans nos cabinets va encore accélérer le phénomène. La dentisterie implantaire est donc passée dans un autre siècle.

Lors de l'EuroPerio 10, la Fédération européenne de parodontologie proposera une impressionnante exposition où l'industrie présentera les dernières technologies de pointe.



Dr Nicolas Picard,
parodontologiste et implantologiste.

La parodontologie suit naturellement l'évolution des progrès techniques, l'amélioration des images radiologiques permettra de meilleurs diagnostics, qui faciliteront les prises de décisions thérapeutiques. L'apparition de nouveaux biomatériaux change également notre rapport à la chirurgie parodontale, quelle soit plastique ou régénératrice. Bref, les progrès technologiques sont donc une source d'avancée majeure dans nos disciplines. Lors de l'EuroPerio10, la Fédération

européenne de parodontologie proposera une impressionnante exposition où l'industrie présentera les dernières technologies de pointe

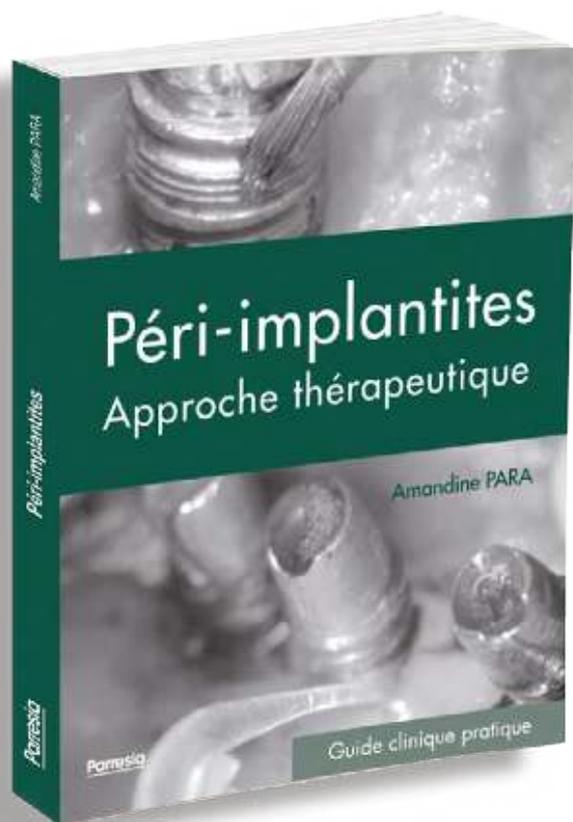
Quels sont les changements de paradigmes dans les approches cliniques ?

La dernière classification des maladies parodontales conçue en 2017 par l'EFP et l'Académie américaine de parodontologie (AAP) se base sur des grades et des stades et non plus uniquement sur la sévérité et le degré d'atteinte.

Péri-implantites

Approche thérapeutique

Amandine PARA



Dépister et traiter une maladie péri-implantaire

- 🔔 Une actualisation des données de la littérature scientifiques depuis le premier et unique ouvrage sur le sujet écrit en 2012 par les Dr Giovannoli et Renvert.
- 🔔 Un inventaire des outils diagnostics, des caractéristiques du biofilm oral ainsi que des facteurs de risque engagés dans la pathogenèse de la péri-implantite.
- 🔔 Une présentation des méthodes d'antiseptie des surfaces implantaire disponibles aujourd'hui.
- 🔔 Quinze cas cliniques types illustrés séquence par séquence, dans lesquels l'auteur aborde l'apport de la technologie laser.

+ Petit plus



Retrouvez la vidéo d'Amandine Para « Manipuler les lasers Er-YAG » en suivant la chaîne « Péri-implantites » de l'application HP Reveal (IOS et Android) et en scannant l'image de la page 105 de votre livre.

Retrouvez la Librairie Garancière sur les réseaux sociaux Facebook, Twitter et Instagram

Commandez et retrouvez toutes nos collections sur www.librairie-garanciere.com

Bon de commande

« Péri-implantites »

Je retourne le bulletin
avec mon règlement par chèque
à l'ordre de :

Parresia

Bâtiment Regus
17, rue de la Vanne
92120 Montrouge

@ : contact-librairie.garanciere@parresia.fr

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : | | | | |

Ville :

Tél. : | | | | | | | | | |

Email * :

« **Péri-implantites** » au prix de 90 € TTC,
Frais de livraison (obligatoires) France métropolitaine : 9 €
soit **99 € TTC** au total

- Je règle par chèque à l'ordre de Parresia
- Je souhaite recevoir une facture
- Je souhaite recevoir la newsletter Librairie Garancière

* Champs obligatoire

Librairie Garancière

Le but étant de relier le diagnostic précis à des méthodes adaptées, en termes de prévention et de traitement spécifiques au patient et à ses facteurs de risques. Il ne serait plus actuel de limiter les traitements au diagnostic sans prendre en considération les spécificités du patient. Ce changement de paradigme est une révolution en parodontologie car il laisse une certaine variabilité dans les traitements proposés aux patients.

Que pourra trouver l'omnipraticien lors de cet EuroPerio10, en phase avec son exercice ?

Tout d'abord, EuroPerio10 offrira un rappel précis et exhaustif des dernières avancées cliniques et scientifiques en parodontologie et implantologie, avec des formats novateurs de séance qui vont aller au-delà de tout ce qui a été fait jusque-là. En second lieu, le congrès proposera le meilleur programme scientifique au monde, avec plus de 130 professeurs et experts reconnus, dont le but sera de débattre autour de questions passionnantes que la communauté parodontale et implantaire se pose.

Pendant quatre jours on pourra assister à un échange de connaissances et de retours d'expérience que l'on ne trouve nulle part ailleurs. Que l'on soit parodontologiste, chirurgien-dentiste, chercheur, hygiéniste ou étudiant en chirurgie dentaire, chacun trouvera les connaissances dont il a besoin pour son exercice quotidien.

C'est le premier grand événement dentaire d'envergure internationale après le début de la pandémie où



Getty Images - izusek

“ EuroPerio10 offrira un rappel précis et exhaustif des dernières avancées cliniques et scientifiques en parodontologie et implantologie, avec des formats novateurs de séance. ”

il sera possible de rencontrer les collègues et amis. D'autant qu'il sera vraiment agréable de se retrouver dans une magnifique ville comme Copenhague, à la fin du printemps, où il fera bon allier travail et découverte. L'une des innovations la plus pratique est l'organisation d'une série de huit "tracks" qui vont permettre à chaque congressiste de trouver plus facilement les séances qui sont les plus appropriées par rapport à cinq profils basés sur des choix professionnels et trois sur les contenus scientifiques.

La maintenance parodontale et implantaire est-elle aujourd'hui une problématique à part entière ?

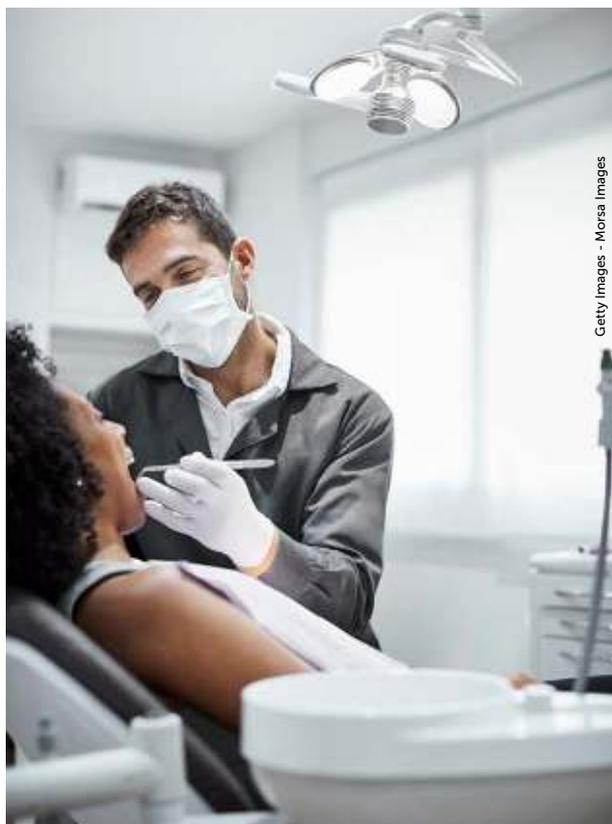
La maintenance parodontale et implantaire est une thérapeutique à part entière dans la prise en charge des maladies parodontales et implantaires. Toutes les études montrent sans équivoque que la thérapeutique parodontale de soutien augmente de manière significative le pronostic des dents qui ont été traitées dans le cadre d'une maladie parodontale.

Il est évident qu'intégrer ces thérapeutiques dans les cabinets semble être une obligation, d'autant que la part des traitements implantaires explose. EuroPerio10 va permettre aux chirurgiens-dentistes désireux de mettre en place ces thérapeutiques de soutien parodontales et implantaires d'accéder aux connaissances nécessaires à cette mise en pratique. •••

Choisir son unité de soins

Parce que le poste de travail est votre premier partenaire, il ne peut être choisi au hasard. Revue des critères de sélection de l'*unit* dont le degré de sophistication n'a cessé de croître

Efficacité et sérénité : les maîtres-mots pour une unité de soins. En effet, l'espace où vous soignez doit être choisi avec prudence, sans pour autant tirer un trait sur le coup de cœur (un peu comme on fait le choix d'une maison ou d'un appartement). L'ergonomie est sans doute le paramètre premier dans le choix d'une *unit*. Réduire sa gestuelle au strict nécessaire, éviter les maux (lombaires, nuque) à la fin d'une longue journée sont des impératifs d'une pratique quotidienne. Les fauteuils sont conçus aujourd'hui pour s'adapter à tous les exercices. Ambidextres, modulables, ils offrent à la fois flexibilité et polyvalence.



Getty Images - Morsa Images

Pour choisir son équipement, il faut penser en termes d'avantages dans sa pratique, selon ses priorités. La liberté d'un *cart* ou d'une pédale sans fil, la souplesse d'un fauteuil suspendu ou paramétrable, la simplicité de programmation d'un écran, la commodité d'un programme de nettoyage et de désinfection automatique. Le numérique est aujourd'hui incontournable, avec, outre la caméra intra-orale, des applications logicielles et des connexions réseaux pour faciliter le flux de travail. Enfin, un autre mot à ne pas occulter est le design. N'oublions pas que l'unité de soins, en tant que pièce maîtresse du cabinet, doit vous séduire ainsi que vos patients.

L'ergonomie est sans doute le paramètre premier dans le choix d'un *unit*.



Tester et essayer

Côté fauteuil, le confort doit primer et les fabricants redoublent d'efforts pour accentuer cet atout. Ainsi la sellerie à mémoire de forme participe à la détente et au confort. Coloris charmeurs ou attractifs, raffinerie des coutures à la main : aucun détail n'est aujourd'hui négligé pour peaufiner l'accueil du patient.

Tester et essayer permet de comparer et de faire le meilleur choix pour soi. Un saut dans les cabinets des confrères constitue une bonne solution pour réaliser le choix intermédiaire ou final du fauteuil et de certains de ses équipements. Les *show rooms* offrent aussi la possibilité de faire ce comparatif, ainsi que les salons, notamment l'ADF. ...



© Gunay Mutlu

Critères de choix

« Le praticien va travailler 8 à 10 heures par jour sur son équipement : il faut que son ergonomie lui corresponde en propre ». Pour Stéphane Palmieri, responsable de l'agence Dental Concept, distributeur et installateur d'équipement dentaire, le premier critère de choix d'une unité de soins est l'ergonomie. Dans le domaine, il existe différentes écoles : scandinave, européenne, américaine, selon les préférences et goûts. Les postes de traitement, comme d'autres produits, n'échappent pas aux tendances. Ainsi, la demande en crachoirs a baissé depuis le Covid, remarque le spécialiste. « C'est dans l'air du temps, et l'école américaine ». En matière de sellerie, la mémoire de forme est la caractéristique en vogue. Le siège est moelleux et s'adapte à toutes les morphologies. Enfin, aujourd'hui, l'avantage réside dans l'automatisation de l'entretien et de la décontamination de l'équipement.

FOUETS OU CORDONS

Fouets ou cordons : c'est en fonction des habitudes de travail que l'on a développées, dès l'université. Stéphane Palmieri note qu'« en Allemagne, les cordons pendants sont en écrasante majorité, les pays méditerranéens préfèrent quant à eux généralement les fouets ». Reste que selon lui

le cordon pendant semble plus adapté en termes d'ergonomie. « Lorsque vous travaillez avec une tablette et des fouets, vous sollicitez beaucoup plus les épaules. Avec le cordon pendant, ce n'est que l'avant-bras qui prend l'instrument et le repose ».

L'investissement varie, des premiers modèles aux très haut de gamme, entre 22 000 à 80 000 euros. La différence, pour cette fourchette haute, réside dans « l'image de marque du fabricant », la robustesse et la qualité des matériaux, ainsi que la gestion de l'hygiène et de la décontamination. L'unit peut aussi disposer d'équipements spécifiques (localisateur d'apex intégré, moteur de chirurgie...).

Selon le responsable d'agence, toutes les unités de soins sont aujourd'hui adaptées au travail à deux ou quatre mains. S'il ne s'agit pas de son premier équipement, il faut s'interroger sur ce que l'on apprécie dans celui-ci et ce que l'on veut améliorer, souligne-t-il. Si la robustesse et la fiabilité sont des critères premiers, il ne faut pas négliger également le service proposé et la proximité qui permet de se faire dépanner rapidement. Si parfois le choix est cornélien, Stéphane Palmieri propose aux chirurgiens-dentistes la visite d'un cabinet permettant d'échanger avec un confrère sur une unité de soins et ses fonctionnalités.

« Mettre la bouche devant nos yeux »

Pour le chirurgien-dentiste et kinésithérapeute David Blanc, la position de travail est déterminée par la distance entre l'œil et la tâche.

Dentoscope : Pour préserver son confort d'exercice, quelles habitudes fondamentales faut-il respecter avec son poste de travail ?

Dr David Blanc : Ce qui va gouverner notre position de travail, c'est la distance entre l'œil et la tâche. Il faut déterminer à quel endroit va le regard et ensuite trouver un moyen pour mettre la dent devant nos yeux et placer les instruments sous notre main. Pour préserver notre confort d'exercice, l'habitude fondamentale à respecter est d'arrêter de chercher à aller voir dans la bouche mais de réfléchir à une solution pour mettre la bouche devant nos yeux. Le support patient va conditionner l'orientation de notre tête et les conséquences sur les cervicales et les lombaires. Je conseillerai plutôt un support plat, d'essayer de s'affranchir complètement du fauteuil dentaire traditionnel et de choisir pourquoi pas une table de soins, ou un fauteuil qui soit conçu pour la position allongée, sans creux.

Certains préfèrent les fouets, d'autres les cordons pendants. Goût ou habitude, quels conseils donneriez-vous en matière de posture ?

Que ce soit des fouets ou des cordons pendants, s'ils sont trop hauts ou trop bas, c'est notre main qui va faire un mouvement dans une position nocive. Il faut donc surtout réfléchir en termes de positionnement. La posture à 9 heures n'est plus envisageable. En effet, on est gêné par le corps du patient (sa tête ou son thorax), du coup on est obligé d'avoir un patient très bas et de ce fait on penche la tête en avant. Pour éviter cela, on va se placer à midi, et l'on va réfléchir à l'endroit où l'on met les instruments. Si on les met au-dessus du thorax du patient, on peut tendre le bras beaucoup trop. Si je me positionne à midi, il faut que j'analyse où se trouve ma main droite et c'est l'endroit où l'on va mettre les instruments, que ce soit les cordons pendants ou les fouets, peu importe. Les fouets, c'est très bien, on peut les prendre et les reposer facilement, mais on est un peu encombré avec la tablette. J'ai cependant une petite préférence pour les cordons pendants car cela permet aussi de mettre la tablette à côté, mais il faut qu'ils soient bien réglés, à peu près à la hauteur du coude.

Dr David Blanc,

Président d'Ergonomie dentaire.



Si l'on travaille à quatre mains, faut-il choisir son unité de soins en fonction de ce paramètre ?

Ce qui est important, c'est le positionnement du praticien par rapport à l'assistante, ce n'est pas forcément le type d'unité. On peut faire du quatre mains avec n'importe quel fauteuil dentaire, mais l'important c'est la position de l'assistante et du praticien. La difficulté est d'arriver à se placer tous les deux au plus proche de la bouche du patient. Lorsque le praticien est à midi, il faut absolument, pour pouvoir travailler correctement, que l'assistante se positionne à trois ou quatre heures. Mais, dans ce cas, il y a un problème de genoux et donc l'assistante ne peut se tourner vers le patient. Il faut que l'assistante ait une position surélevée et soit assise un peu plus haut que le praticien, de manière à ce qu'elle puisse se tourner vers la bouche du patient, mais elle doit pouvoir osciller de droite à gauche entre la tablette où elle pose ses instruments et le patient, avec la rotation de ses jambes et de son tronc. Ce n'est possible que si elle est assise un peu plus haut et que ses genoux passent au-dessus des jambes du praticien. On va surélever les pieds de l'assistante, avec un repose-pied.

Sur quels critères doit-on choisir son siège praticien pour préserver son dos ?

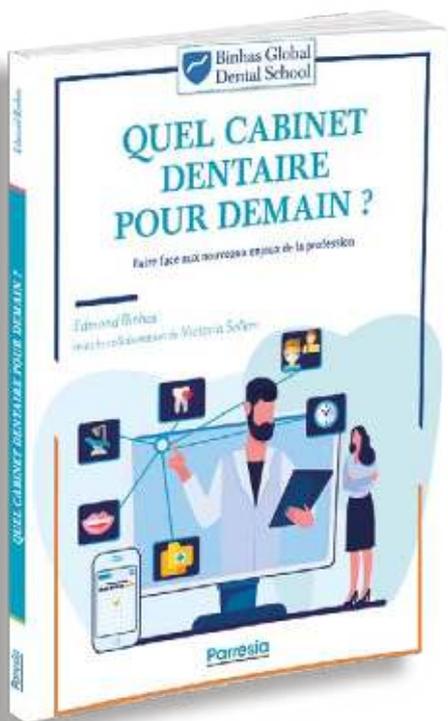
Un tabouret de qualité est un prérequis indispensable. Les praticiens pensent souvent que s'ils ont mal au dos, c'est qu'ils sont mal assis sur le mauvais tabouret. C'est trop simpliste car c'est surtout une question de réglage du tabouret, pas forcément de choix. Il y a une multitude de tabourets qui sont performants sur le marché, mais ce qui va conditionner notre position, c'est ce que l'on regarde. Si je dois pencher la tête pour voir dans la bouche du patient, j'aurais mal au dos, quel que soit le tabouret, ou la selle sur lequel je me trouve. Il ne faut pas un tabouret trop haut, sinon le patient est très bas et l'on va être obligé de pencher la tête en avant. Il faut un tabouret qui soit bien réglé, à la bonne hauteur, et mettre le patient sous ses yeux. Le tabouret de l'assistante est très important aussi. Le coude de l'assistante doit être à la même hauteur que la bouche du patient. Il faut qu'elle ait un tabouret qui permette de monter très haut et ajouter un repose-pied solidaire du sol pour avoir un point d'appui afin de se tourner.

Propos recueillis par Agnès Taupin.

Quel cabinet dentaire pour demain ?

Faire face aux nouveaux enjeux de la profession

Edmond Binhas



Envisager les défis du monde actuel et s'adapter

- ☞ Accélérateur de transformations dans les structures dentaires, la crise sanitaire liée au Covid-19 nous contraint à revoir nos organisations artisanales et intuitives. Nos structures doivent évoluer vers une organisation ordonnée qui ne se limite plus à la technique.
- ☞ Cet ouvrage vous propose de mettre en place les 9 systèmes fondamentaux : stratégie, rendez-vous, production, encaissements, cohésion d'équipe, scripts, acceptation des traitements, nouveau patient et communication externe.
- ☞ Articulés de 4 paramètres : le paramètre sanitaire, le paramètre organisationnel et technologique, le paramètre de la gestion financière et le paramètre de la gestion des relations.

Premier opus d'une collection pour maîtriser la gestion de son cabinet

Retrouvez la Librairie Garancière sur les réseaux sociaux Facebook, Twitter et Instagram

Commandez et retrouvez toutes nos collections sur www.librairie-garanciere.com

Bon de commande

« Quel cabinet dentaire pour demain ? »

Je retourne le bulletin avec mon règlement par chèque à l'ordre de :

Parresia

Bâtiment Regus
17, rue de la Vanne
92120 Montrouge

@ : contact-librairie.garanciere@parresia.fr

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : | | | | |

Ville :

Tél. : | | | | |

Email * :

« **Quel cabinet dentaire pour demain ?** » au prix de 29.90 € TTC,
Frais de livraison (obligatoires) France métropolitaine : 4.50 €
soit **34,40 € TTC** au total

- Je règle par chèque à l'ordre de Parresia
- Je souhaite recevoir une facture
- Je souhaite recevoir la newsletter Librairie Garancière

* Champs obligatoire

Librairie Garancière

La fonction canine : totem et tabou ?

La fonction de la canine selon les gnathologistes est de diriger la cinématique mandibulaire. Mais les nouveaux concepts d'occlusion fonctionnelle selon Lauret-Le Gall la réfutent et attribuent exclusivement aux premières molaires le rôle de guidage de l'occlusion.

Résumé

Le rôle fondamental de la canine tel qu'il a été pensé par D'Amico est de réguler la dynamique occlusale afin d'éviter le stress et l'usure dentaire. Explicitement présentée par D'Amico dans les années 1950 comme une hypothèse à vérifier, la gnathologie a repris et dogmatisé cette hypothèse sans la vérifier ni la valider scientifiquement. Difficile en effet quand on mastique à l'envers...

Or, depuis 1990, les travaux cliniques et les enregistrements vidéos de Jean-François Lauret et Marcel Le Gall, reposant sur l'observation de la physiologie de la mastication, invalident sans appel cette hypothèse réductrice qui décrit une canine effectuant le mouvement inverse d'une entrée de cycle du côté mastiquant. Pour définir le rôle de la canine et déterminer son importance en occlusodontie, les auteurs proposent tout d'abord d'observer la mastication « dans le bon sens » puis d'en tirer les conclusions validées par l'observation clinique et la physiologie.

Publié en 1913, l'ouvrage de Sigmund Freud « Totem et Tabou » est évoqué ici par simple trait d'esprit et sans autre forme de malice, afin d'introduire l'un des sujets éminemment « tabou et totémique » pour l'école occlusale gnathologique, celui de la fonction canine [1].

Comment D'Amico a-t-il développé une nouvelle conception de l'occlusion en préconisant la protection canine ? La naissance d'un paradigme reste presque toujours une aventure empirique, émanant d'une personne ou d'un petit groupe, parfois liée en apparence au hasard. Les publications, les conférences, l'enseignement,

les différentes interventions médiatiques ont un effet « boule de neige » au point que la nouvelle théorie occupe progressivement le champ de l'actualité, à laquelle se rallie la communauté des praticiens.

La question essentielle demeure cependant celle de la validité scientifique des concepts ; les principaux textes publiés entre 1958 et 1961 par D'Amico, chirurgien-dentiste et anthropologue, autorisent un regard critique sur la genèse de la fonction canine [2,3,4,5,6,7]. L'occlusodontie fondée sur le niveau de preuve n'interviendra pas dans l'analyse, car le débat relève de la simple observation et du bon sens. Tout le monde mastique...



© iStock/Marina Demeshko

I - Une nouvelle théorie de l'occlusion

1 - Théorie scientifique ?

C'est une vérité provisoire, qui dure aussi longtemps que les faits se comportent comme la théorie le prédit ou le décrit. Une théorie n'est ni vraie ni fausse ; elle est remplacée dès qu'une nouvelle théorie a une meilleure emprise sur la réalité [8, 9, 10, 11]. D'Amico avait prévenu modestement son lecteur : « *Je souhaite que mon effort encourage quelques groupes ou personnes à lancer un programme de recherche pour prouver que mes découvertes sont vraies ou fausses. Ce sera le seul moyen de chercher ou de trouver la vérité* [2 dans la préface]. » Malheureusement, la protection canine, voire la fonction de groupe, n'ont jamais été validées par quiconque depuis 1958,

Les principaux textes publiés entre 1958 et 1961 par D'Amico, chirurgien-dentiste et anthropologue, autorisent un regard critique sur la genèse de la fonction canine.

Auteur

Dr Roger JOERGER

- Maître de conférences occlusodontie
- Responsable du DU d'occlusion fonctionnelle, faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg
- MCU/exercice privé (Strasbourg)



Roger Joerger, disparu en novembre 2021, avait écrit pour Dentoscope cet article en « hommage à Jean-François Lauret, Marcel Le Gall et Christophe Landeau ».

et un long cheminement d'une soixantaine d'années à vu cette hypothèse progressivement érigée en axiome de la pensée unique gnathologique [12].

2- Le renouvellement du paradigme par le doute

Le système explicatif donne satisfaction jusqu'au point de rupture qu'engendre l'apparition de doutes ou de questions restées sans réponses. En 2007, un professeur d'orthodontie australien, Donald J. Rinchuse [7] s'interroge sur la validité de la théorie de la fonction canine,

et s'insurge contre son modèle exclusif ; il se rallie sans enthousiasme véritable à la perspective d'une fonction de groupe. Si son analyse a le mérite d'exprimer un doute partagé, il n'est cependant pas allé jusqu'au cœur du problème posé, parce qu'il ne connaissait pas le schéma fonctionnel de la mastication utilisé aujourd'hui, avec les entrées et les sorties de cycle de mastication et le guidage par le

couple des premières molaires [14, 15, 16, 17].

3 - Les questions fréquemment posées

Elles trouvent maintenant leurs réponses à la lumière des concepts fonctionnels [18] (Tableau).

Questions	Gnathologie	Occlusion fonctionnelle
Que guide la canine ?	Du côté travaillant, la latéroclusion centrifuge dans un mouvement d'abaissement de la mandibule	Du côté non mastiquant, l'abaissement de la mandibule pour initier un nouveau cycle de mastication
Quand effectuer une latéroclusion centrifuge ?	Sur le fauteuil du gnathologiste qui le demande et qui doit souvent aider le patient à effectuer ce mouvement	Jamais pour simuler la mastication
Une latéroclusion est-elle l'équivalent d'une entrée de cycle de mastication ?	La gnathologie ne mastique pas	Non, il y a une différence entre une latéroclusion centrifuge qui sollicite principalement les muscles de l'ouverture et une entrée de cycle centripète qui sollicite les muscles de la fermeture
Les muscles de l'ouverture ont-ils la même action que les muscles de la fermeture ? Développent-ils les mêmes pressions et forces ? Selon le même axe ?	Non, car la latéroclusion et la proclusion sollicitent les muscles de l'ouverture	Clairement non, ils sont antagonistes : les muscles de la fermeture développent des forces bien plus importantes et permettent la mastication
La mastication et l'incision s'effectuent-elle à l'ouverture ou à la fermeture ?	En proclusion, donc à l'ouverture	Elles ne peuvent s'effectuer qu'à la fermeture
Définition de la mastication	C'est une parafonction	La mastication est la fonction essentielle à la survie de toutes les espèces vivantes dotées de dents

II - Les écoles occlusales

1- L'école des prothésistes et la critique de D'Amico

La première théorie occlusale développée par Bonwill en 1885, par Von Spee en 1890, reprise par Gysi en 1912, est élaborée pour réaliser des prothèses complètes bimaxillaires stables en établissant des contacts simultanés sur toutes les dents lors de tous les mouvements excursifs. Ceci suppose des dents plates, sans cuspide de guidage, et une muqueuse dépressive pour amortir les interférences. D'où sa dénomination : occlusion balancée, occlusion bilatérale, occlusion équilibrée bilatérale, occlusion généralement équilibrée. Von Spee décrivait un cycle masticatoire circulaire s'effectuant dans le sens antéro-postérieur et dont le seul but était l'écrasement des aliments plutôt que la mastication. Ainsi pouvait-il être gêné par les canines ; d'où son invitation à les meuler [4]. D'Amico assimile ce modèle mécaniste au modèle herbivore présentant des dents plates et usées ; mais il ne pourra pas se résoudre pour des raisons philosophiques, théologiques, anthropocentriques, à l'idée que le modèle

de fonctionnement de l'homme soit assimilable au modèle animal. Il a raison selon le point de vue occlusal de ne pas se résoudre à l'idée qu'une denture humaine usée soit identique à une denture d'herbivore et que l'occlusion balancée puisse servir de modèle de restauration de la denture humaine. Et pour contrer le modèle de l'occlusion balancée, son argumentation reposera sur l'hypothèse selon laquelle la canine protégerait la dentition de l'usure. C'est ainsi que nous passons de la consigne de meuler la canine à la consigne inverse, à sa « sacralisation ». Chez les primates, selon D'Amico, « la dentition est conçue pour une action de cisaillement et de coupe et non pour l'action de broyage des herbivores et des ruminants. »

2- L'école des gnathologistes

Lorsque les concepts mécanistes ont été appliqués à la prothèse fixée, entre 1920 et 1960 avec Mc Collum-Stallard-Stuart-D'Amico, il a fallu résoudre deux problèmes. Premièrement : quelle est la position de référence de la mandibule ? La réponse a été rapide, invariable et

universelle, c'est la relation centrée comme chez les sujets édentés ; mais pour les sujets dentés, la définition de la relation centrée n'a jamais cessé d'être contestée, évoluant vers le *freedom in centric*.

Deuxièmement : comment gérer les contacts occlusaux en dynamique, et la réponse a été tout aussi invariable depuis : en latéroclusion par la protection canine, pure d'abord (puis logiquement « impure » ensuite) avec la fonction de groupe, mais sans contact du côté non-travaillant ni sur les dents antérieures.

Pendant la proclusion s'effectuant entre les 6 dents antérieures maxillaires et les 8 dents antérieures mandibulaires, il n'y a pas de contacts postérieurs, et vice versa ; c'est le principe de la protection mutuelle. Ces principes sont encore malheureusement très largement appliqués si on ne recourt pas à la simulation des mouvements fonctionnels de mastication [19, 20, 21, 22, 23].

III - L'analyse de D'Amico

« Dans l'étude des primates, nous observons que la dent la plus dominante des dentitions naturelles, et celle qui présente la plus grande variation de dimension, c'est la canine... Sa relation fonctionnelle et sa position sur l'arcade dentaire sont constantes dans tous les cas... les canines supérieures recouvrent et se verrouillent entre la canine inférieure et la première prémolaire [2]. »

1 - La canine remplit trois fonctions en 1958

Le premier rôle est celui d'un « stress breaker » naturel, un inhibiteur de stress. « Leur position d'engrènement permet principalement de guider la mandibule dans un mouvement de charnière glissante lors de la fermeture en position centrée, de sorte que l'ampleur de la force appliquée pendant la mastication soit dirigée selon le grand axe des dents et qu'une telle force appliquée soit équilibrée par une force de résistance d'égale grandeur. » Il est en concordance avec d'autres auteurs, tels que W. M. Krogman : la canine est une « dent de guidage [2] ».

Le second rôle, grâce à la multitude de récepteurs parodontaux, est de protéger le parodonte des autres dents.

Les herbivores ont une mastication unilatérale alternée, avec des rails de guidage orientés selon des axes diagonaux, opposés des deux côtés, les empêchant de ce fait de mastiquer avec une congruence simultanée de toutes les faces occlusales. De plus, leur denture est à croissance continue, auto-réparatrice. L'usure irréversible des dents humaines allant jusqu'à l'occlusion en bout-à-bout incisif est principalement liée aux régimes alimentaires.

Préserver de l'usure et guider par la canine sont les deux piliers de la prévention et de la thérapeutique selon D'Amico. Il contribue dans les années 1950-1970 au remplacement de la théorie mécaniste des prothésistes par ses vues nouvelles.

Le troisième rôle est de soulager le travail des ptérygoïdiens. « Les canines agrandies des anthropoïdes servent à guider la mandibule en position centrée, éliminant ainsi le recrutement et le développement des muscles ptérygoïdiens médians

et latéraux ». Sauf que le ptérygoïdien médial est élévateur et protracteur, et que le ptérygoïdien latéral est un muscle de l'ouverture, de la protraction et de la diduction centrifuge ; il n'agit pas en harmonie avec le ptérygoïdien médial [15]...

2 - La canine verrou de l'occlusion ?

S'il n'y avait pas d'usure généralisée, l'homme « aurait présenté une relation des canines en supraclusion (overbite) et une relation verrouillée-engrénée (interlocking) ». Telle est l'hypothèse, fragile sur le plan scientifique, non vérifiée sur le plan clinique, qui évoluera malheureusement en dogme.

D'Amico explicite sa pensée sous l'effet probable de critiques qui lui sont parvenues entre janvier et juin 1958 et il admettra à juste titre que l'occlusion tripodique verrouillante n'est pas observable (d'autant plus qu'il a 58 ans), qu'il existe en OIM un léger degré de liberté évalué à 1 mm, correspondant à ce que Norman Bennett décrit en 1908 sous l'appellation d' « early side shift », évalué à 0,75 mm pour 85 % de la population et variant de 1 à 4 mm [24]. Cet « early side shift » est observable aujourd'hui sur les vidéos de mastication en image par image, en début de sortie de cycle, juste après le passage par l'OIM, par contre uniquement du côté mastiquant.

IV - Les autres théories de la fonction de la canine

1 - Charles S. Tomes

D'Amico connaissait « Les dents des mammifères » chapitre 8 page 273, et l'hypothèse de Tomes [25] : « *Les mâles de nombreux singes frugivores ont des canines beaucoup plus grandes que celles des femelles ; elles ont percé tardivement, en coïncidence avec l'atteinte de la maturité sexuelle, et servent d'armes à leurs possesseurs lors des combats avec les autres mâles... les ruminants qui sont armés de cornes n'ont pas de canines. Et réciproquement.* » Mais il n'a pas retenu l'excellente hypothèse de Tomes.

2 - Pascal Picq [26]

Les grandes canines sont liées au dimorphisme sexuel et elles n'influencent pas la mastication sinon elles seraient un obstacle à la survie de l'espèce. La mécanique masticatoire de l'homme et du singe sont analogues, il n'existe pas de corrélation entre régime alimentaire et taille de la canine.

Le gibbon monogame n'a pas de canine saillante ; le bonobo polyandre accuse une différence à peine marquée, de même que le chimpanzé. Par contre, vivant en harem, le mâle gorille, l'orang-outang, le babouin ont des canines marquées et cependant ils mastiquent de la même façon que les femelles.



Le dimorphisme sexuel s'estompe à partir de 7 millions d'années (Ma) pour Toumaï, à partir de 4 Ma pour les australopithèques, et à partir de 3 Ma pour le genre Homo. Le cycle de mastication gagne en amplitude médio-latérale, la canine reste en place assurant toujours la transition entre le bloc antérieur et le bloc post-canine ; elle n'a pas de fonction spécifique et fait désormais figure d'« exaptation ». Elle est stable depuis 2 Ma.

Malgré son talent d'orateur, il semble que les conférences et publications de Pascal Picq sur la canine n'aient pas eu de grand impact intellectuel auprès des gnathologistes...

3 - La canine et le cycle de mastication en occlusion fonctionnelle

L'éruption de la canine est tardive chez Sapiens et coïncide avec l'âge de la maturité sexuelle (12 ans). L'individu

possède son cycle définitif de mastication dès l'éruption des premières molaires. À 12 ans, les canines s'intègrent dans le cycle, mais ne le dirigent pas. Il en est ainsi pour l'individu depuis l'âge de 6 ans et pour les mammifères depuis 30 Ma. Aucun auteur n'a montré à ce jour que le cycle de mastication se modifie avec l'apparition des canines.

Un cycle de mastication débute en OIM. Une phase non-dentaire, pilotée par les ATM et les muscles débute par l'ouverture presque sagittale médiane chez l'adulte, se poursuit par l'adoption d'un côté préférentiel, se poursuit par une phase de fermeture dirigée de l'extérieur vers l'intérieur, de l'arrière vers l'avant et du bas vers le haut, pour aboutir à une phase dento-dentaire pilotée à son tour par les dents. Le premier contact de guidage est assuré par le sillon de Le Gall (sillon vestibulo-distal de M6 inférieure) qui suit le versant interne de la cuspidé disto-vestibulaire de M6 supérieure jusqu'à l'OIM. Ensuite s'effectue un changement de direction dû à l'orientation du pont d'émail vers la canine opposée à la mastication. La fonction de la canine dès lors est double : le contact des canines du côté non-mastiquant limite l'amplitude transversale du mouvement (protection directe des dents antérieures et indirecte des ATM) et provoque par réflexe proprioceptif l'ouverture de la bouche et le démarrage d'un nouveau cycle de mastication. La distinction entre un guidage antérieur et un guidage postérieur n'existe pas ; le seul couple des M6 accomplit l'ensemble du guidage, de l'entrée de cycle qui protège l'ATM à la sortie de cycle qui protège les dents antérieures, suivant ainsi les deux directions du pont d'émail et passant bien sûr par l'OIM (l'unique position de référence) et non par la relation centrée. La gnathologie effectue un demi-cycle de mastication en sens inverse de l'entrée de cycle. C'est sur le plan de la physiologie une absurdité. La canine homolatérale du côté mastiquant participe activement à l'entrée de cycle (incision, percement, dilacération) et, dépourvue de cuspidé, elle ne participe pas à la sortie du côté mastiquant.

Conclusion

Dans « Les Parties des Animaux », Aristote écrit que les dents servent à la mastication, celles des hommes ayant une fonction supplémentaire, la phonation ; il avait aussi observé que le sanglier par exemple possède des canines saillantes, contrairement à la laie ; cette différence a été attribuée dans l'Antiquité à la séparation des tâches entre les mâles dont le propre est de « frapper » parce qu'ils sont forts et courageux, et les femelles qui sont plus destinées à « mordre » [27].

Deux mille trois cents ans plus tard, D'Amico élabore une hypothèse sur le rôle de la canine sans même évoquer la différence de fonctionnement entre un mâle à canines saillantes qui, lui, serait guidé pendant les cycles de mastication, et les pauvres femelles dépourvues de cet avantage, qui ne pourraient pas mastiquer aussi bien... Heureusement que l'évolution, dans sa grande sagesse a réduit la taille des canines de Monsieur Sapiens !

Cette analyse régressive de la fonction de la canine a été rectifiée d'une part par les anthropologues, « canine = sexe » et par les nouvelles théories de l'occlusion fonctionnelle présentées dès 1994 par Jean-François Lauret et Marcel Le Gall, qui rendent définitivement

caduque la théorie de la fonction canine au profit du couple premières molaires guidant la mastication avec le pont d'émail, dès 6 ans.

Jeanmonod [28] avait mis la profession en garde : « *Le réflexe a été d'extrapoler au moment où l'occlusodontie est née. L'occlusodontie s'est alors engagée dans une voie qui était complètement en marge des connaissances déjà acquises en physiologie à cette époque.* » Oui, la gnathologie oublie la mastication, fonction princeps, quand elle n'essaye pas de la nier ou de la présenter comme une parafonction.

L'*evidence based medicine* est tout à fait inutile pour prouver que l'homme mastique et qu'il n'effectue ni des latéroclusions ni des proclusions, il suffit d'observer...♦♦♦

Bibliographie

- [1] Freud S. Totem et Tabou. Payot, Paris, 1970.
- [2] The canine Teeth, Normal Functional Relation of the Natural Teeth of Man. Journal of the Southern Calif. Dental Association 26 (1,2,4,5,6,7) 1958.
- [3] Application of the Concept of the Functional Relation of the Canine Teeth. Journal of the Southern Calif. Dental Association 27 (2) 1959.
- [4] Origin and Development of the Balanced Occlusion Theory. Journal of the Southern Calif. Dental Association 28 (10) 1960.
- [5] Fixed partial Dentures. Functional Occlusion of the Natural Teeth of Man. The Journal of Prosthetic Dentistry 11 (5) 1961.
- [6] New Concept of the Functional Occlusion of the Natural Teeth in Restorative Dentistry. Texas Dental Journal 80 (1) 1962.
- [7] A Study of the Comparative Functional Mammalian Masticatory Systems. Journal of the Southern Calif. Dental Association 33 (10, 11, 12) 1965.
- [8] Logique et connaissance scientifique. Piaget J, Ulmer J. Pleiade, Paris, 1967; 656-666.
- [9] Bernard C. Introduction à la médecine expérimentale. Garnier-Flammarion, Paris, 1966.
- [10] Bachelard G. Le nouvel esprit scientifique. PUF, Paris, 1971.
- [11] Joerger R. Evidence Based Medicine ou Evidence Based Occlusodontie ? Clin. 2021;42(397):9-112.
- [12] Le Gall M, Joerger R. La canine 60 ans après D'Amico : mythe ou réalité. Publié sur le site de l'université de Strasbourg, 2018. www.univoak.eu accès libre.
- [13] Rinchuse DJ, Kandasamy S, Sciote J. A contemporary and evidence-based view of canine protected occlusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2007;132:90-102.
- [14] Lauret J.F., Le Gall M.G. La mastication. Une réalité oubliée par l'occlusodontologie ? Cah Prothèse. 1994;85:30-46.
- [15] Le Gall M, Lauret JF. La fonction occlusale, Implications cliniques. 3^e édition. Éditions CdP, 2011.
- [16] Le Gall M, Lauret JF. The function of mastication: implications for occlusal Therapy. Pract. Perio. Aest. Dent. 1998;2:225-229.
- [17] Le Gall M. Site internet : mastication-ppp.net
- [18] Occlusion et manducation. 16^e Journées Internationales du CNO, Multimedia Symposium Transcription, Calliscope:5 et 6 mars 1999.
- [19] Mac Collum BB. Fundamentals involved in prescribing restorative dental remedies. Dent Items, 1939: 522-535, 641-648, 724-736, 852-863, 942-950.
- [20] Ramfjord S, Ash MM. L'occlusion. Paris, Julien Prélat, 1975.
- [21] Dawson PE. Les problèmes de l'occlusion. Paris, Julien Prélat, 1977.
- [22] Posselt U. Physiologie de l'occlusion et réhabilitation. Paris, Julien Prélat, 1968.
- [23] Lucia V. Modern gnathological concepts-updated. Chicago, Quintessence Publishing. 1983: 449.
- [24] Bennett N. A contribution to the study of the movements of the mandible. Proc Royal Soc Med. 1908,1(3):79-98.
- [25] Tomes CS. A manual of dental anatomy human and comparative. Presley Blakiston, 1882:273.
- [26] Picq P. La canine humaine : évolution et signification adaptative. Rev Orthop Dento Faciale 2010;44:9-15.
- [27] Aristote. Les parties des animaux. Budé Belles Lettres, Paris 1957, livre III, Rôle et forme des dents : 63-65.
- [28] Jeanmonod A. Occlusodontologie, applications cliniques (préface). CdP, Paris. 1988.

GESTION ET COMMUNICATION

■ GAD CENTER

- **Gestion du cabinet dentaire : gestion du temps et de l'agenda**

16-17 juin à Bordeaux
Dr Cyril Gaillard

- **Marketing et communication**

8-9 sept. à Bordeaux
Dr Cyril Gaillard

- **Gestion du cabinet dentaire : gestion d'équipe et management**

22-23 sept. à Bordeaux
Dr Cyril Gaillard

- **Gestion du cabinet dentaire : performance financière**

3-4 nov. à Bordeaux
Dr Cyril Gaillard
Contact : Céline au 06 09 13 52 41
contact@gad-center.com
www.gad-center.com

OMNIPRATIQUE

■ IVOCLAR

- **Restaurations esthétiques antérieures... du composite à la facette céramique**

9 et 10 juin à Annecy/St-Jorioz
Dr Gauthier Weisrock

- **La dentisterie préventive... chez l'enfant et l'adulte**

6 et 17 juin à Annecy/St-Jorioz
Dr Camille Lulan

- **Érosions/usures - approche adhésive pour l'interception et le traitement**

23 et 24 juin à Annecy/St-Jorioz
Dr Romain Cheron
Ivoclar
www.ivoclar.com/fr_fr

■ PATIENTS ATTEINTS DE MIH

- **Comment leur redonner le sourire ? Traiter les taches et dyschromies au cabinet dentaire**

12 mai
Drs Justine Le Clerc,
Anne Le Goff et Matthieu Pérard
https://odonto.univ-rennes1.fr/inscription

■ GAD CENTER

- **Prise en charge des pathologies occlusales et posturales**

13-14 oct. à Bordeaux
1^{er}-2 déc. à Bordeaux
12-13 jan. 2023
Dr Christophe Ghrenassia
Contact : Céline au 06 09 13 52 41
contact@gad-center.com
www.gad-center.com

■ LE FLUOR AU QUOTIDIEN

- **Approche graduelle et raisonnée par le professionnel de santé. Formation en ligne en partenariat avec Zedental**

En fin de programme, les chirurgiens-dentistes ayant suivi la formation

seront capables de comprendre le mode d'action du fluor, évaluer le risque carieux individuel (RCI) sur la base de critères simples, prescrire un traitement fluoré à domicile ou au cabinet adapté au RCI, à l'âge du patient, et expliquer leur prescription pour obtenir une adhésion et une observance du patient

Santé Formapro
www.santeformapro.com/formations/

■ ÉROSIONS ET ULCÉRATIONS DE LA MUQUEUSE BUCCALE

- **Formation en e-learning en partenariat avec Zedental**

Identifier les facteurs de risques communs aux maladies bucco-dentaires, réaliser un examen clinique systématique et complet, discriminer les différentes formes cliniques d'aphtes, connaître les traitements des ulcérations buccales aiguës, discriminer et diagnostiquer les différentes ulcérations buccales récidivantes et chroniques

Santé Formapro
www.santeformapro.com/formations/

■ SOP

- **Cycle odontologie pédiatrique**

Jusqu'au 17 mai - Un parcours complet pour se former et se perfectionner en odontologie pédiatrique afin de développer cette approche en omnipratique ou dans le cadre d'un exercice orienté. Responsables scientifiques : Lucile Goupy, Sylvie Saporta et Romain Jacq
> **Soigner sereinement**

Prise en charge comportementale de l'enfant, sédation. Maladie carieuse : diagnostic, évaluation des facteurs de risque et prévention. Thérapeutiques restauratrices et endodontiques de la dent temporaire et de la dent permanente immature. Chirurgie. Traumatismes dentaires. Traitements orthodontiques précoces : maintien de l'espace et interception

- > **Focus sur quelques pathologies bucco-dentaires essentielles - Formation en ligne en partenariat avec Zedental**

En fin de programme, les chirurgiens-dentistes ayant suivi la formation seront capables de reconnaître une lésion précancéreuse et diagnostiquer un cancer de la cavité buccale, réinvestir leur rôle dans le dépistage et le suivi des cancers de la cavité buccale, reconnaître, diagnostiquer et traiter un lichen plan buccal, reconnaître, diagnostiquer et traiter les candidoses buccales, discriminer les différentes formes de chéilites acquises, identifier les manifestations bucco-dentaires d'origine infectieuse et non infectieuses de l'infection à VIH et définir et adapter les modalités de prise en charge de chaque patient
Santé formapro
contact@santeformapro.com
www.santeformapro.com/formations/

■ UTILISATION OPTIMISATION CONE BEAM

16 juin, 1^{er} déc à Paris
Identifier les principales indications de l'examen CBCT, comprendre son intérêt et ses limites compte tenu des principes d'optimisation et de limitation relatifs à la radioprotection du patient. Argumenter la notion de risque-bénéfice pour le patient
Dominique Le Denmat
www.adentia.fr/inscription

ESTHÉTIQUE

■ ACADÉMIE DU SOURIRE

- **Maîtriser l'esthétique du sourire (groupe 3)**

3-4 mai, 5-6 juil.

- **Maîtriser l'esthétique du sourire (groupe 4)**

5-6 mai, 7-8 juil.

Drs André-Jean Faucher, Jean-Christophe Paris, Olivier Etienne, Jacques Dejou, Stéphanie Ortet, Grégory Camaleonte, Jean Richelme, Gauthier Weisrock, Jean-David Boschatel, Romain Ceinos, Karim Nasr, Olivier Chabron
https://academie-du-sourire.com

■ FACETTES PRÉFABRIQUÉES EN COMPOSITE

- **Solution immédiate pour les défauts de forme, position et couleur**

21 mai à Lançon-Provence
Cours magistral et travaux pratiques
Dr Stephan Lampl et M. Martin Lampl
CFOP - info@cfop.fr
www.cfop.fr

■ GAD CENTER

- **Offre duo « inlay, onlay, overlay et facettes de A à Z »**

12-13 mai à Bordeaux
Dr Marie Clement et Jérôme Bellamy

- **Inlay, onlay, overlay : de la préparation au collage**

14 mai à Bordeaux
Dr Marie Clement

- **Le digital de A à Z, du diagnostic à la pose des céramiques : live patient**

30 mai au 3 juin à Bordeaux
Dr Cyril Gaillard, MM Jérôme Bellamy et Thomas Ernest

- **Prothésistes dentaires : le numérique au service de l'esthétique**

2-3 sept. à Bordeaux
Jérôme Bellamy et Thomas Ernst

- **Digue : les secrets de l'isolation**

30 sept.
Dr David Gerdolle
Contact : Céline au 06 09 13 52 41
contact@gad-center.com
www.gad-center.com

■ POUR UNE MAÎTRISE DE LA DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

Jusqu'au 11 juin

Un parcours complet pour maîtriser les techniques de dentisterie adhésive à visée esthétique (analyse esthétique, traitement dyschromies, stratification composites, onlay, facette, etc.) 10 jours, 4 modules. Drs Cedrik Bernard, Éric Bonnet, Martin Brient, Benoit Brochery, Alex Dagba, Emmanuel d'Incau, Julien Mourlaas, Frédéric Raux, Bernard Schweitz, Florent Trévelo et Pascal Zyman Chacune des journées du cycle esthétique comprend une partie théorique et une partie TP, permettant de mettre immédiatement en application l'enseignement. Les modules de ce cycle se déroulent en présentiel et en distanciel secretariat@sop.asso.fr www.sop.asso.fr

IMPLANTOLOGIE

■ SAPO IMPLANTS

• Traitement maxillaire postérieur sans greffe

30 juin à Paris

Drs Bernard Cannas et Nicolas Boutin avec le Dr Emmanuel Racy (chirurgien ORL et maxillo-facial) Pathologies sinusiennes : dépister les contre-indications. Greffer : les conséquences pour le sinus. Analyse radiologique pré-chirurgicale. Anatomie du sinus : exploiter tous les volumes osseux. Quel implant dans un volume réduit ? Indications des implants courts ou inclinés multiples. Gestion du plancher sinusien bas entre 2 dents naturelles. Protocole de condensation par voie crestale.

• Chirurgie et prothèse des implants zygomatiques

4-5 mai à Paris

> Journée 1

Intervention chirurgicale et cours théoriques (praticiens)

> Journée 2

Dissections et protocoles chirurgicaux des implants zygomatiques (praticiens et assistantes)

• Greffes osseuses et sinus lift

7-8 et 9 déc. à Paris

• Cours implantologie

> Module 2

L'implant et l'imagerie

9-10 mars 2023 à Paris

Bien comprendre l'imagerie dentaire pour bien traiter : comment gagner en efficacité et en sécurité. Imagerie conventionnelle : que comprendre d'une panoramique, d'un bilan rétro-alvéolaire ? Quand et pourquoi passer un scanner ? Qu'en apprendre pour établir son plan de traitement ? Quelle place donner aux logiciels de planification 3D ?

> Module 3

L'anatomie et l'implant

7 au 9 juin 2023 à Paris

Maîtriser l'acte chirurgical, prévoir, anticiper, déjouer les obstacles chirurgicaux. Revoir l'anatomie chirurgicale. Pose d'implants sur modèles 3D

> Module 4

L'implant et le projet prothétique

5-6 oct. 2023 à Paris

Maîtriser la relation entre la chirurgie et la prothèse implanto-portée. Acquérir les automatismes dans l'établissement du plan de traitement. Assurer le résultat du projet prothétique à long terme

> Module 5

L'implant et les aménagements péri-implantaires

16-17 nov. 2023 à Paris

Maîtriser les aménagements péri-implantaires. Assurer l'intégration tissulaire des implants dentaires. Savoir quand et comment mettre en charge

www.sapoimplant.com

■ JOURNÉE SMD ON CERAMIC IMPLANTS

23 avril à Marche-en-Famenne

(Belgique) - Organisée par la Société de médecine dentaire ASBL
Réservations : secretariat@dentiste.be

■ WHITE SKY MEETING

13, 14 mai à Bastia

Congrès organisé par le groupe Bredent

www.bredent-implants.com

■ IMPLANTS ZIRCON MONOBLOCS ET CFAO

Une grande biocompatibilité

17 et 18 juin à Lyon

De la chirurgie à la prothèse en passant par l'approche phyto-aromathérapie - Journées SLO (Société Lyonnaise d'occlusodontie)
Dr Stéphanie Gouiran

Renseignements : <https://eacim-ceramic-implantology.com/fr/>

■ CONGRÈS CONTINUUM

25 juin à Paris - Congrès suivi

d'une soirée à l'occasion du 20^e anniversaire de Sapo Implant

• Les péri-implantites

Équipe Parosphère
Drs Benjamin Perron, Philippe Doucet et Frédéric Duffau

• Intérêt du traitement des péri-implantites par laser

Dr Amandine Para

• Quel est le bon moment pour déposer un implant ?

Dr Omid Moghadas

• De la chirurgie guidée à la navigation

Dr Renaud Noharet

• Intégration de la navigation chirurgicale dans la pratique quotidienne

Dr Alfonso De Caballero de Rodas

• Le traitement des résorptions sévères des maxillaires

Dr Sepehr Zarrine

www.sapoimplant.com

■ IFCIA – HADI ANTOUN

• Les greffes de sinus

20-21 oct.

C'est la seconde session du cycle des augmentations osseuses et qui traitera en profondeur des greffes de sinus en particulier par voie latérale pour que les participants puissent appréhender cette technique d'une façon didactique et très pratique

• Traitement de l'édenté complet en implantologie

16-17 juin

Cette session est consacrée au traitement de l'édenté complet y compris l'approche All-on-4 et la mise en charge immédiate. Des interventions en direct ainsi que des travaux pratiques seront proposés tant pour la partie chirurgicale que prothétique

• Aménagements muqueux sur dents

7-8 juil.

Session menée par le Dr Sylvie Pereira avec la participation du Dr Ons Zouiten. Nous sommes aujourd'hui de plus en plus confrontés à des situations cliniques où l'anatomie du complexe muco-gingival est altérée. Recouvrir une racine, augmenter ou créer de la gencive kératinisée, aligner les collets dentaires, renforcer le parodonte, diminuer l'hypersensibilité dentinaire sont autant d'indications à l'aménagement muqueux. La demande esthétique constitue souvent le principal motif de consultation et dans certains cas, les bons résultats sont difficiles à atteindre. Ceci est-il lié au choix de la technique ? Au protocole opératoire ? Ou à une erreur de diagnostic ?

• La chirurgie guidée statique et dynamique

8-9 sept.

Formation en partenariat avec l'Académie de chirurgie guidée - Comprendre et simplifier l'ensemble de la chaîne numérique : empreinte optique, projet prothétique virtuel, planification implantaire, guides chirurgicaux, temporisation immédiate par CFAO. - Apprentissage et approfondissement de l'utilisation d'une caméra optique, de logiciels de planification, d'une imprimante 3D. - Maîtriser les protocoles en chirurgie guidée et en chirurgie naviguée

- **Master Class**
Les augmentations osseuses 3D
8-9 déc.
Tél. : 01 85 09 22 89
www.ifcia-antoun.com/fr/formations

ENDODONTIE

- **ENDOVISION**
Congrès international d'endodontie
9 au 11 juin à Saint-Malo - Extraire peut attendre ! Drs Jérôme Delattre, Gierdick Tataryn, Georg Strbac, Gianluca Plotino, Nicola Grande
www.sfe-endo.fr

ORTHODONTIE

- **RMO EUROPE**
 - **Minivis : mise en place et utilisations**
13 juin à Paris - Dr Lesage
 - **Journée des utilisateurs Orthocaps**
20 juin à Paris - Drs Khan, Farina et Pr Sorel
 - **Certification Orthocaps**
Formation concept aligneurs
5 sept. à Paris - Dr Khan
Tél. : 03 88 40 67 40
seminaires@rmoeurope.com
www.remoeurope.com
- **GC ORTHODONTICS**
Utiliser les brackets auto-ligaturants et les arcs à mémoire de forme de façon raisonnée et basée sur les preuves
16 juin à Paris - Pr Laurence Jordan, Dr Christian Demange
Inscriptions : Isabelle Mauriange
Tél. : 07 89 24 61 68
isabelle.mauriange@gc.dental
www.gcorthodontics.eu

■ COURS PRATIQUE SUR ELECTRODONT DE LA TECHNIQUE TGO (TRAITEMENT PAR GLISSEMENT OPTIMISÉ)

- 26-27 juin** à Paris
1^{er} jour : traitement sans extractions
2^e jour : traitement avec extractions
Pr Michel Le Gall et l'équipe TGO France
Contact : Isabelle Mauriange
Tél. : 07 89 24 61 68
isabelle.mauriange@gc.dental
www.gcorthodontics.eu

■ LA TECHNIQUE TGO (TRAITEMENT PAR GLISSEMENT OPTIMISÉ)

- 2-3 oct.** à Paris - Pr Michel Le Gall
Isabelle Mauriange - Tél. : 07 89 24 61 68
isabelle.mauriange@gc.dental
www.gcorthodontics.eu

■ LE SYSTÈME DAMON

- **Cours In-Office**
9 juin à Paris - Dr J.Y. Assor
22 sept. à Paris - Dr J.Y. Assor
1^{er} déc. à Paris - Dr J.Y. Assor

- **Compréhension et intégration (niv. I)**
24-25 sept. - Dr B. Nourry
10-11 déc. à Paris - Dr B. Nourry

- **La maîtrise (niveau II)**
14-15 mai à Paris - Dr B. Nourry
Service inscriptions Ormco
Tél. : 02 40 86 76 79 - www.ormco.fr
contact@seminairesormco.com

■ LA RÉVOLUTION DAMON ULTIMA

- 13 oct.** - Dr P. Enjarlan
Service inscriptions Ormco
Tél. : 02 40 86 76 79 - www.ormco.fr
contact@seminairesormco.com

■ SPARK ACADEMY

- **Réussir l'intégration de Spark dans votre cabinet (niveau I)**
7-8 mai à Paris
Drs S. Dahan et N. Boissi
- **Les principes de la biomécanique par aligneurs appliqués à l'orthodontie quotidienne (niv. II)**
11-12 juin à Paris
Dr A. El Zoghbi

- **Les piliers et les concepts fondamentaux de la technique par aligneurs (niveau I)**
24-25 sept. à Paris
Dr P. Van Steebergue

- **Réussir l'intégration de Spark dans votre cabinet (niveau II)**
1^{er}-2 oct. à Paris
Drs S. Dahan et N. Boissi

- **Comment simplifier vos traitements par aligneurs avec des protocoles minivis spécifiques ? (niveau III)**
3 déc. à Paris
Dr S. Ellouze
Service inscriptions Ormco
Tél. : 02 40 86 76 79
contact@seminairesormco.com
www.ormco.fr

■ LA CONTENTION MEMOTAIN

- **Webinaire**
15 sept. - Dr Q. De Vomecourt
Contact : M^{me} Maria Castagnetta
service.education@ormco.com

■ LE TRAITEMENT DES SUPRACLUSIONS EN TECHNIQUE AUTOLIGATURANTE BASSE FRICTION WEBINAIRE

- 23 juin** - Dr P. Enjarlan
Service inscriptions Ormco
Tél. : 02 40 86 76 79
contact@seminairesormco.com
www.ormco.fr

■ SPARK ACADEMY (NIVEAU III)

- **Webinaire**
25 juin - Dr P. Van Steenberghe
8 sept. - Dr A. El Zoghbi
Service inscriptions Ormco
Tél. : 02 40 86 76 79 - www.ormco.fr
contact@seminairesormco.com

■ PEUT-ON SE PASSER DES MINIVIS EN ORTHODONTIE ?

- 10-11 sept.** à Paris
Dr S. Ellouze
Service inscriptions Ormco
Tél. : 02 40 86 76 79 - www.ormco.fr
contact@seminairesormco.com

■ LE SYSTÈME DAMON

- **Niveau II**
8-9 oct. à Paris - Dr F. Chevalier
Service inscriptions Ormco
Tél. : 02 40 86 76 79
contact@seminairesormco.com
www.ormco.fr

■ RÉHABILITATION IMPLANTAIRE DE L'ÉDENTÉ COMPLET

- **Concept du pro-arch**
8-11 juin à Martigues - Chirurgie, prothèse, planification, occlusion
Dr Matthieu Collin
www.4yoursmile.fr/formation/reservation-formations

PARODONTOLOGIE

■ DÉMARRER EN CHIRURGIE PLASTIQUE PARODONTALE

- 28-29 avril** à Rennes - Les récessions parodontales : étiologies et classification. Les techniques opératoires step by step.TP - Dr Caroline Bolle et Solen Novello
<https://odonto.univ-rennes1.fr/inscription>

■ DÉCOUVREZ LA MÉTHODE BONNER, POUR UNE PRISE EN CHARGE COMPLÈTE ET DÉFINITIVE DES MALADIES PARODONTALES

- 13 oct.** à Paris,
20 oct. à Toulouse
8 déc. à Nice
Tél. : 01 49 61 41 41 info@sdc.fr
<https://www.facebook.com/societedescendres> - www.sdc.fr

CHIRURGIE

■ RÉGÉNÉRATION OSSEUSE GUIDÉE

- **Du live pour décoder les clefs du succès**
3 juin, 20 oct., 9 déc. à Paris
Comprendre la logique des tracés d'incision au maxillaire et la mandibule. Préparer le site receveur. Optimiser la mise en place de la membrane et/ou de la lame corticale et des particules d'allogreffe
Dr Carole Leconte
www.globald.com

■ LA CHIRURGIE GUIDÉE AVEC SIMPLANT NIVEAU INITIAL

- 9 juin, 22 sept. et 15 déc.** à Paris
Dr Jean-Sébastien Renaud
www.dentsplysirona.com/fr-fr/dentsply-sirona-academy/presentation.html

■ MECTRON SPRING MEETING

6 et 7 mai à Venise

Congrès animé par des intervenants de renommée internationale et nationale qui présenteront différentes techniques chirurgicales piézoélectriques, telles que : élévation du sinus par voie latérale et crestale, traitement des péri-implantites, procédures de greffe osseuse et corticotomies orthodontiques
www.springmeeting2022.com

■ RÉGÉNÉRATION OSSEUSE GUIDÉE PER ET PRÉ-IMPLANTAIRE

19-20 mai - 6-7 oct. à Paris

Drs Georges Khoury, Chérine Farhat et Alexis Blanc

www.dentsplysirona.com/fr-fr/dentsply-sirona-academy/presentation.html

NUMÉRIQUE

■ 8^{ES} RENCONTRES INTERNATIONALES ARIA CAD-CAM DENTAIRE

29 sept. au 1^{er} oct. à Eurexpo Lyon

Salon d'exposants spécialistes de la CFAO dentaire - Conférences d'intervenants internationaux
<https://aria-cadcam.net>

ASSISTANTES

■ MOTIVER LES PATIENTS À L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

5-6-19 sept. - L'objectif de la formation est de définir les enjeux de prévention du cabinet, acquérir les connaissances scientifiques sur la physiologie et la pathologie de la carie, de la maladie parodontale, et acquérir les techniques d'hygiène bucco-dentaire. Identifier les freins psycho-sociologiques à l'hygiène bucco-dentaire. Communiquer auprès des différents publics-patients (adultes, enfants, adolescents). Mettre en place et suivre le contrat de soins
Dr Marie Biserte
www.adentia.fr

■ GÉRER LE RISQUE INFECTIEUX

4 juil., 10 oct. à Paris,

20 juin, 24 oct. à Marseille,

30 mai, 17 oct. à Lille

Connaître et appliquer les bonnes pratiques d'asepsie dans les cabinets conformément aux référentiels officiels et ceux des sociétés savantes. Comment rechercher l'information professionnelle en ligne. Maîtriser une hygiène des mains conforme aux recommandations et aux précautions standards. Appliquer les 19 items indispensables à la sécurité des soins préconisés. Mettre en place des actions d'amélioration des pratiques des participants
www.adentia.fr

■ FORMATION EN DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

7-8 juin (gr. 1), 9-10 juin (gr. 2)

5-6 juil. (gr. 3), 7-8 juil. (gr. 4)

Académie des assistantes à Aix-en-Provence. Ces quatre journées de formation proposent des protocoles cliniques adaptés à l'équipe soignante, en parallèle à ceux enseignés aux chirurgiens-dentistes lors du cursus, pour une application immédiate. La spécialisation en esthétique du sourire requiert formation, matériel et bien entendu la mise en place d'une équipe pour entourer le patient. Le travail au fauteuil est d'autant plus efficace que l'assistante dentaire est impliquée dans les protocoles d'intervention
<https://academie-du-sourire.com>

■ FORMATION ASSISTANTE SAPO IMPLANT

• Module 1

1^{er}, 2, 3 juin à Paris

Bases fondamentales, cliniques et administratives. Histoire de l'implantologie. Anatomie et risques anatomiques. Rôle de l'assistante. Gestion des déchets. Imagerie. Stérilisation. Architecture du bloc opératoire. L'instrumentation et les différents implants. Préparation salle de chirurgie. Gestes et postures. Hygiène et maintenance. Mise en situation, jeux de rôle, TP & vidéos

• Module 2

7, 8, 9 sept. à Paris

Applications cliniques, chirurgicales et prothétiques. La prothèse implantaire. Chaîne de la mise en charge immédiate. Point de vue du prothésiste. Le flux numérique. Greffes. Pharmacologie. Gestion des urgences. Place de la photographie, TP & vidéos
www.sapoimplant.com

DIVERS

■ X RAY DENTAL FORMATION

• Formation radioprotection des patients en webinaire

9 juin

• Formation validante cone beam 3D

28 avril à Lyon,

19 mai à Clermont-Ferrand,

6 juin à Nice,

13 oct. à Paris,

9 déc. à Lyon

• Formation diabète et cavité buccale en webinaire

23 sept. (après-midi)

• Formation gouttières occlusales et dysfonctionnement temporo-mandibulaire

23 juin à Lyon

23 sept. en webinaire

www.xray-dental-formation.fr

■ RADIOPROTECTION DES PATIENTS EXPOSÉS AUX RAYONNEMENTS IONISANTS

3 nov. à Rennes

Drs Brice Chauvel et Fleur Meary

<https://odonto.univ-rennes1.fr/inscription>

■ L'HYPNOSE DENTAIRE EN CABINET MÉDICAL

• Module 3

13 et 14 mai

• Module 4

3 et 4 juin

• Module 5

1^{er} et 2 juil. Jusqu'au 2 juil. à Paris

Le département santé de l'Académie de recherche et de connaissances en hypnose ericksonienne (ARCHE) propose aux professionnels de la santé dentaire de se former à l'hypnose et à à

www.arche-hypnose.com

■ ATELIERS OCCLUSION-OSTÉOPATHIE DU CIPAGO

27-28 mai à Porto (Portugal)

Tél. : 06 75 80 51 49

contact@cipago.fr - www.cipago.fr

■ SOINS DENTAIRES NATURELS ET BIOCOMPATIBLES

22 avril et 6 mai à Paris

Dr Catherine Rossi

Tél. : 06 98 92 09 60

vip-pro@naturebiodental.com

www.naturebiodental-pro.com

■ SOP

• Hypnose et soins dentaires

9, 10, 11 juin à Paris

Pour une pratique immédiate de l'auto-hypnose au cabinet dentaire. Maîtriser la communication thérapeutique. Pratiquer l'auto-hypnose au cabinet. Démonstration en direct, mise en situation des participants réunis en binôme ou trinôme. Débriefing pour identifier les points qui fonctionnent et ceux qui présentent des difficultés.

Drs Pierre Daucé, Philippe Fourmond

Surbled, Philippe Pencalet

www.sop.asso.fr

■ VOYAGE-CONGRÈS AFRIQUE DU SUD

25 avril au 5 mai

www.sop.asso.fr

■ 2^E CONGRÈS ANPH'ODENTH ET 22^E CONGRÈS ODENTH

12-13 mai à Biarritz

Dentisterie holistique et sciences : les convergences Drs Christine Romagna, Carole Leconte, Bernard Poitevin et Pr Marc Henry
congres.odenth@gmail.com
www.odenth.com

■ 26^E CONGRÈS DE L'IADH

International Association of

Disability and Oral Health

24 au 26 août à Paris

www.soss.fr

PARALYSIES ET BRÛLURES

PARALYSIE FACIALE, SYNDROME DE LUCIE FREY ET TRAUMATISME PAR BRÛLURE OU MORSURE.

Auteur

Dr François PRÉDINE-HUG

- PU-PH, spécialiste qualifié en chirurgie orale
 - Ex-chef du service d'odontologie du CHRU de Brest
- Miscellanée de pathologies rencontrées en cours de carrière, ma rubrique propose des observations et clichés cliniques.



PARALYSIE FACIALE



Paralysie faciale à la suite d'une tentative d'autolyse. Petit calibre 22LR tiré dans l'angle goniale gauche.



Paralysie faciale à la suite d'une tentative d'autolyse. Petit calibre 22LR tiré dans l'angle goniale. Signe de Charles Bell.

SYNDROME DE LUCIE FREY



Syndrôme de Lucie Frey. Sudation unilatérale lors des repas. Traumatisme du nerf facial et/ou du nerf auriculotemporal, souvent lors de l'utilisation de forceps. C'est une réinervation aberrante. Le traitement actuel fait appel à la toxine botulique.

TRAUMATISME PAR BRÛLURE OU MORSURE



Mordillement chez un enfant à la suite d'une anesthésie locale.



Brûlure par acide sulfurique lors de l'explosion d'une batterie.



Brûlure par utilisation locale du mélange d'un comprimé d'aspirine et de calvados.



Même pathologie, mais avec du cognac.

Pour une aide plus complète au diagnostic, retrouvez les FICHES PRATIQUES POUR LES CHIRURGIENS-DENTISTES, publiées aux éditions Parresia (www.librairie-garancière.com).

Soutenez votre librairie professionnelle.

Commandez vos ouvrages en dentaire sur :

www.librairie-garanciere.com



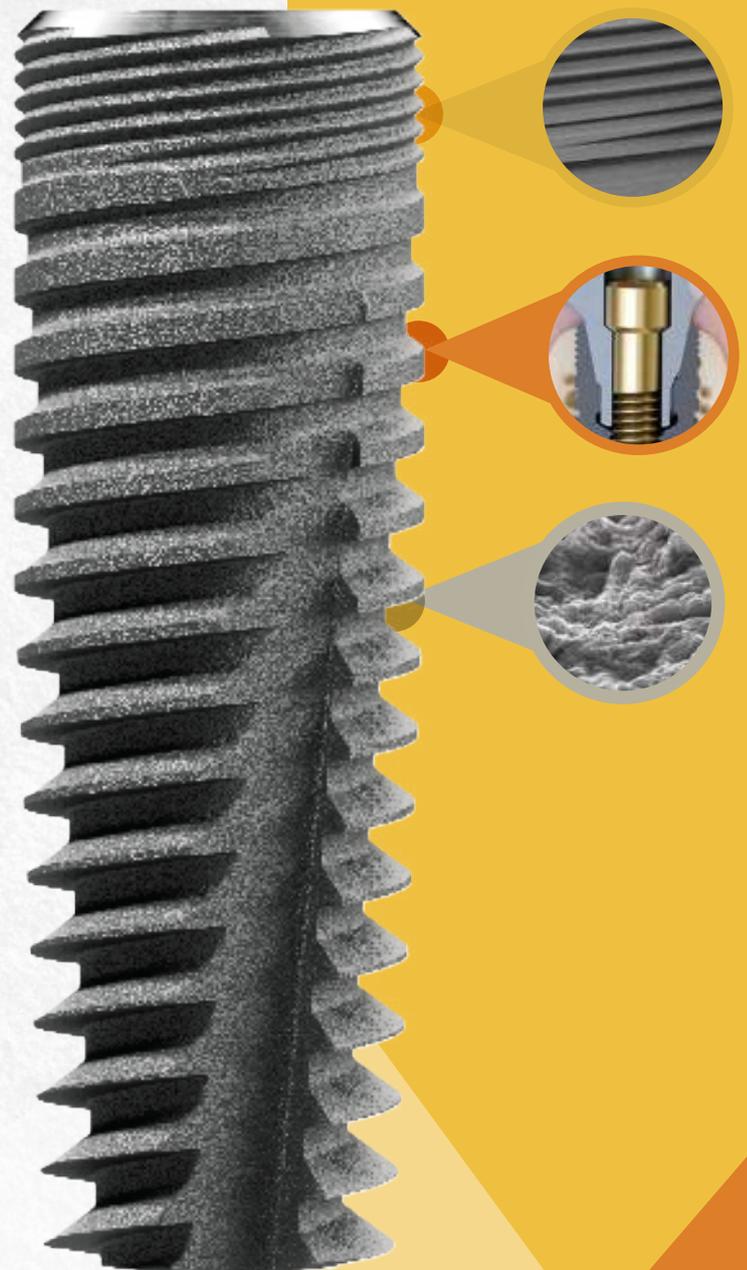
Parresia

DS PRIMETAPER™

L'UNION ENTRE LA FORME ET LA FONCTION

Dentsply Sirona présente DS PrimeTaper, un nouveau système implantaire qui comprend un implant conique moderne, avec des options prothétiques harmonisées et un kit chirurgical simplifié. Sa conception de filetage progressif et sa forme conique permettent d'obtenir la stabilité primaire recherchée¹.

- **MANIPULATION SIMPLIFIÉE**
- **PRÉSERVATION DURABLE DE L'OS^{2,3,4}**
- **INTÉGRATION AU FLUX NUMÉRIQUE**



1. George, A., Khalil, A., Hassan, H. Comparison between cylinder and tapered implants in delayed immediate placement. Alexandria Dental Journal, 2015; 40(2): 221-228.
2. Lee DW, Choi YS, Park KH, Kim CS, Moon IS. Effect of microthread on the maintenance of marginal bone level: a 3-year prospective study. Clin Oral Implants Res 2007;18(4):465-70.
3. Abrahamsson I, Berglundh T. Tissue characteristics at microthreaded implants: An experimental study in dogs. Clin Implant Dent Relat Res 2006;8(3):107-13
4. Hansson S, Werke M. The implant thread as a retention element in cortical bone: the effect of thread size and thread profile: a finite element study. J Biomech 2003;36(9):1247-58.