



spécial  
**ADF**  
2019



**SERGE ARMAND**  
PRÉSIDENT DU CONGRÈS 2019

# Écrivons l'avenir ensemble

Comme tous les ans, le Palais des congrès de la porte Maillot va recevoir le congrès de l'ADF du 26 au 30 novembre 2019, événement incontournable de la profession.

Tous les acteurs seront présents, praticiens, industriels, prothésistes, assistantes, et pourront se retrouver durant cinq jours dans ce lieu de rencontre privilégié.

Notre profession est à la croisée des chemins, le métier d'odontologiste étant en pleine mutation.

La question n'est pas « Où allons-nous », mais « Où voulons-nous aller? ».

Notre mode d'exercice est de plus en plus confronté à deux exigences qui peuvent paraître paradoxales :

- d'une part la nouvelle nomenclature qui référence la plupart des actes réalisés. La nouvelle convention et le RAC zéro modifient de façon très importante l'activité

du chirurgien-dentiste ; ce changement des modalités d'exercice fait que notre profession est de plus en plus réglementée et la tarification des honoraires de plus en plus stricte. Ces nouvelles modalités ont imposé à un grand nombre de praticiens une diminution de leurs honoraires qui peut impacter le bilan financier de leur cabinet ;

- d'autre part l'arrivée massive de la technologie numérique dans les cabinets dentaires.

L'émergence du numérique et de l'intelligence artificielle est inéluctable et modifie de nombreux protocoles thérapeutiques en médecine et en odontologie. Cet apport technologique bouleverse largement les schémas classiques de soin et tout praticien doit prendre conscience que cette évolution est inéluctable. Ne pas en tenir compte, c'est prendre le risque à moyen terme de ne plus

**Ne laissons à personne le soin de décider pour nous et construisons l'avenir ensemble pour répondre à notre mission qui est celle de soigner les patients selon les données actuelles et futures de la chirurgie dentaire.**

comme incompatibles avec l'évolution des modalités de l'exercice libéral.

Il y a donc urgence à prendre conscience de cet état de fait. La question est de savoir comment concilier ces deux impératifs pour obtenir une amélioration de l'état bucco-dentaire de nos patients.

Ce sera l'un des objectifs majeurs de ce congrès de l'ADF 2019, de démontrer la compatibilité entre ces deux éléments qui peuvent apparaître comme contradictoires.

Pour ce faire, nous avons conçu un programme scientifique qui se veut à la fois actuel et prospectif.

Actuel en présentant les thérapeutiques fondamentales indispensables à l'exercice quotidien. Nous avons voulu les mettre en valeur et les relier entre elles dans le cadre de programmes transversaux. En effet, pendant très longtemps, nous avons assisté à des séances spécifiques à une discipline qui ne prenaient pas ou mal en compte les autres. Notre démarche a, au contraire, consisté à proposer des conférences montrant, sur un thème particulier, la contribution des autres disciplines dans le cadre de protocoles cohérents.



être en adéquation avec les données acquises de la médecine.

Cette évolution technologique implique précisément des investissements très importants qui peuvent apparaître

prospectif par la présentation de ce que sera l'odontologie de demain, basée sur l'utilisation de plus en plus croissante du numérique et de l'intelligence artificielle. Je pense notamment à la séance « phare » C52 du jeudi matin qui traitera de ces nouvelles évolutions et de l'apparition du transhumanisme dans notre activité.

Ce congrès nous permettra de prendre conscience que ce n'est pas en achetant la technologie que l'on achète la compétence. En d'autres termes, que l'utilisation de la technologie doit s'appuyer sur l'expérience et la connaissance des différentes pathologies et des moyens pour les traiter. L'outil n'est là que pour rendre service aux praticiens et non pas pour dicter le choix des protocoles.

L'avenir de notre profession est résumé dans l'affiche de notre congrès; cet avenir nous appartient, c'est à nous de le construire pour répondre à notre mission qui est celle de soigner les patients suivant les données actuelles et futures de la chirurgie dentaire. Ne laissons à personne le soin de décider pour nous et construisons cet avenir ensemble.

Retrouvons-nous avec plaisir pour en parler du 26 au 30 novembre au congrès de l'ADF 2019.

**SERGE ARMAND**  
PRÉSIDENT DU CONGRÈS 2019



## KITS PHOTO 1 ET 2



**KIT PHOTO N°1**  
Réf. 182734

**216,20€**

**KIT PHOTO N°2**  
Réf. 182735

**275,40€**

## CASSETTES PHOTO 1 ET 2



**262,20€**

**251,70€**

**CASSETTE PHOTO N°1**  
Réf. 182739

**CASSETTE PHOTO N°2**  
Réf. 182769

*Qualité*

*Innovation*

*Dynamisme*

*Expertise*

## PHOTO INTRA-BUCCALE KITS ET CASSETTES !

## CASSETTE PHOTO N°3



**180,00€**

**CASSETTE PHOTO N°3**  
Réf. 182779



## CASSETTES SOLO



**38,80€**

**38,80€**

**CASSETTE SOLO N°1**  
Réf. 182746

**CASSETTE SOLO N°2**  
Réf. 182747



**38,80€**

**CASSETTE SOLO N°3**  
Réf. 182748



Plus d'info sur :  
[www.nichrominox.fr](http://www.nichrominox.fr)

Dispositifs médicaux de Classe I - Fabricant NICHROMINOX. Lire attentivement les instructions figurant sur la notice ou l'étiquetage avant toute utilisation. Non remboursés par les organismes d'assurance maladie.



# spécial ADF 2019

Plusieurs membres du comité scientifique du congrès ADF 2019 nous présentent les articles et ouvrages récents qui les ont marqués dans leur discipline respective. Cette sélection lève le voile sur les thèmes des conférences. Un coup de pouce pour ceux qui n'ont pas encore « bouclé » leur programme de formation. Cette semaine : l'odontologie restauratrice et les biomatériaux, la parodontologie, l'endodontie, la prothèse amovible et l'occlusodontie, et la prothèse fixe. La suite dans notre numéro Spécial ADF 2, le 13 novembre !

## BIBLIOGRAPHIE

# Odontologie restauratrice, biomatériaux

François Bodic

### La bonne démarche

• **Magne P. Adhésion, biomatériaux, CFAO. Biomimétique restauratrice sans tenon ni couronne. BMC 2016; 1 (1): 16-25.**

Le collage fait aujourd'hui partie intégrante de notre pratique. Guidés par le gradient de mutilation, les principes biomimétiques, la conservation tissulaire s'est imposée comme un impératif incontournable de nos thérapeutiques conservatrices. Nous avons découvert, depuis la description de « la révolution silencieuse » de Michel Degrange, la microdentisterie, la dentisterie minimalement invasive et nous imitons la nature grâce aux matériaux de plus en plus performants, sans jamais l'égaliser.

Si aujourd'hui nous savons que le collage est possible pour les restaurations dentaires, les résultats ne sont pas toujours à la hauteur de nos attentes. Dans cet article, l'auteur attire notre attention sur le fait que de nombreux éléments sont à prendre en compte pour réussir nos restaurations, sans se perdre dans

la multitude des produits et matériaux, être critique quant à la promotion faite par les fabricants et les vidéos et cas cliniques visibles sur le web en mode « je le fais, donc ça marche » !

Pour bien comprendre ce que nous faisons, utiliser les bons matériaux dans les bonnes conditions, en bref être rigoureux dans notre démarche et nos traitements, il est donc nécessaire de prendre en compte plusieurs éléments.

**Les données acquises de la science:** la littérature nous donne tous les éléments nécessaires pour la connaissance des produits et matériaux, des techniques reconnues pour peu que l'on cherche des publications avec un niveau de preuve suffisant. Il est aussi nécessaire de bien comprendre la physiologie de l'organe dentaire.

L'expérience du praticien: le collage est praticien dépendant; la rigueur est indispensable pour obtenir des résultats reproductibles et conformes à nos attentes.

**Le bon sens:** si l'on doit envisager d'appliquer des techniques dont l'efficacité n'est pas démontrée par des niveaux de preuve suffisants.

**Le patient:** si un traitement « idéal » existe, il ne sera pas obligatoirement applicable au patient pour de nombreuses raisons et nous devons alors faire le moins mauvais choix.

Ces éléments validés, nous pouvons avoir une démarche clinique permettant une dentisterie biomimétique. Le respect des tissus dentaires sains, dans la limite des indications liées au traitement appliqué, doit permettre de respecter l'équilibre biologique, fonctionnel, esthétique et mécanique de la dent.

L'adhésion devant nous permettre de nous rapprocher le plus possible de la jonction amélo-dentinaire et de nous affranchir des principes de rétention mécanique (préparations rétentives, tenons dentinaires, tenons radiculaires...). Une parfaite analyse de la situation clinique, des préparations dentaires peu délabrantes, la connaissance des matériaux et de leur utilisation, la rigueur d'exécution nous permettent d'approcher une dentisterie sans tenons ni couronnes.

Cet article de Pascal Magne, adapté au collage, est représentatif de la démarche que nous devons adopter dans la manière de nous former; les séances que nous vous proposons vous apportent les connaissances théoriques et les travaux pratiques les connaissances techniques nécessaires à l'évolution permanente de nos pratiques.

*Pour en savoir plus sur ce thème, rendez-vous aux séances A3 (mardi 26 novembre, 14h-15h30), B20 (mercredi 27 novembre, 9h-12h), B28 (mercredi 27 novembre, 11h-12h)*

## Inlays-onlays : protocoles cliniques

• **Didier Dietschi; Roberto Spreafico.**

**Concepts et procédures reposant sur des preuves pour la mise en œuvre d'inlays et d'onlays collés.**

**Quintessence dentisterie restauratrice et prothèse 2016; 10 (1).**

Dans cet article, les auteurs partent du constat qu'il n'existe pas de normes cliniques parfaitement standardisées régissant les procédures destinées à la réalisation d'inlays-onlays. Comme l'auteur précédent, ils préconisent de se référer à la bibliographie pour identifier les meilleurs protocoles cliniques.

Nous devons donc impérativement abandonner nos vieux réflexes de préparation mutilante pour l'organe dentaire, dictés par des impératifs de tenue mécanique des matériaux et la fixation des éléments de reconstitution par des ciments de scellement pour

évoluer vers des préparations conservatrices en tissus dentaires sains.

Quatre procédures principales, validées par des protocoles de recherche, sont identifiées pour répondre aux principes de dentisterie biomimétique tout en gardant une reconstitution pérenne.

• **Immediate dentin sealing/Hybridation dentinaire immédiate:** scellement de la surface dentinaire avec un système adhésif, immédiatement après la préparation de la dent préalablement isolée par un champ opératoire efficace.

• **Optimisation de la préparation cavitaire:** la préparation de la dent doit être la moins mutilante possible, quitte à utiliser des composites pour combler certaines contre-dépouilles.

• **Deep margin elevation/Remontée de marge:** la situation de la limite proximale, parfois intrasulculaire après élimination des tissus cariés, peut poser un problème pour l'empreinte ou le collage d'une pièce reconstituant l'intégrité de la dent. Il est possible de remédier à ce problème et de repositionner le bord cervical dans une situation supragingivale grâce à du composite.

• **Controlled adhesive cementation:** utilisation d'une colle photopolymérisable fortement chargée sous réserve de pouvoir réaliser une photopolymérisation convenable. La qualité de la lampe, les épaisseurs de préparation sont alors des éléments déterminants pour la réussite de la reconstitution.

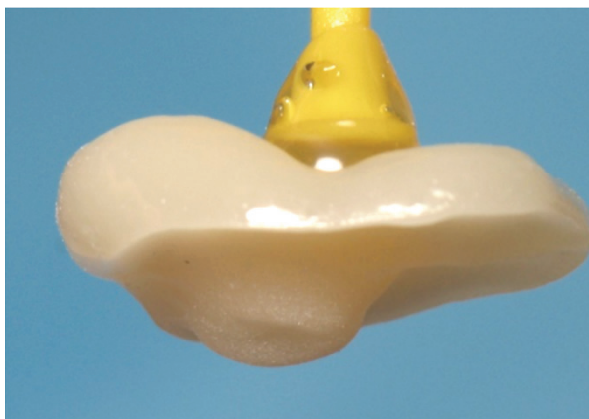
La parfaite maîtrise de ces principes nous permet de réaliser des reconstitutions conformes aux données acquises de la science. Un cas clinique en restauration indirecte illustre parfaitement le propos.

*Pour en savoir plus, rendez-vous aux séances B28 (mercredi 27 novembre, 11h-12h), D82 (vendredi 29 novembre, 9h-17h), C60, et B41 (atelier de TP, mercredi 27 novembre, 14h-17h)*

## Préparation dentaire avant reconstitution indirecte

• **Ferraris F. Posterior indirect adhesive restorations (PIAR) preparation desing and andhetics clinical protocol. Int J Esthet Dent 2017; 12 (4): 482-502.**

Dans cet article, l'étape primordiale de la préparation dentaire en vue d'une restauration postérieure indirecte est abordée. Cette étape doit permettre la conservation de la vitalité pulpaire, la préservation maximale des tissus dentaires sains, tout en permettant un collage efficace et une forme de restauration



88

**Coller pour mieux conserver.**

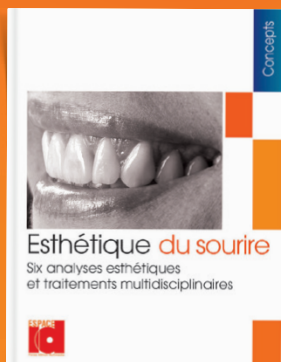
compatible avec la résistance de la dent restante et de l'élément collé. La situation clinique doit être parfaitement analysée, de manière à poser l'indication de manière raisonnée (délabrement initial de la dent, fêlures, contacts antagonistes...).

L'analyse de la cavité, après élimination des tissus affectés, indique comment conditionner la dent: conservation des cuspidés, tissus supplémentaires à éliminer, comblement des contre-dépouilles... Les principes généraux de préparation sont alors décrits en tenant compte des impératifs du collage de la restauration.

Les préparations sont ensuite détaillées en fonction de la situation clinique: limites périphériques, recouvrement de cuspidés, aménagements en fonction des impératifs esthétiques, finitions et conditionnement pour le collage.

Cet article nous permet d'aborder sereinement la préparation des dents qui doivent recevoir une reconstitution indirecte, en se basant sur une analyse clinique.

*Pour en savoir plus, rendez-vous aux séances A3 (mardi 26 novembre, 14h-15h30), B20 (mercredi 27 novembre, 9h-12h), B28 (mercredi 27 novembre, 11h-12h), C60 (jeudi 28 novembre, 11h-12h)*



72 pages  
29 €

« **E**xisterait-il des réhabilitations dont le but ne soit esthétique ? » diront certains. Évidemment non.

Alors pourquoi cet intitulé spécifique d'esthétique dentaire ?

Cet ouvrage fait fi des attaques de ses détracteurs pour rassembler des techniques habituellement regroupées dans des sous-disciplines cliniques différentes: depuis la prophylaxie jusqu'à la prothèse la plus importante, en passant par l'orthopédie dento-faciale.

Non, l'esthétique n'est pas un mot « grossier », qu'on se le dise, c'est une demande croissante de nos patients pour un bien-être dentaire et général, dans le respect des fonctions orales et de la biologie.

Coordonné par **Maxime Helfer**

suivez-nous  
f t in



[WWW.INFORMATION-DENTAIRE.FR](http://WWW.INFORMATION-DENTAIRE.FR)

# VOTRE SOUHAIT, NOTRE ADAPTÉ A TOUTES ENGAGEMENT. LES QUALITÉS OSSEUSES



## SPÉCIALEMENT CONÇU POUR L'OS DE FAIBLE DENSITÉ :

- Spires coronaires pour un ancrage crestal, pour une stabilité primaire optimisée en cas de faible hauteur osseuse
- Une section apicale anatomique: Excellente stabilité primaire dans de l'os de faible densité
- Protocole de forage flexible, pour une stabilité optimisée
- Un design de spires intelligent à ancrage profond
- Présence de spires jusqu'à l'apex, idéal pour une implantation immédiate

## TENTEZ L'EXPERIENCE PROGRESSIVE LINE.



video animation

CONTACTEZ NOUS AU : 02 47 68 95 00

[www.camlog.fr](http://www.camlog.fr)

Découvrez le système d'implant PROGRESSIVE-LINE sur notre stand ADF 1M01B

Dispositif médical de Classe IIb pour soins dentaires, réservé aux professionnels de santé, non remboursé par la Sécurité sociale au titre de la LPP. Organisme certificateur 0123. Mandataire ALTATECH GmbH. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation.

a perfect fit

camlog



# Les restaurations semi-permanentes en résine dans la pratique quotidienne avec LuxaCrown

## Le Dr Stefan Koubi

PhD  
51 B Rue Saint Sebastien  
13006 Marseille  
France  
Tél. : +33 4 91 54 75 75  
E-mail : koubi-dent@wanadoo.fr

Le matériau pour couronne semi-permanente et bridge LuxaCrown (DMG, Hambourg, Allemagne) se positionne entre les restaurations provisoires simples et les restaurations permanentes. Répondant à des exigences élevées en termes de résistance, de durabilité et d'esthétique, ce produit est même adapté pour les restaurations temporaires sur implants, comme l'a révélé le Dr Stefan Koubi, docteur en chirurgie dentaire, PhD (France).

### Soins dentaires de routine

Les provisoires à base de résine à long terme sont utilisées quotidiennement dans notre cabinet, en particulier lors du remplacement de restaurations défectueuses chez des patients(es) dont les capacités financières sont limitées. Le but de ce cas clinique est de partager une façon simple de produire des restaurations semi-permanentes au fauteuil après la pose de l'implant pour s'adapter à la réalité économique. La résine bis-acrylique injectable offre des propriétés mécaniques favorables, ce qui nous rassure chaque fois

qu'il est nécessaire de reporter un traitement de restauration définitive car le/la patient(e) n'en a pas les moyens.

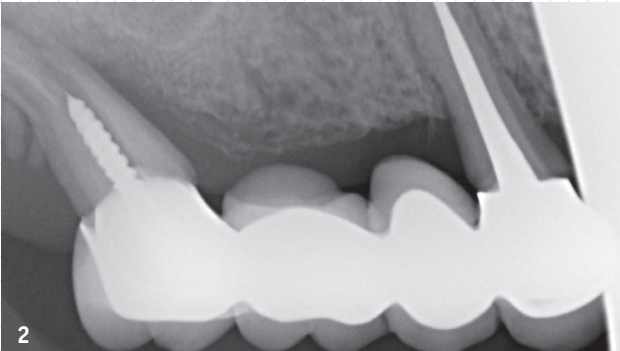
### Guide étape par étape

La patiente avait un bridge à 4 unités basé sur deux piliers compromis. La radiographie de la situation initiale a révélé des infections périapicales et une fracture de la racine de la dent n° 17 (notation FDI). Des implants V3 (MIS Implant Technologies ; 3,9/13 mm) ont été insérés dans les régions 14 et 16. Pour permettre l'utilisation de cylindres temporaires pour une mise en charge immédiate, des piliers multi-unités (un standard et un angulé à 30 °) ont été fixés directement sur les implants.

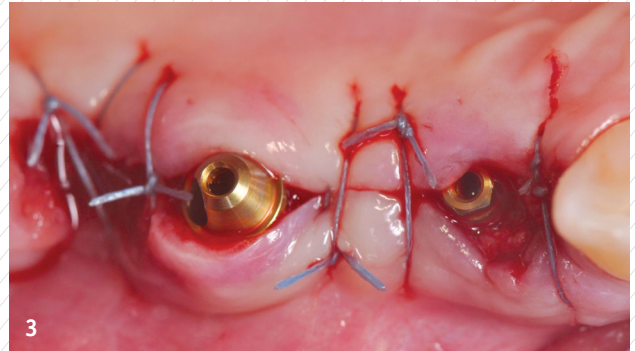
Il s'en est suivi un wax-up du design du bridge prévu à 3 éléments. À partir de ce wax-up, nous avons créé un modèle en silicone simple avec du mastic (Honigum Putty Soft, DMG). Il a été rempli de LuxaCrown, une résine bis-acrylique fluide, chimiquement polymérisable, avec des propriétés mécaniques élevées et une bonne stabilité de teinte. Les textures de surface très pré-



1. Situation initiale.



2. Radiographie de la situation initiale



3. Situation postopératoire.



4. Modèle en silicone.



5. Accès aux piliers par la restauration.



6. Vue extérieure après polissage.



7. Vue finale après pose.

cise et une très bonne stabilité physique sont obtenues. Après 5 minutes supplémentaires, le bon taux de conversion donne à la restauration temporaire les propriétés physiques souhaitées.

Les étapes de finition ont été simplifiées. Pour améliorer la zone cervicale autour de la base du cylindre, un composite fluide (LuxaFlow Star, DMG) a été utilisé. Il en a résulté un profil d'émergence idéal favorisant la cicatrisation des tissus mous. La restauration a été polie sans effort avec une meule en silicone (Komet) en utilisant une séquence de base. Aucun vernissage n'est nécessaire pour LuxaCrown.

### Conclusion

Ce type de restauration semi-permanente ne représente pas le dernier cri en matière de restaurations implanto-portées mais peut être un moyen simple de combler la période d'attente entre la chirurgie et la restauration finale. Le flux de production impliquant un modèle en silicone basé sur un wax-up et l'injection de la résine bis-acrylique dans cette matrice est facilement exécutable. En utilisant le bon matériau, cette procédure conduira à une restauration durable, fonctionnelle et esthétique à faible coût, ce qui donnera au/à la dentiste et au/à la patient(e) suffisamment de temps pour planifier les étapes suivantes. Il s'agit ici d'un exemple de dentisterie élégante de tous les jours.

**DMG**  
Pour plus d'informations,  
visitez [www.dmg-dental.com](http://www.dmg-dental.com)

**PRED**  
LABORATOIRES  
Notre distributeur exclusif en France  
Tél. : 01 41 98 34 00 – [www.pred.fr](http://www.pred.fr)

# Parodontologie

Caroline Fouque

## Maintenance parodontale après traitement chirurgical des péri-implantites

• Rocuzzo M et al. **Clinical outcomes of peri-implantitis treatment and supportive care: A systematic review.** *Clin Oral Impl Res* 2018; 29 (Suppl. 16): 331-50.

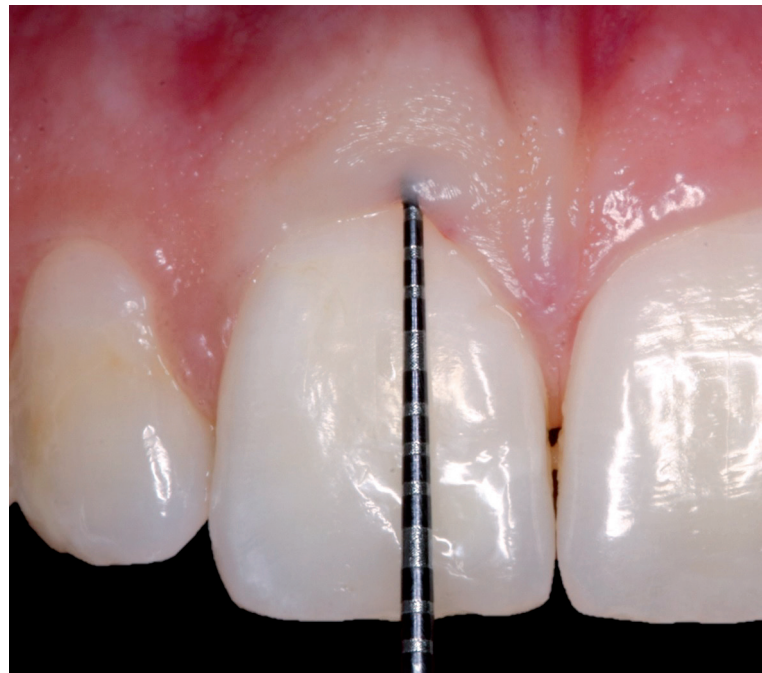
La péri-implantite se définit par une inflammation des tissus mous et une perte osseuse péri-implantaire. Bien que les études soient trop disparates pour que l'on puisse dégager des statistiques précises, il est clair que les péri-implantites sont suffisamment fréquentes pour que l'on se préoccupe de la façon de les traiter de façon durable. Or il n'est pas rare de voir des échecs du traitement péri-implantaire sans que l'on puisse en identifier clairement la cause.

Par ailleurs, il est prouvé depuis longtemps qu'un suivi parodontal régulier permet de stabiliser les résultats obtenus lors du traitement et diminue le nombre de dents perdues.

Le but de cette étude était d'évaluer l'effet des maintenances parodontales mises en place depuis au moins trois ans sur la survie des implants, y compris ceux ayant eu un épisode de péri-implantite.

Après une revue systématique de la littérature, les auteurs concluent que les maintenances régulières après le traitement chirurgical des péri-implantites permettent d'obtenir un taux élevé de survie des implants à moyen et long terme. Chez la majorité des patients, une amélioration des paramètres cliniques comme le saignement ou la profondeur au sondage, ainsi qu'une stabilité osseuse ont été observées. Pour autant, quelques implants doivent être retraités ou redéposés malgré un suivi régulier.

*Pour en savoir plus, rendez-vous aux séances D94 (vendredi 29 novembre, 14h-15h30), E115 (samedi 30 novembre, 11h-12h)*



DR

## Impact du traitement parodontal sur la régulation du diabète

• D'Aiuto et al. **Systemic effects of periodontitis treatment in patients with type 2 diabetes: a 12 month, single-centre, investigator-masked, randomised trial.** *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018; 6 (12): 954-65.

Nous savions déjà que l'inflammation locale et systémique liée à la parodontite pouvait influencer la régulation de la glycémie et favoriser l'apparition du diabète de type 2.

D'Aiuto et al. ont réalisé une étude randomisée dans laquelle ils ont suivi 2 groupes de patients diabétiques atteints de parodontite modérée à sévère. Des détartrages ont été réalisés tous les trois mois chez les patients du premier groupe, tandis que ceux du second groupe ont été traités par surfaçage, chirurgie et maintenance parodontale tous les trois mois.

Au bout de 12 mois, ils ont pu observer, dans le groupe 2, une diminution de 0,6 % du taux d'hémoglobine glyquée. Le traitement parodontal contribue de façon significative à l'amélioration du contrôle de la glycémie. Les auteurs enregistrent également une amélioration des fonctions vasculaires rénales. Au-delà de ces paramètres biologiques, c'est la qualité de vie des patients qui est améliorée.

*Pour en savoir plus, rendez-vous à la séance C73 (mercredi 28 novembre, 16h-17h)*

RENDEZ-VOUS SUR  
WWW.INFORMATION-DENTAIRE.FR



GRATUIT

JEUDI 7  
NOVEMBRE  
À 20H

# DIABÈTE CONVENTION MALADIES PARODONTALES

TABLE RONDE D'EXPERTS



**Pr Philippe BOUCHARD**

U.F.R. d'Odontologie,  
Université de Paris  
Hôpital Rothschild  
AP-HP Paris



**Dr Louis POTIER**

Médecin / Endocrinologie  
et métabolismes,  
Hôpital Bichat, AP-HP Paris



**Dr Gérard SORNIN**

Chirurgien-dentiste,  
Praticien Conseil  
CNAMTS



**Dr Michèle RENERS**

Parodontologiste,  
rédactrice en chef  
de L'Information dentaire

POUR UNE APPROCHE MODERNE  
DU PATIENT DIABÉTIQUE

EN  
WEBINAR

VIDÉO CONFÉRENCE INTERACTIVE EN LIGNE ET EN DIRECT

AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE



SOUS L'ÉGIDE DE L'



INSCRIPTIONS GRATUITES SUR  
[HTTP://BIT.LY/2NHOZM2](http://bit.ly/2NHOZM2)  
CODE D'ACCÈS ÉTUDIANTS : 2019

## Nouvelle classification des parodontites

- **Papapanou et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. J Clin Periodontol 2018; 45 (Suppl 20): S162-S170.**

Depuis la classification d'Armitage en 1999, on distinguait les parodontites chroniques des formes agressives, mais l'absence de spécificité bactérienne pour chacune des entités, mais aussi de la réponse de l'hôte, nous conduit à arrêter cette distinction et à adopter la nouvelle classification issue du workshop de Chicago en 2018.

Les parodontites sont classées en fonction de leurs stades et de leurs grades. Les stades de I à IV, sont « un état des lieux » basé sur la sévérité et la complexité de la maladie en fonction de la perte d'attache interproximale, de la quantité d'os perdu observé à la radiographie ainsi que du nombre de dents perdues.

Les grades (A, B ou C) apportent des précisions sur l'historique de la parodontite, dont sa rapidité d'évolution, et tiennent compte également de la présence de facteurs de risque tels que le tabac et le diabète. Ces grades traduisent aussi le risque d'évolution futur.

Les parodontites nécrotiques, quant à elles, restent une entité à part. Les lésions endo-parodontales sont classées en fonction des symptômes et de leur impact direct sur les possibilités de traitement et leurs pronostics.

Cette nouvelle classification permet d'affiner le diagnostic de parodontite en fonction de chaque individu pour mieux adapter son traitement.

*Pour en savoir plus, rendez-vous à la séance B18 (mercredi 27 novembre, 9h-10h30)*

## Recouvrement radiculaire

- **Pietruska M et al. Comparison of connective tissue graft versus collagen matrix in recession coverage using a modified coronally advanced tunnel technique. J Clin Periodontol 2019; 46: 86-95.**

Cette étude se propose de comparer deux techniques chirurgicales de recouvrement radiculaire. L'une associe la technique du tunnel modifié tracté coronairement à un greffon conjonctif, l'autre utilise la même technique de tunnel, mais remplace le greffon par une membrane collagénique d'origine animale. En effet, bien que ce greffon offre d'excellents résultats en termes de recouvrement et de mimétisme des tissus, il nécessite un second site opératoire. La zone de prélèvement peut être limitée et n'est pas exempte de complications potentielles.

Chacun des 20 patients inclus dans l'étude a reçu les deux techniques de chirurgie pour recouvrir les récessions présentes sur les deux secteurs mandibulaires. Les résultats à un an mettent en évidence la supériorité du greffon conjonctif par rapport à la membrane collagénique. Car si les deux approches offrent des résultats satisfaisants, les sites recouverts avec un greffon conjonctif présentent un meilleur pourcentage de recouvrement (83,1 % versus 53,2 %), une gencive kératinisée plus haute et plus épaisse, ainsi qu'une meilleure intégration esthétique.

*Pour en savoir plus, rendez-vous à la séance B24 (masterclass, mercredi 27 novembre, 9h-17h)*

## Alimentation et inflammation gingivale

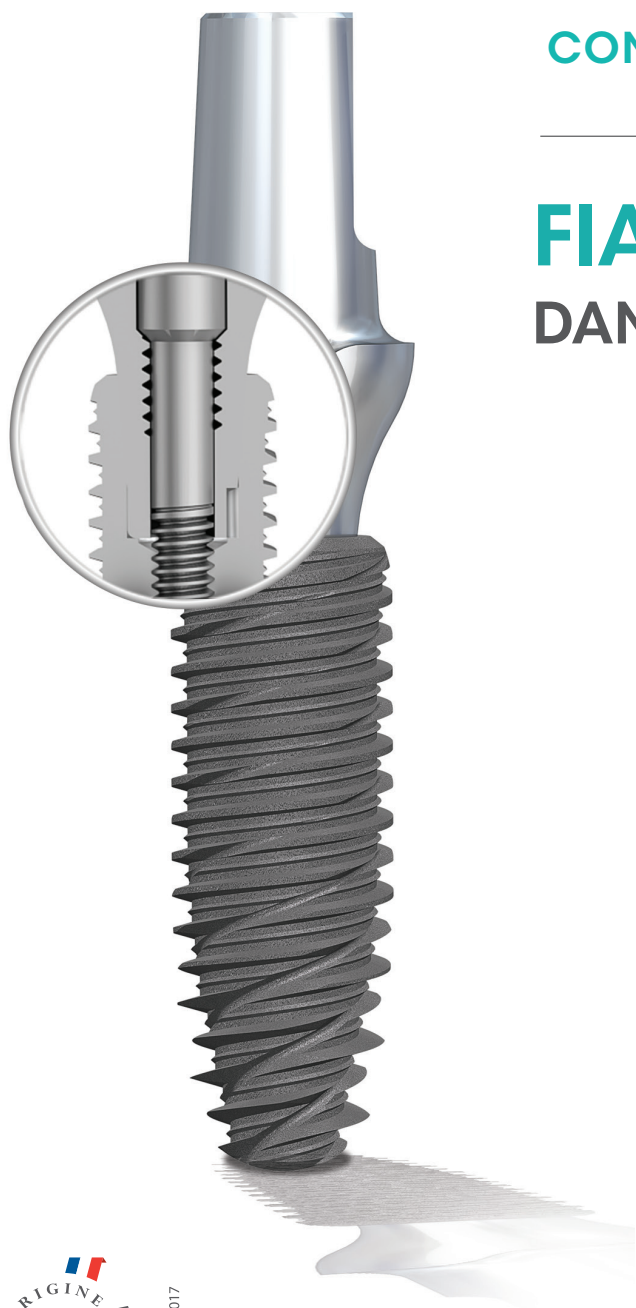
- **Woelber JP et al. An anti-inflammatory diet can reduce gingivitis. J Clin Periodontol 2019; 46 (4): 481-90.**

Le but de cette étude était de comparer l'impact de deux types de régimes alimentaires sur l'inflammation gingivale. Trente patients, divisés en deux groupes, ont été suivis durant huit semaines. Les deux premières semaines, les deux groupes se sont alimentés selon le régime « Western » riche en glucides et en acides gras. Au bout de ces deux semaines, le groupe expérimental a changé de régime alimentaire pour passer à un régime anti-inflammatoire qui consomme peu de glucides transformés et de protéines animales, et qui privilégie les aliments riches en oméga 3, les micronutriments tels que les vitamines C et D, les antioxydants et les aliments riches en fibres.

Au terme de l'étude, les auteurs ont constaté une réduction significative de l'inflammation gingivale chez les patients qui avaient suivi le régime anti-inflammatoire par rapport à ceux qui s'étaient alimentés selon le régime « Western » tout au long de l'étude.

Ils en concluent que les conseils alimentaires pourraient faire partie de la prise en charge globale de la gingivite.

*Pour en savoir plus, rendez-vous à la séance D80 (vendredi 29 novembre, 9h-10h30)*



CONNECTIQUE SIX-THREE SYSTEM®

**FIABILITÉ & RAPIDITÉ**  
DANS LE REPOSITIONNEMENT



ASSEMBLAGE RÉSISTANT



HERMÉTICITÉ PARFAITE



INSERTION FACILITÉE



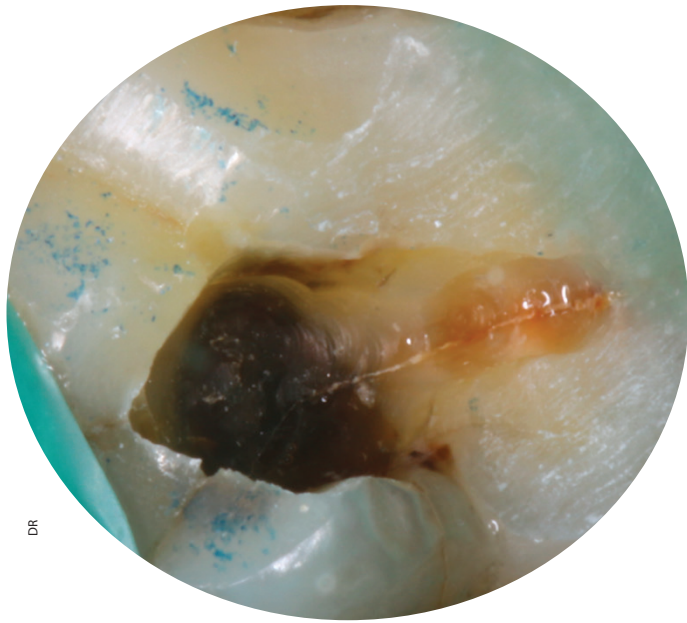
AFNOR Cert. 73017



STAND 3M12



BIOTECH DENTAL



# Endodontie

Alexis Gaudin

## Les fêlures dentaires : diagnostic et approche thérapeutique

• Wu S, Lew HP, Chen NN. Incidence of pulpal complications after diagnosis of vital cracked teeth. *J Endod* 2019; 45 (5): 521-5.

Le statut pulpaire et péri-apical des dents fêlées dépend de l'étendue des fêlures et de la symptomatologie. Lorsque la fêlure s'étend en direction pulpaire, la pénétration de bactéries et des produits de dégradation provoque une inflammation de la pulpe, et peut conduire à des pathologies péri-apicales. Cette étude de cohorte rétrospective visait à observer l'incidence des pulpites et des nécroses des dents présentant des fêlures et non traitées endodontiquement. Cent quatre-vingt-quatre patients présentant 199 dents fêlées, diagnostiquées avec une pulpite réversible, ont été recrutés. Les dents fêlées ont été identifiées par inspection, par transillumination et par des tests de morsure positifs. Un diagnostic de pulpite réversible a été posé si la dent n'avait pas d'antécédent de douleur spontanée, était positive mais ne persistait pas au froid, et s'il n'y avait pas de pathologie péri-apicale. Au moment du diagnostic, des bagues orthodontiques ont été scellées et ces dents ont été référées pour des couronnes. Les patients ont été rappelés au moins trois ans après le diagnostic, à l'exception des patients dont les dents fêlées avaient subi un traitement endodontique ou avaient été extraites. 71 % (141/199) des dents fêlées présentant une pulpite réversible sont restées saines après trois ans. Il est essentiel de contenir la fêlure afin de minimiser la flexion des cuspidés et de couvrir complètement la fissure dans l'environnement buccal.

• Alkhalifah S, Alkandari H, Sharma PN, Moule AJ. Treatment of cracked teeth. *J Endod* 2017; 43 (9): 1579-86.

Bien que de nombreuses options soient proposées pour le traitement des dents postérieures fêlées, la plupart des décisions de traitement ne sont pas fondées sur des preuves. Ainsi, des variations individuelles considérables peuvent se produire en ce qui concerne les recommandations de traitement pour le même scénario. Peu d'études évaluent les attitudes des praticiens à l'égard du traitement des dents fêlées. Dans cette étude, 32 praticiens spécialisés en prothèse, 34 endodontistes et 29 omnipraticiens travaillant dans des services de santé bucco-dentaire privés au Koweït ont été évalués quant à leur approche de traitement pour 5 scénarios cliniques différents de dents fêlées. Dans l'ensemble, les approches de traitement ne sont pas liées à la formation spécialisée. Des différences statistiquement significatives ont été observées entre les endodontistes et les omnipraticiens, en cas de couronnement des dents.

Cette étude met en évidence de grandes différences dans l'approche de la planification du traitement des dents fêlées dans de nombreux scénarios cliniques, à la fois entre les groupes de praticiens et au sein de ceux-ci. Une recherche à long terme sur la pratique est nécessaire pour prendre des décisions de traitement fondées sur des preuves.

*Pour en savoir plus, rendez-vous à la séance A11 (mardi 26 novembre, 16h-17h)*

## Apports des ciments biocéramiques en endodontie

- **Al-Haddad A, Che Ab AZ. Bioceramic-based root canal sealers: A review. Int J Biomater 2016; 2016: 9753210.**

Les ciments endodontiques sont considérés comme une technologie avantageuse en endodontie. Le but de cette revue de littérature était de synthétiser les études expérimentales de laboratoire et les études cliniques concernant les ciments biocéramiques en endodontie. Les résultats des études de laboratoire et des études cliniques sur les propriétés biologiques et physiques des produits de scellement à base de biocéramique, ainsi que les études comparatives avec d'autres produits de scellement ont été évalués. Les propriétés physiques, la biocompatibilité, l'aptitude au scellement, l'adhérence, la solubilité et l'efficacité antibactérienne ont été comparées. Les ciments à base de biocéramique se sont révélés biocompatibles et comparables aux autres ciments déjà disponibles sur le marché. Les résultats cliniques associés à l'utilisation de produits de scellement canalaire à base de biocéramique ne sont pas encore complètement établis dans la littérature du fait du manque de recul clinique.

- **Lopez-Garcia S et al. Cytocompatibility, bioactivity potential, and ion release of three premixed calcium silicate-based sealers. Clin Oral Investig 2019 (in Press).**

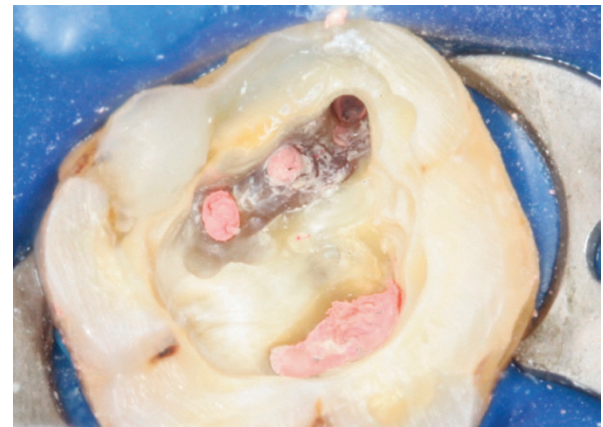
Afin de pouvoir créer des ciments de scellement biocéramiques, des modifications de la composition sont nécessaires. Celles-ci peuvent altérer les caractéristiques biologiques et physico-chimiques des ciments de scellement à base de silicate de calcium (CSBS) et, en définitive, leur bioactivité. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les propriétés biologiques de trois ciments CSBS: EndoSequence BC Sealer, Cera-seal et Endoseal. Des cellules souches du ligament parodontal humain (hPDLSC) ont été exposées à plusieurs éluats de CSBS. Le profil de libération des ions et le pH ont été déterminés, l'activité métabolique et la migration cellulaire ont été évaluées. Les hPDLSC ont été cultivées en contact direct avec la surface de chaque matériau, la morphologie cellulaire et la fixation ont été analysées par microscopie électronique à balayage (MEB). Le potentiel de bioactivité a été évalué par RT-qPCR et par des tests de minéralisation. Tous les matériaux présentaient un pH alcalin, même si Endoseal présentait un pH significativement plus élevé par rapport aux autres CSBS ( $p < 0,05$ ). Cera-seal a libéré beaucoup plus de  $Ca^{2+}$  ( $p < 0,05$ ) qu'Endo-Sequence BC Sealer et Endoseal. Endoseal a induit

une réduction significative de la viabilité cellulaire et de la migration cellulaire par rapport au contrôle ( $p < 0,001$ ). Cera-seal et EndoSequence ont montré une capacité de minéralisation nettement supérieure à celle d'Endoseal ( $p < 0,001$ ). En conclusion, les éluats d'EndoSequence BC Sealer et de Cera-seal présentaient une viabilité cellulaire, une fixation cellulaire, des taux de migration cellulaire et des taux de libération des ions supérieurs à ceux d'Endoseal. Cera-seal et EndoSequence BC Sealer ont montré une capacité d'expression et de minéralisation des gènes nettement supérieure à celle d'Endoseal. Par conséquent, Endo-Sequence BC Sealer et Cera-seal possèdent des propriétés biologiques qui en font des matériaux appropriés pour le traitement du canal radiculaire.

*Pour en savoir plus, rendez-vous à la séance B36 (mercredi 27 novembre, 14h-15h30)*

## Quand et comment entreprendre un retraitement endodontique ?

- **Rodríguez G, Patel S, Durán-Sindreu F, Roig M, Abella F. Influence of cone-beam computed tomography on endodontic retreatment strategies among general dental practitioners and endodontists. J Endod 2017; 43 (9): 1433-7.**



Les options de traitement pour la gestion des échecs endodontiques comprennent le retraitement endodontique non chirurgical ou chirurgical, la réimplantation et l'extraction avec ou sans remplacement de la dent. Le but de cette étude était de déterminer l'impact de la tomographie à faisceau volumique (CBCT) sur la prise de décision clinique chez les chirurgiens-dentistes omnipraticiens et les endodontistes après un échec du traitement canalaire. Un deuxième objectif consistait à évaluer le niveau de difficulté et le choix de traitement avant et après la visualisation d'un CBCT

préopératoire. Huit patients avec des dents traitées endodontiquement, diagnostiquées avec une parodontite apicale symptomatique, un abcès apical aigu ou un abcès apical chronique ont été sélectionnés. Lors de la première séance, les examinateurs ont reçu les détails de chaque cas, y compris les radiographies pertinentes, et ont été invités à choisir l'une des alternatives de traitement proposées et à évaluer la difficulté de prendre une décision. Un mois plus tard, les examinateurs ont examiné au hasard les 8 mêmes cas avec les informations supplémentaires tirées des données de la CBCT. Les résultats sont les suivants: les examinateurs ont modifié leur plan de traitement après avoir visionné le CBCT dans 49,8 % des cas. Une différence significative dans le plan de traitement entre les deux modalités d'imagerie a été enregistrée pour les endodontistes et les chirurgiens-dentistes omnipraticiens ( $p < 0,05$ ). Après l'évaluation du CBCT, aucun des deux groupes n'a modifié le niveau de difficulté qu'il avait lui-même déclaré au moment de choisir un plan de traitement ( $P = .0524$ ). L'option d'extraction a augmenté significativement de 20 % après visionnage du CBCT ( $P < 0,05$ ). Par conséquent, l'imagerie CBCT influence directement les stratégies de retraitement endodontique chez les chirurgiens-dentistes omnipraticiens et les endodontistes.

• **Iqbal Mian K, Kim S. A review of factors influencing treatment planning decisions of single-tooth implants versus preserving natural teeth with nonsurgical endodontic therapy. J Endod 2008; 34 (5): 519-29.**

La prise de décision en ce qui concerne l'extraction suivie d'un implant et le retraitement non chirurgical peut se révéler complexe. Les facteurs qui dictent le choix correct d'une procédure à l'autre pour chaque cas ne sont pas encore établis par des études contrôlées randomisées. Le but de cette revue était d'évaluer les facteurs clés permettant au clinicien de prendre des décisions cliniques sur la base des meilleures preuves et dans l'intérêt supérieur du patient. Des considérations générales sont discutées pour aider le lecteur à analyser les études cliniques portant sur ce problème. Il est important de noter que les principales études publiées à ce jour indiquent qu'il n'y a aucune différence de pronostic à long terme entre les implants à une dent et les dents restaurées traitées au canal radiculaire. Par conséquent, la décision de traiter une dent par endodontie ou de poser un implant dentaire doit être basée sur d'autres critères tels que la restauration prothétique de la dent, la qualité de l'os, les exigences esthétiques, le rapport coûts-avantages, les facteurs systématiques, les potentiels effets

indésirables et les préférences du patient. Les auteurs ont pu conclure que le traitement endodontique des dents représente un moyen fiable et économique de préserver la fonction dans un grand nombre de cas et que les implants dentaires constituent une bonne alternative dans certaines indications où le pronostic est mauvais.

• **Pedullà E et al. Retreatability of two hydraulic calcium silicate-based root canal sealers using rotary instrumentation with supplementary irrigant agitation protocols: a laboratory-based micro-computed tomographic analysis. Int Endod J 2019; 52 (9): 1377-87.**

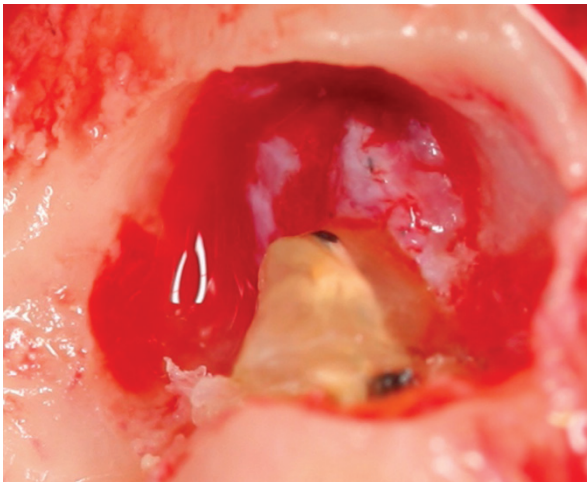
Le but de cette étude était d'étudier la possibilité de retraitement de deux ciments endodontiques à base de silicate de calcium (BioRoot RCS, Septodont et GuttaFlow Bioseal, Colten/Whaledent) à l'aide d'instruments rotatifs en combinaison avec des techniques d'agitation. Cette étude a été réalisée sur dents extraites en laboratoire. Les canaux radiculaires de prémolaires mandibulaires à une seule racine ont été préparés jusqu'au diamètre 40 avec une conicité de 0,04 et divisés au hasard en deux groupes expérimentaux ( $n = 36$ ) en fonction du matériau d'obturation radiculaire. Les canaux radiculaires étaient obturés par de la gutta-percha et soit du GuttaFlow Bioseal (GB, groupe 1), soit du BioRoot RCS (BR, groupe 2), puis scannés à l'aide d'un microtomographe (micro-CT) et stockés dans une solution saline tamponnée au phosphate pendant quatre mois. Le retraitement canalaire a été réalisé à l'aide d'instruments rotatifs et les échantillons ont été attribués au hasard à l'un des sous-groupes pour une agitation d'irrigation supplémentaire ( $n = 12$ ): sous-groupe A, irrigation sous seringue (témoin); sous-groupe B, Tornado Brush (M.I.B) et sous-groupe C, irrigation activée par ultrasons. Les échantillons ont été de nouveau scannés avec un micro-CT pour calculer le volume de matériau de remplissage restant. Les données ont été analysées statistiquement par une ANOVA à deux voies et des tests de Tukey post-hoc ( $p = 0,05$ ). Les résultats ont été les suivants: les échantillons obturés à l'aide de GuttaFlow Bioseal ont été associés à un volume significativement inférieur de résidus de remplissage radiculaire par rapport au BioRoot RCS ( $p < 0,05$ ). Il n'y avait pas de différence significative entre les sous-groupes d'agitation d'irrigants supplémentaires dans l'élimination du GB ( $p > 0,05$ ). Dans le groupe 2 (BioRoot RCS), les sous-groupes B (Tornado Brush) et C (irrigation irriguée par ultrasons) étaient associés à un volume nettement inférieur de résidus d'obturation des racines par rapport au sous-

groupe A (irrigation par seringue) ( $p < 0,05$ ). Il n'y avait pas de différence significative entre les sous-groupes B et C ( $p > 0,05$ ).

*Pour en savoir plus, rendez-vous à la séance C51 (jeudi 28 novembre, 9h-12h)*

## La chirurgie endodontique, temps par temps

- **Tawil PZ. Periapical microsurgery: can ultrasonic root-end preparations clinically create or propagate dentinal defects?** *J Endod* 2016;42(10):1472-5.



DR

La microchirurgie endodontique est une option de traitement importante en endodontie moderne. Il a été démontré que les défauts dentinaires avaient un impact négatif sur les résultats de la microchirurgie endodontique. Cette étude clinique évalue l'effet des préparations ultrasoniques au niveau de l'apex de la racine sur la création et la propagation de défauts dentinaires. Quarante-deux dents ont été traitées par microchirurgie endodontique en utilisant un protocole de microchirurgie moderne dans un cadre de cabinet privé. Les apex radiculaires ont été résectionnés et examinés à la recherche de défauts dentinaires à l'aide d'un microscope chirurgical et d'une sonde à diode électroluminescente de 0,8 mm de diamètre, à la fois avant et après les préparations ultrasoniques. Une échelle à 3 degrés (aucun, défaut partiel ou complet de la dentine) a été utilisée pour évaluer l'état des racines avant et après la préparation ultrasonique. Sur les 42 dents traitées, 3 avaient une fracture radiculaire verticale, 51 étaient intactes à la résection et restaient intactes après la préparation de l'extrémité de la racine. 26 dents présentaient des défauts denti-

naires partiels et 14 (54 %) de ceux-ci se propageaient en défauts dentinaires complets après préparation de l'extrémité de la racine. Cette étude a montré que l'utilisation de préparations ultrasoniques d'extrémité de racine est sans danger pour les racines intactes. Les défauts préexistants de la dentine peuvent être propagés par des préparations ultrasoniques d'extrémité de racine. Grâce à l'utilisation de diodes électroluminescentes, les défauts au niveau de la dentine peuvent être détectés.

- **Safi C, Kohli MR, Kratchman SI, Setzer FC, Karabucak B. Outcome of endodontic microsurgery using mineral trioxide aggregate or root repair material as root-end filling material: A randomized controlled trial with cone-beam computed tomographic evaluation.** *J Endod* 2019; 45 (7): 831-9.

Le but de cet essai clinique randomisé était d'évaluer la guérison après microchirurgie endodontique (EMS) en utilisant du MTA par rapport à un matériau bio-céramique EndoSequence (RRM) comme matériau d'obturation radiculaire. Deux cent quarante-trois dents présentant une parodontite apicale persistante ou récurrente ont été distribuées de manière aléatoire au groupe MTA ou au groupe RRM. Des EMS ont été réalisées et des visites de suivi clinique et radiographique ont été programmées à 6, 12 et 24 mois avec une imagerie de suivi par (CBCT) après 12 mois. Cent vingt dents avec un recul moyen de 15 mois ont été évaluées. Le taux de réussite global était de 93,3 % pour l'évaluation à l'aide de radiographies péri-apicales et de 85 % pour l'évaluation CBCT. Le groupe RRM a présenté des taux de réussite de 92 % et 84 %, évalués respectivement à l'aide de radiographies péri-apicale et du CBCT. Le groupe MTA a présenté des taux de réussite de 94,7 % et 86 %, évalués respectivement à l'aide de radiographies péri-apicale et du CBCT. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes. La profondeur du matériau de remplissage et la fracture radiculaire se sont révélées être des prédicteurs de résultats significatifs. En conclusion, la microchirurgie endodontique est une procédure fiable avec un pronostic très favorable.

- **Setzer FC, Kim S. Comparison of long-term survival of implants and endodontically treated teeth.** *J Dent Res* 2014; 93 (1): 19-26.

Les résultats des implants dentaires et des dents traitées endodontiquement ont fait l'objet de nombreuses études. Cependant, il existe toujours une grande controverse sur le moment où il faut garder une dent naturelle et quand l'extraire pour un implant dentaire.

Cet article passe en revue les avantages et les inconvénients des deux options de traitement et discute les résultats du succès par rapport à la survie, ainsi que de l'impact des progrès techniques pour l'endodontie moderne et la microchirurgie endodontique sur le pronostic à long terme de la rétention dentaire. La survie des implants posés par des praticiens inexpérimentés était de 73,0 %, contre 95,5 % pour les spécialistes des implants. Une comparaison des taux de survie des dents après traitement endodontique par des spécialistes en endodontie par rapport aux chirurgiens-dentistes omnipraticiens dans le cadre d'une étude multicentrique de 350 dents répondant aux critères d'inclusion, a montré une différence de seulement 98,1 % contre 89,7 %. Les implants et les dents traitées de manière endodontique montrent des taux de résultats significatifs si les traitements sont appropriés. Les deux options doivent être considérées comme se complétant, non comme des concurrents, et doivent servir l'objectif général en dentisterie: la santé à long terme. Il est important de considérer les avantages pour le patient, et d'intégrer les notions de fonction, de confort et d'esthétique.

*Pour en savoir plus, rendez-vous à la séance D78 (vendredi 29 novembre, 9h-12h)*

### La relation patient-praticien en endodontie ou l'un des facteurs clé du pronostic de traitement

• **Fleming PS et al. Are dental researchers asking patient-important questions? A scoping review. J Dent 2016; 49: 9**

Il est généralement admis que les résultats de la recherche devraient être pertinents et présenter des avantages pour les patients. Le rendement des études de recherche biomédicale a fait l'objet d'une attention accrue au cours des dernières années. L'objectif de cette étude était d'évaluer la nature des résultats dans un sous-ensemble représentatif d'essais cliniques publiés dans des revues dentaires. Des essais contrôlés randomisés publiés sur une période de trois ans, jusqu'au 31 décembre 2015, ont été identifiés dans huit revues dentaires générales et spécialisées. La qualité de vie et les mesures fonctionnelles ont rarement été considérées comme les principaux domaines de résultats. Dans l'ensemble, 182 (44 %) des résultats étaient principalement axés sur le clinicien, 140 (34 %) étaient centrés sur le patient, tandis que 22 % (n = 87) étaient à la fois centrés sur le patient et sur le clinicien.

• **Carter AE, Carter G, Boschen M, Aishwami E, George R. Ethnicity and Pathways of Fear in Endodontics. J Endod 2015; 41 (9): 1437-40.**

Les différences culturelles dans des sociétés multiculturelles ayant des perceptions ethniques différentes posent un défi lors de la gestion et lors du traitement de patients souffrant de peur et d'anxiété chez le chirurgien-dentiste. Cette étude visait à identifier les notions de peur et d'anxiété les plus courantes et les plus pertinentes liées au traitement endodontique dans différents groupes ethniques. Tous les participants des cliniques dentaires de l'Université Griffith (Gold Coast, Australie) ont été invités à participer s'ils avaient eu ou devaient bénéficier d'un traitement endodontique. Huit cent soixante-dix-neuf patients (âgés de 20 à 90 ans) ont rempli un questionnaire. Les répondants blancs (54,5 %) et arabes/africains (30,9 %) étaient plus susceptibles ( $p < 0,001$ ) d'utiliser la voie de conditionnement par rapport aux groupes est-asiatiques (10,5 %) ou autochtones/insulaire du Pacifique (3,9 %). L'âge était un facteur significatif pour toutes les ethnies ( $p < 0,05$ ). Les groupes de 40 ans et de 65 ans et plus ont montré moins de peur par rapport aux groupes de 20 à 39 ans. Le sexe féminin était significativement lié à l'utilisation des voies informative ( $p < 0,001$ ) et parentale ( $p = 0,002$ ). La présente étude a montré que différents groupes ethniques semblaient adopter des voies différentes, ce qui montre combien il est important d'adapter les stratégies dans une société multiculturelle pour gérer la peur et l'anxiété liées au traitement par canal.

*Pour en savoir plus, rendez-vous à la séance D100 (vendredi 29 novembre, 16h-17h)*

### Gestion des caries profondes, des thérapeutiques de vitalité pulpaire à la restauration fonctionnelle

• **Duncan HF et al. European Society of Endodontology position statement: Management of deep caries and the exposed pulp. Int Endod J 2019; 52 (7): 923-34.**

Cet article correspond au consensus établi par la société européenne d'endodontie (ESE) concernant la gestion des caries profondes et des situations avec exposition pulpaire. La préservation de la santé pulpaire, la prévention des parodontites apicales, le développement des thérapeutiques biologiquement minimalement invasives sont des thèmes clés de l'endodontie clinique contemporaine. Le but de cette publication était de résumer les meilleures preuves actuelles concernant

# INNOVEZ AVEC KAELUX !

## NOUVEAUX LASERS GAMME EXPERT



# FORMEZ-VOUS AU LASER AVEC KAELUX !

Cours, applications, bénéfices, protocoles et travaux pratiques

## SAVE THE DATE

**2019**

**BORDEAUX** - 31 octobre

**ANGOULEME** - 7 novembre  
*SPECIALE ENDODONTIE*

**PARIS** - 12 décembre

**2020**

**PARIS** - 23 janvier  
*SPECIALE ERBIUM YAG*

**NANTES** - 19 mars

**PARIS** - 7 mai  
*SPECIALE ERBIUM YAG*

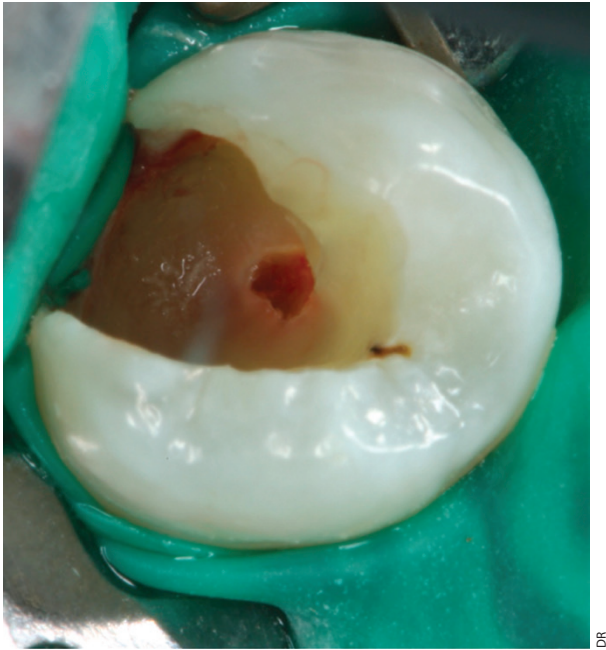
**CORSE** - 25 juin

**PARIS** - 24 septembre

**MONTPELLIER** - 5 novembre

Formations assurées en totale liberté scientifique par le Docteur Gérard Rey  
Diplômé de la faculté de Médecine - Docteur en chirurgie Dentaire - Diplômé en Expertise Bucco-Dentaire - Expert in Oral Implantology DGOI - AFI  
Directeur d'Enseignement sur les Lasers Médicaux - Paris Garancière - Milan Bicocca Montpellier UFR - Professeur A.C. Université Milan Bicocca  
Formations Lasers : 300 € (Cours, TP, et déjeuner inclus).





DR



le diagnostic, la classification des caries profondes, les stratégies de gestion clinique appropriées pour éviter et traiter l'exposition de la pulpe sur les dents permanentes. Les controverses, les preuves de faible qualité et les incertitudes ont été mises en évidence.

- **Li Y et al. Pulpotomy for carious pulp exposures in permanent teeth: A systematic review and meta-analysis. J Dent 2019; 84: 1-8.**

Des taux de réussite élevés ont été rapportés pour l'utilisation de la pulpotomie dans la gestion de l'exposition de la pulpe résultant de caries étendues. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la rentabilité de la pulpotomie pour la sauvegarde des dents permanentes avec une exposition pulpaire résultant d'une carie étendue. Des essais comparatifs randomisés comparant la pulpotomie à des traitements alternatifs, ou comparant deux médicaments ou plus dans la pulpotomie pour les dents permanentes avec une exposition carieuse de la pulpe ont été inclus. Dix-sept études rapportées dans 21 articles ont été incluses. Les analyses des études comparant la pulpotomie et d'autres modalités de traitement avaient tendance à favoriser la pulpotomie. La méta-analyse n'a pas été réalisée sur les comparaisons de pulpotomie et d'autres traitements en raison du nombre limité d'études. La plupart des comparaisons entre différents médicaments de pulpotomie comparent le MTA et l'hydroxyde de calcium, avec les résultats de méta-analyses en faveur du MTA.

Les données étaient insuffisantes pour déterminer le rapport coût-efficacité d'une modalité réussie. Selon les auteurs, la pulpotomie est une alternative fiable au traitement du canal radiculaire dans la gestion des dents permanentes cariées avec exposition pulpaire, et cela même dans les dents permanentes atteintes de pulpites irréversibles. Le succès de la pulpotomie dans la prise en charge des pulpites irréversibles remet en cause le discours selon lequel les pulpites irréversibles ne peuvent être gérées que par un traitement du canal radiculaire. Une analyse coût-efficacité plutôt qu'une analyse ne portant que sur l'efficacité du résultat du traitement doit être envisagée dans tous les domaines de la santé afin d'évaluer les avantages d'autres options de traitement.

- **Meraji N, Camilleri J. Bonding over dentin replacement materials. J Endod 2017; 43 (8): 1343-9.**

Les substituts dentinaires sont nécessaires dans les grandes cavités pour protéger la pulpe et réduire le volume de matériau de remplissage sus-jacent en résine composite. Les microfuites causées par une mauvaise adhérence de la résine composite au matériau de remplacement de la dentine sous-jacent peuvent constituer une irritation pulpaire. Le but de cette étude était de caractériser l'interface entre les substituts dentinaires et la résine composite et de mesurer la résistance de la liaison au cisaillement après vieillissement dynamique. Biodentine (Septodont), Theracal LC (Bisico)

Multipliez vos pratiques.



Rendez-vous  
stand **3105**

et Fuji IX (GC) ont été utilisés comme substituts dentinaires. Ils ont ensuite été recouverts soit d'un agent de mordantage total et de collage, soit d'un primer auto-mordant et d'une résine composite, soit d'un ciment verre ionomère. Toutes les combinaisons ont été thermocyclées pendant 3000 cycles. L'interface a été caractérisée à l'aide d'une microscopie électronique à balayage et d'une cartographie élémentaire. De plus, la force de liaison au cisaillement a été évaluée. La surface de Biodentine a été modifiée par attaque chimique. La microstructure de Theracal LC et Fuji IX n'a pas changé lors de l'application de l'attaque acide. L'interface entre Biodentine et le CVI présentait un espace et des particules de verre. La force de liaison entre Theracal LC et le composite en utilisant une technique de mordantage total suivi d'un primer a atteint les meilleures valeurs de force d'adhésion. Biodentine présentait la liaison la plus faible. Le vieillissement dynamique est nécessaire pour disposer de données cliniquement valables. La liaison de la résine composite aux matériaux substituts dentinaires reste un défi.

• **Zanini M, Meyer E, Simon S. Pulp inflammation diagnosis from clinical to inflammatory mediators: A systematic review.**

**J Endod 2017 ; 43 (7): 1033-51.**

La pulpe dentaire est capable de déclencher une réaction inflammatoire afin d'éliminer les agents pathogènes et de stimuler la réparation. L'inflammation de la pulpe est une condition préalable à la réparation et à la régénération du complexe pulpo-dentinaire. L'évaluation de la sévérité de l'inflammation pulpaire est nécessaire pour prédire le succès clinique du maintien de la vitalité pulpaire. L'évaluation du statut inflammatoire in situ est délicate et les limites bien connues. Une approche moléculaire facilitant la distinction clinique entre les pulpites réversibles et irréversibles pourrait améliorer le taux de succès du traitement pulpaire vital. Cette revue de littérature fait le point sur l'expression des médiateurs inflammatoires dans le contexte du diagnostic clinique. Les bases de données PubMed et Cochrane des articles publiés entre 1970 et décembre 2016 ont été interrogées. Trente-deux articles ont été analysés. L'analyse indique que l'interleukine-8, la métalloprotéinase 9, le TNF-alpha augmentent tant au niveau de l'expression du gène qu'à celui de la protéine lors de l'inflammation pulpaire. La pulpite clinique irréversible est liée à des niveaux spécifiques d'expression de médiateur inflammatoire. La différence d'expression entre maladie réversible et irréversible est à la fois quantitative et qualitative. Sur la base de cette analyse, la quantification in situ des médiateurs inflammatoires pourrait contribuer à la distinction clinique entre pulpite réversible et irréversible.

*Pour en savoir plus, rendez-vous à la séance E105 (samedi 30 novembre, 9h-12h)*

**id**  
PRESSE ÉDITION MEDIA

**ADF STAND 1N01**

**27-30**  
NOVEMBRE

*Retrouvons-nous nombreux !*

**DÉDICACES**

**RENCONTRES**

**PRIVILÈGES**

**NOUVEAUTÉS**

suivez-nous  
f t in

**RÉUSSIR** DANS SA  
PRATIQUE DENTAIRE,  
C'EST SAVOIR INTÉGRER  
**L'OUVERTURE** AUX NOUVELLES  
TECHNOLOGIES  
**DE** L'INFORMATION DANS  
**SON** ACTIVITÉ, EN PLAÇANT AU  
**CENTRE** DE SES PRÉOCCUPATIONS  
LES NOUVELLES ATTENTES  
DES PATIENTS EN MATIÈRE  
**DE SANTÉ DENTAIRE.**

---

**InfoSanté** EST LA PREMIÈRE SUITE LOGICIELLE INTÉGRÉE  
DÉDIÉE EXCLUSIVEMENT AUX CENTRES DE SANTÉ,  
PERMETTANT

- D'OPTIMISER LE TEMPS MÉDICAL
- D'AMÉLIORER L'ACCUEIL PATIENT
- DE FIABILISER LA GESTION ADMINISTRATIVE

[www.infosante.fr](http://www.infosante.fr)

 01 47 81 45 50

**InfoSanté**  
...

LA TRANSFORMATION DIGITALE  
DE VOTRE CENTRE DENTAIRE

# Le confort de mon patient facilite mon travail

Il n'y a pas d'autre matériel plus utilisé que le fauteuil dentaire : 8 heures par jour, 5 jours par semaine, c'est pourquoi le choix de l'unité est très important !

Il vous permettra de travailler à votre guise : avec facilité, optimisation des gestes, hauteur parfaite, plateau d'instruments placés où vous voulez, etc.

Chez Ancar, à Barcelone, vos choix sont facilités.

Nous avons interrogé plusieurs chirurgiens-dentistes français qui ont opté pour un équipement dentaire ANCAR.

## ANCAR : entreprise d'origine espagnole qui fabrique des équipements dentaires.

Dès 1958, Antoni Carles Pujol, agent d'usage industriel de profession, décida de créer Ancar. En 1970, il créa sa division de fauteuils pour salons de coiffure et 10 ans plus tard, il démarra son activité dans le monde des fauteuils d'odontologie.

Aujourd'hui, Ancar offre plus de 40 modèles différents dont la fabrication est basée sur l'usage de l'aluminium. Il distribue également ses produits dans 32 pays en Europe, au Moyen Orient, en Océanie et au Maghreb et a reçu diverses récompenses telles que la distinction de meilleure unité dentaire Saude Oral en 2015 pour son Série 5.

## Parmi les chirurgiens-dentistes interrogés, les docteurs Marc Boccara, Philippe Court, Mathieu Deslandes et le docteur Sendil Sivaprakasam ont répondu à nos questions.

### Dr Marc Boccara (Chatou).

Actuellement, je travaille dans un cabinet dentaire où nous sommes deux praticiens associés. Nous avons deux salles de soins et nous nous efforçons d'offrir à nos patients la meilleure qualité de soins possibles.

Nous avons deux fauteuils de marques différentes. Dans mon cas, je travaille avec un fauteuil Ancar de forme chaise (le modèle Série 7) avec un cart électronique indépendant. Pour choisir le fauteuil avec lequel j'allais travailler, j'ai demandé l'avis de la société avec laquelle je travaille depuis longtemps (Dental Wave, Paris). J'ai confiance en eux. Après évaluation de mes besoins, ils m'ont recommandé

de travailler avec Ancar, et j'en suis très heureux. J'avais besoin d'un fauteuil dentaire où le patient puisse s'asseoir comme dans une chaise normale, et en même temps, combiner mon travail avec un cart dentaire.

Grâce à l'ergonomie et à la fiabilité du cart électronique et du fauteuil Série 7, je peux combiner mes fonctions odontologiques générales aux chirurgies d'implantologie.

Le rapport qualité-prix du fauteuil m'a satisfait.

Quand on choisit un fauteuil, le bien-être du patient est fondamental, car il nous permet de travailler aussi plus confortablement. Un point très positif de ce modèle, la flexibilité des instruments dans le cart et les programmations possibles.

Le siège dispose d'un repose-pied télescopique automatique pour le patient, ce qui rend mon travail beaucoup plus simple.

L'ergonomie du fauteuil est quelque chose qu'il faut souligner. Le patient est allongé confortablement. La pédale sans fil est une merveille : elle conserve très bien sa charge pendant plusieurs mois, en mode recharge, je peux aussi travailler avec le câble branché. Tout cela accompagné de la facilité d'utilisation du fauteuil, qui est un point très favorable.

Une autre chose que je soulignerais, ce sont ses surfaces lisses, faites pour être facilement nettoyées, c'est très hygiénique.

Mon conseil pour les jeunes chirurgiens-dentistes qui débutent serait le suivant : au moment de choisir un fauteuil dentaire, au-delà des prix, le plus important est de bien penser à l'ergonomie du fauteuil, sa facilité d'utilisation, sa simplicité et à bien essayer les différentes positions de travail !

### Dr Philippe Court (Paris).

Je me consacre à la chirurgie. Mon fauteuil est bien évidemment de la marque Ancar et il s'agit du modèle Ancar Série 1 - SD-150. Je me suis



décidé à acheter ce fauteuil Ancar pour diverses raisons, la première étant pour la bonne relation que j'ai avec le distributeur (Dental-Wave, Paris) ainsi qu'avec les techniciens, et la seconde pour sa facilité d'utilisation. Cette dernière est un plus dont il faut tenir compte, et son design ainsi que son bon rapport qualité-prix ont suffi pour réaffirmer mon choix.

Pour moi, la facilité d'utilisation du fauteuil est très importante, le patient est confortable et tranquille, ce qui nous permet de travailler de manière plus ergonomique.

Cet unit Ancar répond à tous nos besoins.

Ce que l'on attend d'un fauteuil dentaire, c'est sa fiabilité.

Je ne pourrais pas travailler sans un fauteuil fiable. Il s'intègre parfaitement dans mon espace de soins. La circulation entre mon patient, mon assistante et moi-même est optimisée. Mon rendement est augmenté.

Comme je l'ai dit précédemment, le rapport qualité-prix a une grande influence au moment de choisir un fauteuil. Ce n'est pas toujours le fauteuil le plus cher du marché qui sera le meilleur, il doit s'adapter aux besoins de chacun et c'est là que l'on voit ce qu'il vaut.

Le fauteuil Ancar m'a enchanté. Nous sommes très satisfaits de sa facilité d'utilisation et de nettoyage. Au moment de réaliser les tâches d'hygiène de l'unité, ces dernières sont assez simples, sa surface lisse est vraiment optimale.

Le meilleur conseil que je puisse donner à un chirurgien-dentiste débutant serait de prendre son temps et de ne pas se précipiter. Quelle que soit la marque, il faut l'essayer.

Se mettre dans la peau du patient et investir dans la qualité. Si les deux parties se sentent à l'aise, nous pouvons travailler beaucoup mieux.

Il faut bien penser à préserver son dos, à l'ergonomie, ainsi qu'au confort du patient. Un autre facteur très important, c'est un bon service technique, des personnes de confiance

qui vous aident et viennent rapidement en cas d'urgence.

### Dr Mathieu Deslandes (Merdrignac)

**M**on fauteuil Ancar Série 5 est relativement récent, je l'utilise depuis décembre 2018.

Le cabinet dans lequel je travaille accueille beaucoup de patients, nous sommes 3 dentistes et 2 assistantes. Il y a 3 fauteuils, de marques différentes, moi, j'ai choisi le modèle « Ancar », Série 5. Après études de plusieurs marques et plusieurs ergonomies dans le showroom de mon distributeur, j'ai choisi un fauteuil Ancar pour son design, il m'a semblé également offrir un grand confort et une bonne ergonomie aussi bien pour le patient que pour le praticien.

Le fait qu'il s'agisse d'un fauteuil suspendu, avec élévation verticale, et sans aucun obstacle en dessous facilite les positions de travail.

Il est très important qu'il soit robuste, simple et facile à utiliser, ce que j'ai réussi à obtenir avec ce modèle. Le confort du patient dans un fauteuil dentaire, pour moi, est fondamental, tout comme le fait de pouvoir travailler de manière simple et facile.

De plus, je souhaitais un travail en position debout pour mes actes chirurgicaux, et avec ce fauteuil qui monte haut, je peux travailler confortablement sans que le patient soit gêné.

Le Série 5 possède tous ces avantages et bien plus, car compte tenu de l'attention reçue, le rapport qualité-prix est excellent.

Je pense qu'un fauteuil de travail doit être ergonomique, confortable, simple à utiliser, qu'il doit avoir un design propre et une hauteur du patient en position étendue confortable. C'est l'unité qui apporte le plus de confort pour tous.

L'unité Ancar possède toutes les configurations intuitives, rapides et enregistrables simplement sur un écran tactile.

Mon Ancar Série 5 n'a pas de crachoir, je n'en souhaitais pas, ce qui simplifie grandement son nettoyage et le rend très hygiénique. Un autre aspect à souligner, le revêtement du siège n'a aucune couture ce qui facilite le nettoyage. (Revêtement SOFT)

Lors de l'agrandissement du cabinet de MERDRIGNAC, ce fauteuil a été l'élément clé pour la

fonctionnalité du cabinet. J'ai apprécié le bon fonctionnement du service technique et commercial du distributeur « Bretagne Service Dentaire » à Melesse. Le personnel est sympathique et très compétent. J'ai senti que le service était de bonne qualité.

Mes recommandations en tant qu'expert en santé et hygiène bucco-dentaire, aux jeunes praticiens ou aux débutants, c'est qu'ils doivent se sentir rapidement à l'aise avec leur unit pour augmenter leur efficacité au travail.

Ils seront donc sereins et offriront plus de confort au patient pour être plus efficaces.

Ils doivent être conscients que l'ergonomie, le design du fauteuil et son confort d'utilisation ne doivent pas aller à l'encontre de son utilisation. L'unit doit être rapide, facile, et intuitif. C'est le principal outil de travail et il doit être agréable pour les deux parties.

Choisir un distributeur de confiance, c'est aussi très important.

### Dr Sendil Sivaprakasam (Meaux)

**C**a fait 14 ans que je suis praticien et je travaille dans un cabinet assez grand, avec 7 dentistes et 9 assistantes. Il y a 7 unités dentaires, dont mes deux fauteuils Ancar (SD-550 et SD-150). Comme je vois à peu près 12 patients par jour dans chaque fauteuil, j'avais vraiment besoin d'un fauteuil ergonomique. Protéger son dos est crucial. Je cherchais aussi un fauteuil avec pédale sans fil et la boîte hydrique qui ne repose au sol. Et je suis très content. Après une journée de travail je peux dire que je ne me sens pas fatigué et que je n'ai pas de problèmes de tension dans le dos. Ce qui m'a surpris c'est la simplicité d'utilisation et la facilité d'entretien du fauteuil. Le crachoir rotatif et l'espace libre sous le fauteuil du SD-550 est vraiment un plus. Je suis content du service technique de mon distributeur (Dentaire Service 77, Paris) pour m'avoir conseillé Ancar.

Aux jeunes praticiens je veux donner le conseil de bien regarder l'ergonomie de travail du fauteuil qu'ils veulent acheter et de faire attention aux positions de travail. Car au bout d'un certain nombre d'années les problèmes au dos et cervicales apparaissent.

## LES EXPERTS ONT PARLÉ

Au vu des témoignages de ces 4 praticiens, on repère plusieurs points très clairs et récurrents au moment d'acheter une unité odontologique.

L'ergonomie du fauteuil est essentielle, le bien-être et le confort du praticien comme du patient, doivent prévaloir pour que les soins se réalisent de la meilleure manière possible.

L'unité doit être facile à utiliser, une option choisie en complément sur le fauteuil doit être un gain de temps et non un frein, dans le but de faciliter le réglage d'une lumière ou le changement d'instruments...

Le bon rapport qualité-prix est important, l'unité doit être élaborée et fabriquée scrupuleusement pour la tâche à laquelle elle va servir. C'est l'outil de travail le plus important et il faut qu'il soit bien construit, solide, fiable, c'est pourquoi, comme le soulignent les docteur Court, Boccara, Sivaprakasam et Deslandes, compter sur un bon service n'est pas un luxe.

Il faut être à l'aise avec l'achat que vous réalisez et surtout que le contact humain et professionnel de votre fournisseur ou distributeur soit une priorité.

Chez ANCAR, nous avons une philosophie de travail très claire : concevoir les meilleurs équipements dentaires exigés par les professionnels. Nous nous basons sur six valeurs qui caractérisent toutes ces créations : valeur, économie, technologie, design, flexibilité et facteur humain. Ces piliers, associés à l'effort et au désir d'être les meilleurs, font que chaque jour nous relevons de nouveaux défis et élargissons cette gamme de produits en incluant progrès technologiques innovants.

Pour plus d'informations : [www.ancar-online.com](http://www.ancar-online.com) - ADF PARIS - STAND 2L27



SD-738 - Série 7



SD-150 - Série 1



SD-550 - Série 5



SD-550 - Série 5



# Prothèse amovible, Occlusodontie

Olivier Fromentin

## Édente total : quelle prothèse ?

- Postaire M. Prothèse amovible implanto-retendue. Le premier choix de l'édenté complet mandibulaire. *Réalités Cliniques* 2013; 23 (1): 47-56.
- Limbour P, Perrin J, Gastard Y, Plard H. Quelles stratégies implanto-prothétiques chez l'édenté complet ? *JPIO* 2018; 37 (1).
- El Syad AM, Elgamal M, Mohammed Askar MO, Al-Tonbary YG. Patient satisfaction and oral health-related quality of life (OHRQoL) of conventional denture, fixed prosthesis and milled bar overdenture for All-on-4 implant rehabilitation. A cross over study. *Clin Oral Implants Res.* 2019 Aug 14. [in press]

En fonction de la demande du patient édenté total, plusieurs thérapeutiques prothétiques ou implanto-prothétiques sont possibles. Il est classique de rapporter que le niveau de résorption est essentiel tant pour l'équilibre d'une prothèse totale conventionnelle à appui muqueux que dans l'indication du nombre d'implants nécessaires à la réalisation d'une prothèse complète supra-implantaire fixe ou amovible (PACSI implanto-retendue). Un autre aspect de la décision thérapeutique réside dans la prise en compte des critères essentiels rapportés par les patients traités, en termes de satisfaction ou de qualité de vie orale.

Ainsi, l'étude récente de El Syad et coll. compare la satisfaction et la qualité de vie orale de 16 patients édentés totaux mandibulaires bénéficiant d'un traitement initial par prothèse conventionnelle puis successivement, pour une durée de trois mois, par une prothèse supra-implantaire fixée (armature coulée en cobalt chrome puis céramisée) ou amovible (PACSI sur barre coulée en cobalt chrome puis fraisée pour recevoir une contrepartie également métallique comprenant des cavaliers de rétention en polymère) sur 4 implants. Les résultats obtenus à l'aide de questionnaires validés montrent que les niveaux de satisfaction





et de qualité de vie sont significativement plus élevés pour les prothèses supra-implantaires en comparaison avec la prothèse amovible conventionnelle. La prothèse fixée supra-implantaire recueille de meilleurs scores de satisfaction que la prothèse amovible implant-retenue en termes de rétention, de stabilité et de mastication, mais moins élevés concernant la satisfaction globale, le confort ou la facilité de nettoyage. Concernant la qualité de vie orale, il n'existe pas de différence entre les deux types de prothèses supra-implantaires.

*Pour en savoir plus, rendez-vous aux séances C65 (jeudi 28 novembre, 14h-15h30), D88 (vendredi 29 novembre, 14h-17h), E106 (samedi 30 novembre, 9h-10h30)*

## Troubles du sommeil

• **d'Incau E et al. Médecine dentaire du sommeil : une autre compétence du chirurgien-dentiste. *Clinic* 2018; 39: 339-45.**

• **Silva Gomes Ribeiro CV et al. Association between mandibular advancement device therapy and reduction of excessive daytime sleepiness due to obstructive sleep apnoea. *J Oral Rehabil* 2019 Oct 6. [in press]**

Le sommeil est un état physiologique périodique durant lequel la vigilance est diminuée et la réactivité aux stimulations internes et externes réduite. Il assure

de nombreuses fonctions physiologiques (sécrétion et régulation hormonale, régulation du système immunitaire), ainsi que de régulation cognitive et émotionnelle.

Les troubles du sommeil peuvent avoir des causes physiologiques, environnementales ou comportementales. Certains troubles interfèrent sur les fonctions normalement assurées par le sommeil, ce qui peut entraîner des répercussions majeures sur la santé, le bien-être, la scolarité, la vie sociale et professionnelle. Les troubles du sommeil les plus fréquemment rencontrés en population générale sont l'insomnie, les troubles respiratoires du sommeil dont le Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS), le syndrome des jambes sans repos, le bruxisme du sommeil et les parasomnies.

En médecine bucco-dentaire, de nombreux troubles comorbides ont été évoqués tels que les douleurs oro-faciales liées à un trouble du sommeil, les maladies parodontales en relation avec le SAHOS, les érosions dentaires liées au reflux gastro-œsophagien, le bruxisme, la sécheresse buccale ou l'hypersalivation. Le bilan clinique repose d'abord sur un entretien semi-directif et/ou sur des questionnaires spécifiques d'évaluation, complété par un examen clinique. Des examens complémentaires d'évaluation de la somnolence et d'exploration du sommeil (polysomnographie) peuvent être conduits en milieu hospitalier.

En fonction de la symptomatologie et des comorbidités associées, le traitement proposé utilise soit des dispositifs de pression positive continue (PPC), soit des orthèses d'avancée mandibulaires (OAM). L'obésité étant fréquemment associée aux troubles du sommeil, des mesures hygiéno-diététiques sont recommandées, quelle que soit la gravité du syndrome.

Les orthèses d'avancée mandibulaire (OAM) sont indiquées dans les situations de SAHOS sévère ou en alternative aux dispositifs de PPC non supportés par le patient. L'étude clinique récente de Silva Goez Ribeiro et coll. a étudié l'effet du port d'une OAM pendant 3 mois chez 10 patients sujets à des somnolences diurnes excessives. Les résultats montrent une amélioration statistiquement significative des scores d'exploration de la qualité du sommeil (diminution du nombre d'éveils et de micro-éveils recueillis en polysomnographie nocturne) ainsi que des tests de maintien d'éveil.

*Pour en savoir plus, rendez-vous à la séance A12 (mardi 26 novembre, 16h-17h)*



### Prise en charge des DAM

- Fleiter B, De Jaegher, Fougeront N. **Troubles musculo-squelettiques de l'appareil manducateur.** Paris: Ed Quint Internationale 2015: 13-24.
- Eliassen M, Hjortsjö C, Olsen-Bergem H, Bjørnland T. **Self-exercise programmes and occlusal splints in the treatment of TMD-related myalgia-Evidence-based medicine?** J Oral Rehabil. 2019; Jul 9. [in press]
- Wänman A., Marklund S. **Treatment outcome of supervised exercise, home exercise and bite splint therapy, respectively, in patients with symptomatic disc displacement with reduction: A randomised clinical trial.** J Oral Rehabil. 2019; Sept 14. [in press]

La prise en charge des troubles fonctionnels ou Dysfonctionnements de l'Appareil Manducateur (DAM) passe souvent par la réalisation d'une orthèse ou gouttière occlusale. Cette thérapeutique permet de répondre aux objectifs thérapeutiques symptomatiques, de diminuer la douleur articulaire et/ou musculaire, d'élargir le champ fonctionnel des mouvements mandibulaires et de protéger les articulations temporo-mandibulaires ainsi que la denture en présence de bruxisme.

Le diagnostic de ces troubles fonctionnels et des comorbidités associées est essentiel avant la prise en charge thérapeutique. Concernant la prise en charge des myalgies associées aux DAM, outre l'utilisation de gouttières occlusales, de nombreuses autres modalités thérapeutiques ont été proposées comme les exercices

d'étirement musculaire, les massages, les thérapeutiques comportementales.

La récente revue systématique de la littérature d'Eliassen et coll. montre que tant l'utilisation d'une orthèse occlusale que des exercices musculaires sont efficaces pour réduire la symptomatologie douloureuse et favoriser une augmentation de l'ouverture buccale ainsi que de l'amplitude fonctionnelle. De plus, sur 17 publications retenues, 14 montraient que les exercices musculaires, associés ou non avec une gouttière occlusale, diminuaient la douleur. Néanmoins, les auteurs signalent un très faible niveau de preuve scientifique concernant l'indication de ces deux modalités thérapeutiques. Cela est à rapprocher de l'étude clinique prospective randomisée de Wänman et Marklund qui comparent l'utilisation d'une gouttière, la prescription d'exercices musculaires auto administrés ou réalisés dans le cadre d'un programme d'accompagnement dans le traitement du déplacement discal réductible accompagné d'un bruit articulaire. Les résultats montrent une réduction de la fréquence et de l'intensité du bruit articulaire perçu par le patient lors du déplacement du disque dans les trois modalités, mais avec une compliance moindre des patients pratiquant les exercices musculaires sans accompagnement. Les auteurs soulignent l'importance de soutenir dans la durée la motivation des patients traités par orthèse ou par exercices musculaires afin d'améliorer les résultats en termes de sévérité du bruit articulaire perçu.

*Pour en savoir, rendez-vous à la séance B31 (mercredi 27 novembre, 11h-12h)*



# Prothèse fixée

Michel Bartala

Cette année, comme les précédentes, le programme de prothèse fixée est très riche en interventions. Pour cet ADF 2019, elles peuvent être regroupées selon six thèmes majeurs (certaines pourraient figurer dans plusieurs thèmes). Je vous propose, pour chacun de ces thèmes, une ou deux références bibliographiques qui, de la lecture, pourront vous inciter à passer au « présentiel » pour assister aux interventions correspondantes lors du congrès.

## Numérique

Les possibilités du numérique, du digital, sont de plus en plus étendues. Il semble aujourd'hui possible de « reproduire » virtuellement la face et le complexe bucco-dentaire d'un patient. Les progrès vont se poursuivre avec les améliorations des logiciels, des capteurs d'images. Ces évolutions vont permettre un transfert de plus en plus précis des informations cliniques. Cependant, si l'ensemble des outils informatiques donne un attrait à l'exercice, on peut se demander s'ils répondent à toutes les situations cliniques. Ainsi, dans une revue de littérature de 2018, analysant des articles jusqu'en 2015, il apparaît que le traitement des arcades complètes doit encore privilégier les empreintes dites physico-chimiques. Il est évident que ce dernier frein sera vite levé avec les avancées technologiques, si ce n'est déjà fait.

- Ahlholm P and al. Digital versus conventional impressions in fixed prosthodontics: A review. J Prostodont 2018; 27 (1): 35-41.
- Granata S and al. Incorporating a facial scanner into the digital workflow: A dental technique. J Prosthet Dent 2019 Oct 4. doi: 10.1016/j.prosdent.2019.05.021. [Epub ahead of print].

Pour en savoir plus, rendez-vous aux séances A4 (mardi 26 novembre, 14h-15h30) et B35 (mercredi 27 novembre, 14h-17h)

## Équipe dentiste-prothésiste

La relation chirurgien-dentiste-prothésiste est un des facteurs essentiels de la réussite des thérapeutiques prothétiques. La communication et le partage de compétence sont essentiels du début à la fin du traitement. Certaines étapes, comme la prise de la couleur, peuvent être réalisées en commun avec différentes techniques. Cette prise de couleur peut se faire selon des protocoles facilitant le transfert des informations du cabinet au laboratoire. Une démonstration en direct sous la responsabilité d'un chirurgien-dentiste et d'un prothésiste va détailler la technique de restauration de dents antérieures par facette dans ces étapes cliniques et de laboratoire. Le succès de cette technique repose sur la connaissance des principes de préparations pour le praticien et la connaissance de principes de réalisation pour le prothésiste. Un vrai travail d'équipe.

- **Aswini KK and al. The effect of gender and clinical experience on shade perception. J Esthet Restor Dent 2019 Aug 27. doi: 10.1111/jerd.12520. [Epub ahead of print]**
- **Allothman Y, Bamasoud MS. The Success of dental veneers according to preparation design and material type. Open Access Maced J Med Sci 2018; 6 (12): 2402-8.**

*Pour en savoir plus, rendez-vous aux séances A14 (mardi 26 novembre, 16h-17h), B27 (TP, mercredi 27 novembre 9h-12h), B34 (démonstration en direct, mercredi 27 novembre, 14h-17h)*

## Usure et reconstruction prothétique

L'usure est une « pathologie » que l'on rencontre de plus en plus souvent dans nos cabinets. Ses différentes étiologies conduisent souvent à des pertes de dimensions verticales. Un protocole précis doit être mis en place tant dans le diagnostic de cette perte de dimension verticale que dans le traitement et la restauration de ce paramètre. Dans la partie thérapeutique, il est primordial de choisir les matériaux adéquats pouvant maintenir les résultats obtenus de façon pérenne, et ce, sans détériorer les dents antagonistes.

- **Loomans B, Opdam N. A guide to managing tooth wear: the Radboud philosophy. Br Dent J 2018; 224 (5): 348-56.**
- **Heintze SD, Reichl FX, Hickel R. Wear of dental materials: Clinical significance and laboratory wear simulation methods - A review. Dent Mater J 2019; 38 (3): 343-53.**

*Pour en savoir plus, rendez-vous aux séances B22 (mercredi 27 novembre, 9h-10h30) et B29 (mercredi 27 novembre, 11h-12h30)*

## Relation prothèse fixe-parodonte-implantologie

La préservation tissulaire est enfin devenue une préoccupation première dans les décisions thérapeutiques prothétiques mettant en avant les techniques de collage. Il subsiste cependant quelques indications limitées à la réalisation de coiffes périphériques sur dents naturelles en première intention, mais il y a surtout un nombre important de cas cliniques de réintervention, où le praticien est amené à refaire des coiffes usagées ou iatrogènes.

L'intégration de ces prothèses fixées doit alors se faire en respectant le support parodontal. Cette préservation du parodonte débute avec l'analyse préprothétique puis tout au long des étapes jusqu'à la réalisation du profil d'émergence parfaitement intégré au niveau gingival. Cette nécessité d'intégration et le respect des tissus péri-prothétiques participent à la pérennité de la restauration prothétique et de son support, qu'il soit dentaire ou implantaire.

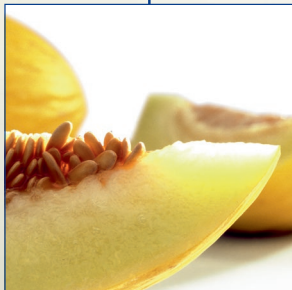
Au niveau implantaire, le type de prothèse, scellée ou vissée, peut avoir une influence sur l'inflammation gingivale. On peut ainsi s'interroger sur les indications de ces deux types de prothèses supra-implantaires.

- **Ercoli C, Caton JG. Dental prostheses and tooth-related factors. J Periodontol 2018; 89 Suppl 1: S223-S236.**
- **Thoma DS and al. Early histological, microbiological, radiological, and clinical response to cemented and screw-retained all-ceramic single crowns. Clin Oral Implants Res 2018; 29 (10): 996-1006.**

*Pour en savoir plus, rendez-vous aux séances D95 (vendredi 29 novembre, 14h-15h30) et D99 (vendredi 29 novembre, 16h-17h)*

## Prothèse fixée et édentement antérieur

L'édentement antérieur est un challenge par son aspect esthétique pour le patient. Dans le cas d'un édentement antérieur unitaire, le bridge conventionnel ne semble plus être, pour beaucoup, la solution indiquée. L'implantologie a pendant longtemps semblé pouvoir être la bonne direction thérapeutique. Mais la croissance faciale, les risques de péri-implantite,



Disponible en  
cinq goûts



## EFFICACITE ET SAVEUR

### Vernis fluoruré pour la désensibilisation dentaire

- Tolère l'humidité
- Vernis esthétique en teinte de la dent
- Désensibilisation rapide et diffusion d'ions de fluor (5 % NaF  $\triangleq$  22.600 ppm)
- Disponible en tubes, en *SingleDose* et en carpules
- Disponible en cinq parfums : menthe, caramel, melon, cerise et bubble gum



Rendez-nous visite  
ADF - Paris - Stand : 1N14  
27.-30.11.2019

# VOCO Profluorid® Varnish



la complexité des traitements ont vu émerger des alternatives comme les bridges mono ailette ou la mise en place de traitements orthodontiques. Il faut alors pouvoir analyser les différents paramètres cliniques et psychologiques qui vont orienter vers l'implantologie, le bridge collé mono ailette ou l'orthodontie. Puis, dans certaines situations (la présence par exemple de dents délabrées bordant la zone édentée), le bridge dit conventionnel ayant recours à des préparations périphériques sera la voie thérapeutique choisie. Cette thérapeutique, lorsque l'indication est bien posée et les critères de réalisation respectés, reste alors un traitement durable et fiable.

- **Kern M. Single-retainer resin-bonded fixed dental prostheses as an alternative to orthodontic space closure (and to single-tooth implants).** Quintessence Int 2018; 49 (10): 789-98.
- **Karl M. Outcome of bonded vs all-ceramic and metal-ceramic fixed prostheses for single tooth replacement.** Eur J Oral Implantol 2016; 9 Suppl 1: S25-44.


*Pour en savoir plus, rendez-vous aux séances B30 (mercredi 27 novembre, 11h-12h) et E109 (samedi 30 novembre, 9h-12h)*

## Sourire




La dentisterie esthétique a pris une importance croissante dans la société actuelle. Les patients souhaitent avoir un sourire éclatant. Les thérapeutiques du sourire suivent des principes qui sont de plus en plus balisés, pour ne pas dire codifiés. Si les sourires stéréotypés ne sont pas toujours les plus esthétiques, il est important de procéder à une analyse préthérapeutique précise. Elle permettra d'éviter des écueils souvent sources de difficultés relationnelles. L'expérience, la formation continue dans ces thérapeutiques, comme dans tous les domaines de l'odontologie, sont essentiels pour sécuriser l'obtention d'un résultat satisfaisant pour le patient et l'équipe soignante.

- **Kois DE, Kois JC. Comprehensive Risk-Based Diagnostically Driven Treatment Planning: Developing Sequentially Generated Treatment.** Dent Clin North Am 2015; 59 (3): 593-608.
- **Omar D, Duarte C. The application of parameters for comprehensive smile esthetics by digital smile design programs: A review of literature.** Saudi Dent J 2018; 30 (1): 7-12.

*Pour en savoir plus, rendez-vous aux séances D81 (vendredi 29 novembre, 9h-12h) et E107 (samedi 30 novembre, 9h-10h30)*



**88 pages - 29 €**


suivez-nous  




**T**out praticien, prothésiste ou assistant est confronté quotidiennement à prendre ou à traiter des empreintes. Dans toutes les disciplines odontologiques, et plus particulièrement dans le domaine prothétique, les empreintes sont un préalable incontournable à tout traitement. Qu'elles soient traditionnelles ou numériques, elles représentent le premier maillon de la chaîne. De leur qualité, dépend la réussite finale. L'objectif est clair : rappeler certains éléments fondamentaux en clinique ou au laboratoire, certains gestes simples mais parfois oubliés, pour réaliser au mieux cet acte quotidien. Tous les membres du comité éditorial de *Stratégie Prothétique*, ainsi que quelques autres auteurs, se sont mis à l'ouvrage pour rappeler et mettre en exergue « l'essentiel des empreintes », permettant à chacun de faire le point sur les gestes et les techniques garants de la réussite finale.

Coordonné par **Jean-Paul Louis**

**WWW.INFORMATION-DENTAIRE.FR**

COLLECTION  
 essentiel



RENDEZ-VOUS LE

**JEUDI 28 NOVEMBRE 2019**

DE 8 HEURES À 10 HEURES

# CONFÉRENCE ÉROSION DE L'ÉMAIL

HÔTEL **HYATT REGENCY PARIS** PORTE MAILLOT

SALLE **LAB 03**

**ÉCHANGE AVEC LES EXPERTS AUTOUR D'UN PETIT DÉJEUNER CONVIVAL**

**Dr Caroline MOCQUOT**  
Assistante Hospitalo-Universitaire  
en Odontologie  
Conservatrice - Endodontie  
(Université de Paris-Hôpital  
Rothschild AP-HP)



**Dr Élise PILAVVAN**  
Chirurgien-dentiste,  
assistante hospitalo-universitaire  
en Prothèses, Strasbourg,  
Praticien libéral

“USURES : DES **PRISES EN CHARGE**  
THÉRAPEUTIQUES **GLOBALES**”

“**MATÉRIAUX** ET **USURES** DENTAIRES”



SCANNEZ



POUR VOUS  
INSCRIRE

INSCRIPTIONS GRATUITES SUR  
[CONFERENCEGENERATE@INFORMATION-DENTAIRE.FR](mailto:CONFERENCEGENERATE@INFORMATION-DENTAIRE.FR)

SOUS L'ÉGIDE DE L'



AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE

**REGENERATE™**  
E N A M E L S C I E N C E

## CERTIFICAT UNIVERSITAIRE EN IMPLANTOLOGIE ET RÉHABILITATION ORALE

2020

1AN

**Responsables :** M. BARTALA - Y. LAUVERJAT

**Enseignants de l'Université :** PU-PH : B. ELLA-NGUEMA - S. CATROS

**MCU-PH :** M. BARTALA - J.-P. BLANCHARD - F. DARQUE -  
E. D'INCAU - Y. LAUVERJAT - J.F. LASSERRE - O. LAVIOLE

**AHU-AU :** R. COLOMB - M. PITZ - A. POPELUT - P.M. VERDALLE - F. VIGOUROUX

**Intervenants extérieurs :** P. DUCHATELARD (Chirurgien - Dentiste)  
L. HAURET (Radiologue) - M. PAPAXANTHOS (ORL)

- Anatomie - T.P. de dissection avec pose d'implants
- Thérapeutique médicale - Histologie
- Plan de traitement
- Biologie implantaire
- Ostéointégration - Biomatériaux
- Aménagement des tissus mous et osseux préimplantaires
- Techniques sinusiennes
- T.P. Prothèse et occlusion
- T.P. Pose d'implants avec différents systèmes
- Présentation de cas cliniques par les étudiants



**Admission sur dossier à adresser avec l'inscription**

**7 sessions de 2 jours : jeudi et vendredi**

Accès à la 2<sup>e</sup> année (DU) possible uniquement pour les praticiens  
pouvant exercer en France.

**2020 :** 16-17 janvier • 6-7 février • 5-6 mars • 9-10 avril  
14-15 mai • 4-5 juin • 3-4 septembre

**Frais :** 2 400 € + droits de scolarité

2 688 € + droits de scolarité en formation continue

**Examen de fin d'année : 15 oct. et 12-13 nov. 2020**

**Délivrance du Certificat Universitaire en Implantologie et Réhabilitation Orale**

Dossier et bulletin d'inscription à remplir avant le 15 novembre 2019  
en vue de l'inscription au certificat universitaire en implantologie et réhabilitation orale

**sur le site <https://apoflux-du.u-bordeaux.fr/etudiant/>**

Renseignements :

**micel.bartala@u-bordeaux.fr** ou **yves.lauverjat@u-bordeaux.fr**

# UFR des Sciences Odontologiques

## DIPLÔME D'UNIVERSITÉ EN IMPLANTOLOGIE ET RÉHABILITATION ORALE

2021  
2022

**Responsables :** M. BARTALA - Y. LAUVERJAT

- Formation clinique : traitement et suivi de cas complexes pluridisciplinaires au C.H.U.
- Réalisation de chirurgie implantaire et traitement prothétique
- Approfondissement de la première année
- Plan de traitement en prothèse implantaire
- Présentation et discussion de cas cliniques

1AN

### Pré-requis

**Certificat Universitaire en Implantologie et Réhabilitation Orale  
de l'Université Bordeaux obtenu en 2020**

**7 premières places : 1 jeudi ou vendredi sur 2 :  
de janvier 2021 à décembre 2021**

**7 places suivantes : 1 jeudi ou vendredi sur 2 :  
de janvier 2022 à décembre 2022**

**Frais :** 2 400 € + droits de scolarité  
2 688 € + droits de scolarité en formation continue

**Examen de fin d'année**

**Mémoire, présentation de cas cliniques et entretien**

**Délivrance du Diplôme d'Université en Implantologie et Réhabilitation Orale**