

PRO-DIGUE PAS PRODIGE



Stress diminué, concentration augmentée.

» page 4

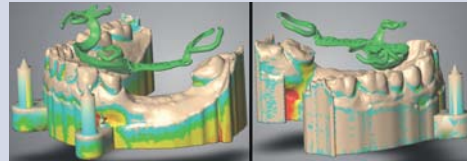
PRIX DE L'INNOVATION



Toutes les voix comptent.

» pages 10/11

PAP ET EMPREINTES OPTIQUES



Attention au nylon.

» page 18



**Mesurez la stabilité
des implants
et leur
ostéointégration**

Connectivité
OSSTEEL
Beacon



Une communication efficace dans le cadre de votre pratique quotidienne

Dr Anna Maria Yiannikos, Allemagne et Chypre

■ Présentation de scénarios les plus classiques et complexes, susceptibles de se produire dans votre cabinet dentaire, pour vous apprendre comment les aborder pour qu'à chaque fois, vos patients sortent de votre cabinet en pensant : « mon dentiste est vraiment le meilleur ! »

Les patients milléniaux

Attaquons-nous à la question délicate d'aujourd'hui qui est de comment attirer les patients milléniaux, qui sont nos patients d'aujourd'hui et de demain. Comment communiquer avec eux et comment les fidéliser. Je vais vous expliquer les sept étapes primordiales à ne jamais oublier lorsque l'on traite des patients milléniaux.

D'abord, qui sont ces patients milléniaux ? Les milléniaux, aussi appelés les enfants du millénaire, sont cette génération née entre les années 1980 et 2000, en fait, les patients âgés de 18 à 38 ans. Vu que les personnes de cette

tranche d'âge sont nos patients d'aujourd'hui et de demain, commençons par examiner la façon de les attirer dans nos cabinets dentaires.

Étape 1 : Avoir une présence en ligne intensive et exceptionnelle

Le World Wide Web, ou plus communément le Web, est un composant essentiel de la vie des milléniaux. Ceci étant dit, vous devez donc consacrer un certain temps à créer un site internet exceptionnel et attractif, et surveiller activement vos canaux de médias sociaux. Les patients milléniaux sont toujours très alléchés par les promotions, ils adorent éplucher les avis, en savoir plus sur votre RSE (responsabilité sociale des entreprises) et vos activités philanthropiques. Assurez-vous également de publier un argument qui vous différencie nettement et une description claire de vos services - Ils accordent une énorme attention à tous ces éléments.

Étape 2 : Assurer un service « de combat »

Un service « de combat » est un traitement, tel qu'un éclaircissement dentaire à domicile, par exemple, qui est offert au prix le plus bas du marché. Cette stratégie vous aidera à capter l'intérêt de tous ceux pour qui le prix est un facteur essentiel. Les milléniaux cherchent à s'identifier à leur environnement. Ce comportement touche surtout leurs prestataires de santé, dont vous, leur dentiste.

Étape 3 : Être honnête et concis

Lors du traitement d'un patient millénial, n'oubliez jamais ces trois principes : honnêteté, informativité et concision. Les milléniaux détestent que l'on essaye de jouer au plus fin avec eux. Donnez-leur autant d'informations que possible mais tout en faisant court. Les milléniaux ont l'habitude des infos condensées et ils vérifieront ce que vous leur dites. Il est même possible qu'ils aient déjà cherché sur Google avant de vous rendre visite.

Il est également utile d'utiliser certains mots clés tels que flexibilité, communauté, dynamisme, respect, motivation, environnement. Par exemple, vous pouvez dire : « Notre cabinet dentaire travaille dans le respect de l'environnement ». Les milléniaux les salueront et les apprécieront car ils sont eux-mêmes extrêmement écologiques.

Étape 4 : S'adjoindre un assistant millénial

Si vous n'appartenez pas à la génération des milléniaux, engagez au moins un membre de votre équipe qui en fait partie. Sa présence est un atout et vous le constaterez : vos patients milléniaux seront plus à l'aise pour lui poser des questions plutôt qu'à vous - c'est certain.

Étape 5 : Utiliser des programmes de fidélité

Les milléniaux cherchent à s'identifier à leur environnement. Grâce aux programmes de fidélité, vous pouvez leur offrir la possibilité de se

connecter spécifiquement avec votre cabinet dentaire. Il peut donc se révéler très utile d'ajouter votre programme de fidélité à votre application clinique mobile (si vous en avez une). Ils en seront fous car leur téléphone mobile fait complètement partie de leur vie et est une chose dont ils ne se séparent jamais.

Étape 6 : Éviter les entretiens en face-à-face dans le cadre du suivi

Après un traitement réussi, évitez d'effectuer un tas de visites de suivi en face-à-face. Les milléniaux aiment au contraire ce qui est court et simple, comme nous l'avons vu plus haut. Il est donc préférable d'utiliser un courriel, un SMS, WhatsApp ou Messenger pour leur envoyer un message succinct, mais en même temps détaillé, sur leur santé actuelle et les autres possibilités de traitement.

Étape 7 : Être rapide

Lorsque vous répondez à vos patients milléniaux, faites-le rapidement. Ils ont grandi dans un monde où les informations sont disponibles en un temps record et votre rapidité est un facteur extrêmement important à leurs yeux.

Faites-le, tout simplement

Imaginez-vous au travail dans les années qui viennent, dans un cabinet toujours « bien rempli » car vous savez comment traiter vos patients milléniaux. Ne serait-ce pas simplement fabuleux ?

N'oubliez pas que, si vous êtes le chirurgien-dentiste de votre cabinet, vous en êtes également le responsable et la tête. ◀

Note de la rédaction : Cet article est paru dans le magazine roots - international magazine of endodontics, numéro 2/2018.

Dr Anna Maria Yiannikos

- Membre associé du corps enseignant de l'AALZ de l'université technique de Rhénanie-Westphalie à Aix-la-Chapelle (RWTH), Allemagne.
- DDS, LSO, MSc, MBA.
- dba@yiannikosdental.com
- www.dbamastership.com



Grégory Scialom, président du laboratoire Labocast, nous livre sa nouvelle approche à 360 degrés ► STAND 1N08

Parce que la restauration finale, comme son nom l'indique, arrive en bout de chaîne (à la suite d'une série d'actions menées conjointe-

ment dans nos cabinets et dans les laboratoires de prothèses), sa qualité se joue plus que jamais dès le diagnostic. Avec *smile design by Labocast*,

Labocast ambitionne de faire de l'aide au diagnostic une aide à la décision, un véritable guide du projet de restauration.

Toujours soucieux de nous apporter une prothèse au moindre coût mais en respectant les critères quali-

tatifs de notre exercice, Labocast nous propose une prothèse dentaire monolithique zircone translucide et polychromatique de chez Ivoclar Vivadent IPS e.max ZirCAD Prime, réalisée grâce aux outils de CAO/CFAO, moins chère que la CCM traditionnelle.

Labocast nous propose également un accès aux outils de simulation de sourire, aux prises d'empreinte numérique low cost (avec la Medit i500), à la prise de teinte numérique (avec Rayplicket) ou encore à la réalisation de guides implantaires.

« À l'heure des plafonds de prix opposables pour 70% des actes prothétiques, cette approche



nouvelle qui relève le défi d'améliorer encore la qualité en réduisant les coûts, est peut-être l'une des voies à suivre pour préserver durablement une médecine de qualité et d'exigence. Elle assure au praticien une qualité constante, reproductible, source de satisfaction et de tranquillité » nous a confié Grégory. ◀



AD




World Dental Congress

SHAPING THE FUTURE OF ORAL HEALTH



Shanghai China

NATIONAL EXHIBITION AND CONVENTION CENTER

1-4 September 2020

ABSTRACT SUBMISSION DEADLINE

25 March 2020

EARLY-BIRD REGISTRATION DEADLINE

31 May 2020

www.world-dental-congress.org

 FDIWorldDentalCongress

 fdi_wdc

Anthogyr : encore plus loin dans le tout numérique

► STAND 4L21

■ La société **Anthogyr** concepteur et fabricant français d'implants et de prothèses dentaires en CFAO vient d'annoncer le lancement de **DigitALL** en Europe.

À partir d'une prise d'empreinte optique réalisée par le praticien avec les transferts numériques Anthogyr précis et radio-opaques, le prothésiste déclenche le processus DigitALL en transmettant simplement les fichiers STL après un contrôle préalable. La nouveauté vient du fait que ce sont les experts du centre d'usinage Anthogyr qui se chargent de la conception CAD de la prothèse personnalisée et du modèle 3D.



Inclus dans le pack laboratoire DigitALL, nous recevrons à nos cabinets un modèle 3D ultra précis, fabriqué à l'aide d'imprimantes de qualité industrielle. Son originalité est de présenter la plateforme implantaire intégrée. La fausse gencive, aisément amovible, permet au prothésiste d'obtenir la juste représentation du profil gingival. Il peut choisir parmi deux systèmes d'articulation pour le modèle 3D, occluseur plastique ou version split-cast, pour positionnement sur articulateur complexe. Chaque modèle imprimé sera livré avec l'antagoniste.

Le pack laboratoire DigitALL inclut une prothèse Simeda, « conçue avec des matériaux premium, elle offre la résistance et le rendu esthétique de tout premier choix » nous ont confié les responsables du laboratoire. Avec DigitALL de Simeda, la société Anthogyr nous annonce un véritable confort et une fluidité du traitement : praticiens et prothésistes bénéficient désormais d'un flux de travail collaboratif entièrement numérique, disponible en France, Italie, Espagne, Benelux, Portugal et Angleterre. ◀

2^e édition du Prix de l'Innovation en tabacologie

Participer à la lutte contre le tabac et repartez peut-être avec 5 000 euros !

L'Institut Pierre Fabre de Tabacologie (IPFT) lance la 2^e édition du Prix de l'innovation, qui récompensera le projet le plus innovant pour une amélioration concrète de la prise en charge du sevrage tabagique.

« Face au tabagisme, première cause de mortalité évitable, la prévention et l'aide au sevrage sont deux priorités absolues. En renouvelant ce Prix de l'Innovation, notre objectif est d'accompagner au plus près les fumeurs dans leur décision de se libérer du tabac et d'améliorer leur confort pour optimiser les chances de réussite. » nous a confié le Dr Etienne André, de l'Institut Pierre Fabre de Tabacologie (IPFT).

Le projet est ouvert à un individu seul ou à un groupe d'individus (établissement de santé, institution de recherche académique, association ou entreprise). Il doit soutenir une innovation technique (« dispositif cigarette », apps digitales, produits, services, etc.), ou clinique (parcours de soins, prise en charge tabac-cannabis, amélioration des manifestations du syndrome de sevrage, etc.), ou préventif.

La date limite de candidature est fixée au 15 décembre 2019, la remise du prix par le jury (sous l'égide du conseil scientifique de l'IPFT) est prévue en février 2020. Le gagnant du prix recevra la somme de 5 000 euros. Et en fonction de la nature de la proposition et des besoins exprimés par le lauréat, il pourra même bénéficier d'une assistance de la part d'experts des laboratoires Pierre Fabre, pour mener à bien les différentes étapes de son développement.

Une belle initiative de l'IPFT qu'on ne peut que soutenir ! «

– Adresse mail pour le dépôt de candidature :
ipft@pierre-fabre.com.

– Adresse postale pour le dépôt de candidature :
Institut Pierre Fabre de tabacologie,
Département médical
Pierre Fabre Health Care,
17 avenue Jean Moulin, 81100 Castres.

AD


DT STUDY CLUB
 COURSES | DISCUSSIONS | BLOGS | MENTORING

REGISTER FOR FREE!
DT Study Club – e-learning platform



Join the largest educational network in dentistry!

www.DTStudyClub.com





ADA CERP® Continuing Education
ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by schools of dentistry. The American Dental Association designates this activity for one continuing education credit.



IT'S TIME FOR TRUE LOW DOSE CBCT*

*Il est temps de passer au CBCT avec une vraie réduction de dose

FORMATION IMAGERIE

Hyatt Regency Paris Étoile
Jeudi 28 Novembre 2019



CONFÉRENCES CLINIQUES ET PRISE EN MAIN DE CAS CLINIQUES SUR LOGICIEL

4 sessions* :

11h00-12h00 : **Dr Alexandre PHILIPPAKIS** (Parodontiste/Implantologiste)

13h30-14h30 : **Dr Jean-Yves COCHET** (Endodontiste)

14h45-15h45 : **Dr Bruno MORIUSER** (Généraliste)

16h00-17h00 : **Dr Bruno MORIUSER** (Généraliste)



* Pensez à réserver votre place !
Nathalie SCIASCIA
05 56 34 92 61
nathalie.sciascia@acteongroup.com

X-Mind® trium : Dispositif médical de Classe IIb, CE 0051 (IMQ).
Fabricant: de Götzen - Italie - Création : 10/2019

DE GÖTZEN® | A Company of ACTEON® Group
Via Roma 45 | 21057 Olgiate Olona VA | ITALY
Tel + 39 39 0331 376760 | Fax + 39 0331 376763
E-mail: info@acteongroup.com | www.acteongroup.com

50%
Une vraie réduction de dose
sans faire de compromis
sur la qualité d'image 3D

3D
Une cartographie de la
densité osseuse pour
un meilleur taux de réussite

75 µm
Une très haute résolution
pour un diagnostic fiable



De la digue unitaire à la digue plurale

ODONTOLOGIE RESTAURATRICE, BIOMATÉRIAUX | ATELIER DE TP A9

– Mardi 26 novembre | 14h–17h

– Responsable scientifique : Anne-Margaux Collignon

– Conférenciers : Rémi Arvieu | Anne-Laure Bonnet | Julien Dusart | Marie-Anne Garboua | Soazig Glatiny | Hippolyte Houdard | Ivan Mester | Louis Toussaint

■ Bien qu'elle ait eu du mal à faire sa place, il est désormais difficile de ne pas associer « la digue » aux termes d'« endodontie », d'« économie tissulaire », de « micro-dentisterie » ou encore des « traitements micro-invasifs » qui représentent la dentisterie d'aujourd'hui et de demain. Cette « feuille de caoutchouc » est aujourd'hui un élément incontournable pour réussir à garder une cavité « au sec » tout en écartant les tissus mous (la langue et les joues).



Elle fut décrite pour la première fois en 1864 par Sanford Christie Barnum. Voulant à tout prix isoler une dent, il prit la serviette de protection du patient qu'il plaça autour de la dent et c'est ainsi que la première digue fut posée. En 1882, White créa la pince à digue et par la suite Delous Palmer, Stockes et Elliot ont présenté le premier kit de crampons. Ce champ opératoire est un atout majeur permettant la sécurité, l'isolation optimale du site opératoire, l'ergonomie, un confort visuel pour le praticien, un gain de temps, des soins perçus comme moins intrusifs et de qualité par le patient (Figs. 2 et 3) :

– **La sécurité** fait partie de l'activité quotidienne d'un chirurgien-dentiste. La digue permet d'éviter toute inhalation ou ingestion de produits ou matériaux dentaires que ce soit lors de la dépose de restaurations (notamment amalgame, selon les recommandations du ministère des Solidarités et de la Santé) ou lors du protocole de collage, ou encore au cours d'une endodontie (instruments, hypochlorite, etc.). D'un point de vue médico-légal, en cas d'échec thérapeutique, le praticien témoigne du respect des bonnes pratiques.

– **L'isolation de la dent** permet d'obtenir un milieu aseptique avec une diminution du risque de contamination salivaire de la surface de collage et donc de pénétration bactérienne, mais aussi un milieu sec. La suppression de l'humidité (salive, fluide gingival, sang, air exhalé) est nécessaire pour une optimisation des propriétés des matériaux hydrophobes (adhésif, résine composite) permettant le collage. À savoir que depuis le 1^{er} juillet 2018, les amalgames sont interdits en France pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 15 ans, donc assurer le protocole de collage fait partie des compétences du chirurgien-dentiste.

La réduction du stress est également un aspect important. La digue permet au praticien de se concentrer exclusivement sur l'acte à exécuter (pas de gestion de la langue, des joues du patient, de l'aspiration de la salive). Elle permet d'optimiser le travail à 2 ou 4 mains. Enfin, elle permet de travailler par quadrant diminuant le nombre de séances, et donc le stress.

Le matériel

Aujourd'hui, la pose de la digue ne nécessite que quelques secondes, un peu d'expérience et quelques instruments, pour une isolation unitaire, ou seulement quelques minutes pour une isolation plurale. Pour réaliser rapidement la pose de la digue, il est indispensable de choisir le bon matériel. À chaque dent et à chaque situation clinique correspond un matériel spécifique. Ci-dessous, une revue des principaux éléments :

– **Digue** (Fig. 4) : Elle peut être en latex ou sans latex, de couleur, de dimension et d'épaisseur variées. La digue « classique » est en latex. Une contre-indication à l'utilisation de cette dernière est l'allergie au latex. C'est pourquoi des digues sans latex, aussi performantes, existent sur le marché. C'est elle qui va isoler la dent afin d'éviter toute contamination bactérienne et hydrique. Dans certaines situations complexes la digue liquide photo polymérisable permet d'obtenir une étanchéité optimale.

– **Crampons** : On distingue plusieurs types de crampons (Fig. 5) : les crampons à ailettes, les crampons sans ailettes, les crampons en plastique (Fig. 6), etc. Le choix du type de crampons est à la convenance du praticien. Le principe est le même depuis toujours, il permet de maintenir la digue autour de la dent. Bien que certaines évolutions aient été apportées, la forme est identique.

– **Gabarit** : La digue doit être perforée selon le nombre de trous nécessaires en fonction des dents à isoler. Le gabarit permet de perforer la digue aux bons emplacements (Fig. 7).

– **Pince à digue** : Elle permet de perforer correctement les digues pour ne pas qu'elles se déchirent lors de la pose (Fig. 8).

– **Pince à crampons** : Elle permet de fixer les crampons sur les dents en écartant les mords, afin de passer le plus grand contour de la couronne dentaire.

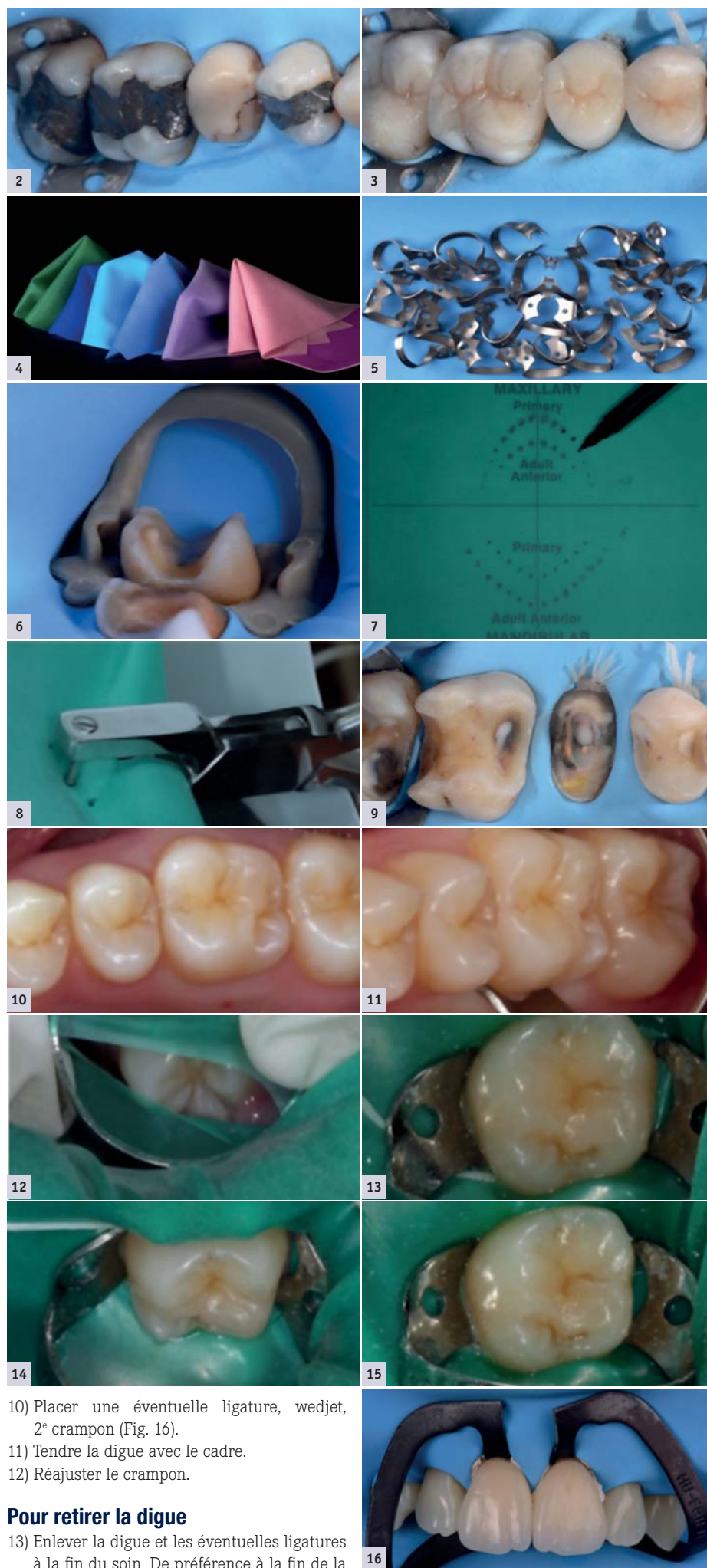
– **Passage des points de contact et isolation** : le **fil dentaire** ainsi que le **téflon** (PTFE) permettent d'isoler la dent en faisant des ligatures (Fig. 9). Ces ligatures permettent d'insérer la digue dans le sulcus pour une étanchéité parfaite. Des **wedjets** peuvent également être utilisés pour stabiliser la digue entre deux dents adjacentes.

– **Cadre à digue** : il existe en métal ou en plastique dans différentes tailles. Il permet de tendre la digue une fois le crampon posé et stabilisé.

La pose de la digue

La mise en place de la digue se décompose en plusieurs étapes clés :

- 1) Analyser le type de soin à réaliser : restaurateur, endodontique, prothétique.
- 2) Analyser la pose de digue : nombre de dents à isoler, type de limite, etc.
- 3) Identifier la dent support de crampon : si possible, privilégier la dent postérieure.
- 4) Si nécessaire, réaliser une anesthésie (Fig. 10) : Les mors des crampons étant majoritairement métalliques une douleur gingivale peut être ressentie lors de la mise en place du crampon. L'anesthésie permet donc de placer sans douleur le crampon.
- 5) Choisir, essayer et vérifier la stabilité du crampon (Fig. 11).
- 6) Passer la digue autour du crampon. Du glyde peut être mis sur la digue pour lubrifier le latex et améliorer la mise en place (Figs. 12 et 13).
- 7) Passer le fil dentaire pour vérifier le passage des points de contact et l'absence de bord coupant (Fig. 14).
- 8) La dent est alors isolée. La figure 15 représente l'isolation d'une molaire maxillaire supérieure.
- 9) Passer les points de contact un par un, de mésial à distal.



10) Placer une éventuelle ligature, wedjet, 2^e crampon (Fig. 16).

11) Tendre la digue avec le cadre.

12) Réajuster le crampon.

Pour retirer la digue

13) Enlever la digue et les éventuelles ligatures à la fin du soin. De préférence à la fin de la première étape des finitions. Il est important de ne jamais forcer et de s'équiper d'une paire de ciseaux si nécessaire.

14) Prescription éventuelle bain de bouche/gel antiseptique.

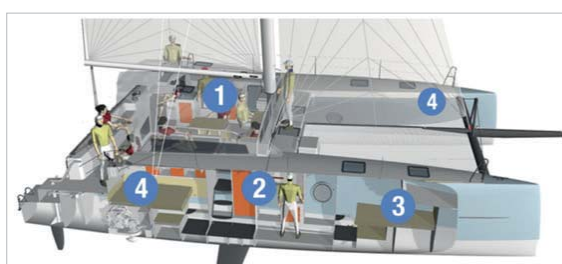
Des restaurations directes à la pose d'éléments prothétiques, en passant par l'endodontie, la pédodontie et même l'implantologie, la digue est aujourd'hui un outil incontournable dans la pratique quotidienne du chirurgien-dentiste. Le champ opératoire est le point de départ de la majorité des protocoles utilisés au cabinet. Injustement considérée comme un temps de travail supplémentaire et trop souvent comme un défi technique, la digue est en réalité un véritable confort pour le praticien et le patient, permettant d'offrir des soins pérennes et de qualité. ◀

Bibliographie :

- https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736791/fr/traitement-endodontique.
- Blanc et Coll. La digue chez l'enfant et l'adolescent. Clinica 2011; 32:281–282.
- Kemers et Coll. Effect of rubber dam on mercury exposure during amalgam removal. Eur J Oral Sci 1999;107(3):202–207.
- Park et Coll. The influence of salivary contamination on shear bond strength of dentin adhesive systems. Oper Dent 2004;29(4):437–442.
- Stewardson et Coll. Patients' attitudes to rubber dam. Int Endod J 2002; 35(10):812–819.
- Weisrock et Coll. Enquête sur la pratique de la digue en France en 2008. Clinica 2011; 32:85–90.
- Whitworth et Coll. Use of rubber dam and irrigant selection in UK general dental practice. Int Endod J 2000;33(5):435–441.
- Traité de dentisterie opératoire, par E. Andrieu 1889.

Figs. 2-6, 9 et 16: Images L. Toussaint.

Dentiste flibustier ?



Organisation du Bateau
 1 - Espace de consultation
 2 - Zone de stérilisation
 3 - Stockage du matériel dentaire
 4 - Espace privé pour l'équipage



1er Cabinet dentaire écologique

Grâce aux énergies solaires, hydroliennes, éoliennes le cabinet sera complètement autonome. Nous allons proposer des solutions pour améliorer l'éco-responsabilité pour tous les cabinets dentaires.



Antoine Gloanec



Chirurgien Dentiste

TÂCHES :

- Prévention bucco-dentaire à bord et dans les écoles
- Skipper du bateau



Chloé Gautier



Conceptrice Web

TÂCHES :

- Réalisation des outils de communication
- Logistique de la mission
- Second capitaine du bateau

“Tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin”

Les étudiants-dentistes

- L'équipe s'agrandit à chaque escale grâce à l'implication des étudiants en chirurgie dentaire de plus en plus nombreux à venir participer aux journées de prévention dans les écoles et sur le bateau..

L'équipe solidaire

- Cette initiative est portée par une communauté de personnes qui s'investissent chacun à leur façon pour faire vivre et partager cette aventure sociale et solidaire.



■ Océan dentiste est le premier bateau équipé d'un fauteuil dentaire. Antoine Gloanec et Chloé Gautier parcourent les mers et les océans de la planète afin de réaliser des campagnes de préventions dans les écoles et à bord du bateau.

Ils ont débuté leur aventure en 2016 lorsque, passionnés par la mer et animés par l'envie d'avoir un impact social et environnemental positif, ils ont fait le tour de l'Atlantique pour faire de la prévention dentaire.

Bien qu'Antoine et Chloé se soient aventurés à deux à bord du bateau, ils sont régulièrement rejoints par des bénévoles lors de leurs escales.

Afin d'aller plus en avant dans cette aventure ils ont imaginé une campagne de vente de

AD



brosses à dents compatibles avec leur valeur et celle de la planète, qu'ils contribuent à améliorer à leur façon.

Lorsque nous avons rencontré l'équipe de Bioseptyl, la dernière usine de brosses à dents en France, nous avons trouvé des gens passionnés par leur métier et complètement impliqués dans l'éco-conception:

- Une production responsable: emballages recyclés et encres végétales
- Matériaux à base de bio-plastique et plastique recyclé
- Recyclage des manches de brosses à dents
- Elles sont 100% françaises, recyclables, avec des poils de très haute qualité.
- Elles financent le développement du projet de prévention Océan dentiste.

Notre partenariat avec eux date de 2016. C'était déjà leurs brosses à dents que nous avions chargées à bord du bateau Océan dentiste lors de sa mise à l'eau.

Ils ont organisé cette étape en palier et sont ravis d'être parvenu au palier 2 pour le moment.

Pour en savoir plus, consultez le site internet www.ocean-dentiste.com. ◀



38th CIOSP

São Paulo International Dental Meeting

January 29 to February 1, 2020

At the Expo Center Norte - São Paulo/SP - Brazil



The largest annual world Dental Meeting!

Waiting for you in 2020!

f /ciosp

ig _ciosp

www.ciosp.com.br

atendimento.congressista@apcdcentral.com.br

Organizer:



Support:




International Media:





Ce que la nouvelle classification des maladies parodontales va changer dans notre pratique quotidienne

PARODONTOLOGIE | POINTS DE VUE B18

— Mercredi 27 novembre | 9h–10h30

— Responsable scientifique : Yves Reingewirtz

— Conférenciers :

Mariano Sanz : Nouvelle classification : pourquoi et comment l'utiliser ? | Marjolaine Gosset : Intérêts diagnostique et thérapeutique de la nouvelle classification des maladies parodontales.

■ Il serait erroné de considérer la nouvelle classification des maladies parodontales (NCMP) comme une remise en question des précédentes classifications. Bien au contraire, il faut considérer cette nouvelle formulation comme une évolution logique de la classification proposée en 1999 par Armitage,¹ basée sur de nouveaux éléments de preuve accumulés durant toutes ces années. Cet article nous donne l'opportunité de passer en revue avec la NCMP d'une part, les différentes formes que peut relever le parodonte, sain ou malade, et d'autre part d'entrer dans le détail de la nouvelle terminologie des parodontites associées à une dysbiose orale.²

Les différentes formes de parodontites

Les auteurs de la NCMP se sont interrogés sur la définition à donner à un parodonte sain : la zone sulculaire étant en effet constamment le siège d'une présence microbienne, un parodonte même cliniquement sain ne peut être indemne de réaction inflammatoire.³ Pourtant, une gencive sera considérée saine en l'absence de perte d'attache, en l'absence de poches supérieures à 3 mm, en l'absence de destruction osseuse radiographiquement objectivable, et si moins de 10% des sites présentent un saignement au sondage (Fig. 1) ; la présence d'un nombre de sites saignant au sondage supérieur à 10% caractérise une gingivite ; elle est dite localisée si elle concerne de 10 à 30% des sites, et généralisée au-delà. La même classification peut être associée à un parodonte réduit, c'est-à-dire présentant une perte d'attache, ou après traitement d'une parodontite, dans ces deux derniers cas, une alvéolyse peut être présente.

Ces atteintes gingivales sont induites par la plaque bactérienne ; on leur oppose des pathologies gingivales liées à des modifications hormonales, des facteurs systémiques ou d'origine médicamenteuse, elles-mêmes aggravées en présence de plaque (gingivite gravidique d'origine hormonale, hyperplasie gingivale due à la prise d'immunosuppresseurs...).

À ces atteintes superficielles du parodonte s'ajoutent des formes plus invasives, les parodontites. Celles-ci peuvent être particulièrement invalidantes, comme les maladies parodontales nécrosantes, ou résulter d'affections systémiques aux conséquences extrêmement variables.

Si les atteintes superficielles du parodonte ne représentent que 10% des atteintes parodontales, les formes modérées avec 80% des situations représentent la majorité de nos patients, et 10% présentent des parodontites sévères. La NCMP apporte un nouvel éclairage sur ces deux entités classées jusqu'il y a peu de temps en parodontites chroniques et agressives.

Les parodontites associées à une dysbiose orale

Pathologies inflammatoires d'origine bactérienne, les parodontites trouvent leur origine dans le déséquilibre s'installant entre les bactéries de la plaque et les défenses de l'hôte. Le diagnostic est posé sur la base de trois informations, les mesures de la profondeur des poches réalisées avec une sonde parodontale, l'analyse des clichés radiographiques complets pour l'évaluation des destructions osseuses et la rapidité d'évolution de la maladie.

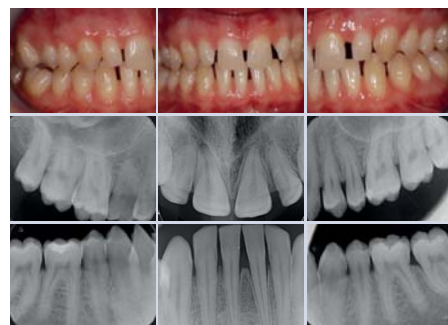


Fig. 1 : Jeune homme de 24 ans. État de santé gingivale: absence de signes inflammatoires au niveau gingival, de poche et de résorption osseuse. Récessions tissulaires en regard de 16, 24, 26, 34, 36, 44 ; absence de perte d'attache interproximale, Classe I de Cairo.

Il convient lors de l'établissement du diagnostic de se protéger d'erreurs liées à des atteintes relevant d'autres étiologies, traumatiques (fractures radiculaire), infectieuses (lésions d'origine endodontique), anatomiques (défauts siégeant en distal de la seconde molaire et résultant de la présence d'une dent de sagesse enclavée) ou iatrogènes (obturations débordantes sous-gingivales).

La présence de deux sites non adjacents sondant à une profondeur supérieure ou égale à 4 mm et de 10% des sites saignants au sondage,

confirme le diagnostic de parodontite. La NCMP va la caractériser sur la base d'une classification associant stades et grades.

Parodontites, classification par stades et grades

Le stade de la parodontite caractérise sa sévérité et sa complexité.

La sévérité est basée sur l'évaluation de la perte d'attache, de la destruction osseuse et sur l'anamnèse parodontale des pertes dentaires. La complexité concerne la présence et l'évaluation des profondeurs de poche, de lésions furcataires ou de défauts infra-osseux, de mobilités dentaires, de traumatismes occlusaux secondaires, de perte de calage avec affaissement occlusal, de migrations, de destructions terminales, ou l'absence de 10 couples en occlusion.

La parodontite est dite localisée lorsque moins de 30% des dents sont atteintes, généralisée au-delà.

On distingue 4 stades, I, II, III et IV. Il est essentiel de différencier les deux premiers stades, dont les prises en charge thérapeutiques font appel à des techniques simples et non chirurgicales, des deux derniers dont les traitements sont complexes, fréquemment chirurgicaux et moins prédictibles. Pour Tonetti,⁴ cette distinction entre stades I et II vs III et IV se base sur la perte d'attache (PA), la destruction osseuse (DO) et la présence de furcations. Si la perte d'attache est comprise entre 3 et 5 mm, la présence de furcations II et III ou l'anamnèse parodontale des pertes dentaires va déplacer le stade I et II vers un stade III ou IV. Une perte d'attache supérieure à 5 mm associée à une destruction osseuse atteignant le 1/3 radiculaire médian traduit la présence d'un stade III ou IV.

Les 4 stades peuvent ainsi être schématiquement divisés en stade I (PA 1–2 mm ; DO < 15%) ; stade II (PA 3–4 mm ; DO entre 15 et 33%) ; stade III (PA ≥ 5 mm ; DO 1/3 moyen radiculaire ou au-delà ; nombre de dents absentes ≤ 4) ; stade IV (PA ≥ 5 mm ; DO 1/3 moyen radiculaire ou au-delà ; nombre de dents absentes > 4 ; absence de 10 couples en occlusion ; perte de calage avec affaissement occlusal, présence de migrations, de destructions terminales ou de sites d'édentation fortement résorbés).

À chaque stade peut être affecté un grade, véritable aide au pronostic de la parodontite. Trois grades A, B et C sont déterminés selon la vitesse d'évolution de la parodontite ou selon la présence de facteurs de risques reconnus comme le tabac ou le diabète.

La vitesse de progression de la maladie est appréciée sur une période de 5 ans ; les grades A, B ou C se distinguent respectivement par une absence de progression, ou une progression in-

férieure ou supérieure à 2 mm. Les grades A et B sont hissés au grade C en cas de patient fumeur ou présentant un diabète.

Le grade C est associé à un sujet consommant plus de 10 cigarettes par jour ou présentant un diabète avec une hémoglobine glyquée (HbA1c) supérieure à 7,0. Le grade B peut être retenu en cas de consommation inférieure à 10 cigarettes ou d'HbA1c inférieure à 7,0.

On n'a pas toujours à disposition les documents (carte parodontale, status radiographique) permettant d'évaluer la vitesse de progression de la parodontite. On évaluera dans ce cas le ratio destruction osseuse/âge, la dent la



Fig. 2 : Jeune femme 33 ans. Absence de pathologie systémique et de tabac. Bonne qualité d'hygiène.
• Stade III:
- Carte parodontale: 34 poches sondent à 5 mm et plus.
- Status radiographique: nombreux défauts infra-osseux atteignant ou dépassant le 1/3 moyen radiculaire.
• Grade C:
Ratio destruction osseuse/âge: 2 (12 est la dent la plus atteinte et sert de référence; résorption atteignant les 2/3; ratio 66/33 = 2).

plus atteinte étant retenue pour cette évaluation. Les grades A, B ou C sont ainsi associés respectivement à un ratio < 0,25 ; 0,25–1,0 ; > 1 (Fig. 2). Les grades A et B sont hissés au grade C en cas de patient fumeur ou présentant un diabète.

Conclusion

Reprenant les grandes lignes des classifications précédentes, la nouvelle classification des maladies parodontales doit être considérée comme un progrès utile dans la communication, tant au sein du monde scientifique et de ses publications qu'au niveau de la relation praticiens-patients. Les praticiens doivent se dessaisir progressivement des traditionnelles notions de parodontites chroniques ou agressives, dénuées de réelles assises biologiques, pour se rapprocher de ce nouveau système basé sur une classification par stades chronologiques en rapport avec la sévérité et la complexité de la parodontite, et mieux qualifié, se déclinant en grades, incluant une place prépondérante à trois facteurs décisifs au niveau thérapeutique et pronostic, le tabac, le diabète et la vitesse d'évolution de la parodontite. ◀

Références :

- Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol. 1999 Dec ;4(1) :1-6.
- Struillou X, Nisand D, Rangé H, Gosset M. La nouvelle classification de Chicago. Objectif Paro. 2019;49:26-29.
- Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium : consensus report of workgroup 1 of the TE, 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018 ;89(Suppl 1):S74-S84.
- Tonetti MS, Sanz M. Implementation of the new classification of periodontal diseases : Decision-making algorithms for clinical practise and education. J Clin Periodontol. 2019 ;46 :398-405.

AD

Dental Tribune International

The World's Largest Dental Marketplace

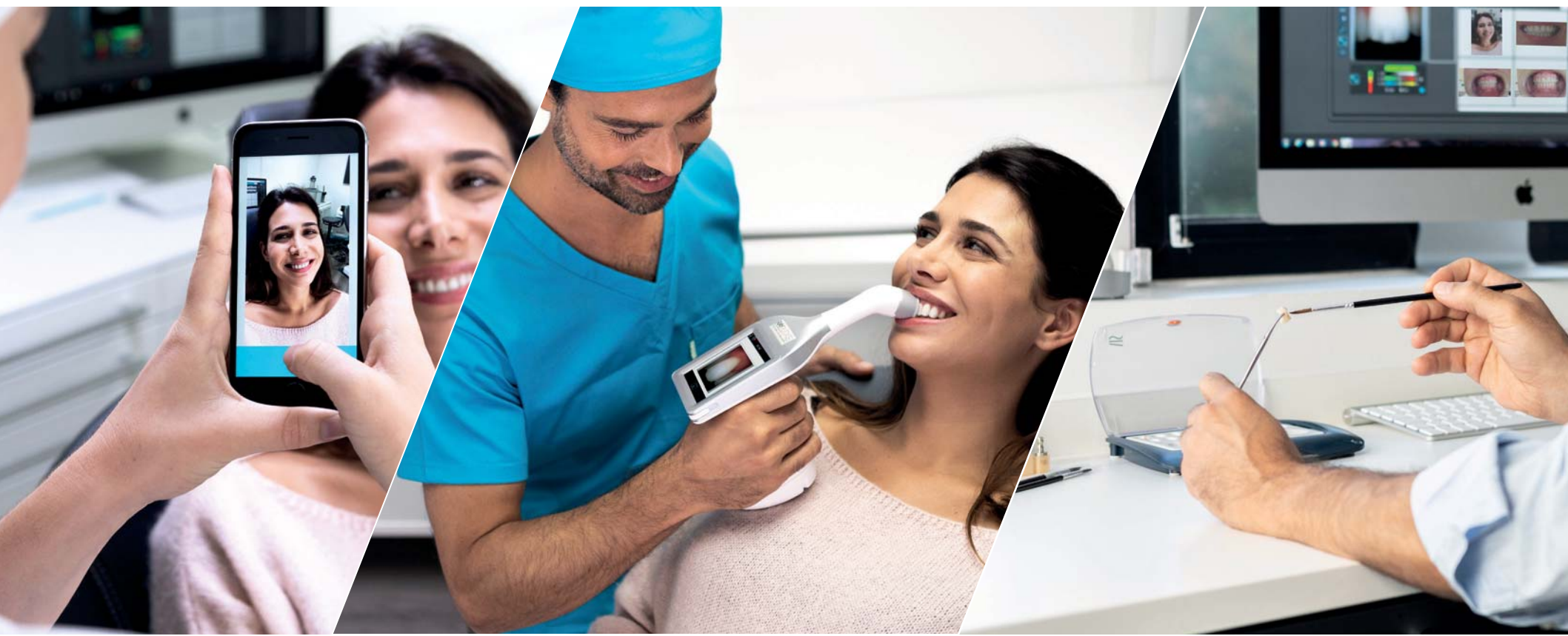
www.dental-tribune.com

dti Dental Tribune International

RAYPLICKER™

ONE VISION • MILLIONS SHADES

ENTREZ DANS L'ÈRE DU NUMÉRIQUE



Le teintier qui révolutionne la prise de teinte !

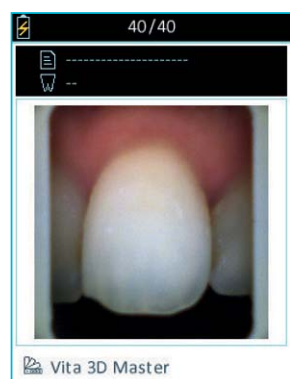
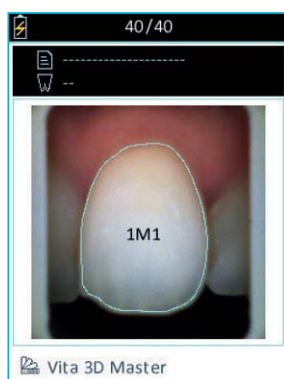
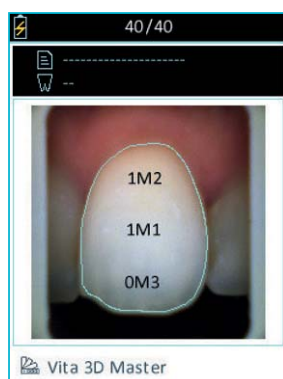


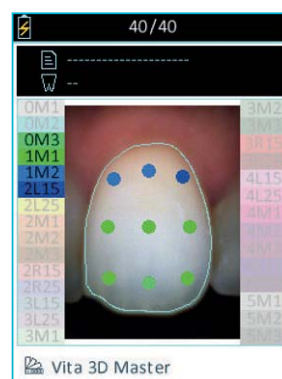
Image polarisée



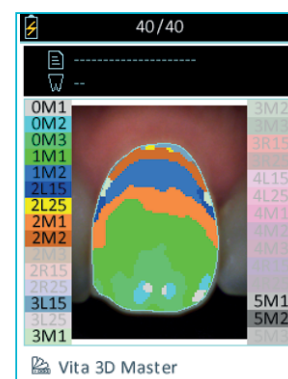
Teinte générale



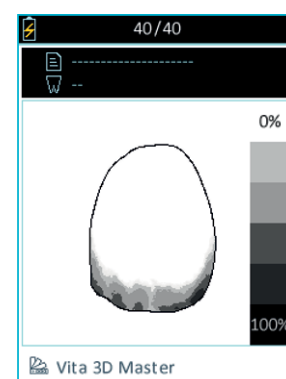
Cartographie 3 zones



Cartographie 9 zones



Cartographie détaillée



Translucidité



Rapidité



Précision



Numérique

STAND 1L16



BOREA

www.BOREA.dental

A009/fr 10/19

BOREA
ESTER Technopole,
12 rue Gemini, CIRE Bâtiment 3
87068 Limoges Cedex, FRANCE
+33 (0)9 83 71 71 61 / contact@borea.dental

Rayplicker™ est un dispositif
médical de Classe I.
Fabriquant: BOREA. Marquage CE
selon la norme 93/42 CEE.
Appareil réservé aux professionnels.
Lire attentivement la notice avant usage.

Réussir son choix de couleur : du composite à la céramique

PROTHÈSE FIXE | ATELIER DE TP B27

– Mercredi 27 novembre | 9h–12h

– Responsables scientifiques :
Aude Menard et Adrien Lastrade

– Conférenciers :
Wallid Boujemaa | Hubert Chauveau |
Jean-Marc Chevalier | Aude Menard |
Jean-Philippe Pia | François Rouzé |
l'Alzit | Vincent Seguela | Rodolphe
Zunzarren

La luminosité, ou quantité de blanc, est le facteur qui influence le plus la réussite de la couleur. La saturation, quant à elle, correspond à la quantité de pigment contenue dans une couleur. Enfin, la teinte répond à la sensation colorée. Cette dernière est le facteur le moins important dans la réussite du choix de la couleur. De plus, du fait de sa structure, l'organe dentaire n'est pas homogène. Afin de mimer son comportement optique, il faut reproduire les caractéristiques de l'émail, de la dentine et même de la pulpe. Parmi les autres

Pour les restaurations en céramique, les méthodes du choix de la couleur peuvent être classées en trois familles :

- Choix visuel à l'aide de teintiers.
- Choix visuel assisté.
- Choix instrumental par spectrophotomètres et colorimètres.

Choix visuel à l'aide de teintiers :

Cette méthode est la plus ancienne et la plus employée. Elle a pour but de prendre manuellement la couleur afin d'obtenir une cartographie

en fonction de la qualité de la lumière environnante.

Choix visuel assisté :

Afin d'améliorer certains points négatifs de la méthode de choix précédemment vue, certains fabricants ont mis au point des outils d'assistance. On retrouve parmi cela, des lampes calibrées qui permettent de fournir une lumière calibrée et continue (Fig. 4). Le choix reste subjectif, mais l'impact de l'environnement dans le choix de la couleur est diminué.



*Fig. 1 : Photo illustrant les caractéristiques d'une dent naturelle.

*Fig. 2 : Choix de la couleur d'une dent avec le teintier Toothguide 3D-Master de chez VITA.

*Fig. 3 : Choix de la couleur d'un moignon dentaire avec le teintier IPS Natural Die de chez Ivoclar Vivadent.

*Fig. 4 : Exemple de lampe calibrée. Ici le SMILE LITE de chez Smile Line.

*Fig. 5 : Exemple d'un teintier électronique permettant la réalisation d'une cartographie détaillée. Ici le Raypicker de chez Borea.

*Fig. 6 : Technique du bouton permettant le choix de la couleur lors de la réalisation du composite stratifié.

*Fig. 7 : Exemple de teintiers personnalisés fait à partir des composites Essentia de chez GC.

■ Le choix de la couleur est toujours un moment délicat pour le praticien qui fait face aujourd'hui à une demande esthétique grandissante de la part de ses patients. Que ce soit pour les restaurations directes ou indirectes, l'objectif est le même : une intégration naturelle de celles-ci au sein du sourire.

Malgré l'avancée des technologies nous aidant au quotidien dans ce choix, il paraît indispensable de connaître les fondamentaux de la couleur. La couleur est définie comme une perception visuelle de la répartition spectrale de la lumière visible. Depuis 1905, le système de représentation de la couleur communément utilisé est le cylindre de Munsell. Il organise les couleurs selon trois paramètres fondamentaux : la luminosité, la saturation et la teinte. On parle alors du caractère trivariant de la couleur.

paramètres qui sont à prendre en compte, nous pouvons noter la translucidité de l'émail, la fluorescence, l'opalescence, l'effet nacré, la micro et macrogéographie et enfin, les caractérisations appelées aussi « grains de beauté » (Fig. 1).

Alors comment procéder ? Quels outils et techniques avons-nous aujourd'hui à disposition ? Pouvons-nous établir une méthodologie afin de standardiser ce choix ?

La photographie semble être un indispensable de la dentisterie moderne. Elle a un intérêt diagnostic, pédagogique et thérapeutique. Elle permet de simplifier la communication avec le prothésiste et le patient. Quelle que soit la méthode utilisée pour le choix de la couleur, il restera toujours illusoire de penser pouvoir s'en passer.

complète de la dent (Fig. 2). Aujourd'hui, il existe un grand nombre de teintiers existants sur le marché. Pour chacun d'entre eux, une méthodologie a été déterminée lors de leur création par les fabricants. Il est absolument indispensable que le dentiste et le prothésiste la connaissent, afin de mieux communiquer sur ce choix de couleur.

On compte alors des teintiers qui sont construits par groupe de teintes et d'autres, plus récents, par groupe de luminosités. Certains fabricants proposent également des teintiers spécifiques pour, par exemple, permettre le relevé de la couleur du moignon dentaire (Fig. 3).

Dans cette méthode, les choix effectués restent cependant subjectifs et très opérateur dépendant avec une précision qui variera aussi

Choix instrumental par spectrophotomètre et colorimètre :

Depuis plus de vingt ans la recherche a mis au point des instruments de mesures plus scientifiques qui ont l'avantage d'amener plus d'objectivité à ce choix (Fig. 5). Ces appareils présentent également l'intérêt de ne pas être influencés par la lumière ambiante.

Parmi les systèmes présents sur le marché, nous avons la possibilité d'obtenir des valeurs de teintiers sur une à trois zones, voir même une cartographie très détaillée de la dent concernée.

Pour les restaurations en composite de stratification antérieure ou esthétique, une méthode appelée la « *button technique* », permet de simplifier ce choix de la couleur (Fig. 6). La mise en œuvre est rapide et applicable quel que soit le composite utilisé. Certains fabricants proposent également la confection de teintiers personnalisés (Fig. 7).

Comme pour les céramiques, l'utilisation de la photographie et de lampes calibrées restent également un atout indéniable dans ce type de restaurations.

Pour conclure le choix de la couleur est une étape cruciale en dentisterie esthétique. Afin de la rationaliser, il paraît important de connaître et comprendre les outils mis à disposition, tout en gardant à l'esprit les bases fondamentales de la couleur ainsi que l'organisation de la structure de l'organe dentaire. ◀

Bibliographie

- Lasserre JF, Pop IS, D'Incau E. La couleur en odontologie. Déterminations visuelles et instrumentales 1e partie. Cahier de prothèse. 2006 ; 135 : 25-39.
- Chen H, Huang J, Dong X, Qian J, He J, Qu X et al. A systematic review of visual and instrumental measurements for tooth shade matching. Quintessence Int 2012 ; 43 : 649-659.
- Salehi A, Toledano C, Camaleonte G. Comment choisir la bonne couleur en dentisterie restauratrice. BioMatériaux Cliniques. 2018 ; Vol 3 n°1 : 86-89.

AD

REGISTER FOR FREE!

DT Study Club — e-learning platform

DT STUDY CLUB
COURSES | DISCUSSIONS | BLOGS | MENTORING



Join the largest educational network in dentistry!

www.DTStudyClub.com

ADA CERP® Continuing Education
Tribune Group GmbH is an ADA CERP Recognized Provider.
ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.
Tribune Group GmbH designates this activity for one continuing education credit.

DT STUDY CLUB
COURSES | DISCUSSIONS | BLOGS | MENTORING

dti
Dental Tribune International

BT MATRIX BIOCLEAR ► STAND 1N19

Ces fameux triangles noirs qu'on souhaiterait tant voir disparaître

Vous restaurez des dents antérieures, mais voilà, le résultat n'est pas satisfaisant à cause de ces fameux triangles noirs présents au niveau interproximal des dents antérieures, de canine à canine.

BT Matrix de **Bioclear**, distribué par **Bisico**, est un nouveau système de matrices sectionnelles proximales transparentes et anatomiques, destinées justement à la fermeture de ces triangles. Ces nouvelles matrices Black Triangle sont anatomiquement optimisées pour ne nécessiter aucun ajustage, nous simplifiant ainsi la procédure de restauration. On commence par utiliser une jauge colorée pour

au sommet de la matrice et correspondent aux graduations de la jauge qui, en s'enfonçant plus ou moins dans l'espace interdentaire, indique la matrice à utiliser. Cela permet non seulement un sérieux gain de temps mais surtout une symétrie et des états de surface uniques, sans parler des profils d'émergence. Disponibles en deux tailles et quatre courbures différentes, pour traiter l'ensemble des dents antérieures des deux arcades. Intéressants également dans le coffret, la présence de scie (bleue) et de strips interproximaux (orange et rouge) pour nettoyer les points de contact et ajuster la tension du contact si nécessaire.

Un protocole simplifié pour un résultat optimal, grâce à cette nouvelle procédure pour rendre nos restaurations plus faciles mais surtout plus prédictibles.

déterminer les matrices correspondantes aux courbures proximales. Les différentes courbures sont désignées par des codes couleurs



PROXEO W&H ► STAND 2M30

Nouvelle gamme de prophylaxie W&H

W&H enrichit sa gamme de prophylaxie et de traitement parodontal avec 3 nouveaux produits :

- L'aéropolisseur **Proxeo Aura** pour le nettoyage supra-gingival et sous-gingival, dont le traitement de la péri-implantite, permet

chaque traitement de prophylaxie aux besoins du patient. De plus, le nouveau système de changement rapide d'insert est simple d'utilisation et permet de n'effectuer qu'une seule rotation au lieu de six auparavant.

- La pièce à main de polissage rotatif sans fil **Proxeo Twist** avec ses contre-angles



un travail contrôlé, complet et efficace avec une seule pièce à main.

- Le détartreur piézoélectrique **Proxeo Ultra** utilisant la technologie à ultrasons est à la pointe du nettoyage professionnel et est reconnu pour le traitement de la parodontite et de la péri-implantite. La personnalisation des fonctionnalités permet d'adapter

prophy jetables permet un meilleur accès au site de traitement, y compris à la région rétro-molaire. La pièce à main est très ergonomique car elle représente la moitié du poids d'un contre-angle réducteur vert classique avec unit et elle ne possède pas de cordon, ce qui minimise la fatigue du poignet durant le polissage.

THOMMEN MEDICAL ► STAND 4M11

Soyons entièrement guidés pour nos implants

Depuis plus de 30 ans, la société **Thommen Medical** performe et innove en implantologie. Basée à Granges en Suisse, haut lieu de la fabrication de précision, Thommen Medical est une société internationale qui compte des filiales et des distributeurs dans le monde entier. Elle nous présente aujourd'hui son nouveau système de chirurgie entièrement guidée.

La mise en place entièrement guidée des implants Thommen Medical permet désormais une planification numérique du traitement implantaire en quelques étapes, et avec une fiabilité optimale. Tirez parti du confort thérapeutique accru pour le patient et le praticien traitant et facilitez le travail de l'équipe du cabinet dentaire.

Vous bénéficiez de la plus haute précision grâce au principe de guidage : la combinaison du guidage intégré et de la géométrie éprouvée du foret VECTODRILL™ garantit le guidage précis de chaque instrument. Le guidage intégré permet un guidage direct des instruments avec une seule douille de guidage, ce qui simplifie considérablement la ma-

nipulation comparé aux systèmes à guidage indirect (comme par exemple le système à cuillères).

Les instruments sont préparés (nettoyage et stérilisation mécaniques) dans une seule trousse de chirurgie, conservés à l'état stérile, puis mis à disposition pour le traitement.



AD

TRIBUNE CME

FIRST CLASS EDUCATION WITH LEADING EXPERTS

- Implantology
- Endodontics
- Esthetics
- Periodontics
- Orthodontics
- Prosthodontics
- Practice management

Search for your next course on

tribunecme.com

ADA CERP®
Continuing Education Recognition Program

Tribune Group GmbH is an ADA CERP-recognized provider. ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.

IMMEDIATE DENTOALVEOLAR RESTORATION
IDR IMMERSION COURSE PART 1

DENTAL COURSE FINDER

Choose your specialty:

- Endodontics
- Esthetics
- Periodontics
- Orthodontics
- Prosthodontics
- Practice management