Endo Tribune
Ortho Tribune

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Édition Française

OCTOBRE 2012 – VOL. 4, NO. 10

www.dental-tribune.fr

SPÉCIAL ERGONOMIE

FOCUS ERGONOMIE

La pratique de l'art dentaire implique l'usage de postures qui entraînent le surmenage. Pour ne pas en arriver là tenez vous bien !

▸ Pages 11 á 15

ENQUÊTE

Le salariat : un mode d'exercice en progression constante. Une journée chez Addentis pour comprendre cet engouement.

▸ Page 10

INTERVIEW

Garder le sourire : la thématique de l'année à l'ADF passe par des gencives en bonne santé. Le Dr Romagna présente les séances pour comprendre le parodonte et la parodontologie.

▸ Page 9

DENTAL TRIBUNE P 1 À P 16

SPÉCIAL ERGONOMIE

Édito du Dr Revise	P 1
Planète dentaire	P 2 & 3&4
Cas clinique Champions	P 6 &7
Interview	P 9
Enquête	P 10
Bonnes pratiques	P 11
Actus produit	P 12
Bonnes pratiques	P 13
Actus produit	P 15

ENDO TRIBUNE P 17 À P 24

Planète dentaire	P 17
Actus produit	P 18
Cas clinique du Dr Brett Gilbert	P 20 &21
Nouvelle Technologie du Dr Barry Lee Musikant	P 22
Mes indispensables	P 23

ORTHO TRIBUNE P 25 À P 32

Planète dentaire	P 25
Cas clinique du Dr Fellus	P26
Cas clinique du Dr Skander Ellouze	P 29&30& 31

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Édition Française

Une publication de la
Société Dental Tribune International
Société de presse au capital de 116.350 Euros
HRB :19276

DIRECTION :
Dental Tribune International
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Allemagne
Tel : +49 341 48474 302

DIRECTEUR DE PUBLICATION :
Torsten OEMUS

RÉDACTEUR EN CHEF :
Dr Laurence BURY
l.bury@dental-tribune.com

REDACTEUR SCIENTIFIQUE :
Dr Marc REVISE
docteur.revise@gmail.com

PUBLICITÉ:
Laurence HOFMANN
l.hofmann@dental-tribune.com

MAQUETTE :
Matthias ABICHT
m.abicht@dental-tribune.com

SERVICE GÉNÉRAUX :
Nadine DEHMEL
n.dehmel@dental-tribune.com

DEMANDE D'ABONNEMENT ET SERVICE DES LECTEURS :
Dental Tribune International
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Allemagne
abonnement@dental-tribune.com
Abonnement annuel: 10 euros (10 numéros)
Prix de vente au numéro: 1 euro

IMPRIMERIE :
Dierichs Druck+Media GmbH
Frankfurter Str. 168
34121 Kassel – Allemagne

DÉPOT LÉGAL : JUILLET 2011
Commission paritaire : 1212T90301
ISSN : 2105-1364

Cette publication comporte trois cahiers.

ÉDITO

J'en ai déjà plein le dos !...

Voilà déjà deux mois que nous sommes rentrés de vacances. Nous avons payés nos impôts mais il reste encore quelques charges à solder avant la fin d'année. Le rythme des patients a de nouveau atteint son allure de croisière et pour certains, la fatigue commence déjà à se faire sentir : douleur dans l'épaule, mal au dos, cervicalgie, maux de tête, acouphènes, troubles du sommeil, fatigue oculaire... Quelque soit l'âge, nous devons apprendre à nous protéger, à épargner notre corps de l'usure occasionnée par ces gestes répétitifs que nous effectuons heure après heure, jour après jour et cela pendant plus de quarante ans à la fin d'une vie professionnelle. Notre métier est éprouvant. Souvent, pour terminer un acte, pour éviter de régler le fauteuil ou changer la position du patient, nous prenons des postures inadaptées, non physiologiques, qui finissent par engendrer des lésions musculo-tendineuses, articulaires ou osseuses qui influeront sur notre efficacité professionnelle, notre motivation, et viendront à bout de notre capacité à vivre sereinement notre exercice. Les troubles musculo-squelettiques (TMS), lésions articulaires dues au travail répétitif, regroupent de nombreuses pathologies. C'est la maladie professionnelle la plus courante dans les pays développés à l'heure actuelle. La plupart des TMS sont reconnus dans le tableau des maladies professionnelles du régime général. Pour atténuer ce risque de maladie professionnelle nous devrions modifier notre exercice en analysant différents éléments : organisation du travail dans l'espace et le temps, conception de l'unit et des différents appareillages annexes ainsi que leur positionnement respectif, choix des produits en fonction de leur conception plus ou moins fonctionnelle, sélection de matériel adapté, d'outillage pratique et surtout amélioration de notre gestuelle au sens large, tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif. En 2007, la FDI déclarait afin d'attirer l'attention des chirurgiens-dentistes sur l'étiologie plurivalente de ces troubles et de souligner l'importance de la prévention : « Compte-tenu de la fréquence élevée et de leur impact sur la vie, la santé et la productivité, les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent des dangers considérables pour les chirurgiens-dentistes. » « Mieux vaut prévenir que guérir ». Ce principe que nous répétons inlassablement à nos patients, il serait sage de nous l'appliquer à nous mêmes. C'est pour cela que nous insistons tout particulièrement sur l'ergonomie et la praticité des produits et matériels dans les articles que nous vous proposons tout au long de l'année, ainsi que tout particulièrement ce mois-ci.

Une nouvelle rubrique s'invitera certains mois, dans nos prochains numéros afin de faire toute la lumière sur une question particulière, préciser une idée, corriger une information ou confronter des opinions. Elle sera animée par notre « pseudo confrère » baptisé pour l'occasion Dr Paul Aymik. Vous pourrez nous soumettre vos propres interrogations.

Ils sont mini mais ils font le maximum ! Les mini-implants (ou minivis) permettent aujourd'hui d'aborder avec davantage de sérénité les situations les plus complexes, et de proposer de nouvelles options de traitement, autorisant notamment de traiter plus souvent sans extractions de prémolaires, ou de repousser les limites de l'indication chirurgicale. Le Dr Skander Ellouze nous propose un cas clinique très documenté.

L'endodontie de la deuxième chance représente le défi des retraitements canalaires. L'article du Dr Brett analyse les taux de réussite des différents traitements. Enfin, nous nous sommes « fendus » d'un article génial sur un tenon à la conception originale : un pivot métallique fileté ouvert en son centre pour répondre aux contraintes d'insertion intra-canalaire. La méthode est décrite par le Dr Barry Lee Musikant.

En écrivant ces lignes, je me suis appliqué à respecter les recommandation de la page 10 de ce numéro, mon dos me fait déjà moins souffrir, mon stress s'est envolé.

Je vous souhaite une bonne lecture apaisante.

Dr Marc Revise

Des contrats majeurs avec les universités pour Planmeca

Le fabricant finlandais d'équipements dentaires Planmeca a conclu un accord majeur avec deux instituts dentaires en Finlande et au Moyen-Orient. Ces contrats portent sur une solution clefs en main comprenant plus de 1000 units dentaires, simulateurs de soins et appareils à rayons X 2D et 3D, associés à une plate-forme logicielle innovante qui intègre parfaitement les appareils et solutions partenaires pour créer un environnement d'apprentissage attractif à la pointe de la technologie, le tout pour un montant total de 70 millions d'euros.

Le succès de la solution Planmeca destinée aux universités (plus de 25 pays à travers le monde en sont déjà équipés) repose sur la possibilité de mettre en réseau des équipements dentaires numériques et le logiciel de gestion clinique de Planmeca. Ainsi, les enseignants de la faculté disposent de méthodes interactives d'enseignement, et les étudiants d'un environnement d'apprentissage stimulant doté d'une composante informatique. Ce concept unique d'unit dentaire permet une transition harmonieuse entre la formation préclinique à l'aide de simulateurs de soins, la formation clinique, puis le traitement des patients en situation réelle.

Étudiants de l'Université du Maryland School of Dentistry se formant avec un équipement Planmeca. L'école a établi un partenariat avec la société finlandaise depuis 2009. (DTI / Photo gracieuseté de l'Université du Maryland, Etats-Unis)

Le logiciel de gestion clinique de pointe de Planmeca permet de réaliser d'importantes économies en termes de coût et de temps. Les paramètres propres à chaque utilisateur en matière de réglages des instruments ou de positions de traitement, peuvent être facilement transférés d'un unit dentaire à un autre.

L'un des principaux avantages concurrentiels de la solution de Planmeca destinée aux universités dentaires réside dans son système centralisé de contrôle des infections. Cette solution permet d'automatiser l'ensemble des procédures de contrôle des infections et de respecter un système d'assurance qualité unique afin de garantir la sécurité des patients. Le système perfectionné d'approvisionnement en eau n'utilise aucune substance chimique. Cette solution basée sur des technologies propres est le résultat d'une décennie de recherches menées par Planmeca en partenariat avec des professeurs d'université spécialisés dans le contrôle des infections et l'élimination du biofilm.

Le gouvernement d'Arabie Saoudite accorde aujourd'hui une grande importance au développement des services sanitaires. Dans cette optique, le Ministère de l'Enseignement supérieur d'Arabie Saoudite a décidé d'investir dans les nouveaux établissements de la Faculté dentaire réservée aux femmes, et de construire un nouvel hôpital dentaire sur le campus réservé aux hommes.

Congres International de l'ISO/TC 106 à Paris (30 sept-6 oct 2012)

Le Congrès International ISO /TC 106 se tiendra à à l'Hôtel Concorde La Fayette du 30 septembre au 6 octobre. Plus de 300 experts venant de 26 pays différents vont se réunir pour définir, élaborer et mettre à jour des Normes Internationales.

Les normes sont fonciérement inévitables et indispensables dans notre monde moderne. Si par exemple, la fabrication des prises de courant, des connections de fraises, de mandrins avec les turbines et les piéces à main,etc. ne répondaient pas à des régles strictes, notre quotidien serait très compliqué et chaotique.

Cet article, écrit par trois chercheurs de renommée internationale, explique clairement l'objectif des Normes Internationales et leur élaboration. La connaissance du rôle essentiel des normes permet de comprendre la sélection et l'utilisation des biomatériaux et dispositifs dentaires et également de saisir leur impact économique et sécuritaire.

Nous remercions le Pr. David Watt pour nous avoir aimablemen autorisé à traduire ce texte, publié dans Dental Materials, journal de référence de la recherche en médecine bucco-dentaire.

Pierre Jonas DSO.

L'article complet vous sera distribué avec le Today1 lors de l'ADF 2012.

Site Web de Caries Global Initiative (GCI) de la FDI.

Lancement officiel du site Web de Caries Global Initiative (GCI) de la FDI, grâce auquel la Fédération communiquera les objectifs et les réalisations de la CGI. La FDI a annoncé qu'elle était fière de la GCI, non seulement pour le rôle novateur et visionnaire qu'elle donne à la dentisterie, mais aussi pour la possibilité qu'elle offre, de mieux intégrer la dentisterie dans la politique de santé publique, comme par exemple, dans le domaine des maladies non transmissibles. Son objectif ultime est de faciliter un changement de paradigme vis-à-vis de la prévention des caries. La GCI est aussi une réponse concrète de la FDI à un besoin exprimé par le Dr Margaret Chan, directeur général de l'OMS : « La santé bucco-dentaire est une zone délaissée de la santé internationale. » Peu de programmes internationaux et de financement se consacrent au problème. La GCI a l'intention de renverser cette tendance, et de mettre l'accent sur la prévention et la promotion d'une politique nationale et internationale pour le développement de la santé bucco-dentaire. Selon la FDI, la dentisterie restauratrice, que ce soit pour des raisons liées à la santé ou à l'esthétique, aura toujours un rôle essentiel dans le travail des professionnels dentaires, mais le modèle préventif a la fonction plus spécifique « d'amener les populations à une santé bucco-dentaire optimale » en s'adressant à un public plus large dans le monde entier, en un laps de temps plus court. Il cherche plutôt à inclure les soins restaurateurs appropriés, à l'intérieur d'un modèle de santé bucco-dentaire axé sur la prévention, pour contribuer à la santé.

www.globalcariesinitiative.org

DTI/Photo Claudia Duschek, DTI

Dr Patrick Hescot (centre), président de la GCI avec Dr Orlando Monteiro da Silva (gauche), président de la FDI et Torsten Oemus, président de DTI.

La justice contre le cumul des... cotations

Par assimilation, la cotation d'un inter de bridge reçoit la même valeur qu'une prothèse adjointe, si la dent avait été remplacée par une prothèse amovible. La nomenclature dit :

« Si les dents absentes sont remplacées par une prothèse conjointe, les cotations à appliquer sont celles prévues pour les prothèses adjointes, telles que mentionnées ci-dessus. » selon un arrêté du 11 mars 2003. D'où l'idée de coter un inter de bridge SPR 30 + 60, soit : « le remplacement d'au moins une dent absente et remplaçable, à l'exception des dents de sagesse... », à laquelle s'ajoute la cotation supplémentaire pour une plaque base métallique.

Et bien NON ! La cour de cassation a tranché le 21 juin 2012 : M. X, porteur d'une prothèse conjointe, ne peut cumuler les cotations prévues pour la prothèse adjointe au regard du nombre de dents manquantes et celles prévues pour le supplément pour la plaque base métallique. Non, et non, pas de cotation SPR 60 pour l'inter de bridge.

Supreme Graphics/Shutterstock.com

Sirona reçoit le « red dot » design award pour SINIUS

Le poste de traitement de Sirona SINIUS est l'un des 60 meilleurs objets de design de 2012. Lors du gala red dot à Essen (Allemagne) au début de Juillet, les représentants de la société Sirona et de l'agence de design : Puls Produktdesign ont reçu le «trophée red dot» du prestigieux design award pour ce produit Sirona. SINIUS l'a emporté sur plus de 4500 produits, et porte maintenant le sceau du vainqueur - le point rouge.

L'attention des experts a été attirée non seulement par un design remarquable mais aussi par un haut niveau de confort : «Nous avons également reçu des commentaires de nos patients sur SINIUS - je n'ai pas connu cela avec un autre poste de traitement. Ils remarquent que le fauteuil est confortable. et font des observations sur son aspect moderne », explique le Dr Gunther Landskroner de Bensheim. SINIUS a des fonctions et des caractéristiques uniques qui permettent au praticien de travailler efficacement et de gagner du temps.

Film en 3D sur l'ostéo-intégration présenté lors de l'Europerio

Un film unique en 3D, sur les processus biomédicaux en dentisterie et chirurgie buccale et maxillo-faciale, a été présenté pour la première fois pendant le 7ème Congrès de l'Europerio, qui s'est tenu du 6 au 9 juin à Vienne, en Autriche. Ce film de 12 minutes, appelé "Communication cellule-cellule", décrit, en qualité HD, les processus moléculaires et cellulaires invisibles qui se produisent au cours de la cicatrisation d'une plaie osseuse après le placement d'un implant dentaire. Selon les auteurs du film, la démonstration apporte une nouvelle vue des processus biologiques complexes qui font partie de la cicatrisation des plaies osseuses, tout en accordant une attention particulière aux divers types de cellules et molécules impliquées, en ordre chronologique. Le film illustre la façon dont elles utilisent leurs processus de communication, pour détruire les bactéries dans les différentes phases de l'ostéointégration. Le film est un projet de collaboration entre Quintessence Publishing, les auteurs scientifiques et les artistes de la vidéo-animation, dont le but est d'introduire des technologies innovantes de vidéo-animation pour l'enseignement dentaire. Ils espèrent ainsi rendre l'enseignement intéressant, et ouvrir différentes perspectives de formation. "Notre objectif n'est rien moins que d'inculquer aux étudiants et aux spectateurs une fascination pour la science. Le film est une première étape dans nos efforts visant à créer une série de formations par vidéo 3D, pour visualiser des sujets biologiques en dentisterie, avec des outils et des méthodes à la pointe de la technologie", a déclaré Hendrik Terheyden, professeur au département de la Croix-Rouge de l'Hôpital de chirurgie buccale et maxillo-faciale de Kassel, en Allemagne, et le scientifique suisse Bernd Stadlinger, de la Clinique de chirurgie crânio-maxillo-faciale et buccale de l'Université de Zürich, en Suisse. Ce film est maintenant disponible en DVD chez Quintessence Publishing.

Les sucres se cachent dans les liquides

Katia Vasileva /Shutterstock.com

Le public britannique sous-estime les niveaux de sucre dans les boissons.

Au Royaume-Uni la population minimise fortement la quantité de sucre dans les boissons, d'après les chercheurs de l'Université de Glasgow. Ceci est particulièrement vrai pour des boissons considérées comme saines. La surconsommation de boissons sucrées contribue à la carie dentaire et l'obésité, et est un facteur de risque majeur pour la santé, comme le diabète de type 2, l'hypertension, les maladies cardiaques. La mise à disposition et la consommation de boissons sucrées, comme des sodas, des smoothies ou jus de fruits, des boissons sportives et énergisantes, ont augmenté considérablement pendant les deux décennies passées. « Cette analyse confirme que beaucoup de personnes ne sont peut-être pas conscientes des hauts niveaux de calories dans les boissons généralement consommées. Quelques variétés de boissons comme des jus de fruit purs et des smoothies, qui sont perçues comme des options saines, sont aussi sucrées. Pour beaucoup de personnes qui luttent pour leur poids, réduire leur consommation de telles boissons en les remplaçant par de l'eau ou des boissons allégées serait un premier objectif raisonnable pour diminuer leur apport en calories » d'après Sattar. Il suggère que « l'industrie de boissons non-alcoolisées aient aussi un rôle à jouer ici en fournissant des boissons avec moins de sucre ou offrant des versions de régime moins chères. »

La recherche promet une approche thérapeutique contre la gingivite.

slavcic /Shutterstock.com

Le Dr. Donald Demuth, reçoit un brevet pour une nouvelle découverte en biochimie.

Des chercheurs de l'université de Louisville ont atteint une étape pour l'élimination de la maladie parodontale par leur travail pour développer des molécules synthétiques qui empêchent les bactéries responsables de la maladie de s'étendre dans la cavité buccale. La découverte pourrait permettre à la formulation d'un bain de bouche, d'un dentifrice ou d'un vernis afin d'empêcher les bactéries pathogènes de coloniser la bouche. Des peptides interdisent l'interaction entre P. gingivalis et le Streptocoque gordonii et empêchent P. gingivalis sa colonisation de la bouche. Les peptides sont des molécules formées par deux ou plus d'acides aminés; ils sont les composants des protéines dans la cellule. « Quand P. gingivalis entre dans l'environnement buccal, il recherche l'interaction avec la bactérie S. gordonii afin de se propager et en fin de compte prendre pied au-dessous de la limite gingivale, menant à la maladie parodontale. » L'équipe universitaire a développé une série des peptides qui empêchent P. gingivalis et S. gordonii de s'unir. Demuth a constaté que l'administration du peptide dans un modèle animal a empêché la perte osseuse liée à P. gingivalis - le symptôme clinique de maladie parodontale - et a empêché la diffusion de la bactérie dans la bouche.

« Ceci est un des premiers exemples d'approche thérapeutique qui peut contrôler la maladie parodontale » a-t-il dit. Un brevet est en cours d'homologation sur certaines découvertes liées à cette recherche.

Brillant

Le nouvel éclairage LED d'A-dec associe, un indice élevé des rendus de couleurs pour une analyse accrue des tissus bucco-dentaires, un mode innovateur d'anti-polymérisation qui offre une lumière de 25,000 lux sans durcissement prématuré, et une liaison barycentrique permettant de manier sans égal votre éclairage. L'éclairage LED d'A-dec, une source supérieure de brillance pour tout ce que vous faites!

Pour un argumentaire en ce qui concerne la qualité des éclairages dentaires, visitez www.a-dec.com/LED.

Tous droits réservez

a-dec reliablecreativesolutions

B.NEXT

DIGITAL DENTISTRY

VOIR

TOUCHER

RÉALISER

RECEVOIR

La nouvelle prise d'empreinte optique est née !

ELLE S'APPELLE **3Shape TRIOS®** ELLE VIENT DE B.NEXT

Souriante, simple et conviviale,
elle rapproche praticiens et prothésistes,
praticiens et patients.

Un système d'empreinte numérique aussi simple que puissant

Simple : sans application de poudre, prise en main intuitive, commandes digitales ;

Précis : jusqu'à 1000 images 3D, visualisation instantanée ;

Rapide : Trios® envoie un fichier en quelques minutes au prothésiste, qui commence la réalisation de la prothèse par CFAO ;

Fiable : une seule prise suffit. Validation immédiate.

B.NEXT

PLUS PROCHES, NOUS IRONS PLUS LOIN.

B.NEXT est née pour faire de ces technologies d'aujourd'hui et de demain l'outil qui rapprochera praticiens et prothésistes, praticiens et patients.

Notre objectif : ouvrir le monde dentaire à une solution nouvelle qui renforce les échanges praticiens/prothésistes en les rendant plus simples, plus précis, plus efficaces et plus forts.

Pour apporter confort, simplicité et sécurité aux praticiens dans leur pratique quotidienne de la prise d'empreinte, **B.NEXT** a fait le choix de distribuer le **3Shape TRIOS®.**

CONTACTS
Tél. 03 67 26 00 26 • info@bnext-online.com

Happy technology

Le système Champions® en implantologie : applications

Rejoignez un vaste réseau d'utilisateurs satisfaits.

Textes/Images Dr. Armin Nedjat, dentiste, direction de Champions-Implants GmbH

Le système d'implants Champions® est un système fiable approprié pour de nombreuses indications. De fabrication allemande, le système se compose d'implants monoblocs et d'implants deux pièces. Plusieurs formes, diamètres et longueurs sont disponibles.

En addition, les Prep-Caps, en zircon ou en titane peuvent être mises en place et cimentées sur les implants monoblocs afin de corriger les divergences d'insertion. Une trousse chirurgicale pour implants Champions® monoblocs et en deux pièces sera prêtée gratuitement aux nouveaux clients. Nous illustrerons dans les pages qui suivent les indications de pose, la méthode chirurgicale et l'usage des outils selon les indications. *(Fig.1+2)*

1. Planning pour restaurations prothétiques

Pour une restauration fixe ou amovible, insérez autant d'implants dentaires que possible. Dans certains cas, 24 racines seront remplacées dans le maxillaire supérieur (dents 17 à 27), et 20 racines dans la mandibule (dents 37 à 47). Les coûts onéreux des implants, des abutments (piliers) et des accessoires font désormais partie du passé. Les prix moyens des implants Champions® et des accessoires sont plus réduits par rapport aux coûts de nombreux systèmes d'implants conventionnels. Par exemple, 10 Champions® (abutments, c-à-d. piliers, compris) coûtent environ 1000 €, le prix de seulement 3 à 4 implants d'autres fabricants.

Si possible, la région des canines et des premières prémolaires devrait être supportée par des implants ou dents. Par ailleurs, faites attention à la distribution des implants dentaires/dents dans la mâchoire: pour mettre en place une restauration dentaire fixe, il doit y avoir 4-5 implants dentaires ou dents fixes dans chaque quadrant. Il est possible de connecter la restauration avec des dents naturelles robustes (pas d'intrusion!). Des études à long terme ont montré que la connexion des implants avec les dents naturelles est fiable. Ainsi, les patients peuvent « sentir » leurs implants à travers leur parodonte naturel et les restaurations prothétiques attachées et mises en place à ajustage passif. Lorsque l'on porte des prothèses amovibles, on peut « sentir » les implants à travers la gencive et la prothèse et avoir des sensations de dents naturelles.

Lorsqu'il est possible il est ainsi intéressant de préserver une dent pour maintenir la sensation et permettre au patient de mieux contrôler sa force masticatoire. *(Fig.3+4)*

2. Préparation de l'os

De préférence, on devrait plutôt insérer les implants dans l'os guéri et non augmenté au lieu de les insérer dans les alvéoles «fraîchement» extraites. S'il est absolument nécessaire de poser les implants dans la région alvéolaire, il faudrait plutôt poser les implants dentaires dans la région palatine ou linguale au lieu de les insérer dans la région vestibulaire, l'os vestibulaire étant crucial. Ainsi on pourra obtenir une stabilité primaire de 40 Ncm.

Implantation immediate

Lors d'une implantation immédiate, posez les implants dans les régions de la bifurcation, de la trifurcation et du septum mais évitez de les poser dans des zones osseuses inflammatoires (par exemple : le granulome).

Le matériau non résorbable (les « party-breakers » qui consistent en un matériau alloplastique et bovine) sont à éviter car autrement, la régénération osseuse naturelle (« party ») ne peut pas se dérouler.

L'acide hyaluronique ajouté aux substances collagènes et résorbables favorise la régénération osseuse.

Pour réaliser une implantation immédiate d'un implant Champions® monobloc, il faudra poser l'implant 1 mm en subcrestal (basé sur la lamelle osseuse buccale). Les Prep-Caps en zircon devront être mises en place 1 mm en subgingival (le ciment peut ainsi s'évacuer).

3. Planning et type de restauration prothétique

Pour mettre en place une restauration prothétique amovible sur les implants à tête de tulipe, les deux quadrants doivent être bien supportés : quatre dents/implants dans la mandibule et six dents/implants Champions® à tête de tulipe dans le maxillaire supérieur (par exemple, on peut également combiner deux dents solides avec quatre implants Champions®!) Il est aussi possible d'attacher et de fraiser les structures dentaires de zirconium, de NEM ou de WIN!® Pour cela, les implants Champions® à tête carrée ou à tête de tulipe peuvent être primairement fixés avec des barres de connexion. Les barres sont fraisées et ensuite galvanisées. Des couronnes de zircon, de NEM ou de WIN!® fraisées par CAD/CAM peuvent être mises en place. On peut aussi mettre en place des structures secondaires fraisées (aussi faites de WIN!®). *(Fig.5-11)*

4. Forage et préparation de l'os

Auparavant, la thèse que le diamètre de la cavité de l'os foré doit être presque le même que le diamètre du filetage de l'implant a été considéré comme incontestable. Aujourd'hui, cette théorie s'est avérée fausse. En effet, le diamètre de la cavité de l'os foré sera plus petit que celui du filetage de l'implant Champions®, un implant qui n'est pas auto-taraudant et qui sert d'ostéotome. Dans le maxillaire supérieur, on fore avec un foret triangulaire jaune d'un diamètre de 1,8 mm et d'une longueur de 14 mm. Ensuite, l'implant Champions® est inséré, et permet à l'os de se condenser. Contrairement à ce que pensent peut-être quelques dentistes, la chirurgie transgingivale et préservant le périoste n'est pas un « travail à l'aveugle ». Un dentiste expérimenté sera capable d'insérer l'implant dans le site précis sans ouverture de la muqueuse. En fait, on peut sentir l'os si la muqueuse a une épaisseur égale ou inférieure à 4 mm. Le traitement avec les Champions®, comme le traitement avec d'autres systèmes d'implants, devra également être accompagné de techniques OPG et DVT pour assurer un diagnostic efficace. Pour la pose des implants selon MIMI®, utilisez des forets triangulaires à une vitesse de rotation de 150-250 tr/min. Avant la pose de l'implant, il est impératif de palper et vérifier la cavité de l'os dans toutes les dimensions avec une sonde parodontale (CCO: Contrôle de la Cavité Osseuse) après chaque forage et étape. Il faut sentir l'os dur dans toutes les directions. En effet, on peut sentir intra-opératoirement quelle paroi osseuse, la paroi buccale ou orale, est plus compacte... Enfin notez qu'avec le foret jaune, il y a très peu de risque de perforation de la paroi osseuse car le foret triangulaire fonctionne comme un expanseur...

Lorsqu'on réalise un sinus lift indirect, on procède de la manière suivante: on fore jusqu'à ce qu'on atteigne la zone plus compacte. Après, il faut vérifier la qualité de la cavité de l'os avec la sonde: CCO (Contrôle de la Cavité Osseuse). Par exemple, s'il y a 4 mm, utilisez un condenseur d'un diamètre de 3,0 mm pour réaliser l'élévation indirecte du plancher sinusien de 2 mm en plus. Ensuite, vérifiez la cavité de l'os à nouveau. Enfin, posez un Champion® d'une longueur de 6 mm... Suivant l'implant Champions® qui sera posé, la profondeur correspondante de la cavité de l'os devra être forée avec les forets nécessaires.

5. L'implant approprié: Diamètre et insertion

Il ne faut pas choisir le diamètre de l'implant selon l'anatomie de l'os (par exemple, si l'os est « large », cela ne veut pas dire qu'un implant d'un grand diamètre est nécessaire). Il faut choisir le diamètre de l'implant nécessaire selon la stabilité primaire obtenue avec les condenseurs et les implants! C'est cette « philosophie » qui rend notre système si unique et différent des autres systèmes d'implants ou de thèses désuètes de la physiologie de l'os! La nutrition péri-implantaire joue un rôle important! Le site de l'implant peut être blessé si on insère avec force un implant Champions® d'un diamètre de 5,5 mm au début de la pose lorsqu'on aurait pu obtenir une stabilité primaire à un couple de 40 Ncm avec un implant Champions® d'un diamètre de 3,0 mm ou de 3,5 mm. Une exception: dû à son design, l'implant en deux pièces pour remplacer une seule dent dans le site molaire devra avoir un diamètre d'au moins 4 mm ! Pour remplacer les racines d'une seule molaire, deux Champions® monoblocs New Art, ayant chacun un diamètre de 3,0 mm, ou deux Champions® monoblocs Classic, ayant chacun un diamètre de 3,5 mm, devront être posés.

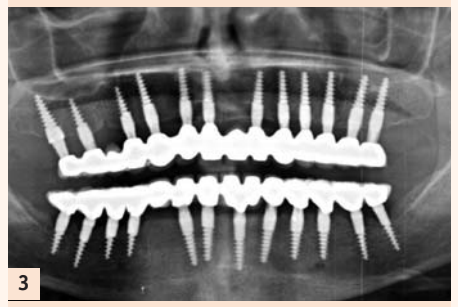
Les Champions® peuvent être insérés au moyen de la clé dynamométrique Champions® à un couple de 40 à 60 Ncm. Si on obtient une stabilité primaire de plus de 70 Ncm (ce qui peut entraîner une malnutrition péri-implantaire) à la fin de l'implantation, on retourne la clé dynamométrique de manière à voir « OUT » au lieu de « IN ». Ensuite, on enlève soigneusement l'implant. Après, l'implant peut être soigneusement inséré à nouveau ! *(Fig. 12-15)*

6. Restauration immédiate et mise en charge immédiate

Les implants Champions® monoblocs pourront toujours être restaurés immédiatement si une stabilité primaire de 40 Ncm est atteinte.

1

2


3

4

Fig. 1 : Depuis mars 2011, la famille des Champions® s'est agrandie avec les implants Champions (R)Evolution® en deux pièces pouvant être posés selon la méthode MIMI® ou selon la méthode d'implantation conventionnelle. Si nécessaire, une augmentation osseuse pourra être réalisée.
Fig. 2 : Trousse chirurgicale utilisée avec le système.
Fig. 3 : Dans le maxillaire supérieur et dans la mandibule, 6 Champions® par quadrant ont été posés.
Fig. 4 : Une prothèse amovible a été mise en place sur 4 implants à tête de tulipe dans la mandibule.

5

6

7

8

Fig. 5-8 : Une implantation immédiate a été réalisée pour remplacer les dents 34 et 36 : Les figures montrent une bonne dilatation osseuse et aucune nécrose osseuse. Les implants Champions® ont atteint une stabilité primaire à un couple entre 40 Ncm et de 70 Ncm. Ce type d'implant sert d'expanseur ou d'ostéotome. Après l'implantation immédiate, les Prep-Caps en zircon ont été mises en place sur les Champions® à tête carrée avec Fuji Plus.

9

10

11

Fig. 9-11 : Vue des Champions® monoblocs et des Prep-Caps de zircon préparés immédiatement après l'implantation. Vue de la zone basale du bridge de zircon fraisé, qui a été cimenté et mis en place à ajustage passif avec Implantlink semi en 10 jours après implantation.

En règle générale, les implants peuvent être immédiatement mis en charge...

a) On obtient une stabilité primaire à un couple de 40 Ncm

ET

b) S'il y a au moins quatre implants/dents qui peuvent être connectés. S'il y a moins de quatre implants/dents, la stabilité d'ostéointégration primaire devrait passer à la stabilité d'ostéointégration secondaire; après huit semaines, l'empreinte peut être réalisée et la restauration finale mise en place.

Pour mettre en place une prothèse amovible dans la mandibule, il doit y avoir au moins quatre implants/dents. Pour une restauration fixe implanto-portée dans la mandibule, il doit y avoir 6 implants/dents. Dans le maxillaire, il doit y avoir deux implants/dents de plus que dans la mandibule pour mettre en place une restauration fixe ou amovible.

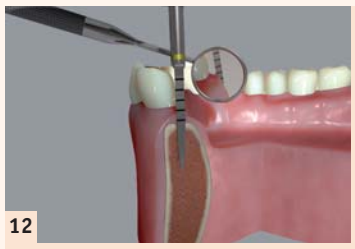
La possibilité de la mise en charge immédiate ne dépend pas seulement de la stabilité primaire obtenue pendant l'implantation. Par exemple, on ne devrait pas tout de suite mettre en place une couronne finale sur un implant pour remplacer une seule dent, inséré à un couple de rotation de 70 Ncm (couple de rotation maximal). Avant de mettre en place la couronne finale, il est préférable de poser une restauration provisoire sur cet implant pour 8 semaines afin d'assurer le passage à la phase de stabilité d'ostéointégration secondaire.

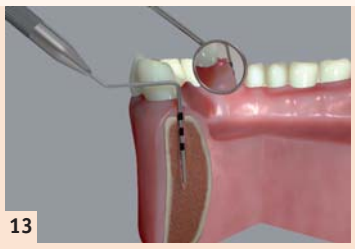
7. Clarification pour le patient

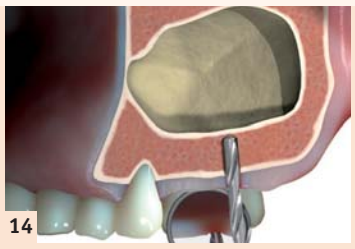
Avant l'implantation, le dentiste doit fournir au patient toutes les informations sur le traitement implantaire et sur les alternatives de traitements possibles. Le patient devra signer le formulaire du consentement éclairé s'il/si elle est d'accord avec la pose chirurgicale des implants dentaires dans sa mâchoire. Le patient devra ensuite participer activement et ainsi contribuer à la réussite du traitement. L'information sur le procédé et les formulaires peuvent peut être téléchargés dans le forum!

Les premiers jours après l'implantation ne sont pas aussi critiques que les 2 à 8 semaines postopératoires!!

Le patient devra ensuite participer activement et comprendre la physiologie de l'os en évitant de mâcher trop fort durant les 2 à 8 semaines post-op!

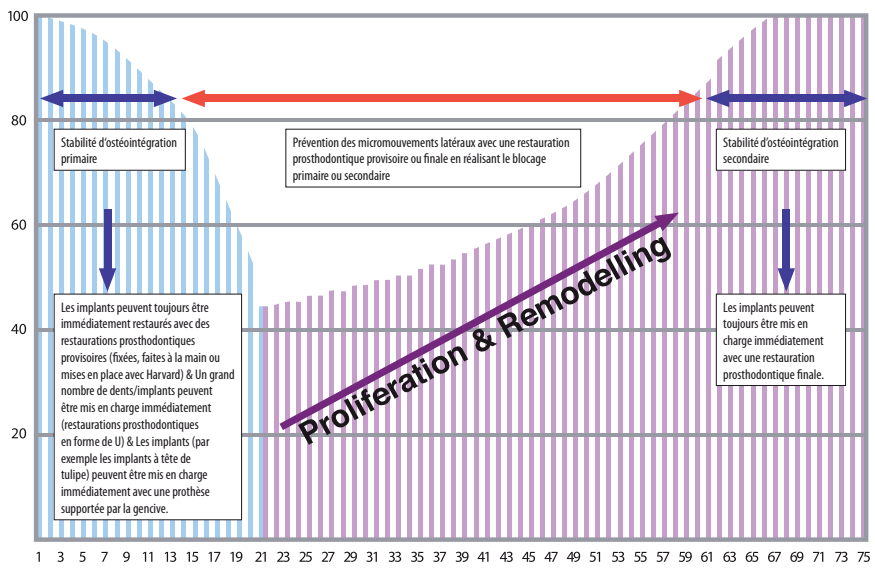

12


13


14

15

Fig. 12 : Le premier forage se fait avec le foret jaune. • Fig. 13 : Après chaque forage, la cavité de l'os est vérifiée. • Fig. 14 : Pour réaliser un sinus lift indirect, on fore jusqu'à ce qu'on atteigne le rebord orbitaire inférieur. Après, il faut vérifier la cavité de l'os avec une sonde (CCO : Contrôle de la Cavité Osseuse). • Fig. 15 : Le plancher sinusien est élevé de 2 mm.



Le diagramme montre le rapport entre la stabilité primaire et l'ostéointégration.

Diagramme

Le diagramme Champions est basé sur des mesures cliniques de 5000 implants monoblocs qui ont été restaurés avec des bridges et couronnes fixes: La restauration prothétique finale pourra être mise en place durant les premiers 14 jours après implantation si la restauration est mise en place sur au moins quatre implants/dents. S'il y a moins de quatre implants/dents, il est recommandé de mettre en place la restauration prothétique finale huit semaines après implantation lorsque la transition de la stabilité d'ostéointégration primaire à la stabilité d'ostéointégration secondaire peut être assurée.

8. Restauration provisoire pour les Champions® monoblocs

La pose d'implants monoblocs, par exemple d'implants monoblocs à tête carrée, nécessite la mise en place de restaurations temporaires. Il est risqué et non conseillé suite à la pose d'implants monoblocs dans les deux à huit semaines après implantation de ne pas porter une restauration temporaire ou une prothèse ou de porter une restauration temporaire non attachée en non-occlusion.

Il n'est pas recommandé de mettre en place la restauration provisoire à long terme avec Temp Bond! Par exemple, des problèmes avec les implants peuvent être causés par une restauration provisoire desserrée durant la 3ème semaine (c'est le moment où la stabilité est la plus faible!) ou par une clarification insuffisante pour le patient, ou bien par un manque de compliance du patient! Les dentistes et les collaborateurs (y compris les réceptionnistes) du cabinet dentaire ainsi que le patient devraient savoir que si la restauration temporaire se casse ou se desserre (les implants n'ont pas de récepteur parodontal qui avertit le patient d'un problème!), il faut absolument qu'on la fixe ou répare aussi rapidement que possible. Sinon, il se peut qu'il y ait des forces de cisaillement et des chargements extra-axiaux incontrôlables. Nous recommandons donc de mettre en place la restauration implanto-portée provisoire avec le ciment Harvard ou du ciment solide similaire. Le bridge temporaire, qui est cémenté avec Harvard, peut être séparé de manière distale après 8 semaines (à partir de la canine). Les trois fragments peuvent être palpés soigneusement avec une barre (en général, des forces de traction et des forces masticatoires axiales ne posent pas de problèmes pour les implants). Après avoir mis la structure dentaire, cimentez encore avec Harvard et collez les trois fragments avec Bonding et le composite.

Soyez sûrs que la restauration temporaire faite à la main (avec une obturation de matière synthétique qui est fixée sur les zones proximales des dents adjacentes) n'irrite pas la gencive! Les implants doivent être placés dans des bonnes conditions hygiéniques!

Évitez de fixer les implants sur des dents adjacentes mobiles (II à III) car cela peut souvent entraîner des fractures de la restauration provisoire.

Les prothèses peuvent être rebasées avec une matière synthétique douce. Du matériel comme l'Impregum, le silicone solide ou le polyéther, qui peut être bien poli, est considéré comme bon (y compris les fenêtres qui permettent l'écoulement et qui évitent les zones de pression)

9. Restauration prothétique

La structure devrait être mise en place à ajustage passif car sinon, il y a un risque de perte osseuse ou de fracture de céramique. Par ailleurs, il faut prendre en considération les concepts d'occlusion des organisations professionnelles (la guidance des canines ou de groupe) avec des cuspides et des fissures inter-occlusales non excessives !

La restauration dentaire définitive doit être faite dans des conditions hygiéniques adéquates ! *(Fig.16-20)*

10. Expérience de l'opérateur

La méthode minimalement invasive d'implantation (MIMI®) est efficace mais on ne devrait pas surestimer la « simplicité » de ce traitement implantaire! L'implantation effectuée selon MIMI® peut même être plus difficile que l'implantation selon la méthode conventionnelle car si la muqueuse est ouverte, les sites osseux précis où l'implant sera posé seront plus faciles à voir. Pour réaliser l'implantation suivant la méthode MIMI® avec succès, le dentiste et le chirurgien-dentiste doivent faire preuve d'une certaine dextérité et doivent avoir beaucoup d'expérience. Depuis environ 30 ans, la méthode MIMI®, liée à la chirurgie de trou de serrure et comparable à l'endoscopie, a connu un fort succès en implantologie dentaire et s'est montrée non-traumatique pour le patient. MIMI® n'entraîne presque pas de douleur chez les patients et mène à peu de complications. Par ailleurs, le traitement implantaire avec les implants Champions® est une solution fiable et abordable. Les implants Champions® peuvent être posés selon MIMI® ou selon la méthode d'implantation conventionnelle et peuvent être restaurés avec d'excellentes restaurations prothétiques.

Champions-Implants GmbH
Bornheimer Landstraße 8
D-55237 Flonheim / Allemagne
Fanny Rougnon-Glasson
Tél. +49 151 / 15 25 57 18
E-Mail: fanny@championsimplants.com
www.championsimplants.com

16

17

18

19

20

Fig. 16-20 : Après implantation, les implants Champions® ont été restaurés avec les Prep-Caps. Les implants ont été fixés sur les dents adjacentes pendant les premières huit semaines après implantation. Après avoir obtenu la stabilité d'ostéointégration secondaire, l'empreinte a été réalisée. Finalement, la couronne a été cimentée.

champions implants

Conception et fabrication en Allemagne – Plus de 50 000 poses par an – Système récompensé par le Prix ‹Regio Effekt 2010›

29 € HT

Chaque abutment:

0° · 15° · 22° · 30°

Locator™*

Tête de tulipe

Base de collage pour ICAs en zircon

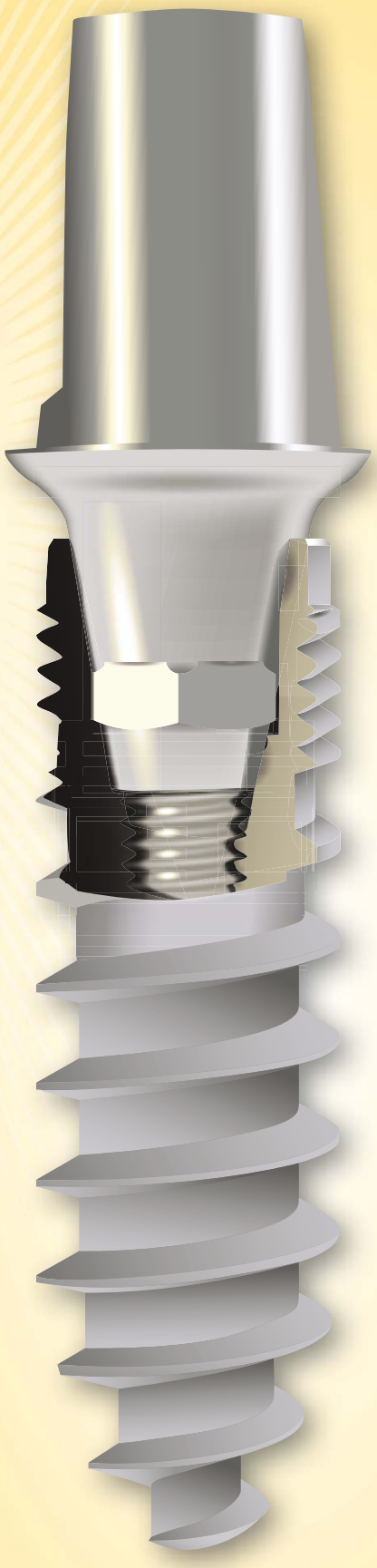
59 € HT

Champions (R)Evolution Implantat

emballage unitaire

ø 3,5 · 4,0 · 4,5 · 5,5

Longueurs 6,5 · 8 · 10 · 12 · 14 · 16 mm

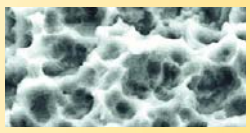


Pose facile par la méthode MIMI® (minimalement invasive) Succès garanti

Micro-spires crestales pour une excellente stabilité primaire

Cône interne de 9,5° → excellente connection abutment / implant (étude de l'université de Francfort, H. Zipprich)

Surface CHAMPIONS®: Une des meilleures! Source: Études de l'université de Cologne



Offre spéciale

Une trousse chirurgicale et prothétique complète prêtée gratuitement.

Une sélection de 20 implants de votre choix, mis à votre disposition gratuitement pendant deux mois.

Evènements à venir:

- ➜ Soirée d'informations offerte et organisée par Initiatives Implants sur la chirurgie MIMI® au Novotel de Nice le Mercredi 24 Octobre 2012 à 19h00
- ➜ Exposant au congrès de l'ADF en Novembre 2012

LocatorTM est une marquee déposée de Zest Anchors LLC

De nombreux cas cliniques et articles sont consultables sur notre site internet.

Contact: Fanny Rougnon-Glasson

Tel. : +49 151 152 55 718

fanny@championsimplants.com

www.champions-implants.com

Interview du Dr Christine Romagna

Membre du Comité scientifique du Congrès ADF 2012 – En charge de la parodontologie et du programme Assistantes dentaires

Responsable simultanément du programme de Parodontologie et de celui destiné à la formation des Assistantes dentaires, Christine Romagna, membre du comité scientifique du Congrès ADF 2012, présente une Parodontologie « à la française », tout en étant ouverte à l'Europe.

Nous avons saisi cette opportunité exceptionnelle d'organiser les deux programmes, pour tenter de mettre en exergue un modèle français.

Chacun sait que la parodontologie en France n'est pas prise en charge avec les mêmes réseaux que dans la majorité des pays européens. Ailleurs, depuis longtemps, une spécialité en parodontologie à part entière est reconnue et exerce en complémentarité avec le corps des hygiénistes dentaires. Ici, vient de voir le jour la spécialité de médecine bucco-dentaire, à l'intérieur de laquelle la parodontologie pourrait trouver sa place… ? (cf séance **A12** organisée par l'UNIO A l'heure des spécialités, un an après la mise en place). Des objectifs semblables, mais des moyens et une organisation différente.

Une spécificité française. Pourquoi ne pas y voir l'aspect positif du champ libre, de l'originalité et de la créativité ?

Nous avons dans cet esprit proposé un programme de parodontologie très complet, dans lequel autant les omnipraticiens que les parodontologistes pourront trouver leur bonheur, et matière à progresser, car pour nous la parodontologie ne doit pas être perçue comme un monde à part. Une parodontologie accessible et intégrée à une notion de réhabilitation orale globale.

En complémentarité, nous avons construit un programme pour nos assistantes en 7 séances où la préoccupation pour l'approche parodontale, leur présence dans la qualité des relations qui se tissent au cabinet dentaire **(D104)** et leur participation à part entière dans une véritable équipe de soins, donc avec le praticien **(C74 - D117)**, sont prépondérantes, en plus de leur rôle en matière d'instrumentation et d'asepsie **(D96 - D114)**.

Nous insisterons beaucoup également sur la prise en compte du patient en tant que personne et pas en tant que cas clinique. Notion d'humanité. Notion d'épanouissement, d'échanges et de respect **(C84)** entre praticien et patient, entre praticien et assistante, entre assistante et patient **(C62)**.

Ces séances sont préparées afin que toutes et tous, assistantes et praticiens, puissent y assister ensemble et partager leurs vécus.

Quelles séances pour comprendre le parodonte et la parodontologie ?

Le parodonte ne doit pas être la préoccupation réservée des parodontologistes. Même si les puristes trouveront dans le programme le moyen d'acquérir des connaissances de pointe, par exemple dans la séance Espoirs et réalités de la régénération parodontale **(D92)** conduite par Henri Tenenbaum, ou la séance présentée par la SFPIO qui développera, sous la houlette de Xavier Struillou, la chirurgie muco-gingivale avec des conférenciers ténors comme Alain Borghetti et Virginie Monnet-Corti entre autres **(C67)**. Au passage, signalons une séance du programme Recherche qui viendra compléter étroitement la formation du praticien parodonto-curieux, avec un beau titre La salive ou l'eau à la bouche **(A2)** !

Le parodonte ne doit pas non plus être un champ réservé aux microbiologistes. Rappelons qu'il doit être perçu par tous comme les fondations des dents et des implants ; et donc le sort de tous les édifices plus ou moins sophistiqués et/ou esthétiques que nous construisons au-dessus en dépend ! Ainsi une conférence d'un style nouveau Les clés de la réussite, dirigée par Pierre Barthet, rappellera que la notion de santé parodontale est incontournable et indispensable et exposera les fondements et l'actualité du traitement parodontal en 2012 **(D112)**.

Le praticien trouvera aussi des séances où les traitements parodontaux sont conjugués et nécessaires à d'autres disciplines de l'odontologie, telles que l'endodontie, la prothèse ou les implants : par exemple, Les gestes simples de parodontologie pour optimiser l'esthétique en prothèse **(E131)**, sous la responsabilité scientifique de Séverine Vincent. Mais il sera aussi question de la lésion endo-parodontale **(B46)** dans la séance organisée par la SFE, orchestrée par Jean-Philippe Mallet.

Une grande place va être faite, au sein du programme paro, au risque infectieux péri-implantaire : en effet un risque majeur sur lequel nous devons insister pour éviter les mauvais lendemains, à moins que le mal ne soit déjà trop répandu…, avec un cours magistral de Stephan Renvert sur les maladies péri-implantaires **(E118)**. C'est Christian Verner qui sera son hôte et son interlocuteur privilégié. Une conférence pluridisciplinaire menée par Stéphan Duffort viendra en écho parler de prévention des maladies péri-implantaires en traitant la maladie parodontale (D103).

Enfin, pour tous ceux qui sont attentifs à une approche pluridisciplinaire du parodonte, leur attention pourra être judicieusement dirigée vers des séances consacrées au bruxisme.

Les responsables scientifiques des séances et les conférenciers ont tous été choisis avec attention, apportant dans la diversité et la complémentarité leur expertise en pratique libérale ou bien leur savoir universitaire, et parfois les deux en même temps. Nous avons essayé aussi, dans nos choix, de privilégier la jeunesse des intervenants. »

A l'ADF 2012, ce sera une parodontologie médicale ou chirurgicale ?

Nous ferons le plein de séances où la chirurgie parodontale sera explicitée, clarifiée, démystifiée et surtout pas reléguée au rang des actes iatrogènes, ringards ou inutiles ! Des protocoles et des indications précises, tant pour la chirurgie régénératrice que celle à visée plastique, prothétique et esthétique, -qui d'ailleurs nous servent aussi en situation péri-implantaire -, seront développés au cours d'un cycle entier, au cours de Travaux pratiques, et au cours d'une double démonstration TV en direct :

– Le cycle monodisciplinaire d'une journée consacrée à la chirurgie parodontale régénératrice : quand la mettre en œuvre et comment l'optimiser ? **(A8)**, sous la maîtrise et le charme tonique de Julie Menard.
– Le TP sur la chirurgie parodontale à visée esthétique et pré-prothétique **(C77)**, conduit avec rigueur et enthousiasme par Marie-Pascale Hippolyte.
– La double démonstration TV **(B51)** avec deux interventions comparatives sera originale : à propos du recouvrement radiculaire par une greffe conjonctive avec Caroline Fouque, ou par la mise en œuvre d'un protocole de substitution avec Nicolas Picard. Daniel Etienne leur apportera son soutien expérimenté en animant cette séance qui promet d'être passionnante !

Nous soulignons ici combien nous avons voulu mettre en valeur le travail des femmes cliniciennes, sans exclure bien sûr nos brillants collègues masculins. A ne manquer sous aucun prétexte d'ailleurs le cours de France Lambert sur la reconstruction des papilles : un défi chirurgical ? **(A17)**.

Enfin, et ce sera « du lourd », la problématique du contrôle de l'infection parodontale en l'absence d'hygiénistes sera abordée : comment faire quand même, pour le bien des patients et pour l'amélioration et la pérennité des résultats de nos traitements. Mais qui va le faire ? Qui va « s'y coller » enfin ? Comment s'en préoccuper tous, à un niveau ou à un autre, selon la somme de nos savoirs, le degré de nos compétences, le temps dont nous disposons ?

Alors, de parodonto-conscient, nous deviendrons parodonto-compétent **(B35)**, sous le contrôle engagé de Jean Marc Dersot. Et nous serons à l'écoute sage de Catherine Mattout pour la maintenance parodontale : une séance qui dictera des impératifs pour la pérennité de nos traitements **(C82)**.

En parodontologie, ce ne sont pas seulement les avancées techniques qui comptent, mais aussi et surtout le comportement du patient voire le comportement du praticien. Ce qui en fait une discipline exigeante.

Les séances de Parodontologie du Congrès ADF 2012

Cycle monodisciplinaire A8 - La chirurgie parodontale régénératrice : quand la mettre en œuvre et comment l'optimiser ?
· Responsable scientifique Julie MENARD
· Mardi 27 novembre 9H00 – 18H00

Cours A17 - La reconstruction des papilles : un défi chirurgical ? par France LAMBERT
· Responsable scientifique Christine ROMAGNA
· Mardi 27 novembre 15H30 – 18H00

Conférence B35 - De parodonto-conscient devenir parodonto-compétent
· Responsable scientifique Jean Marc DERSOT
· Mercredi 28 novembre 12H30 – 15H00

Démonstration en direct sur patient B51 - Le recouvrement radiculaire par une greffe conjonctive ou par la mise en œuvre d'un protocole de substitution
· Responsable scientifique Daniel ETIENNE
· Mercredi 28 novembre 15H30 – 18H00

Conférence C67 SFPIO - La chirurgie muco-gingivale
· Responsable scientifique Xavier STRUILLOU
· Jeudi 29 novembre 12h30 - 15h00

Atelier de Travaux Pratiques C77 - Chirurgie parodontale à visée esthétique et pré-prothétique
· Responsable scientifique Marie-Pascale HIPPOLYTE
· Jeudi 29 novembre 14H30 – 17H00

Conférence C82 – La maintenance parodontale : des impératifs pour la pérennité de nos traitements
· Responsable scientifique Catherine MATTOUT
· Jeudi 29 novembre 15H30 – 18H00

Conférence D92 – Espoirs et réalités de la régénération parodontale
· Responsable scientifique Henri TENENBAUM
· Vendredi 30 novembre 09H00 – 11H30

Conférence Les clés de la réussite D112 - Le traitement parodontal en 2012 : les incontournables, les indispensables
· Responsable scientifique Pierre BARTHET
· Vendredi 30 novembre 15H30 – 18H00

Cours E118 – Les maladies péri-implantaires par Stephan RENVERT
· Responsable scientifique Christian VERNER
· Samedi 1er décembre 09H00 – 11H30

Conférence E131 - Les gestes simples de parodontologie pour optimiser l'esthétique en prothèse
· Responsable scientifique Séverine Vincent
· Samedi 1er décembre 12h30 - 15h00

Les séances du programme Assistantes dentaires du Congrès ADF 2012

Conférence C62 – Place de l'assistante dentaire dans le triangle praticien-patient-assistante
· Responsable scientifique Christian DECLOQUEMENT
· Jeudi 29 novembre 09H00 – 11H30

Conférence vidéo C74 – L'équipe soignante
· Responsable scientifique Marie-Grâce MICHEL
· Jeudi 29 novembre 12H30 – 15H00

Conférence C84 – Situations ou relations difficiles : comment les aborder et les gérer au sein du cabinet dentaire ?
· Responsable scientifique Valérie ORTI
· Jeudi 29 novembre 15H30 – 18H00

Atelier de Travaux Pratiques D96 – Asepsie : plateau chirurgical, habillage, nettoyage, désinfection…
· Responsable scientifique Guillaume DROUHET
· Vendredi 30 novembre 09H00 – 11H30

Démonstration en direct sur patient D117 – Le travail à 4 mains dans un cadre chirurgical idéal
· Responsable scientifique Christian MOLE
· Vendredi 30 novembre 09H00 – 11H30

Conférence D104 – Le soin doit être parlé. Qui parle ?
· Responsable scientifique Jean Christophe GRENIER
· Vendredi 30 novembre 12H30 – 15H00

Conférence D114 – Rôle de l'assistante dans l'optimisation du cabinet dentaire
· Responsable scientifique Victorin AHOSSI
· Vendredi 30 novembre 15H30 – 18H00