▪ MARSEILLE ▪ STRASBOURG ▪
▪ GRENOBLE ▪ TOULOUSE ▪
▪ MONTPELLIER ▪ NICE ▪
▪ NANCY ▪ LYON ▪
▪ PARIS ▪

news

Le magazine dentaire qui nous rassemble

FRANCE
SEPTEMBRE 2018
#020

SMARTbase
Beauty Done Better

DISPONIBLE DÈS MAINTENANT
www.implantdirect.fr

IMPLANT DIRECT™

# UNE PERSPECTIVE À EXPLOITER

Saviez-vous que 99 % de zones **édentées** ne sont pas traitées ? Ces cas **non traités** représentent une opportunité à exploiter.

Implant Direct s'engage à augmenter l'**accès** aux procédures de pose d'implants en proposant des systèmes de grande **qualité** à **prix raisonnable**. Nous nous engageons à développer des **protocoles** de formation pour **étendre** l'implantologie. Nous nous engageons aussi à créer des plateformes pédagogiques et de recherche pour continuer à **améliorer** les résultats.

Bref, nous nous engageons à **tenir** les promesses d'implant pour les 99 % des cas qui le nécessitent encore.

**Appelez** notre service client **aujourd'hui !**



www.implantdirect.fr | 00800 4030 4030

▪ MARSEILLE ▪ STRASBOURG ▪
▪ GRENOBLE ▪ TOULOUSE ▪
▪ MONTPELLIER ▪ NICE ▪
▪ NANCY ▪ LYON ▪
▪ PARIS ▪

AO news

*Le magazine dentaire qui nous rassemble*

FRANCE
SEPTEMBRE 2018
#020


# Mieux traiter les troubles temporo mandibulaires

## APRÈS-MIDI AO PARIS

**5 SEPTEMBRE**

INTÉGRER LA CFAO DIRECTE ET SEMI-INDIRECTE EN OMNIPRATIQUE : UNE ÉVOLUTION INDISPENSABLE

OLIVIER ETIENNE • STÉPHANE CAZIER • JEAN-FRANÇOIS CHOURAQUI

## 2 JOURS DE TP AO STRASBOURG

**6 ET 7 SEPTEMBRE**

L'OSTÉODENSIFICATION OU NOUVEAU CONCEPT DE FORAGE EN IMPLANTOLOGIE • ZIV MAZOR

© stevecoleimages - gettyimages.fr

# ALPHA OMEGA NEWS

Le mag dentaire qui nous rassemble

**Directeur de la publication :**
Jacques Bessade - dr.j@bessade.fr

**Directeur de la rédaction :**
André Sebbag - ellemcom2@gmail.com

**Rédacteurs en chefs adjoints**
Michèle Albou
Sydney Boublil
Joel Itic
Claude Bernard Wierzba

**La rédac**
Michel Ache, David Bensoussan, Jacques Bessade, Marc Danan, Xavier Bensaid, Bernard Picard, Thierry Roos, Eric Serfaty

**Chargés de rubriques**
André Amiach, Alain Amzalag, Cyril Licha et Patrick Chelala, Nathalie Cot, Claude Fain, Marie Christine Laurent, Philippe Pirnay

**Correspondants locaux**
Grenoble : Richard Grigri
Lyon : Marie Hélène Azoulay
Marseille : Jean Luc Guetta
Montpellier : Gilles Zitoun
Nancy : Eric Fiszon
Nice : Franck Hagege
Paris : André Sebbag
Strasbourg : Thierry Roos
Toulouse : Michel Knafo
AO international :
www.alpha-omega.org
www.aonews-lemag.fr

**Membres honoraires :** René Arav, Maurice Huneman, Daniel Rozencweig

**Société éditrice et régie exclusive de la publicité :** Ellem'com

**Pour contacter le journal :**
01 47 39 59 54
**Directrice de la publicité et chargée de rédaction**
Mylène Popiolek Sebbag
ellemcom1@gmail.com

**Mise en page** par
1,2,3 ! Simone
www.123simone.com
**Impression** par
Imprimerie Planchenault
Cet imprimé est certifié PEFC™ 10-31-1240.


# Ont contribué à ce numéro

- JACQUES BELLEHSEN
- XAVIER BENSAID
- JACQUES BESSADE
- MARC-GÉRALD CHOUKROUN
- AUDREY CHANLON
- MARC DANAN
- ASTRID GABET
- MARC GAUDIN
- HÉLÈNE GIL
- JEAN-LUC GUETTA
- JOËL ITIC
- HANNA KRUK
- PHILIPPE LÉVY
- WACYL MESNAY
- CLAUDE-BERNARD WIERZBA

**Vous avez une question, un commentaire ? Envoyez vos remarques à dr.j@bessade.fr ou écrivez nous directement sur le site aonews ! www.aonews-lemag.fr**

# ÉDITO

Comme il est agréable de se délecter à la lecture d'un écrivain essayiste, chef d'orchestre, homme de lettre, voire même sherpa à ses heures, du blog de Jacques Attali. Combien même il vient à parler de foot, son propos reste toujours pertinent. En évoquant le parcours de notre équipe nationale au Mondial en Russie, il décrit l'attitude des joueurs et de son sélectionneur. Pour résumer la force mentale du groupe, il rappelle qu'ils avaient la « niaque », en anglais le « grit ». *Ce terme désigne la capacité à vouloir, à agir, à persévérer. On l'associe à l'ambition, la volonté, et la capacité de s'en tenir à un projet à long terme, cela malgré les difficultés. Des recherches montrent que le grit est un élément prédictif, imparable du succès dans de nombreux domaines.* Selon lui, le « grit », comme le Q.I., se développe et se fabrique. En ayant une attitude positive devant les difficultés, et en s'entourant de gens qui en veulent (comme à la rédaction d'AOnews ☺) on construit un projet qui s'inscrit dans la durée.

Dans la rubrique magazine de ce numéro, le focus peut être mis sur les auteurs de notre rédaction qui témoignent de leur « niaque » ! Lisez d'abord le compte rendu de Marc Danan et Hanna Kruk, de retour du congrès EuroPério d'Amsterdam qui nous recadre sur une nouvelle donne en parodontologie. C'est ensuite Xavier Bensaïd, notre œil à Moscou, qui nous relate par le menu son ressenti de la grande finale gagnée par les bleus. Et puis, l'irremplaçable Joël Itic, notre homme-orchestre, capable de disserter de paro… comme de peinture… et qui nous propose, comme il sait le faire, sa critique littéraire toujours avisée et drôle. Dans un registre plus convenu, notre expert judiciaire, Jacques Bessade, nous décrit dans le détail des plans de traitement ou des réalisations cliniques qui ont mal tourné !

Il faut reconnaître que cette mosaïque de personnalités, par le « grit » qui nous anime offre un numéro punchy, rafraîchissant et enthousiasmant, un peu comme les bleus non ? Il sera toujours temps de parler du RAC zéro et des nouvelles dispositions pour l'année blanche fiscale à venir…

Mais ne perdez pas de vue que les troubles temporo mandibulaires trouvent souvent leurs origines chez nos patients dans le stress qui les assaillent, et qu'ils ne savent pas maîtriser… faute de niaque !

Bonne rentrée,

**André Sebbag**

FRANCE
SEPTEMBRE 2018
#020

# Appréhender les troubles temporo mandibulaires

**Scientifique** ..... 7

**Prix AO J. Breillat** ..... 21

**AONow**
- Une soirée « Sexe et bouche » à Marseille ..... 25
- Le Prince Albert à TAU ..... 25
- Des nouvelles du chapitre de Strasbourg ..... 26
- Un duo de talents à Paris ..... 27
- Belle soirée à Lyon avec Benjamin Cortasse ..... 28

**Les nouveautés de nos industriels** ..... 31
- Le Recaldent incorporé dans les produits de prévention GC
- Elgydium et l'Age de glace
- SIVP fête ses 15 ans
- Philips Sonicare Protective Clean

**Le Mag**
- Européro 2018 ..... 33
- Le coin de l'expert ..... 34
- Save the date pour l'ADF et le SNIF ..... 36
- Rencontre avec… Alexandre Itic ..... 38
- Le pivot et la dent dure ..... 39
- Selfie AO avec I. Materne, T. N'Guyen, P. Karcenty ..... 40
- Les brèves de Claude ..... 40
- Le monde tel qu'il est ..... 40
- L'œil de Moscou pour la FIFA ..... 41
- On the web ..... 42

## Pour joindre nos partenaires

**ADF** ..... page 37
www.adfcongres.com

**Airel** ..... *édito dossier scientifique*
Tél. 01 48 82 22 22 – www.airel.com – office@airel.com

**Biotech Dental** ..... page 42
Tél. 04 90 44 60 60 – www.biotech-dental.com

**Dentalinov** ..... page 20
www.shop.dentalinov.com

**Dentsply Sirona** ..... page 30
www.corporate.dentsplysirona.com

**Durr Dental** ..... page 41
Tél. 01 55 69 11 50 – info@durr.fr

**EMS** ..... page 33
www.ems-dental.com

**Eurotec** ..... page 23
Tél. 01 48 13 37 38 – www.eurotec-dental.fr

**GC France** ..... *3e de couverture*
Tél. 01 49 80 37 91 – www.gcinitial.gceurope.com

**HDX WILL** ..... page 13
Tél. 01 46 63 07 94 – ktkim@hdx.co.kr

**IDI, les 10h de l'implantologie** ..... page 24
www.arom-france.com

**Implants direct** ..... *duo couverture/2e de couverture*
www.implantdirect.fr

**Julie Software** ..... *4e de couverture*
Tél. 01 60 93 73 70 – www.julie.fr

**Kuraray** ..... page 39
Tél. 01 56 45 12 51 – dental-fr@kuraray.eu

**LMP Paris** ..... page 15
Tél. 01 39 86 31 19 – laboratoire@lmp-paris.fr

**Melag France** ..... page 18
Tél. 01 30 76 03 00 – info@melagfrance.fr

**MSD** ..... page 17
Ile de France 3D : 01 30 67 61 60 – GSM Dentaire : 01 30 67 61 50
Rhones Alpes : 04 78 78 98 98 – Nord Champagne : 03 20 07 44 44

**Owandy** ..... page 32
Tél. 01 64 11 18 18 – info@owandy.com

**Pierre Fabre Oral Care** ..... page 38
Tél. 05 63 51 68 00

**Philips** ..... page 19
Tél. 0 800 710 580 – www.dentiste.philips.fr

**Septodont** ..... page 29
Tél. 01 49 76 70 02 – www.septodont.fr

**Sunstar** ..... *face éditorial et* page 35
Tél. 01 41 06 64 64 – contact@fr.sunstar.com

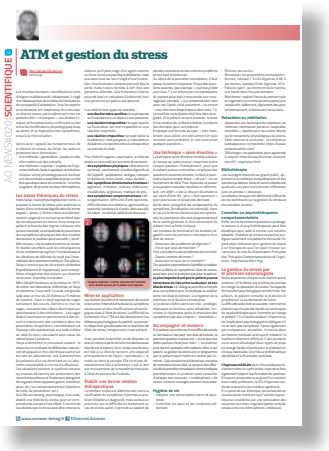
**Voco Les Dentalistes** ..... page 26
Tél. 06 07 14 39 01 – www.voco.com

# SOMMAIRE SCIENTIFIQUE


6

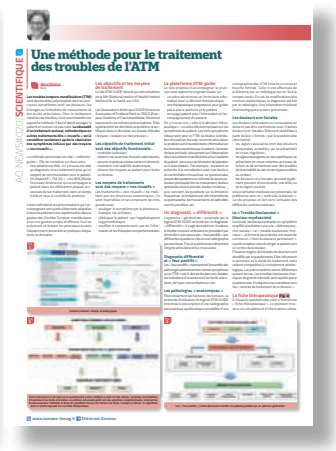
7 **Les troubles temporo-mandibulaires**

8 **Diagnostics différentiels des douleurs oro-faciales**




10 **ATM et gestion du stress**

12 **Rééducation maxillo-faciale et TTM**




14 **Une méthode pour le traitement des troubles de l'ATM**

16 **Une application clinique**



**Wacyl MESNAY**
***Coordinateur du dossier***

Chirurgien-dentiste
SPQODF
Président du Collège National d'Occlusotonlogie IDF
Président de l'Association Française d'Orthodontie Pluridisciplinaire
Membre de l'Association Française de Thérapie Comportementale et cognitive
Chargé de cours et attaché à la consultation « Troubles Fonctionnels Oro-Faciaux »
Hôpital Charles FOIX (Dr B. Fleiter)

**Audrey CHANLON**

Chirurgien-dentiste
Attachée consultation douleurs oro-faciales
Hôpital Bretonneau (Paris 18e)
Membre du bureau du CNO Île de France
Membre de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD)

**Marc Gérald CHOUKROUN**

Chirurgien-dentiste
Spécialiste Qualité en Orthopédie Dento Faciale
Maîtrise de psychologie PARIS V
Président de la Société Bioprogressive Ricketts Île de France
Rédacteur en chef de la revue Bioprogressive.
Membre de la société de psychanalyse SPP
« La mise en acte du traitement, les six dimensions de la relation de soins »
Édition SID, Paris, 2007
« Comment devenir un excellent praticien »
Édition SID, Paris, 2014

**Hélène GIL**

Diplôme d'État de Masso-Kinésithérapie
Kinésithérapeute maxillo-faciale exclusive, chargée de cours à la faculté dentaire de Montrouge (Université Paris Descartes- France)
Spécialisée en Rééducation Maxillo-Faciale
Chargée de cours et attachée à la consultation « Troubles Fonctionnels Oro-Faciaux »
Hôpital Charles FOIX (Dr B. Fleiter)

ÉDITORIAL

# Les troubles temporo-mandibulaires, une approche codifiée, rapide et efficace

Wacyl Mesnay
Paris

La bonne nouvelle, d'après les études cliniques validées, est que 80 % des patients présentant des troubles de l'ATM sont gérables facilement par des traitements simples à la portée de tous les odontologistes. La moins bonne nouvelle est que ces mêmes praticiens manquent d'une méthode efficace pour aborder ces cas.

Alors que les Troubles Temporo-Mandibulaires (TTM), représentent un ensemble de signes et symptômes - connus sous les termes de SADAM (syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur) ou d'ADAM (algies et dysfonctionnement de l'appareil manducateur) ou encore de DTM (dysfonction temporo-mandibulaires) - ils sont notamment caractérisés, de façon concomitante ou non, par :

- des douleurs au niveau des régions pré-auriculaire, auriculaire, jugale et/ou temporale,
- une amplitude limitée des mouvements mandibulaires,
- des bruits articulaires de façon non systématique, au cours de la fonction.

Les TTMs sont la traduction de « Temporo-Mandibular Disorders » (TMD). Ils désignent une approche « fondée sur la preuve », sur des résultats thérapeutiques évalués et validés. Les conclusions ont fait l'objet d'un consensus international depuis 1996 (1).

Depuis ces 20 dernières années, la compréhension des troubles temporo-mandibulaires a connu une évolution remarquable. Les études scientifiques, l'apparition de nouvelles connaissances sur les mécanismes physiopathologiques responsables de l'origine et du maintien de la douleur, une meilleure compréhension des modifications tissulaires et les résultats des études et de recherches cliniques ont considérablement fait évoluer les traitements et la gestion de ces troubles handicapants et douloureux.

## Les troubles temporo-mandibulaires sont une pathologie fréquente

On considère classiquement que si 45 à 70 % de la population générale présentent des signes, (2) 30 % en ont conscience et 3 à 12 % seulement demandent un traitement avec une variabilité entre les hommes (0 à 10 %) et les femmes (2 à 18 %). (3, 4) Selon Drangsholt et LeResche (5), les troubles temporo-mandibulaires sont rares dans l'enfance tandis que la prévalence augmente au cours de l'adolescence. Ils sont le plus fréquents à l'âge adulte (18 à 45 ans). Au cours de la sénescence, les troubles musculaires ont tendance à diminuer alors que la fréquence des troubles articulaires tend à se stabiliser. Enfin, la répartition des troubles temporo-mandibulaires selon le sexe varie en fonction des études (6, 7), d'un rapport de 1 homme pour 2 femmes à 1 homme pour 10 femmes.

## L'impact financier des troubles temporo-mandibulaires

a été évalué aux États-Unis d'Amérique au cours de l'année 2000 par Drangsholt et Le Resche (5). Pour ces auteurs, environ 5 millions d'Américains suivent des séances de soins pour le traitement d'un trouble temporo-mandibulaire : pour un coût moyen de 400 dollars américains, plus de 2 milliards de dollars sont dépensés chaque année pour le traitement des TTM. Aujourd'hui la NIH (1) estime que le coût s'est élevé à 4 milliards de Dollars. Par extrapolation, en considérant la population française comparable à la population américaine (demande de soins, sex-ratio, âge moyen de la population, PIB,...), on peut évaluer approximativement les dépenses effectuées pour les troubles temporo-mandibulaires en France à plus de 600 millions d'euros par an.

## L'étiologie des TTMs est souvent présentée comme multifactorielle

Les troubles articulaires sont attribués à une surcharge de l'ATM. Le traumatisme peut être dû à un choc violent de la mâchoire (17, 18). Dans d'autres cas il s'agit d'étirements ligamentaires provoqués durant la mastication, le bâillement, ou une ouverture forcée (19). Le plus souvent il s'agit de microtraumatisme répété lors des épisodes de bruxisme ou de serrements dentaires. Les altérations des structures se traduisent secondairement par des bruits articulaires plus ou moins importants.

Lorsque la plainte principale est une douleur musculaire, les facteurs psycho-sociaux doivent être pris en compte. Les troubles musculaires ont une origine similaire à l'ensemble des troubles musculo-squelettiques généraux (TMS) telles que les cervicalgies ou les lombalgies. (20, 21). Les facteurs émotionnels jouent un rôle important dans la plupart des cas (22, 23). L'intensité douloureuse est très fluctuante dans le temps. Lorsque les facteurs psychologiques sont majorés, la douleur apparaît sous forme de crise, sans rapport avec la fonction (24, 25).
Les états de stress, d'anxiété, de dépression sont alors à prendre en compte dans la gestion du trouble.

## Les facteurs occlusaux ont longtemps été considérés comme un facteur principal, deviennent secondaires

Dans une revue systématique de la littérature retenant 22 études contrôlées, *Gesch et Col*, (28) ne trouvent pas de corrélations avec tout type d'occlusion, excepté une faible corrélation pour l'articulé croisé postérieur. Une autre revue de littérature menée par Mohlin et coll., sur l'ensemble des études de 1966 à 2005, arrive aux mêmes résultats. Le rôle de l'occlusion est minime, la seule corrélation (légère) serait les cas présentant un articulé croisé postérieur avec une latérodéviation. Malgré les résultats des études cliniques,

nombreuses et convergentes sur ce sujet. Il ne semble toujours pas y avoir un consensus entre les différents auteurs, tenants ou non de l'étiologie occlusale dans l'apparition des TTM (30). Il est vraisemblable que l'explication se trouve dans les définitions étiopathogéniques et du diagnostic différentiel. Les troubles aigus, purement organiques et des troubles chroniques, dont l'intensité et la persistance sont soutenues par des facteurs psycho-sociaux, sont souvent confondus.

L'efficacité des traitements a également été évaluée par des études cliniques. Les traitements « classiques », visant à rétablir des normes occlusales par équilibration ou des moyens prothétiques, orthodontiques ou chirurgicaux ne donnent pas de meilleurs résultats que des traitements dits « réversibles » ou « non invasifs ».

## Une prise en charge de type « médical »

À la lumière de ces données récentes, les traitements s'orientent vers méthodes identiques aux traitements articulaires généraux, appliqués en rhumatologie médicale. L'objectif étant de soulager le symptôme, rétablir la fonction et maintenir une stabilité anatomique. Il s'agit de :

- **soulager et protéger** l'articulation par le moyen d'orthèses et d'une pharmacothérapie,
- **rétablir la motilité musculo-articulaire** par une rééducation fonctionnelle,
- **prévenir la récidive** par de l'information et des conseils délivrés aux patients.

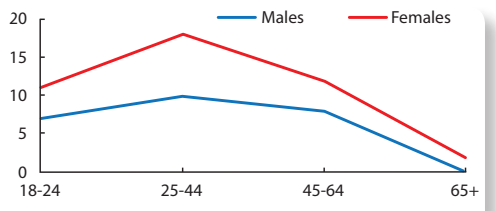
Aujourd'hui, la prise en charge initiale de ces troubles s'effectue par des techniques dites « non invasives », simples et à la portée de tous les praticiens.

**Le dossier « TTM » présente les différents points clés de cette méthode thérapeutique :**

- **le diagnostic différentiel :** essentiel pour discriminer les douleurs d'origines musculo-squelettiques d'autres douleurs oro-faciales.
- **la kinésithérapie :** des exercices simples autrement nommés « Gymnothérapie » peuvent être pratiqués directement par le patient.
- **la gestion du stress :** pour le patient, la compréhension du phénomène du stress ainsi que sa gestion sont un facteur important dans la résolution des troubles musculaires.

Afin de soutenir cette démarche, un site « ATM-GUIDE » (libre d'accès) propose d'accompagner le praticien et son patient dans toutes les étapes du traitement. La méthode, inédite, simple et accessible, est constituée d'un « arbre décisionnel » pour l'évaluation diagnostique et une « méthode progressive » pour le traitement. Une page « Patient » délivre toutes les informations nécessaires au suivi du traitement. Le praticien l'utilise pour l'information, le patient peut s'y référer à tout moment pour le suivi de son traitement. La méthode thérapeutique proposée est dite « méthode progressive ». Elle permet une stratégie codifiée sur les différentes consultations successives.

**Le dossier présent met en exergue les principaux éléments incontournables tels que le diagnostic différentiel de la douleur orofaciale, la reconnaissance des états de stress, la rééducation fonctionnelle. On y trouvera également une description de la méthode de traitement, économique en gain de temps et de moyen. Facilement mise en œuvre sur la base d'une évaluation diagnostique informatisée et d'un dispositif endo-buccal (le TM-JIG) pour accompagner les différentes étapes du traitement.**
**Une méthode à la fois clinique et pédagogique.**




L'évolution naturelle des TTMs : une progression chez l'adulte jeune, puis une diminution à l'âge mûr. Les femmes sont plus atteintes que les hommes. (Source : National Institut of Health)

## Bibliographie

1. *National Institutes of Health. Management of Temporomandibular Disorders, http://consensus.nih.gov/ta/018/018_statement.htm. Accessed 03/20. National Institutes of Health, 1996.*
2. *Okeson JP (ed). Orofacial Pain : Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. 1st ed. Chicago : Quintessence Books, 1996.*

Toute la bibliographie est à retrouver sur
**www.aonews-lemag.fr**

# Diagnostics différentiels des douleurs oro-faciales

Audrey Chanlon
Paris

Les douleurs aiguës sont de diagnostic aisé et bien prises en charge par le chirurgien-dentiste. Par contre les douleurs chroniques orofaciales déconcertent les cliniciens car fréquemment sans signes objectifs.
Le diagnostic s'appuie sur les caractéristiques de la description de la douleur d'où l'importance d'un entretien et d'un examen clinique rigoureux.
Les douleurs orofaciales sont sur un territoire partagé par plusieurs spécialités : ORL, ophtalmologue, neurologue, chirurgien-dentiste. Le point de vue de chaque spécialiste oriente son diagnostic et la prise en charge proposée. L'errance médicale consécutive à cette multidisciplinarité retarde le diagnostic, impacte la qualité de vie et contribue à la chronicisation de certaines douleurs tout en complexifiant la prise en charge.
Le chirurgien-dentiste est en première ligne puisque 88 % des patients présentant des douleurs similaires à des douleurs dentaires consultent un dentiste, dans 3 % des cas l'origine est non dentaire et dans 8 % elle est mixte.
Certains traitements dentaires irréversibles peuvent être pratiqués avec la caution du patient malgré l'absence de causes cliniques évidentes (1).
Les facteurs de risque de la chronicisation de la douleur augmentent avec l'âge et selon le sexe (chez les femmes) et incluent des douleurs généralisées et des facteurs psychologiques (2).

## Douleurs et troubles temporo mandibulaires (TTM)

TTM est un terme générique qui regroupe les douleurs et dysfonctions impliquant les muscles masticateurs et les articulations temporo-mandibulaires (ATM).
10 à 15 % des adultes et 4 à 7 % des adolescents sont concernés, plus fréquemment des femmes (2 femmes pour 1 homme).
Les TTM sont dans 83 % des cas associées à d'autres pathologies, des comorbidités (céphalées primaires, syndromes somatiques fonctionnels, troubles du sommeil, parafonctions, douleurs chroniques avec autre localisation, plaintes psychologiques). Le terme comorbidité a été introduit pour décrire un trouble coexistant avec une pathologie. Ce trouble est susceptible de causer plus de souffrances et une réponse atténuée aux traitements. Il peut également entraîner des investigations et des consultations spécialisées non nécessaires.
Les myalgies sont présentes chez 80 % des patients présentant des TTM, c'est le diagnostic le plus fréquent. Les arthralgies isolées représentent seulement 2 % des diagnostics. Les céphalées attribuées aux TTM se localisent au niveau des tempes, elles sont modifiées par les mouvements des ATM et les parafonctions.
L'étiologie des TTM est multifactorielle et encore non complètement élucidée mais l'origine occlusale est largement minoritaire et le traitement orthodontique mis hors de cause. La prise en charge est non invasive par physiothérapie, apprentissage de la gestion du stress ou pose d'une orthèse (3).

### Critères Diagnostics de TTM liés à la douleur

**Myalgie :**
Douleur dans le muscle temporal ou masséter altérée par le mouvement de la mâchoire, la fonction ou la parafonction
- Douleur lors de la palpation de l'un ou l'autre muscle
- Douleur pendant l'ouverture maximale non assistée ou assistée.

**Douleur myofasciale :**
Douleurs régionales à la palpation des muscles masticateurs ou de tête ou du cou.
- Douleur sourde et profonde
- Douleur augmentée par la fonction
- Présence de points gâchettes ou de cordon musculaire tendu
- Limitation d'ouverture par des myospasmes des m. masticateurs

**Arthralgie :**
Douleur dans la région pré-auriculaire altérée par le mouvement de la mâchoire, la fonction ou la parafonction
- Douleur lors de la palpation de l'ATM
- Douleur pendant l'ouverture maximale non assistée, l'ouverture assistée ou les mouvements d'excursion

## Les céphalées

La céphalée est un terme générique désignant toute douleur, quelle qu'elle soit, ressentie au niveau de la boîte crânienne. Également appelées maux de tête dans le langage courant, les céphalées sont très courantes et représentent un motif majeur et fréquent de consultation médicale.
Des céphalées temporales sont souvent présentes en association avec les troubles temporo mandibulaires… (4)

### La Céphalée « de tension »

Ce sont les céphalées les plus fréquentes. Elles peuvent être épisodiques (moins d'une par mois) avec une prévalence de 80 % des cas à chronique (entre 1 à 15 jours par mois) chez 3 % de la population.
Elles apparaissent fréquemment entre 35 et 40 ans et diminuent avec l'âge.
**Douleurs bilatérales, non pulsatiles, d'intensité faible à modérée et non aggravées par une activité physique de routine (à la différence de la migraine). Elles sont décrites comme une pression, un serrement au niveau de la tête (en étau) et leur durée pouvant aller jusqu'à 7 jours est invalidante**
**Pas de nausées mais parfois photophobie et phonophobie.**

**Les céphalées cervicogéniques :** une céphalée assez répandue pour être signalée ; elle est présente chez 4 à 17 % de la population générale. Souvent confondue avec la migraine.
**C'est une douleur de l'hémiface, sourde ou perçante commençant à l'arrière de la tête ou du cou et irradiante jusqu'au front ou tempes. La douleur peut irradier jusqu'au bras homolatéral et être provoquée par une pression cervicale.**

**La douleur, ou une sensation de raideur musculaire, en particulier au niveau de la musculature péricrânienne, peut être interprétée à tort comme un TTM.**

### La migraine

La migraine épisodique a une forte prévalence (8 à 12 % population) et principalement présente chez des femmes (75 % de la population atteinte). Il existe des formes avec et sans aura mais également des formes chroniques.
Les céphalées apparaissent le plus fréquemment dans les 30 premières années de vie.
Une susceptibilité génétique est avancée, 50 à 60 % des patients ont au moins un parent ayant vécu une expérience migraineuse. Dans 60 % des cas, la céphalée est unilatérale et se localise au niveau de la tempe et derrière les yeux.
Les crises sont sévères et invalidantes souvent unilatérales et pulsatiles. Les symptômes peuvent être aggravés par le mouvement.
Il existe également une sensibilité du cuir chevelu chez 2/3 des patients pendant ou après la crise. Certains patients ont une phase annonciatrice quelques jours ou heures avant la céphalée.
Les symptômes annonciateurs et ceux qui évoquent la fin de la crise sont :
- fatigue, difficulté de concentration, sensibilité cervicale
- sensibilité à la lumière ou au bruit, nausées
- trouble de la vision, bâillement, pâleur

Prodromes et symptômes d'alerte doivent être connus pour ne pas être confondus avec les auras.
Le traitement de première intention est les AINS et les Triptans.

**- La migraine sans aura affectant la seconde division du trijumeau (douleur hémiface unilatérale lancinante) imite l'odontalgie.**
**- La sensibilité péricranienne et l'allodynie, des caractéristiques courantes de la migraine avec ou sans aura, peuvent être interprétées comme une douleur des muscles masticateurs. IASP 2013 (5)**

### L'algie vasculaire de la face

C'est une céphalée trigéminale autonomique (CTA) très rare puisque la prévalence est estimée à 0,1 %.
**Attaques douloureuses sévères, strictement unilatérales localisées au niveau orbitaire, supraorbitaire, temporal ou une combinaison de ces sites. Les crises durent entre 15 et 180 minutes sont quotidiennes jusqu'à 8 fois par jour. Les douleurs sont décrites comme une sensation d'arrachement de broiement, de tournevis d'enfoncement dans l'œil**
**La douleur est associée à un larmoiement, congestion nasale rhinorrhée, transpiration frontale et faciale, myosis, ptosis, injection conjonctivale.**
Les céphalées autonomiques trigéminales sont des céphalées associées avec l'activation de réflexes autonomiques parasympathiques.
Les plus fréquentes sont les algies vasculaires de la face mais il existe également les SUNCT, pathologie très rare, et l'hémicrânie paroxystique, désordre rare.
Les signes et symptômes sont similaires à ceux des AVF. L'efficacité de l'indométacine pour traiter l'hémicranie paroxystique est le signe pathognomonique de cette pathologie.
Dans 85 % des cas les crises sont épisodiques et dans 15 % chroniques (en général secondaire à des épisodiques mais quelques cas de chroniques spontanées). La douleur peut irradier vers la tempe, la joue, la gencive supérieure et inférieure, le front l'oreille le cou, et envahir toute l'hémiface la nuque et l'épaule.

**- La douleur localisée et intense associée aux diverses Céphalées Trijeminales Autonomiques, en particulier la douleur péri-orbitaire ou maxillaire, entraîne souvent des interventions dentaires et la perte de dents (IASP 2013).**
**- Des douleurs projetées (ressentie partout dans la distribution périphérique du nerf affecté) peuvent mimer une douleur d'origine dentaire (6).**
**- Artérite Temporale peut être confondue avec des myalgies des muscles masticateurs ou des céphalées associées à des TTM (5).**

### Les points clefs des céphalées

- Les céphalées primaires sont des céphalées chroniques évoluant le plus souvent par crise entre lesquelles le patient est normal.
- Les examens complémentaires sont normaux dans le cas des céphalées primaires
- Importance de connaître les signes d'alerte pour adresser en urgence
- Adresser au neurologue : migraine, céphalée de tension, algies vasculaires.

### TABLEAU COMPARATIF DES CÉPHALÉES

| | MIGRAINE | CÉPHALÉE DE TENSION | ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE |
|---|---|---|---|
| Sex ratio | 3F/1H | F = H | 1F/5H |
| Durée des crises | 4-72 heures | 1h à 7 jours | 15-180 mn |
| Fréquence crises | Variable irrégulière | Variable irrégulière | 1 à 8/jours<br>Tous les jours |
| Latéralité | Unilatérale à bascule ou bilatérale | Bilatérale | Unilatérale<br>Toujours même côté |
| Topographie | Variable<br>Temporal rétro-orbitaire fréquent | Casque bandeau | Orbito-temporale |
| Type | Pulsatile ou continue | Pression, poids | Broiement, arrachement |
| Intensité | Modérée à sévère | Faible à modérée | Très sévère |
| Nausées | Fréquents | | Possibles |
| Photo/phonophobie | Fréquents | | Possibles |
| Impact activité | Important | Activité conservée | Activité impossible |
| Facteurs déclenchants | Multiples Psy, aliments, mode de vie | Stress, contrariété | |
| Activité physique | Aggrave la douleur | Peut améliorer la douleur | Patient agité |

Audrey Chanlon

**IMPORTANT**
**Des signes d'alerte en cas de céphalées :**
**Les signes suivants incitent à demander une consultation en urgence afin d'éliminer des céphalées secondaires (hémorragie méningée, une maladie de Horton, dissection artérielle, hypertension intracrânienne).**
- **Début brutal d'un premier épisode de céphalée**
- **Céphalées inhabituelles chez un céphalalgique chronique**
- **Migraines toujours du même côté**
- **Anamnèse de traumatisme**
- **Immunodéficience associée, cancer**
- **Apparition brutale de céphalées après 50 ans**

## Les douleurs neuropathiques

### La Névralgie Trigéminale Classique (NTC)

La NTC est une maladie rare présente chez 0,3 % de la population.
**La Névralgie Trigéminale Classique est définie dans l'ICDH3 comme étant une douleur ressemblant à une brève décharge électrique unilatérale récurrente d'apparition brutale et d'arrêt brutal. La douleur est limitée à une ou plusieurs divisions du nerf trijumeau (Ve nerf crânien) et peut être provoquée par un stimulus sensoriel « inoffensif » (allodynie).**
La symptomatologie caractéristique de la NTC est le « tic douloureux », une douleur paroxystique d'intensité élevée de courte durée.
L'épisode paroxystique peut être isolé et durer seulement une fraction de seconde ou groupé en salves, il est suivi d'une période réfractaire sans douleur. Le patient rapporte plusieurs crises isolées par jour ou des séries d'attaque. 50 % des patients présentent également une douleur de fond plutôt sourde ou sensation de brûlure de faible intensité dans la zone des douleurs paroxystiques.
Les points gâchettes (trigger point) qui déclenchent la douleur peuvent être extra (plus fréquemment au niveau de l'aile du nez, lèvre) ou intra-buccaux (gencive supérieure fréquemment). Des symptômes autonomiques peuvent être associés (larmoiement, rhinorrhée) (11).
Les formes évoluées ont des crises d'une durée plus longue et accalmies plus courtes ce qui peut être assimilé à une douleur de fond continue à caractère de brûlure ou tension (12).
Les localisations les plus fréquentes sont au niveau du V2 et V3. La forme V1 étant exceptionnelle il faut faire le diagnostic différentiel avec une douleur tumorale.
Un IRM est indiqué pour diagnostiquer une tumeur ou une SEP. Un ECG permet de dépister un bloc auriculo-ventriculaire qui est une contre indication au traitement classique de la NTC (carbamazépine).
Il est important également de tester les fonctions rénales, hépatiques et le taux de sodium qui peuvent être modifiés par le traitement médicamenteux. L'étiologie la plus commune est un conflit vasculo-nerveux avec compression ou autre changement morphologique du trijumeau.
Traitements médicamenteux carbamazepine ou oxcarbamazepine est le traitement de référence.
Traitement chirurgical par décompression microvasculaire.

### Les Neuropathies Trigéminales Douloureuses Post-Traumatiques (NTDPT)

L'ICDH-3 propose ce terme pour définir une douleur neuropathique d'origine traumatique qui affecte le nerf trijumeau. Ce terme remplace les douleurs de déafférentation, neuropathies traumatiques ou autres douleurs fantômes.

### TABLEAU COMPARATIF DES DOULEURS NEUROPATIQUES

| | NÉVRALGIE TRIGÉMINALE | NTDPT |
|---|---|---|
| Durée des crises | 2-3 secondes à 2 minutes | constantes/épisodiques |
| Latéralité | unilatérale | unilatérale |
| Topographie | v2/v3 > v1 | zone innervation du traumatisme |
| Type | décharge électrique | hyperalgésie/allodynie<br>hypoesthésie<br>brûlure/picotements |
| Intensité | très sévère | modérée à sévère |
| Impact activité | sidération brève | phénomènes d'évitement |
| Facteurs déclenchants | zones gâchettes/mastication | brossage/mastication |

### SIGNES ET SYMPTÔMES DES DIFFÉRENTES DOULEURS NEUROPATIQUES

| Douleurs neuropathiques | ▪ Signes et symptômes |
|---|---|
| Névralgie trigéminale | ▪ Unilatérale<br>▪ Localisation plus fréquente V2 et V3<br>▪ Point gâchette qui se déclenche à la mastication, frottement, froid,… |
| Névralgie glossopharyngée | ▪ Unilatérale<br>▪ Localisation IX et X (oreilles, base de la langue, l'angle de la mandibule)<br>▪ Crises paroxystiques, intenses, décharge électrique<br>▪ Durée des crises très courte quelques secondes plusieurs crises par jour<br>▪ Point de départ oropharynx avec irradiation vers l'oreille |
| Névralgie post-herpétique | ▪ Unilatérale<br>▪ Douleur type brûlure continue ou intermittente<br>▪ Allodynie<br>▪ Apparition après une phase aiguë d'herpes (récidive possible malgré des mois ou années sans douleur) |
| Stomatodynie idiopathique | ▪ Bilatérale et symétrique<br>▪ Langue, palais, gencive, lèvres et/ou pharynx<br>▪ Douleurs type de brûlures spontanées<br>▪ Pas associée à une pathologie générale ou locale<br>▪ Possible dysgueusie, sécheresse buccale |
| NTDPT | ▪ Unilatérale<br>▪ Dans la région du nerf lésé<br>▪ Provoquées ou continues<br>▪ Hyperalgésie, allodynie, hypoalgésie, brûlure, engourdissement,…<br>▪ Intensité modérée à sévère<br>▪ Consécutive à un traumatisme identifiable (avulsion, traitement endodontique, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie implantaire)<br>▪ Traumatisme identifiable radiologiquement |

La forme intra-orale est de diagnostic complexe et il est important de se concentrer sur la localisation (10).

**C'est une douleur unilatérale faciale et/ou orale avec une histoire traumatique identifiable au niveau du trijumeau. Des signes de dysfonctionnement du trijumeau tels hyperalgésie, allodynie, hypoesthésie ou hypoalgésie peuvent être présents dans le territoire concerné. Les douleurs sont provoquées ou spontanées d'intensité modérée à sévère à type de brûlure, décharges électriques ou autres. Forme intra-orale souvent en lien avec une procédure invasive dentaire, mais la douleur peut se déplacer en parallèle des différentes procédures.**

Les étiologies possibles sont :
- 3 à 5 % des patients en post-traitement endodontique
- 52-71 % avulsion dents de sagesse mandibulaires
- 3,6-14 % chirurgie implantaire
- 4-20 % avulsions autres

Les douleurs induites par les chirurgies implantaires sont de moins bon pronostic que celles des avulsions. La douleur peut se développer entre 3 à 6 mois après l'événement traumatique.
Cette pathologie est sous estimée, présente souvent des femmes entre 45 et 50 ans avec une charge psychosociale importante.
Traitement topique application de lidocaïne ou de capsaïcine 0,1 %.
Traitement médicamenteux gabapentine, prégabaline mais abandons fréquents à cause des effets secondaires
Des approches cognitives ou hypnose sont proposées avec des résultats encourageants.

La SI dure fréquemment plusieurs années avec des périodes de rémission possibles. Dans 50 % des cas elle est d'apparition spontanée et 33 % des cas suite à une procédure dentaire ou médicale. Aucune étude n'a évaluée l'aspect prospectif mais dans moins de 5 % des cas la résolution est spontanée (15).

**Dans le cas de névralgie post-herpétique ou de NTC, des douleurs projetées persistantes chroniques peuvent mimer des douleurs dentaires ou au niveau de l'os alvéolaire (6).**

## Les maladies rhumatismales (18)

Les patients atteints de ces pathologies peuvent être en demande par rapport à des symptômes localisés au niveau des ATM. Ils ont souvent une inquiétude par rapport à l'évolution de la maladie chronique

### La polyarthrite rhumatoïde (PR)

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire chronique touchant préférentiellement les petites articulations. Le diagnostic est établi selon les critères ACR/EULAR 2010. La PR est présente chez 0,5 % de la population. 40 à 100 % des patients ont une atteinte de l'ATM.
En moyenne cette atteinte apparaît 2 ans après le diagnostic de PR. L'atteinte de l'ATM est incluse dans le décompte articulaire pour évaluer la réponse clinique au traitement donc il est intéressant de la réévaluer régulièrement.

L'atteinte de l'ATM apparaît :
- avant le diagnostic de PR : 6,5 % des cas. Exceptionnelle
- de manière concomitante au diagnostic de PR : 24 %
- après le diagnostic de PR : 44 %

### Les spondylarthrites

Le groupe d'expert international ASAS (Assessment of Spondylo Arthritis international Society) a déterminé deux principales formes de spondylarthrite :
- sujet de moins de 45 ans : forme axiale ; forme périphérique radiographique (présence d'une destruction radiographique des sacro-iliaques) ou non.
- sujet âgé : pseudo-polyarthrtite rhizomélique ou atteinte paranéoplasique
- sujet jeune : arthrite juvénile idiopathique (AJI)

Atteinte des ATM chez 69 % des AJI ; le diagnostic est souvent tardif.

## Les douleurs en lien avec un cancer

Les douleurs orofaciales peuvent survenir en tant que symptôme d'un cancer dans la région douloureuse ou à distance. Dans 90 % des cas les cancers de la tête et du cou sont des carcinomes à cellules squameuses fréquemment localisés au niveau de la langue. Des invasions périneurovasculaires par les cellules cancéreuses touchent au niveau orofaciale à 80 % le nerf trijumeau et le nerf facial.

**Les caractéristiques de la douleur peuvent imiter ceux de la symptomatologie des douleurs orofaciales : sourde, aiguë, vive, coup de poignard, brûlure, arrachement, lancinante.**
**Les symptômes sont principalement ceux d'une Névralgie Trigéminale Classique-NTC (brûlure, picotement, décharge électrique spontanée ou déclenchée par la fonction) ou des céphalées.**
**La douleur peut être référée au niveau des ATM et mimer un Trouble Temporo-Mandibulaire.**

Les cancers de la thyroïde, œsophage, sein, poumon, rein, foie, organes génitaux féminins, prostate, colon et rectum peuvent métastaser en orofaciale. Une métastase au niveau des mâchoires peut être la seule d'un cancer primaire. Les traitements type chimiothérapie et radiothérapie peuvent être également à l'origine de douleurs.

## Conclusion

Afin d'améliorer la prise en charge des patients il est nécessaire de connaître les caractéristiques de ces pathologies malgré leurs prévalences très variables en cabinet dentaire. Cela évitera l'errance médicale fréquente en cas de douleurs chroniques orofaciales. Cette errance médicale est un des facteurs de la chronicisation de la douleur qui complique de manière notable le traitement.
Sur 100 douleurs oro-faciales non odontogènes, liées aux TTM ou à une autre affection de la région faciale ou céphalique, dans 44 % des cas un traitement endodontique ou une extraction ont été effectués (20). Cela nous montre l'importance de la nécessité d'une meilleure connaissance des diagnostics différentiels.

## Bibliographie


1. *Yatani H et al. Systematic review and recommendations for nonodontogenic toothache. J of oral rehabilitation. 2014 ; 41(11) : 843-852.*
2. *MacFarlane TV et al. Predictors of outcome for orofacial pain in the general population : a four year follow up study. J Dent Res. 2004 ; 83 (9) : 712-717.*


Toute la bibliographie est à retrouver sur **www.aonews-lemag.fr**

# ATM et gestion du stress

**Marc Gérald Choukroun**
Montrouge

Les troubles temporo-mandibulaires sont d'origine multifactorielle. Initialement, il s'agit d'un dépassement de la tolérance tissulaire ou de sa capacité d'adaptation. Tous les experts en ce domaine ont l'expérience d'un lien avec un état de stress, particulièrement chez les patients dits « chroniques ». Les études cliniques et fondamentales confirment ce lien entre les modifications physiologiques dues au stress et la majoration des symptômes, jusqu'à la chronicisation.

Après avoir rappelé les fondamentaux de la théorie du stress de Selye, les auteurs proposent deux techniques :
- une méthode « généraliste » basée sur des informations et des conseils,
- une méthode « experte » inspirée de l'hypnose médicale, facile à appliquer en situation clinique. Le but physiologique est d'activer une aire corticale susceptible de jouer un rôle thérapeutique dans les émotions : le cortex cingulaire, situé entre les deux hémisphères.

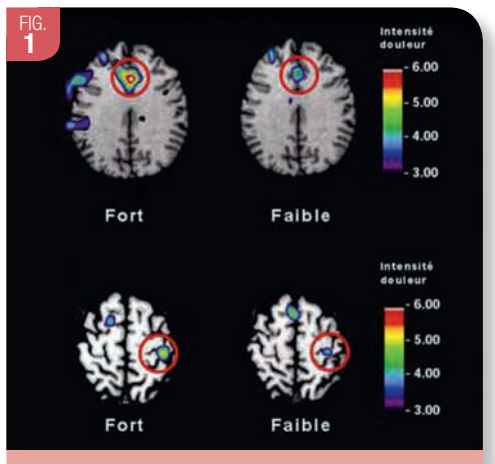
## Les bases théoriques du stress

Hans Selye, neurophysiologiste bien connu, a proposé le terme de stress pour exprimer la notion d'une contrainte (signification du terme anglais « stress »). Notre culture a involontairement vulgarisé ce mot qui se confond avec les conséquences du stress. Ainsi lorsqu'un patient présente des signes cliniques tels qu'une nervosité, une inquiétude et plus encore des symptômes physiques tels des troubles douloureux, le praticien peut accueillir « les effets nerveux » de ce patient comme un stress. En réalité ces effets sont les conséquences d'une contrainte qui agit sur l'homéostasie et les réactions de défense du sujet par l'intermédiaire des neurotransmetteurs. Par ailleurs, Selye a montré que les structures cérébrales (hypothalamus et hypophyse), sont susceptibles d'engendrer des actions sur d'autres structures : thyroïde, surrénales…
Marc Gérald Choukroun, eu la chance en 1975, de visiter son laboratoire à Montréal, et Selye en personne, l'a accueilli. Il y avait une grande salle avec un mur de 20 mètres sur 5 mètres de hauteur. Celui-ci était tapissé de cages contenant des souris. Derrière ce mur de cages, couraient des câbles électriques qui aboutissaient à des ordinateurs… Les cages étaient soumises en permanence à des stimuli occasionnant des variations dans les paramètres d'expérience. Les ordinateurs (à l'époque cela représentait une salle entière au-delà du mur), calculaient sans cesse les statistiques à produire.
Selye a démontré le processus suivant : le stress est un contraire de différentes natures : soit physique (un choc électrique exercé sur les rats de laboratoire), soit événementiel (la présence d'un rat dominant ou un labyrinthe inaccessible à une souris affamée)… Ces situations excitent le système nerveux qui ensuite déclenche les productions des neurotransmetteurs et finalement atteignent les organes cibles (appareil gastro-intestinal, peau, etc.) ou comportementaux (réactions de fuite, de prostration, etc.).
Saül Rosenczwzeig, psychologue, à sa suite, établit une théorie du stress pour en comprendre les causes et les effets. Il conclut de ses études que le stress peut être interne ou externe, qu'il peut s'agir d'un agent externe ou d'une structure psychique défaillante, mais que dans tous les cas il s'agit d'une frustration. Une frustration externe pourrait être la porte d'une cuisine fermée à clef chez une personne affamée. Une frustration interne pourrait être un complexe d'infériorité chez une personne qui passe une épreuve.

Il en déduit trois types de réaction :
- **une réaction extra-punitive :** le sujet reporte sa frustration sur un objet ou une personne.
- **une réaction intrapunitive :** le sujet reporte sa frustration sur une culpabilité ou une réaction corporelle.
- **une réaction impunitive :** le sujet dénie la frustration (« c'est pas grave »), mais dans un deuxième une réaction extra ou intrapunitive va prendre le relais.

Pour Patrick Legeron, psychiatre, un état de stress se reconnaît par ses trois dimensions :
- **des symptômes physiques :** altération du sommeil, cauchemars, troubles digestifs et de l'appétit, palpitations, vertiges, crampes et douleurs musculaires, maux de tête…
- **des symptômes émotionnels et mentaux :** agitation, irritation, colères, indécision, inquiétudes, angoisses, manque de joie…
- **des symptômes comportementaux :** désorganisation, difficulté d'entreprendre, difficulté dans les relations, agressivité ou passivité, tendance à s'isoler, abus de café, de tabac, conduites addictives diverses…

FIG. 1




Imagerie médicale : à droite, réduction de l'intensité de la douleur perçue par le patient sous hypnose.

## Mise en application

Les études récentes ont clairement démontré le lien entre l'intensité et la durée du symptôme douloureux et des modifications physiologiques dues à l'état de stress. La difficulté du traitement d'un TTM est liée directement à la détresse psychologique du patient. Le pronostic dépend en grande partie de la résolution de l'état de stress, lorsque celui-ci est présent.

Il est possible d'identifier ou de dépister un état du stress à partir de la forme douloureuse décrite par le patient. Ainsi, lorsqu'une douleur est liée à un état de tension, elle apparaît principalement de façon « spontanée », le matin ou dans la journée. Elle n'est pas nécessairement liée à la fonction, c'est-à-dire aux mouvements de la mandibule mais plus à l'état de tension de l'individu.

## Établir une bonne relation thérapeutique

L'entretien initial est déterminant dans la clarification du symptôme. Il permet au praticien d'établir un diagnostic mais surtout un pronostic sur la difficulté du traitement en cas de stress avéré. Il permet au patient de prendre conscience du lien entre le symptôme et son état émotionnel.
Au début de la première consultation, il faut laisser le patient s'exprimer. Posez des questions ouvertes (par exemple : *« que puis-je faire pour vous ? »*) ou reformulez les expressions du patient pour bien comprendre son message (par exemple : *« si je comprends bien, vous avez mal l'après-midi seulement » ou encore « vous êtes donc bloqué depuis deux mois ? »*).
Le motif de consultation doit être bien enregistré. Si le patient se sent entendu, la base d'une relation de confiance établie, la collecte des données peut commencer.
Employez une formule de type : *« bien, maintenant nous allons voir précisément en quoi consiste votre problème, je vais vous poser quelques questions ».*

## Une technique « semi-directive »

La technique semi-directive consiste à laisser du temps au patient pour s'exprimer entre chaque question. Pratiquement ; pour que le patient puisse commenter, employez des questions ouvertes simples, incitant à poursuivre (la plus simple étant : *« ah oui ? »* ou un hochement de tête). Pour reprendre et passer à la question suivante, recadrez en reformulant *« en reflet »* c'est-à-dire en résumant ce qui vient d'être dit ; puis *« bien reprenons »* pour poursuivre le relevé des données.
Après avoir enregistré les composantes du symptôme, (localisation et intensité), dans le cas où la forme douloureuse est spontanée, les questions clés vont progressivement de la santé générale à l'environnement du patient (voir la fiche clinique).
Les troubles du sommeil et les troubles digestifs sont les premiers indicateurs d'un état de stress.
*- Avez-vous des problèmes de digestion ?*
*- Est-ce que vous dormez bien ?*
Puis si le patient a des problèmes de sommeil :
*- Depuis combien de temps ?*
*- Avez-vous un souci en ce moment ?*
Ces questions permettent d'identifier la relation entre le début du symptôme l'état de stress, aussi bien pour le praticien que pour le patient.
**Le plus important est que le patient prenne conscience du lien entre sa douleur et son état de stress.** Un dialogue peut être entrepris avec son patient pour lui expliquer la relation entre son état de tension, la crispation de la mâchoire et la douleur consécutive.
Le praticien défini alors son rôle : protéger, rééduquer la fonction, voire réhabiliter l'occlusion si nécessaire après la résolution des symptômes par des moyens « réversibles ».

## Accompagner et soutenir

Si le patient vous informe d'une difficulté sociale ou familiale en lien avec son état de tension, la première question à poser est : *« est ce que vous faites quelque chose pour cela ? »*. Le praticien peut donner quelques informations utiles à son patient. La gestion du stress est un programme que le patient peut mettre en œuvre par lui-même. Cela consiste tout d'abord par une prise de conscience de son état, ce qui peut être effectué dès la première consultation comme indiquée précédemment. Le praticien peut conseiller d'adopter des mesures « modératrices » de stress. Certains ouvrages peuvent vous aider.

### Hygiène de vie

- Adopter une alimentation saine et équilibrée
- Contrôler les abus et les conduites addictives
- Éliminer les sucres.
- Remplacer les proportions alimentaires : farines, viandes / fruits légumes à 80 % par farines, viandes/fruits légumes 20 %.
- Faire du sport ; au minimum de la marche, une heure deux fois par semaine.
- Bien dormir : repérer l'heure du premier cycle en regardant sa montre durant quatre jours consécutifs : bâillement, clignement des yeux, refroidissement, relâchement musculaire.

### Relaxation ou méditation

- Apprendre une technique de relaxation, au minimum, commencer par de la « respiration contrôlée », réputée pour son action directe sur le mécanisme physiologique du stress.
- Sites internet à consulter : la cohérence cardiaque pour comprendre, https ://www.coherenceinfo.com/
- Télécharger une application pour apprendre à respirer http://www.thermes-allevard.com/61-respirelax.html

### Bibliothérapie

Les ouvrages destinés au grand public, apportent une meilleure compréhension et des solutions pratiques. Nous en avons sélectionné quelques-uns pour leurs bonnes références (voir en annexe ci-dessous).
Les études cliniques ont démontré l'efficacité de ces techniques sur la gestion du stress et des troubles anxieux.

### Consulter un psychothérapeute comportementaliste

Enfin, en cas de stress important ou prolongé, le recours à un psychothérapeute peut être bénéfique pour aider à trouver une solution adaptée. Toutefois ce conseil ne peut se prodiguer seulement si le patient le demande. On peut alors l'adresser pour gestion du stress à un thérapeute que l'on peut trouver sur l'annuaire du site de l'Association Française des Thérapies Comportementales et Cognitives : http://www.aftcc.org/

## La gestion du stress par le praticien odontologiste

Notre expérience clinique nous montre que le praticien, s'il le désire, est à même de prendre en charge la réparation du stress. Sa capacité de transfert psychologique est très forte. Par ailleurs, le patient consulte le praticien et projette sur lui sa demande de soins.
La difficulté reste donc la suivante : comment le praticien qui n'a pas été formé aux techniques de psychothérapie peut-il prendre en charge le patient ? Il lui faudra évaluer l'importance de l'implication psychologique et déléguer s'il ne se sent pas compétent. Il peut également par compassion, empathie, s'inscrire dans sa mission médicale telle que le médecin l'a traditionnellement effectué. C'est pourquoi nous avons développé deux types de prise en charge faciles d'accès pour le praticien en clinique habituelle, Une fois la problématique identifiée et la frustration précisée.

**L'hypnose médicale** peut-être pratiquée facilement dans un cadre précis, mais peut faire également l'objet d'une formation du praticien. Plusieurs propositions aujourd'hui existent dans notre profession, le DU d'hypnose médicale recevant notre meilleur agrément.
D'un point de vue théorique, les recherches en neuroscience montrent que l'activité hypnotique se caractérise par une stimulation des neurones du cortex cingulaire (partie corticale située entre les hémisphères cérébraux).

Marc Gerald Choukroun

### Première approche : « c'est cela »

Il semble inutile de passer par des discours savants, ou des métaphores hypnotiques car c'est le patient qui gère tout seul la relation entre ses émotions et ses réactions de défense par rationalisation dans le cortex du lobe frontal. L'action du thérapeute consiste à autoriser le patient à entrer dans un rythme cérébral de type béta (enregistré en électro-céphalographie). La relation transférentielle apporte au patient une confiance et une sécurité qui lui permettent de se confronter à ses impacts psychiques. Le cortex cingulaire prend alors le relais pour gérer les émotions refoulées et les assimiler.

On demande au patient de s'asseoir ou de s'allonger dans une position agréable. On lui demande de se concentrer sur sa respiration, on l'invite à suivre le souffle dans sa poitrine et se répartir sur les parties de son corps qui sont tendues et les rendre légères (induction et accompagnement). Puis on lui demande de penser à l'événement qui le trouble et de ressentir les émotions les plus vives.
Le praticien laisse le patient introspecter son stress et se contente d'énoncer toutes les deux ou trois minutes les paroles suivantes :
*« Oui »…* ou
*« C'est cela »…* ou
*« Voilà »…*
Peu à peu le travail psychique se met en place et un frayage neuronal va modifier l'activité émotionnelle. La séance s'interrompt par le patient lui-même qui ressent un soulagement. Il faut compter plus ou moins 15 minutes.

### Deuxième approche : EMT

C'est le travail de Fred Friedman qui ayant repris le mouvement oculaire de l'EMDR (Eye Movement Technique) découvert par Shapiroo. Cette psychiatre américaine a mis au point une méthode pour traiter les traumatismes psychiques en balayant son doigt devant les yeux du patient comme un métronome. Friedman comprend que le mouvement oculaire n'est pas spécifique de l'acte thérapeutique.

Il s'agit d'une combinaison droite-gauche qui peut être obtenue de plusieurs manières différentes. Il propose notamment « le tapping », en tapotant de façon rythmique les épaules droite et gauche du patient. Ceci confirme l'hypothèse du cortex cingulaire qui se situe entre les deux hémisphères.

Le patient est invité à s'asseoir sur une chaise confortablement, bien droit. Le praticien se place derrière lui.
*« Je vous propose de penser à cette scène en revivant l'anxiété qu'elle génère »….*
*« Sur une échelle de 1 à 10, à quel niveau se situe votre difficulté ? »*
Le patient répond par exemple *« 8 ».*
*« Bien, je vais vous tapoter sur les épaules successivement de gauche à droite, concentrez-vous bien sur votre problème et énoncez au fur et à mesure la situation de votre anxiété sur l'échelle de 1 à 10. »*
On constatera que le patient en effet déclare peu à peu en quelques minutes : 7, 6, 5, etc. L'action du thérapeute s'arrête lorsque le patient arrive à 1 ou 0.
*« Comment vous sentez-vous maintenant ? »*
*« Bien, tranquille ».*
*« À quoi pensez-vous ? »*

Nous serons surpris d'entendre des réponses très positives et parfois irrationnelles. Ces réponses s'expliquent par deux phénomènes. Tout d'abord, les mécanismes de défenses étant liés au cortex frontal, les pensées anxiogènes sont rationnelles, tandis que les émotions sont des associations irrationnelles. Les pensées irrationnelles signent l'action sur les émotions qui elles sont irrationnelles et sensuelles (processus des cinq sens).

D'autre part, l'anxiété est toujours connotée par des pensées négatives tandis que l'effet thérapeutique se caractérise par des pensées positives.
Voici le type de réponse d'une patiente soignée pour des troubles douloureux articulaires, par tapping : *« je sens bien ma langue dans la bouche ».*

L'effet thérapeutique est tellement spectaculaire qu'elle est obtenue en 15 minutes. C'est ce que remarque Friedman en observant que le patient a beaucoup de mal à croire que « ce petit jeu » est susceptible de résoudre le problème qui le désespère depuis plusieurs mois ou années, et qui ne passe pas par un processus complexe et cartésien.
Ainsi une patiente à l'interrogatoire avait fait la liaison avec un conflit amoureux. Voici le contenu de la séance qui a suivi :
*« Comment allez-vous depuis la dernière séance ? »*
*« Assez bien »…*
*« Oui… »*
*« Vos troubles mandibulaires ont-ils disparu ? »*
*« Oui, c'est vrai … »* (la patiente ne semble pas convaincue, comme si ce soulagement n'avait pas de rapport avec la séance.)
*« Vous aviez observé un problème avec votre compagnon ? »*
*« Ah oui, c'est vrai… En fait je l'ai quitté et j'ai rencontré une personne formidable ».*

### Résumé de la méthode que nous proposons :

1. Soulagement des troubles par un traitement médical non, invasif
2. Anamnèse sur le stress ou frustration originelle.
3. Ne pas parler d'hypnose mais proposer au patient « de faire une petite expérience ».
4. Choisir l'une des deux techniques : « C'est cela », ou EMT
5. Résumer avec le patient son vécu (débriefing).

### Conclusion

Prendre en compte l'état émotionnel de son patient fait partie intégrante d'une approche médicale de notre métier d'odontologiste. Pour les patients présentant un trouble temporo-mandibulaire, l'attitude du praticien face à ce problème va dépendre de sa volonté d'implication ou de sa formation. Mais suivant les cas il pourra opter pour une des modalités de prise en charge.

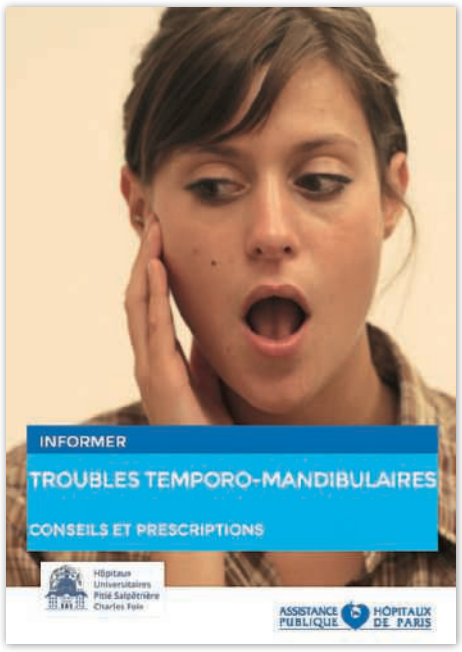
Une attitude « généraliste » : elle consiste à faire prendre conscience à son patient du lien entre son état émotionnel, son état de tension et ses troubles physiques. Une méthode d'entretien est nécessaire pour permettre au patient de s'exprimer. Puis des conseils de santé sont prodigués.
Une attitude « experte » ; elle consiste en une prise en charge initiale de l'état de stress par des techniques « Erikssonienne » ou « EMT », facilement accessibles aux odontologistes qui souhaitent se former.

FIG. 2

L'entretien initial : laisser le patient s'exprimer

### Ouvrages à proposer au patient

- *Libérez-vous de la douleur par la méditation et l'acte*, Frederick Dionne ; Éditions Payot
- *6 ordonnances anti-stress : les meilleurs remèdes de 6 experts*, Collectif dirigé par le Dr Pierre Setbon ; Éditions Thierry Souccar
- *Savoir gérer son stress : des notions clés, des situations réelles, des solutions concrètes.* Dr Charly Cungi ; Éditions Retz
- *Savoir se relaxer, avec un CD-ROM de relaxation. Des notions clés, des situations réelles, des solutions concrètes.* Dr Charly Cungi ; Éditions Retz
- *Méditer jour après jour : 25 leçons pour vivre en pleine conscience, avec un CD-ROM.* Dr Christophe André, Éditions L'iconoclaste
- **Le livret « d'éducation thérapeutique » :** il délivre des informations et des prescriptions pour les premiers gestes à effectuer en cas de TTM. On y trouve des conseils utiles pour la gestion du stress.À télécharger sur le site ATM-GUIDE.com




### Bibliographie

1. *Benhaiem Jean Marc, L'hypnose aujourd'hui, Ed IN PRESS 2010*
2. *Choukroun Marc Gérald, Abrégé de psychologie à l'usage des praticiens, Ed SID, 1997*

Toute la bibliographie est à retrouver sur **www.aonews-lemag.fr**

**GRANDE APRÈS-MIDI DE RENTRÉE AO PARIS AUX SALONS HOCHE**

**MERCREDI 5 SEPTEMBRE DÈS 14 HEURES**

Intégrer la CFAO directe et semi-indirecte en omnipratique : une évolution indispensable

**Olivier Etienne ▪ Stéphane Cazier ▪ Jean-François Chouraqui**

**Les conférences seront suivies d'un buffet dînatoire.**

Tarif : 250 € pour les non cotisant et gratuit pour les membres ▪ Inscriptions auprès de Catherine **alphaomegaparis@free.fr**

# Rééducation maxillo-faciale et troubles temporo-mandibulaires (TTM)

**Hélène Gil**
Montrouge
**Wacyl Mesnay**
Paris

## Introduction

Tous praticiens, que ce soit en omnipratique ou en exercice exclusif, est amené à se confronter à des patients présentant des douleurs, des limitations d'ouverture buccale, des claquements, des difficultés à mastiquer, etc. Ces TTM ne constituent pas en première intention un motif de consultation, car souvent le processus d'installation se fait à «bas bruit» sans impacter la capacité fonctionnelle. Selon *Bonjardim et al.* (2009) 50% de la population générale présente au moins un signe de TTM traduisant une pathologie combinée, discale, musculaire ou articulaire. Plus récemment (2013), *Descroix* parle de 4 à 88 % de la population générale. D'après *Robin et Carpentier* (2006), « les signes de TTM ne peuvent être considérés comme pathologiques dans tous les cas et ne nécessitent donc pas une prise en charge thérapeutique systématique ». En effet, malgré l'importance de la prévalence des dysfonctions, le besoin et la demande de traitement demeurent faibles tant que la gêne n'est pas invalidante. Le jour où le patient décide de consulter pour des douleurs à la fonction, des bruits articulaires ou des dyskinésies, il se retrouve souvent dans l'errance médicale, avant de voir sa plainte pris en considération. Si alors, les TTM ne font pas l'objet d'une prise en charge, ils risquent d'entraver le bon déroulement des traitements d'une part et aggraver les symptômes du patient d'autre part. Ainsi, les exercices présentés dans cet article peuvent être proposés aux patients, en première intention.

## Généralités sur la rééducation maxillo-faciale

Il y a une cinquantaine d'années, la kinésithérapie s'est dotée d'un nouveau champ de compétences : la rééducation maxillo-faciale, qui était plus communément attribuée aux orthophonistes. Cette approche thérapeutique permet de considérer le patient dans sa globalité puisqu'il ne s'agit pas juste de faire cesser des claquements ou augmenter l'amplitude d'ouverture buccale, mais surtout de traiter à plus long terme en établissant un lien entre souffrance physique et psychique, à travers la symptomatologie. La rééducation consiste à agir localement en visant le relâchement musculaire et l'acquisition d'une cinétique mandibulaire correcte. Cependant, dans de certains cas, il est nécessaire de proposer une prise en charge plus globale car l'origine des TTM n'est pas que locale. Ainsi, les travaux de Selye (1936) ont eu le mérite d'intégrer la notion de stress dans les troubles neuro musculaires. Il ouvre la voie à un abord plus psycho-physiologique des TTM, plus seulement mécanique et occlusal. *Le Gall et Lauret* (2002) font un lien entre stress et l'hyperactivité musculaire pouvant être à l'origine des douleurs musculaires. La rééducation oro-myo-fonctionnelle permet d'établir un équilibre myo-fonctionnel, abolir les habitudes nocives qui sont à l'origine ou qui entretiennent les douleurs et dysfonctions de l'appareil manducateur.

## La thérapeutique : exercices à proposer en première intention

Il est possible de proposer au patient des conseils et exercices de détente musculaire, avant d'engager une véritable prise en charge kinésithérapique. Dans tous les exercices préconisés ci-dessous, il est essentiel de respecter la règle de non douleur et de fatigabilité. Aucun exercice n'est profitable s'il occasionne la moindre douleur ou la moindre gêne, au risque de provoquer une réaction nociceptive pouvant se solder par une contracture réflexe. Le patient doit apprendre à faire les exercices lui-même, afin d'une part de contrôler l'intensité de ses gestes et d'autre part d'avoir une sédation plus rapide de ses douleurs car il pourra utiliser ces techniques aussi souvent que nécessaire.

### La thermothérapie

C'est le premier moyen qu'il est souhaitable de proposer au patient très douloureux.
**Indication :** douleur et contractures musculaires.
**Technique :** application locale de chaleur sur les masséters algiques.
**Durée :** 20 minutes environ. Plusieurs fois par jour lorsque cela est nécessaire.
**Principes :** utilisation de compresses auto-chauffantes ou de petits packs de gels à mettre à la casserole ou aux micro-ondes. Cela est préférable à l'emploi d'un sèche-cheveux ou de coussin remplis de graines, dont la température de chauffe est plus difficile à maîtriser et qui peuvent ainsi occasionner plus de risques de brûlures. Cependant, les personnes qui présentent des douleurs d'origine arthralgique tolèrent mieux la cryothérapie.
**Effet physiologique :** l'effet antalgique de l'application de chaleur sur le muscle douloureux peut s'expliquer pat la diminution de la transmission des messages nerveux. Ainsi, les sensations de douleur ont plus de difficultés à passer de la zone chauffée vers le cerveau.

### Le massage endo-buccal

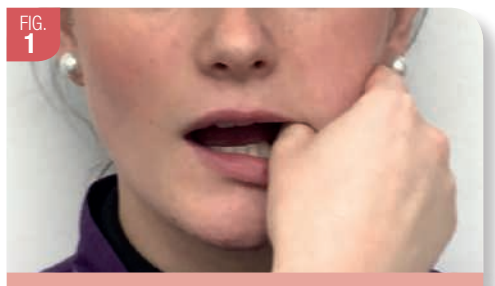


FIG. 1
Le massage endo-buccal

Dans la plupart des cas, les douleurs sont d'origine musculaire et concernent essentiellement les masséters profonds.
**Indication :** douleur et contractures musculaires.
**Technique :** l'impact et l'effet antalgique sont beaucoup plus grands lorsque ceux-ci sont massés transversalement par voie exo et endo-buccale. Il s'agit de placer le pouce (au niveau de la muqueuse buccale) et l'index (au niveau de la joue) de part et d'autre du masséter et de faire glisser les doigts vers la commissure des lèvres.
**Durée :** environ 5 minutes à répéter plusieurs fois par jour.
**Principes :** cette manœuvre, comme tous les exercices de kinésithérapie, doit être infra-douloureuse. Le massage est efficace lorsqu'il peut être répété plusieurs fois par jour. Ce sont ces raisons que nous devons l'enseigner à notre patient. Premièrement, afin que celui-ci puisse contrôler ses points douloureux. En effet, le kinésithérapeute peut parfois masser trop fort et provoquer une réaction nociceptive : le muscle douloureux va se contracter encore plus de façon réflexe. Deuxièmement, le patient sera autonome et capable d'utiliser l'auto-massage quand il en éprouvera le besoin. Ainsi les masséters se détendront plus rapidement et plus efficacement. Le massage des muscles ptérygoïdiens est affreusement douloureux et nous ne sommes jamais sûrs d'être vraiment dessus. La technique du contracter-relâcher est plus efficace pour les détendre.

**Effet physiologique :**
**Sur le système vasculaire :** Le massage provoque une hyperthermie locale, par vasodilatation des vaisseaux sanguins superficiels, qui se traduit par une rougeur et une chaleur de la peau sur le site massé. Ce phénomène permet une augmentation du flot sanguin, donc un apport accru en oxygène et en nutriment et, par le fait même, une accélération du transit des toxines.
**Le système lymphatique et immunitaire :** Le massage a pour effet de stimuler le système lymphatique et immunitaire. La lymphe et les organes lymphatiques contribuent à la protection de l'organisme en filtrant les éléments pathogènes, les cellules anormales et les particules étrangères. Ceux-ci seront ensuite rejetés dans la circulation sanguine.
**Le système nerveux autonome :** Le massage sollicite le système nerveux parasympathique qui va réduire le rythme cardiaque, la fréquence respiratoire, améliorer la fonction digestive et la détente musculaire. Conjointement à cela, il y aura une diminution de sécrétion d'hormones du stress. Le massage a un impact sur la sécrétion d'endorphines au niveau du cerveau. Ces hormones ont un effet analgésique et procure un état de bien-être.
**Le système musculaire :** Malgré la rareté des études scientifiques et cliniques, l'action antalgique du massage est souvent reconnue par les patients. La théorie du « gate control » a de nombreuses reprises été évoquée mais aussi critiquée. D'après celle-ci, le massage déclencherait des stimulations passant par les fibres myélinisées de gros calibre et à conduction rapide (fibres alpha et béta). Il s'ensuit alors une inhibition pré-synaptique. La porte se ferme, empêchant l'atteinte de la cellule cible et la transmission du message douloureux au cortex.

### Le contracter-relâcher

**Indication :** contractures musculaires, trismus et limitations d'amplitude articulaire.
**Techniques :** il existe cinq types de mouvement : la fermeture buccale, l'ouverture buccale, la propulsion de la mandibule et les latéralités droite et gauche.

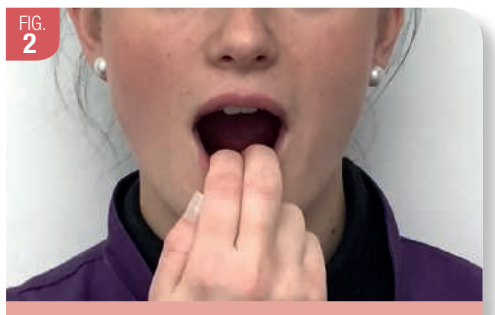


FIG. 2
Pour le contracté-relâché en fermeture buccale: apposer les doigts en crochet sur l'arcade dentaire inférieure pour résister à la remontée de la mandibule.

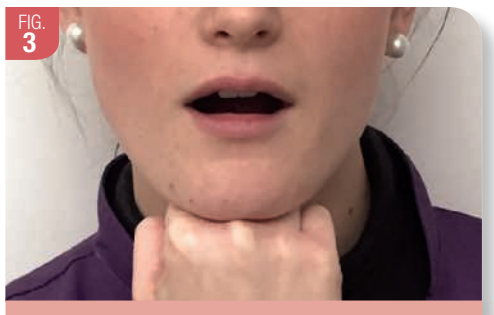


FIG. 3
Pour le contracté-relâché en ouverture buccale : mettre les poings fermés sous la mandibule afin de s'opposer à l'abaissement de celle-ci.

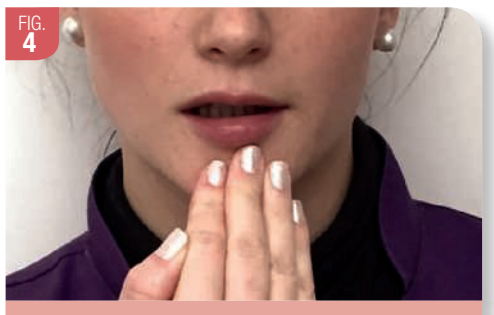


FIG. 4
Pour le contracté-relâché en propulsion mandibulaire: Doigts à plat contre le menton, résister à la propulsion mandibulaire.

FIG. 5
Pour le contracté-relâché en latéralités : poings à plat sur chaque côté de la mandibule, s'opposer au déplacement latéral de celle-ci.

**Durée :** 3 secondes, 5 fois de suite seulement mais à répéter plusieurs fois par jour au besoin.
**Principes :** c'est un mouvement purement isométrique, donc sans déplacement, contre résistance importante. Tous les mouvements doivent se faire exclusivement sans contact occlusal. Le but est la libération des tensions musculaires et ainsi des blocages articulaires. Cet exercice est le plus efficace sur les trismus et les limitations d'ouverture buccale.
Si la douleur est trop importante, il est alors plus judicieux de suspendre pour un temps cet exercice et utiliser plutôt l'application de chaleur et le massage. Quand le patient est moins algique, le contracter-relâcher peut être repris sur 1 seconde et en très petite amplitude d'ouverture buccale. La progression se fera sur l'augmentation du temps de contraction et l'amplitude d'ouverture buccale.
**Effet physiologique :** Le contracter-relâcher est basé sur le principe d'inhibition réciproque de Sherrington qui permet deux réponses motrices. La première stipule que l'excitation d'un muscle s'accompagne de l'inhibition de ses antagonistes, grâce à un interneurone

inhibiteur. Et deuxièmement, cette contraction musculaire isométrique facilitera l'activité de ses agonistes. Le contracter-relâcher optimise aussi le relâchement immédiat d'un muscle après sa contraction intense. En effet, Gottlieb et Agarwal (1973) évoque la modification de l'état de raideur visqueuse du muscle après lui avoir imposé un effort de contraction préalable.

## Conclusion

Dans la prise en charge d'une dysfonction de l'appareil manducateur, il est indispensable de faire prendre conscience au patient de la nécessité de modifier son comportement. Ses douleurs et inconforts en bouche ne s'expliquent pas seulement par une luxation discale réductible ou irréductible, à un soin en bouche qui s'est mal déroulé ou à un équilibre occlusal qui a été modifié. Ils sont surtout dus ou entretenus par une dyspraxie linguale, par la présence de mauvaises habitudes et tics qu'il faudra corriger. Le but étant l'acquisition d'une certaine afin de posséder les outils qui permettront la gestion de ses propres tensions.

## Bibliographie


1. *Bonjardim L.R., Lopes-Filho R.J., Amado G., Albuquerque R.L., Jr., Goncalves S.R. Association between symptoms of temporomandibular disorders and gender, morphological occlusion, and psychological factors in a group of university students. Indian J. Dent. Res. 2009;20:190–194.*
2. *O.et P.Carpentier, Données actuelles sur le traitement des algies et dysfonctionnements de l'appareil manducateur. Journées pratiques d'odontologie 22 et 23 juin 2006 Lyon. Chir. Dent. Fr. 2006 ; 1234/1264 : 29-41.*


Toute la bibliographie est à retrouver sur
**www.aonews-lemag.fr**

# 2 JOURS DE FORMATION SUR LES TTM

—

**GESTION SIMPLE ET EFFICACE AU CABINET D'ORTHODONTIE**

**LES 6 ET 7 DÉCEMBRE DE 9 H À 17 H 30**
**WACYL MESNAY**

—

## Programme

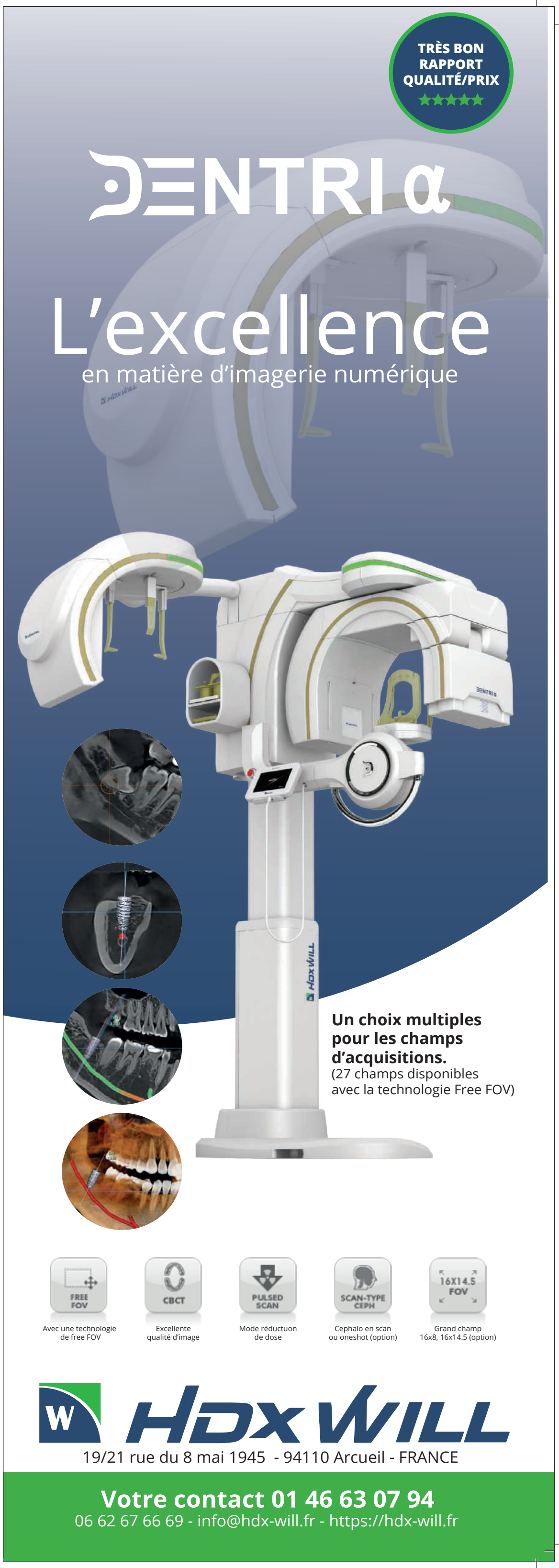
**Jeudi 6 décembre**
- Introduction : étiologie des troubles temporomandibulaires
- L'articulation temporo-mandibulaire : description et examen clinique
- Travaux pratiques : examen clinique de l'A.T.M. et des muscles masticateurs
- Diagnostic différentiel : les douleurs orofaciales
- Travaux pratiques : méthode pour un diagnostic
- Traitements : les moyens thérapeutiques, traitement des troubles articulaires ; traitement des troubles musculaires, cas cliniques

**Vendredi 7 décembre**
- Le trouble douloureux et stress, cas cliniques
- Travaux pratiques : la technique de l'entretien, l'analyse du symptôme, comment adresser au « psy »
- Travaux pratiques sur cas cliniques : traitements des troubles articulaires ; traitements des troubles musculaires ; avant, pendant, après un traitement O.D.F.
- Traitement des cas complexes : gestion pluridisciplinaire

Tarif : 750 € (pauses et déjeuner compris)
Inscription auprès de Ortho Partner :
**gaslan@myorthopartner.com**

*Lieu : Hotel du Collectionneur, 51 rue de Courcelles, 75008 Paris*



# Une méthode pour le traitement des troubles de l'ATM

Wacyl Mesnay
Paris

**Les troubles temporo-mandibulaires (TTM)** sont des troubles polymorphes dont les principaux symptômes sont les douleurs, les blocages ou limitations de mouvements et des bruits articulaires. Pour le traitement initial de ces troubles, il est recommandé une approche médicale. Il faut d'abord soulager le patient et surtout ne pas nuire. **La nécessité d'un traitement occlusal, orthodontique ou autres traitements dits « invasifs » est à considérer seulement après la résolution des symptômes initiaux par des moyens « non invasifs ».**

La méthode préconisée est dite « méthode-guide ». Elle se constitue sur deux axes.
- Une plateforme Web : on y trouve une aide au diagnostic et au traitement ainsi qu'un support de communication pour le patient.
- Un dispositif « TM-JIG » : une BOA (Butée Occlusale Antérieure) qui accompagne le patient dans les différentes phases successives de son traitement, dans un temps limité et sous le contrôle du praticien.

Cette méthode et les préconisations qui l'accompagnent sont particulièrement adaptées à tous les praticiens non expérimentés dans la gestion des Troubles Temporo-mandibulaires pour une gestion simple et efficace, tout en prévenant et évitant les principaux écueils fréquemment rencontrés en pratique clinique dans ce domaine.

## Les objectifs et les moyens de traitement

Le site ATM-GUIDE répond aux préconisations de la NIH (National Institut of Health) Institut National de la Santé aux USA.

Les Associations telles que L'AAOP (American Association of Orofacial Pain) ou l'EACD (European Academy of Craniomandibular Disorders) reprennent ces mêmes préconisations. Elles représentent les dernières acquisitions scientifiques dans ce domaine, sur la base d'études cliniques « basées sur des preuves ».

### Les objectifs de traitement initial sont des objectifs fonctionnels :

- contrôler la douleur,
- obtenir une ouverture buccale satisfaisante,
- pouvoir mastiquer toutes sortes d'aliments,
- maintenir une stabilité anatomique,
- donner les moyens au patient pour éviter la récidive.

### Les moyens de traitements sont des moyens « non invasifs »

Les traitements « non-invasifs » ne modifient pas les structures anatomiques ; ils sont réversibles et se composent de trois grands axes :
- soulager le symptôme par la pharmacothérapie, les orthèses,
- rééduquer le patient : par l'ergothérapie et la gymnothérapie,
- modifier le comportement : par de l'information et les thérapies comportementales.

## La plateforme ATM-guide

Le site propose d'accompagner le praticien avec approche originale basée sur :
- un arbre décisionnel un formulaire informatisé pour la décision thérapeutique,
- une thérapeutique progressive pour guider pas à pas le praticien et le patient,
- une page patient pour l'information et l'accompagnement du patient.

On y trouve une « aide à la décision thérapeutique » : un arbre décisionnel basé sur les symptômes du patient. Les trois symptômes initiaux sont, pour un TTM : la douleur, la limitation d'ouverture buccale, les bruits articulaires. Le praticien suit le questionnaire informatisé sur les données exprimées par le patient. L'examen clinique est basé uniquement sur l'observation des mouvements mandibulaires et sur la plainte du patient, sans aucune nécessité de palpation ou d'auscultation. Par exemple : le patient se présente à la consultation avec une douleur et une limitation d'ouverture. Le questionnaire posera des questions sur la forme douloureuse : douleur provoquée lors du mouvement, douleur spontanée dans la journée, douleur continue…, puis viennent les questions sur la limitation d'ouverture : la limitation est-elle intermittente ou permanente, les mouvements de latéralités sont ils possibles, etc.

## Un diagnostic « différentié »

L'approche « généraliste » proposée par le logiciel ATM-GUIDE se fonde sur un diagnostic « différentié ». Il s'agit de mettre en évidence le trouble musculo-articulaire en procédant par élimination successive des « faux positifs » par différentes questions clés et une radiographie panoramique. Puis le questionnaire détermine l'origine articulaire et/ou musculaire.

### Diagnostic différentiel et « faux positifs »

Les « faux positifs » représentent l'ensemble des pathologies présentant les mêmes symptômes qu'un TTM : c'est-à-dire les douleurs oro-faciales, les limitations d'ouvertures et les bruits articulaires, de façon concomitante ou non.

### Les pathologies « anatomiques »

Elles concernent les fractures, les tumeurs. Le protocole d'utilisation du logiciel ATM-GUIDE préconise la prescription d'une radiographie panoramique systématique complétée d'une zonographie des ATM bouche ouverte et bouche fermée. Celle-ci est effectuée de préférence par un radiologue qui en fera le compte rendu. En cas de modifications des contours anatomiques, le diagnostic est fait par le radiologue. Une orientation médicale rhumatologique est alors préconisée.

### Les douleurs oro-faciales

Les douleurs articulaires ou musculaires ne doivent pas être confondues avec d'autres douleurs oro-faciales. Elles sont identifiées à partir de leur « formes » par le questionnaire informatisé :
- les algies vasculaires sont des douleurs temporales, pulsatiles, qui se présentent en crises régulières ;
- les algies neurogènes ou neuropathiques, se présentent en crises violentes au niveau de la face ou de la mâchoire avec des troubles de la sensibilité ou des zones hypersensibles au contact ;
- les douleurs oro-faciales peuvent également provenir d'une sinusite, une otite, ou de la région oculaire.

Une orientation médicale est préconisée, de préférence vers un « centre de la douleur ». Le site propose un lien vers l'annuaire des différents centres nationaux.

### Le « Trouble Douloureux » (douleur myofasciale)

Le trouble douloureux présente un symptôme amplifié et entretenu par une « détresse psycho-sociale ». Le « trouble douloureux chronique », la forme la plus intense, est ressentie comme un « fond douloureux permanent ». La préconisation sera de diriger le patient vers un centre de la douleur.

Plusieurs degrés de troubles douloureux sont identifiés par le questionnaire. Elles influencent le pronostic et la durée du traitement, mais restent compatibles à un traitement odontologique. Les préconisations seront différentes suivant les cas. Les troubles douloureux chroniques de grande intensité sont repérés par le questionnaire. Il indiquera une orientation vers les « centres de traitement de la douleur ».

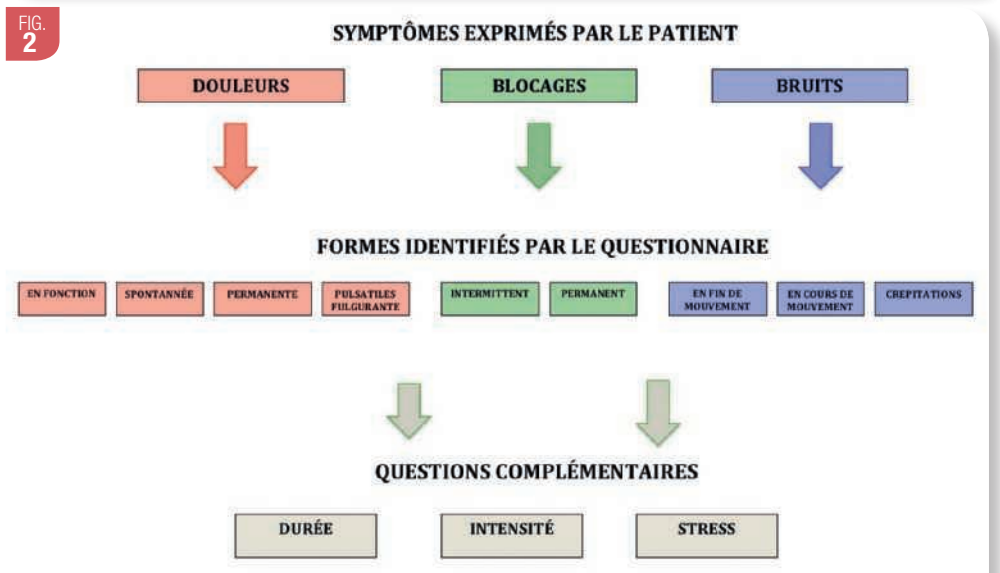
## La fiche thérapeutique (Fig. 4)

À l'issue du questionnaire, celui-ci fournit une « fiche thérapeutique ». Le praticien trouvera un complément d'informations utiles,

FIG. 1

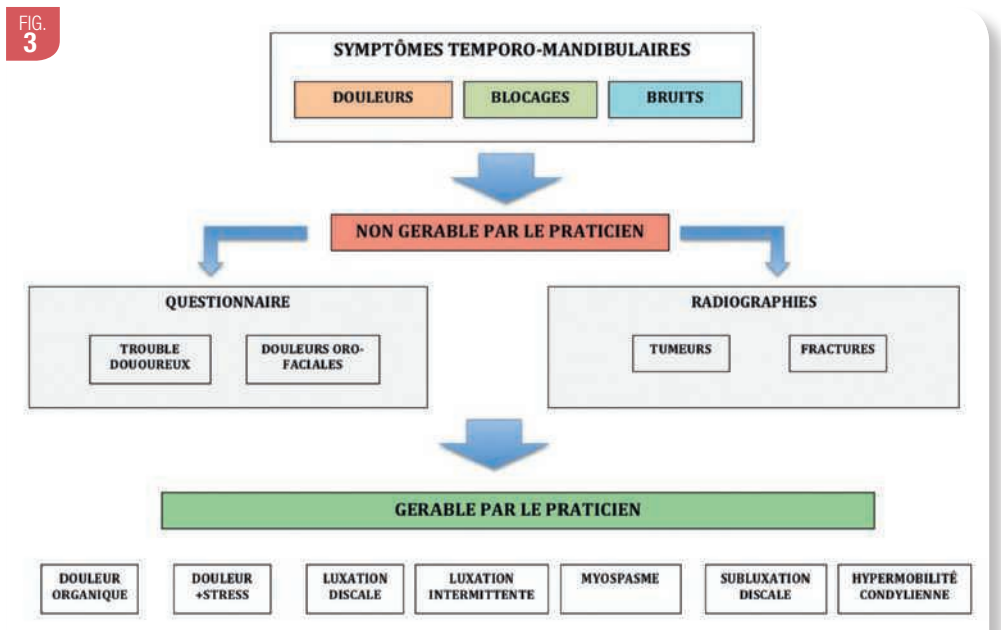
L'espace praticien, clinique et pédagogique

FIG. 2




L'arbre décisionnel. Il est basé sur un questionnaire à choix multiples à partir de trois entrées : la douleur, les limitations d'ouverture et les bruits articulaires. Le praticien est ensuite guidé vers des questions complémentaires, précisant les formes associées, l'intensité, la durée du symptôme ainsi que les facteurs de stress. L'analyse se fait par un algorithme dont le résultat apparaît sur une fiche thérapeutique.

FIG. 3




Les « Faux positifs », l'arbre décisionnel identifie les patients gérables par un praticien généraliste

Wacyl Mesnay

FIG. 4 FICHE THÉRAPEUTIQUE : SYNTHÈSE ET SIGNES D'ACCOMPAGNEMENTS

**DOULEUR**

**La Douleur en fonction:**

**C'est une douleur « provoquée »** : elle se manifeste lors de différents mouvements de la mâchoire.
Lors de la mastication ou de l'ouverture.
Elle est liée directement à une **lésion des muscles ou de l'articulation.**
Une inflammation articulaire provoque souvent un spasme douloureux.
Le traitement global couvre les deux atteintes.

**Traitement: Antalgiques Niveau I; Gymnothérapie Type I; TM-Jig immédiat si douleur intense.**

**FACTEUR DE STRESS**

Un facteur de stress n'est pas nécessairement la cause principale (suite à un traumatisme, par exemple) ou dans le cas d'une arthrite.
Si le facteur stress est avéré, par un trouble du sommeil par exemple, Le patient doit être informé de la relation du trouble douloureux avec son état de tension.

**DYSFONCTION**

**Blocage intermittent :**

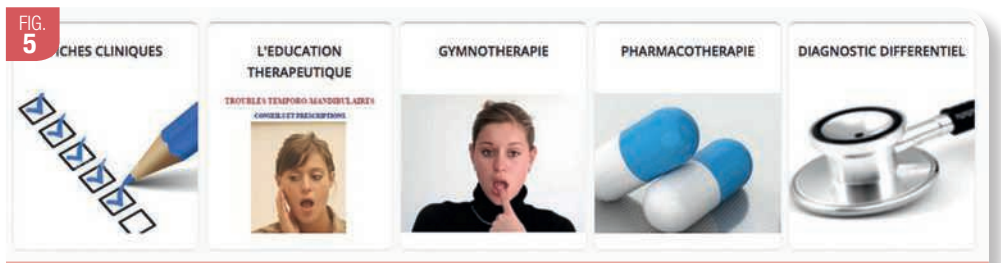
-Le patient décrit des épisodes de blocages ou limitations d'ouvertures le matin, dans la journée, ou lors des repas.

-Le patient peut décrire des bruits articulaires avec des épisodes de blocages et déblocages involontaires ou une ouverture limitée avec un déblocage volontaire possible, quelquefois bruyant. Il y a un risque important de passage en luxation discale complète.

**Traitement ATM: TM-JIG ; OCA recommandée ( en cas de bruits articulaires)**

Détails de la fiche thérapeutique, un guide pédagogique et clinique

FIG. 5




Le « tableau de bord » réunit un ensemble de documents à consulter ou télécharger pour les premières étapes du traitement.

une évaluation diagnostique, et surtout des conseils pour le traitement, son niveau de difficulté et enfin le pronostic. Par exemple, on pourra trouver des phrases telles que « pronostic favorable » ou « risque de traitement long », etc.
La fiche indique également le niveau de difficulté par un code couleur : vert pour la facilité, orange pour la vigilance et rouge pour la difficulté extrême ; le traitement est déconseillé par un praticien non expérimenté.
Par ailleurs, cette page offre de nombreuses informations pouvant compléter la formation du praticien ou répondre avec plus de détails à certaines interrogations. Cette fiche est imprimable et archivable, elle tient lieu de compte rendu et peut être délivrée au patient.

## Un tableau de bord pour la première phase du traitement (Fig. 5)

Les premières étapes consistent à établir le diagnostic, envisager le plan de traitement, puis informer le patient pour un consentement éclairé. Dès la première séance des exercices peuvent être prescrits, souvent accompagnés d'une pharmacothérapie. Le « tableau de bord » réuni un ensemble de documents à consulter ou télécharger.

- **Des fiches cliniques téléchargeables.** La « fiche d'évaluation commentée » est la plus simple d'utilisation pour débuter, elle s'accompagne d'un mode d'emploi. Le lien contient d'autres fiches à utiliser suivant le degré de connaissance du praticien.
- **Un livret d'éducation thérapeutique.** Il contient une somme d'informations utiles pour le patient, concernant les troubles temporo-mandibulaires. On y trouve également des conseils pour les premiers exercices à effectuer. Il contient également une information sur le « stress » ainsi les différentes orthèses utilisées pour le traitement.
- **Un lien pour la gymnothérapie** pour des exercices spécifiques articulaires ou musculaires.
- **Pharmacothérapie :** on y trouve une sélection de différents médicaments antalgiques, anti inflammatoires, myorelaxants et anxiolytiques. Un lien direct avec l'Agence nationale « Base de Données Publiques des Médicaments » pour une mise à jour régulière.
- **Diagnostic différentiel :** Pour répondre aux doutes du diagnostic différentiel devant certaines formes douloureuses complexes ou de grande intensité, ce lien contient un tableau de la sémiologie des différentes douleurs oro-faciales.

## Un guide clinique et thérapeutique

Le TM-JIG (ou Temporo-Mandibular-Jig) est un dispositif occlusal guidant les différentes étapes de la thérapeutique, il ne doit pas être confondu avec une simple butée occlusale classique. Devant le coût social généré par les TTM et la difficulté des traitements proposés, nombreux experts se sont penchés sur la question d'une solution simple et économique pour un traitement praticable par tout omnipraticien. Les études cliniques ont montré que l'utilisation d'une butée occlusale antérieure (BOA) donnait des résultats équivalents aux gouttières occlusales sur des critères fonctionnels. Ces auteurs la préconisent avec utilisation guidée et contrôlée pour l'évitement de ses effets secondaires sur l'occlusion.
Le TM-JIG est une proposition originale d'une solution globale pour le traitement précoce ou initial des TTM, sur la base d'orthèses préfabriquées. Il s'agit d'« orthèses dynamiques » qui accompagnent les différentes phases de traitement pour le soulagement du symptôme, la rééducation fonctionnelle et la modification du comportement pour éviter la récidive. L'alternance du port des orthèses ainsi qu'une « éducation thérapeutique » soutenue par un livret à télécharger sont une réponse aux préconisations liées à l'utilisation de ces orthèses. La durée moyenne d'un traitement se situe à trois mois. La page « patient » du site informe, soutien et optimise la communication, la compliance et la relation thérapeutique.

FIG. 6

Le TM-JIG, une étape « intermédiaire », une aide pour l'omnipraticien non expérimenté dans la gestion des TTM.



LMP PARIS

Laboratoire
de prothèse dentaire

Une expertise fiable et des techniciens confirmés à votre service depuis 10 ans.
LMP Paris au service de la qualité.

CCM sur implant transvissée: 117.50 €

CCM sur implant scellée: 121.00 €

01 39 86 31 19
01 39 86 32 55

www.lmp-paris.fr

LMP 29-31 Bvd De La Muette 95140 Garges Lès Gonesse

# APPRÉHENDER LES TROUBLES TEMPORO MANDIBULAIRES

Wacyl Mesnay

Le TM-JIG est utilisé comme « outil transitionnel » ; un lien entre le praticien et le patient. Il objective les différentes étapes de traitements et favorise l'auto prise en charge du patient dans la résolution de son trouble car il intègre la dimension psycho-sociale dans la gestion du comportement.
Les différentes étapes de traitement sont décrites et s'accompagnent de documents thérapeutiques que le praticien peut télécharger.

## Utilisation du TM-JIG : une thérapeutique progressive

### Première étape (Fig. 1)

Dans la première phase de traitement la partie supérieure du TM-JIG est utilisée comme une butée antérieure pour déspasmer les muscles masticateurs ; réduire les douleurs et la limitation d'ouverture. Elle est ajustée par le praticien à l'aide d'une résine thermo-polymérisable appliquée dans l'intrados. Le port est nocturne le temps de la réduction des douleurs et de la limitation de l'ouverture buccale.
Son utilisation constitue également un « test thérapeutique » : la réduction des symptômes confirme le diagnostic de TTM.

FIG. 1
TM-JIG maxillaire : pose immédiate au cabinet pour la gestion de la douleur liée à l'hyperactivité musculaire (bruxisme)

### Deuxième étape (Fig. 2)

La partie inférieure du TM-JIG est alors ajustée. Celle-ci va servir de guide pour les exercices de kinésithérapie, pour la récupération fonctionnelle. La partie haute maxillaire offre par son plateau palatin une surface plane propice au glissement. Le dôme de la partie basse glisse librement dans le mouvement antéro- postérieurs et latéralement. Les progrès dans l'ampleur du déplacement sont visibles par le patient, grâce aux indicateurs de position situés sur la partie antérieure des orthèses. Ils contribuent à la motivation et au succès du traitement.

FIG. 2
Assemblage du TM-JIG pour les exercices d'étirement

### Troisième étape (Fig. 3)

Pour les modifications comportementales : La partie inférieure du TM-JIG est prescrite en port diurne exclusivement. Le contact des incisives maxillaires sur la butée provoque un réflexe d'ouverture et une prise de conscience du serrement dans la journée. La rééducation consiste à noter le moment et les circonstances d'apparition des contractions. Ceux-ci sont notés sur une fiche d'accompagnement téléchargée sur le site. Des exercices comportementaux sont prescrits pour prévenir et gérer le comportement douloureux. Les états de tensions et leur origine psycho-sociale étant révélés, le patient est orienté vers la page « Gestion du Stress ».

FIG. 3
Le TM-JIG inférieur est porté seul exclusivement dans la journée ; pour la prise de conscience et la modification du comportement.

### Quatrième étape (Fig. 4)

Dans le cas où praticien le désire, le TM-JIG maxillaire sert de guide pour l'enregistrement de l'occlusion. Une position « myocentré » est obtenue, facilitant grandement la réalisation d'une orthèse avec un minimum d'ajustement occlusal. Une clé d'occlusion en cire ou en silicone est réalisée pour le montage des modèles en plâtre servant à l'élaboration de l'orthèse.

FIG. 4
TM-JIG, enregistrement d'une clé d'occlusion, fixant la relation occlusale

## Des orthèses

Lorsque le praticien le désire pour la suite de son traitement, deux types d'orthèses sont préconisés.

- **Des GRM (gouttière de reconditionnement musculaire) :** Il s'agit d'une gouttière élaborée en résine dure et d'un recouvrement occlusal complet. Son « design » et son utilisation sont largement commentés dans la littérature. Elles sont particulièrement indiquées pour les cas de bruxisme avancés.
- **Des GAP (gouttières d'antéposition) :** Une orthèse guidant la position mandibulaire dans une position avancée. Cette orthèse est particulièrement efficace pour les troubles articulaires, sans pour autant prétendre à une « recapture » du disque. Cliniquement, elle a un effet positif sur les bruits articulaires. Le site préconise une orthèse particulière : l'OCA (orthèse de contention articulaire). Elle se compose de deux gouttières. Des attelles latérales maintiennent une légère propulsion (entre deux et trois mm). Elles sont réglables et ajustables par les tiges filetées bilatérales. Son action permet de contenir la position avancée, en particulier lors de sommeil, pour une véritable décompression des ATM, le temps de la récupération.

FIG. 7
La GRM, autrement dénommée « gouttière de libération occlusale », est une orthèse plane recouvrant la totalité de l'arcade.

FIG. 8
L'OCA ; une orthèse d'antéposition. Son action permet une décompression de l'ATM pour la mise en repos et la récupération fonctionnelle de l'articulation. Elle a l'avantage de maintenir cette position pendant le sommeil.

## Conclusion

En médecine générale, lors d'une difficulté diagnostic, le praticien procède par « diagnostic différencié ». Après l'examen clinique, en cas de difficulté, les radiographies et une pharmacothérapie de large spectre constituent la première approche, c'est le « test thérapeutique ». Passé cette étape et en cas d'échec, le patient est adressé aux différents spécialistes possibles.

C'est la méthode préconisée par l'ATM-GUIDE : le diagnostic positif s'accompagne d'une série de diagnostics différenciés.

Les butées antérieures sont un outil thérapeutique permettant la réalisation de traitements non invasifs, peu onéreux et facilement abordables par le praticien. 80 % des patients peuvent être traités par cette méthode non invasive adaptée aux traitements initiaux des TTMs. Les études cliniques ont montré que leur utilisation donnait des résultats équivalents aux gouttières occlusales sur des critères fonctionnels.

Le TM-JIG est un outil que le patient utilise dans les différentes phases de traitement. À la différence d'une orthèse classique, ce n'est pas un dispositif destiné à demeurer en place. Il est utilisé de façon particulière suivant les différentes étapes du traitement. Tout d'abord l'orthèse maxillaire, le temps de la résolution du symptôme initial. Puis les deux parties se réunissent pour pratiquer les exercices. Enfin, l'orthèse mandibulaire est portée dans la journée pour contrôler et modifier le comportement.

Le traitement par le TM-JIG peut se suffire à lui-même dans la plupart des cas. Il est compatible avec une intervention ostéopathique ou kinésithérapique. Il prépare également, et dans de bonnes conditions, une réhabilitation dentaire ou orthodontique.

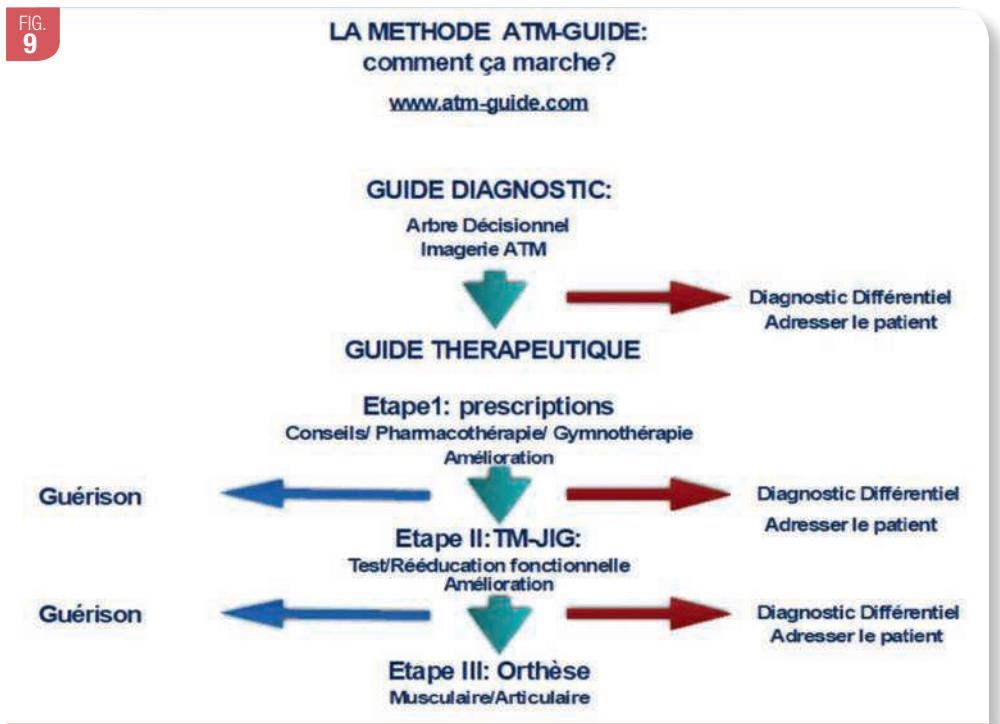


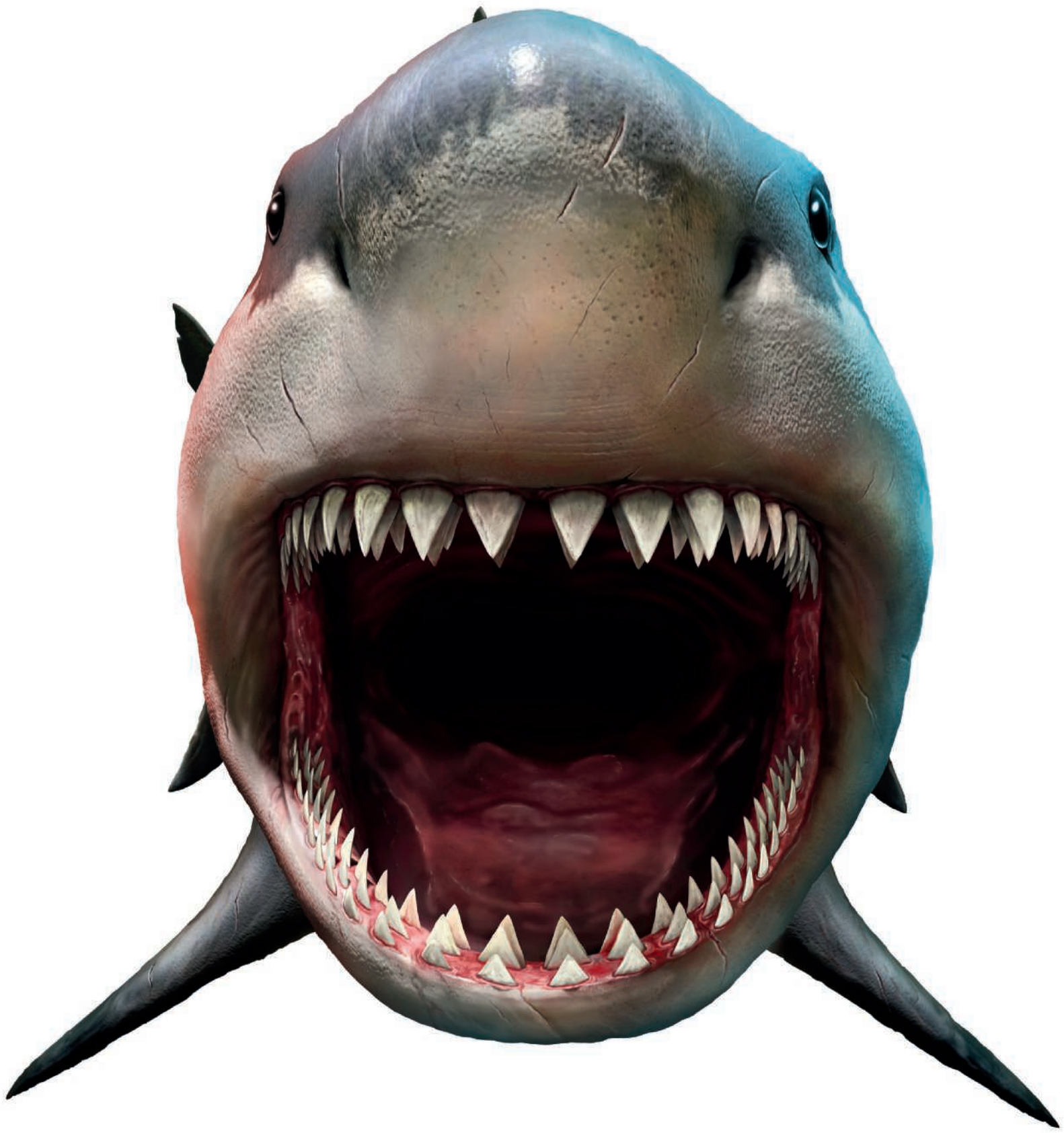

FIG. 9
La méthode « guidée » : l'arbre décisionnel propose une aide à la décision thérapeutique, à partir d'un « diagnostic différentié ». Le traitement procède par étapes successives. LE TM-JIG, une étape « dynamique » pour à la gestion du symptôme et la modification du comportement. L'étape finale est stabilisée par une orthèse si nécessaire.

## Bibliographie

1. *Randolph CS, Greene CS, Moretti R, Forbes D, Perry HT. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1990 Jul ; 98 (1) : 77-82. Conservative management of temporomandibular disorders : a posttreatment comparison between patients from a university clinic and from private practice.*
2. *Management of Temporomandibular Disorders :National Institutes of Health, Technology Assessment ;Conference Statement April 29-May 1, 1996.*

Toute la bibliographie est à retrouver sur
**www.aonews-lemag.fr**

# Plus pointu que jamais !



MSDENTAL

La référence des espaces dentaires.

msdental.fr

T 01 30 67 61 60 · contact@groupemsd.com

Équipements • High-Tech • Conseils & accompagnement • Fournitures • Service technique

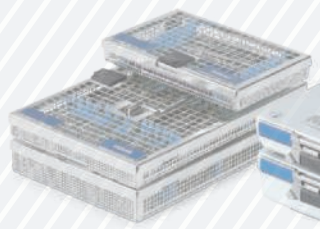
MELAG® France
Expert en Hygiène

## CHAINE D'ASEPTIE
## COMPLÈTE & INTERCONNECTÉE

Installation & Formation sur Site
Validation & Qualification Opérationnelle
Services & Télémaintenance
Hotline

GARANTIE 7 ans SERVICE PRIVILÉGIÉ

Cassettes
**MELA**store-Trays®



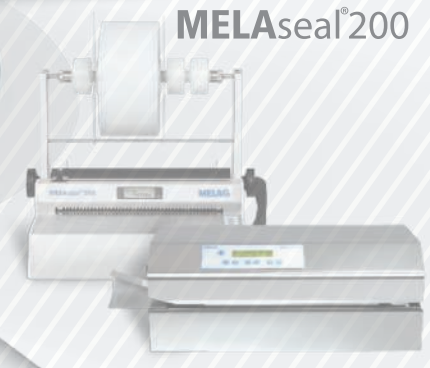
Containers
**MELA**store-Box®

**MELA**therm® IO

**MELA**trace®

**MELA**print® 60

**MELA**seal® 200



**MELA**seal® pro

# Cliniclave 45
## Capacité & vitesse d'exécution !

Le « **XXL** » surdoué aux performances exceptionnelles.
**15 containers**, 35 kg d'instruments ou 7 kg de textiles stérilisés en **45 min tout compris**.

récylum

FILIÈRE DE RECYCLAGE AGRÉÉE DEEE PRO www.recylum.com ADHÉRENT

Équipements fabriqués suivant normes et directives :

2006/42/CE (Directive Européenne)
EN 285 (Grands Stérilisateurs)
EN 13 060 (Petits Stérilisateurs)
EN 11607 - 2 (Thermosoudeuses)
DIN EN ISO 15883 (Appareils de Nettoyage & Désinfection)
93/42/CEE Classe IIa (Directive Européenne Produits Médicaux)

**CONTACT :** 01 30 76 03 00 | info@melagfrance.fr

www.melagfrance.fr

Wacyl Mesnay

# Une application clinique

Wacyl Mesnay
Paris

La méthode ATM-GUIDE est conçue pour accompagner le praticien dans les différentes étapes thérapeutiques, depuis l'entretien initial de la première consultation jusqu'au terme du traitement. Tous les documents sont accessibles sur le site ATM-GUIDE.

## L'organisation des séances

### Le premier rendez-vous (env. 20 mn)

**Le premier temps** de la consultation consiste à établir une bonne relation avec son patient. Le patient est accueilli par des questions ouvertes, puis, le praticien, muni de la fiche thérapeutique peut alors enregistrer les symptômes suivant les questions précises qu'il trouvera sur la fiche clinique.

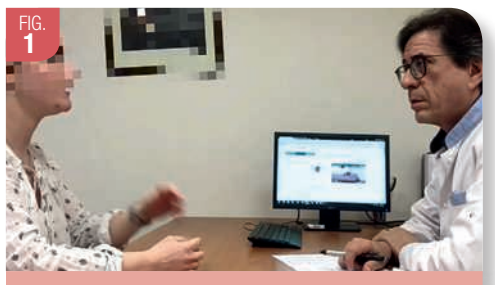


FIG. 1

Le praticien écoute, observe et note sur la fiche clinique

**Le deuxième temps de la consultation :** le praticien ouvre l'espace patient du site ATM-GUIDE pour consulter le questionnaire patient. Les résultats du questionnaire fournissent un ensemble d'informations adaptées au patient, en particulier des indications sur l'origine probable de la douleur, de la dysfonction, le stress… Le praticien en fait la lecture.

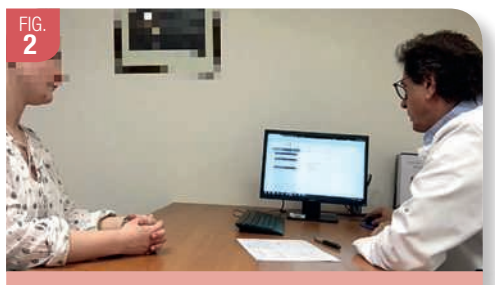


FIG. 2

Le praticien et son patient consultent le site pour les informations.

**Le troisième temps de la consultation :** l'examen clinique. Cet examen peut se limiter à l'observation des amplitudes de mouvements, en notant les limitations éventuelles en ouverture et propulsion. Dans le cas d'un bruit articulaire, on observera si celui-ci se produit en cours de mouvements ou seulement en fin de grande ouverture (important).

**Le quatrième temps de la consultation :** On reportera sur la fiche de synthèse l'ensemble des éléments recueillis pour les reporter sur l'arbre décisionnel dans l'espace praticien. Au terme de cette consultation, le praticien fourni un livret d'information au patient pour les premières prescriptions en ergothérapie et en gymnothérapie, accompagnées d'une ordonnance antalgique, anti-inflammatoire et myorelaxante suivant les cas. Une information sur les étapes suivantes se trouve également décrites dans le livret. Un devis est établi en prévision des étapes suivantes.

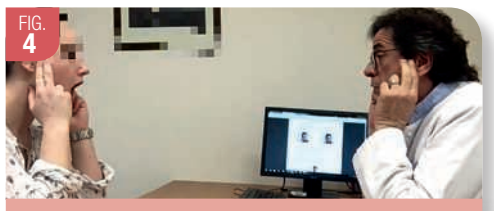


FIG. 4

Les premiers exercices sont prescrits ; ils sont ensuite téléchargés et imprimés pour le patient.

Il est préférable que le patient soit déjà muni d'une radiographie panoramique et, si possible, d'une zonographie des ATM bouche ouverte et bouche fermée. Sinon, un deuxième rendez-vous est nécessaire pour la confirmation du diagnostic. La radiographie renseigne sur les modifications de contours des ATM en cas d'arthrose, tumeurs, ankyloses ; un compte rendu du radiologue est quelquefois utile. Suivant l'importance du symptôme, en particulier lors d'une limitation permanente de l'ouverture buccale ; **le TM-JIG maxillaire peut être indiqué dès la première séance**.

### La deuxième consultation : un mois plus tard environ

Elle n'est pas systématique, en particulier si un diagnostic différentiel a été établi lors de la première séance et le patient adressé a un centre de traitement de la douleur ou au chirurgien maxillo-facial. Les éléments fournis lors de la séance précédente peuvent également être suffisants pour la résolution lorsqu'il s'agit d'un trouble léger d'apparition récente.

Pour un trouble musculaire ou articulaire, résultat positif de la première séance est une diminution du symptôme. La pose du dispositif TM-JIG est alors indiquée, pour la résolution complète du cas. Un livret est également délivré au patient. Il contient toutes les informations concernant le port et l'utilisation de l'orthèse.

### Troisième consultation : deux mois plus tard environ

C'est une consultation d'évaluation et de renforcement. Les symptômes ont disparu : la thérapeutique peut s'arrêter, en s'assurant que le patient est en mesure de prévenir une récidive, par la prise de conscience des états de tension et leur prévention. Le TM-JIG peut être porté à l'occasion. Les symptômes ont diminué : les patients présentant des symptômes de longue durée le traitement peut se prolonger. Il faudra alors soutenir le patient dans sa motivation par une ou deux séances supplémentaires.

## Conclusion

Une consultation pour un trouble musculo-squelettique de l'ATM ne devrait pas excéder six mois pour un trouble « aigu ». Les troubles musculaires sont pour la plupart du temps accompagnés d'un état de stress. Lorsqu'il s'agit de troubles chroniques (excédant six mois) le praticien sera informé du niveau de difficulté ainsi que la conduite à tenir pour ces patients. Pour les cas les plus difficiles, certains patients, souvent qualifiés de « psy » à tort, le praticien trouvera une source d'information pour communiquer et adresser convenablement.

dentalinov
une solution d'avance

# LA COMMANDE EXPRESS À PORTÉE DE MAIN
# SHOP.DENTALINOV.COM
# LE SITE QUI VOUS REND SERVICE

**NOUVEAU SITE WEB**

**LA BOUTIQUE DU CONSOMMABLE ET DU PETIT ÉQUIPEMENT**

Distributeur en Île-de-France
Apporteur de solutions globales
pour le cabinet dentaire
Showroom de 200m²
8, place du Maréchal Juin - CS 10071
92441 ISSY LES MOULINEAUX

**www.dentalinov.com**
**www.shop.dentalinov.com**

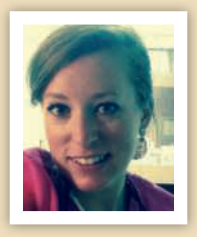
# VOUS SOIGNEZ VOS PATIENTS
# NOUS SOIGNONS VOS ATTENTES

PUB A3 DENTALINOV.indd 1 19/07/2018 09:04

Prix AO J. Breillat 2017

Partenaire du prix LABOCAST

# Étude approfondie des mécanismes de l'éclaircissement ambulatoire externe et création de la consultation traitement des dyschromies de Charles Foix




**Lauréate : Astrid Gabet***

**Directeur de thèse : Jean-Pierre Attal****


## Introduction

Décrit par Haywood et Heymann en 1989, l'éclaircissement dentaire externe ambulatoire est aujourd'hui reconnu comme un procédé sûr et efficient (1). Bien que de nombreuses colorations dentaires physiologiques aient été traitées avec succès via ce procédé, il demeure des situations cliniques délicates, pour lesquelles les résultats sont moins probants : les colorations cervicales, les colorations des racines, les colorations liées à la tétracycline, les colorations liées à certaines pathologies (fluorose sévère, amélogénèse imparfaite, etc.). Afin de comprendre les difficultés rencontrées dans le traitement de telles situations, il était nécessaire de développer une connaissance approfondie des propriétés optiques de la dent naturelle et de la dent éclaircie.

Les buts de cette thèse étaient :

- d'approfondir les mécanismes de l'éclaircissement en insistant sur le phénomène optique d'opacification de l'émail. En effet, cette composante physique de l'éclaircissement est peu connue, contrairement au mécanisme chimique de l'éclaircissement résultant de la digestion chromophorique, phénomène bien connu et documenté ;
- de proposer la création d'une consultation spécifique, à l'approche résolument médicale, qui permettra à tous les patients atteints de dyschromies, jeunes ou adultes, en situation de handicap ou non, de profiter de traitements ultra-conservateurs, encore peu ou mal dispensés à l'heure actuelle dans les cabinets libéraux. De plus, cette consultation spécialisée, dont le fonctionnement s'appuiera sur des protocoles bien précis et décrits dans la thèse, nous permettra de tester certaines procédures (dont celles développées dans cette thèse) et de contribuer à l'amélioration des protocoles cliniques en mettant en place des protocoles de recherche.

## Les mécanismes de l'éclaircissement

Même si le mécanisme de l'éclaircissement est encore mal élucidé, la littérature s'accorde à expliquer le changement de perception de la couleur de la dent par une interaction chimique entre le peroxyde d'hydrogène et les chromophores (2, 3, 4).

### Composante chimique

Les chromophores sont des molécules organiques colorées possédant de longues chaînes conjuguées (composées alternativement de simples et doubles liaisons) au sein desquelles sont souvent inclus des hétéroatomes ou des noyaux phényles (cycles) ou carbonyles (C = O). Ces liaisons vont procurer à ces molécules leur capacité à absorber certaines longueurs d'onde du rayonnement incident et à réfléchir d'autres longueurs d'onde, entraînant ainsi la perception colorée. Leur « décoloration » est permise par leur oxydation par le peroxyde d'hydrogène ($H_2O_2$), qui entraîne une dégradation d'une ou plusieurs de ces doubles liaisons de la chaîne carbonée et donc une diminution de la coloration de ces molécules.

Ce que nous venons de décrire est la composante chimique de l'éclaircissement. Mais il existe une composante physique de l'éclaircissement très rarement décrite qui a fait l'objet d'un approfondissement spécifique dans le cadre de cette thèse.

### Composante physique

*L'étude de Ma et al.* permet de mieux comprendre les phénomènes en jeu (5). Cette équipe a réussi à évaluer la contribution spécifique, de l'émail et de la dentine, au résultat de l'éclaircissement. Cette étude montre que l'essentiel de l'effet de l'éclaircissement (évalué par la luminosité et la quantité de jaune) est lié à l'émail, et non à la dentine comme on aurait pu le supposer. Par ailleurs en étudiant la translucidité de l'émail, les auteurs concluent que suite à l'éclaircissement on constate une opacification de ce tissu minéralisé.

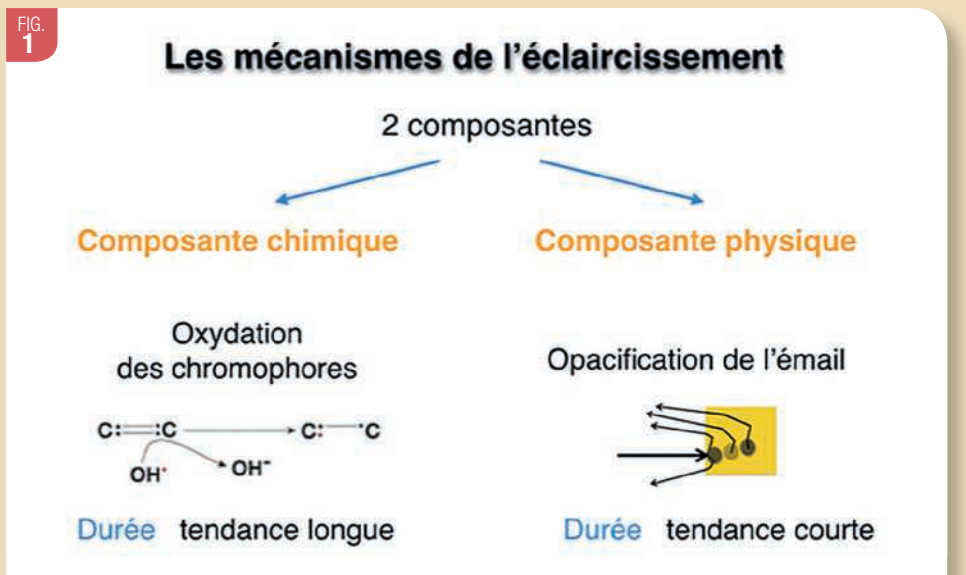
C'est la composante physique assez méconnue de l'éclaircissement. La lumière provenant d'une dent éclaircie et réfléchie à l'œil est donc majoritairement issue de l'émail, devenu moins translucide et dont les chromophores ont été facilement dégradés. Cet émail éclairci est finalement moins saturé et plus lumineux et masque, au moins partiellement, la couleur de la dentine sous jacente.

Au final, nous pouvons énoncer le paradoxe suivant : si la couleur de la dent « naturelle » est essentiellement influencée par les propriétés optiques de la dentine, la couleur de la dent « éclaircie » est, elle, essentiellement influencée par les propriétés optiques de l'émail (5).

### Synthèse

Nous avons synthétisé dans la **Fig. 1** ci-contre les différentes composantes du mécanisme de l'éclaircissement. Notons que l'effet d'opacification est plutôt rapide tandis que l'effet d'oxydation des chromophores est plus long (et d'autant plus long que le patient est âgé car les chromophores ont eu le temps de s'agglutiner).

FIG. 1




Les différentes composantes du mécanisme de l'éclaircissement externe. D'une part un mécanisme chimique bien connu reposant sur la dégradation des chromophores par oxydation de leurs doubles liaisons. Le temps d'action est relativement long, et d'autant plus si les chromophores sont en agrégats. D'autre part un mécanisme physique, peu connu, résultant d'une opacification amélaire. Ce dernier mécanisme est, lui, à tendance plutôt courte. Connaître ces différents procédés permet notamment une meilleure évaluation du pronostic et du temps de traitement.

## Conséquences

La connaissance des mécanismes de l'éclaircissement nous permet de comprendre un certain nombre de difficultés cliniques. Nous en citerons 2, parmi les 11 décrits dans la thèse.

### Les collets

Il est connu que les collets sont difficiles à éclaircir. On le comprend bien maintenant. En effet, cette zone cervicale présente très peu d'émail, il en résulte donc peu d'opacification. Il faudra donc agir sur la désaturation de la dentine (composante chimique) qui est plus longue à obtenir, comme nous l'avons aussi vu. Mais nous n'obtiendrons jamais à ce niveau une forte luminosité qui n'est permise que par la présence d'émail.

FIG. 2

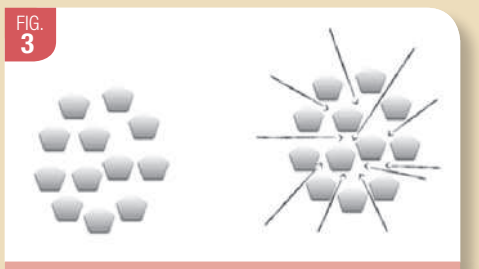
Illustration de la difficulté de l'éclaircissement des collets. Notons la très forte opacité coronaire de 44 et 45 qui donne un aspect disgracieux au sourire, selon la patiente. Nous avons prolongé de 3 semaines le traitement afin d'homogénéiser la teinte (diminution de la quantité de jaune au niveau du collet). Cette homogénéisation s'observe (photo du bas) quelques jours après la fin de l'éclaircissement (légère diminution de l'opacité coronaire).

Dans le cas de la **Fig. 2**, on observe un fort décalage de luminosité entre la partie coronaire et la partie cervicale notamment au niveau de 44 et de 45. L'augmentation du temps d'application du peroxyde de carbamide, qui permet de diminuer un peu la quantité de jaune au niveau du collet, puis l'attente d'une légère diminution de l'opacification de la partie de la dent (photo de droite après 3 semaines), permettent d'obtenir une homogénéisation colorimétrique. L'objectif, dans cette situation, est d'obtenir une transition optique douce entre la partie coronaire et la partie cervicale de la dent.

### L'éclaircissement chez les jeunes

Il est connu que l'éclaircissement chez les jeunes est très efficace. On le comprend bien maintenant. L'émail étant épais et partiellement mature (n'ayant pas encore subi la minéralisation liée à l'âge), l'opacification amélaire obtenue est importante. Il existe donc un masquage de la dentine saturée sous jacente. Par ailleurs, la désaturation se fait facilement car les chromophores ne sont pas encore agglutinés, comme ils le sont chez le sujet âgé (6) **(Fig. 3)**.

FIG. 3



Chez un jeune, les chromophores ne sont pas encore agglutinés (à gauche), et ainsi leur oxydation par le produit d'éclaircissement se fait facilement (à droite).
*Source : inspiré par Dr Rod Khurty (5)*

## La consultation

### Objectifs

Suite à cette thèse nous avons créé une consultation de traitement des dyschromies à l'hôpital Charles Foix d'Ivry sur Seine, ouverte tous les lundis après midi. Cette consultation est parrainée par le docteur Linda Greenwall, spécialiste mondiale incontestée de l'éclaircissement dentaire. Les docteurs Kods Mahdhaoui, Marion Regin (Luxembourg) et Clara Ramel Federlich (Marseille) y participent très activement.

Les objectifs de cette consultation sont les suivants :

- chez les enfants et adolescents, définir un diagnostic et réaliser le traitement des dyschromies. Ceci dans le but de soigner une maladie, de faciliter les soins futurs et ainsi d'améliorer le confort de vie du patient. Cette consultation fonctionne en collaboration avec la consultation d'Odontologie pédiatrique/maladies rares de l'hôpital Albert Chenevier, dont la responsable (Dr Élisabeth Dursun) est partenaire de ce projet ;

- chez les adultes, poser également un diagnostic et réaliser le traitement des dyschromies. Nous traiterons les patients avec des demandes de « dents plus blanches », mais aussi et surtout tous les patients pour lesquels l'éclaircissement permettra de simplifier voire d'éviter un traitement prothétique, souvent moins respectueux des tissus. Cette démarche sera prise en concertation avec les autres disciplines concernées (orthodontie, parodontie, dentisterie restauratrice et prothèses) ;

- développer, grâce aux situations cliniques rencontrées et traitées, la recherche clinique et l'innovation dans le domaine de l'éclaircissement dentaire, et plus généralement, du traitement des dyschromies.

### Fonctionnement

Un box a été spécialement affecté à cette consultation et a été équipé d'un plafonnier lumière du jour Degré K Albédo LEDd65. Des industriels partenaires de la consultation nous aident, notamment en nous fournissant du matériel (Dentsply, GC, GSK, Kerr, Komet, Pred, Sirona, SDI, Ultradent, et Vita).

La planification des rendez-vous (RDV) suit toujours le schéma suivant :

- 1er RDV : anamnèse médico-dentaire, découverte du patient et évaluation de sa demande, diagnostic de la dyschromie, mesure des grandeurs caractéristiques (spectrophotométrie, voir plus loin), pose de l'indication ;
- 2e RDV : détartrage et élimination des colorations de surface par aéropolissage, empreintes ;
- entre les 2e et 3e RDV : réalisation des gouttières ;
- 3e RDV : photos (3 échelles, visage, sourire, dento-gingivale), mesure des grandeurs caractéristiques (spectrophotométrie), remise du kit d'éclaircissement ; démonstration, explications puis réalisation par le patient ;
- 4e RDV et suite : 1er contrôle à 15 jours puis tous les 15 jours/3 semaines (fréquence adaptée à chaque traitement) : mesure des grandeurs caractéristiques (spectrophotométrie) et photos ;
- fin du traitement : mesure des grandeurs caractéristiques (spectrophotométrie) et photos avant/après, prescriptions permettant de maintenir les résultats, évaluation de la satisfaction patient et mise en place du suivi et de la maintenance.

FIG. 5

Patient présentant une fluorose très sévère. Les photos du bas montrent le résultat à l'échelle du visage et du sourire après 6 mois d'éclaircissement. On note une très forte diminution des colorations avec toutefois une légère teinte jaune résiduelle. Le patient est déjà très satisfait. Il a été décidé de continuer l'éclaircissement pendant 2 à 3 mois.

### Apport des données de la thèse au diagnostic et à l'évaluation du traitement

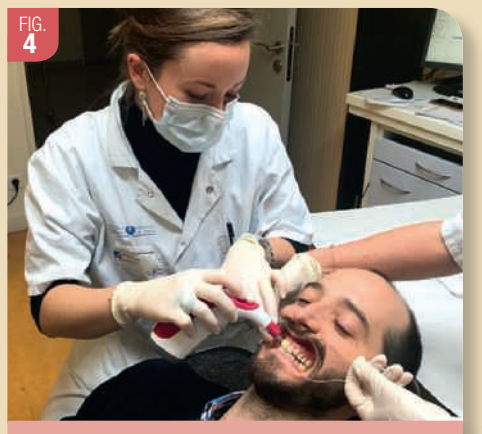
La bonne connaissance des mécanismes d'éclaircissement, avec notamment ses deux composantes, nous a incités à améliorer nos méthodes d'évaluation de la couleur, avant l'éclaircissement, et tout au long du traitement. En effet, nous nous sommes intéressés de près à la spectrophotométrie, susceptible de nous donner des grandeurs en rapport avec ces mécanismes. Un point récent sur ce sujet a été publié par Andrew Joiner, spécialiste incontesté de la couleur en odontologie (7).

En effet le spectrophotomètre [nous avons pour le moment testé l'EasyShade de Vita **(Fig. 4)**] nous permet d'avoir accès, entre autres, aux 3 grandeurs caractéristiques de la couleur selon le système CIELa*b* proposé par la Commission Internationale de l'Éclairage (CIE).

- L représente la luminance (mesure physique objective de la luminosité qui elle intègre la perception de l'observateur) avec L = 100 pour le blanc et L = 0 pour le noir
- a* représente la composante de la couleur sur un axe rouge-vert
- b* représente la composante de la couleur sur un axe jaune-bleu

Bien entendu nous avons accès à d'autres paramètres : teinte 3D Master, teinte Vitapan Classical, nombre de teintes de Vita bleached guide (échelle de 1 à 30)…

FIG. 4



Les grandeurs colorimétriques La*b* sont mesurées à chaque séance sur un groupe de dents test à l'aide du spectrophotomètre Easyshade (Vita). Nous focalisons notre attention sur L (luminance) et b* (quantité de jaune) : 2 paramètres essentiels qui sont nettement modifiés pendant l'éclaircissement.

Un article publié en décembre dernier nous aide bien dans notre interprétation des grandeurs quantitatives car des seuils de détection des modifications de ces grandeurs ont été établis (8). Par ailleurs à partir de ces grandeurs, des indices de blancheur peuvent être calculés (9).

Pour résumer notre stratégie avec le spectrophotomètre, en manipulant ces grandeurs, surtout le L et le b*, nous pouvons :

- **affiner le pronostic de l'éclaircissement**. Par exemple un patient âgé avec un faible L et un faible b* ne pourra pas être éclairci avec un excellent pronostic car la valeur de b* ne pourra pas beaucoup baisser et la valeur de L ne pourra pas beaucoup monter (étant donné la faible épaisseur de l'émail et sa faible aptitude à s'opacifier à cet âge). Inversement un jeune patient avec un fort b* et un L important (ou faible d'ailleurs) présentera un excellent pronostic.

- **suivre l'évolution de l'éclaircissement**. En effet ces valeurs quantitatives nous semblent bien plus convaincantes pour nous praticiens. Mais aussi pour le patient. La rigueur scientifique de ces mesures est un excellent outil de communication avec le patient permettant de gagner plus aisément son adhésion et sa coopération. Elles nous permettent aussi de conseiller le patient sur la durée du traitement. En effet on rappelle que l'opacification (l'augmentation de L) est un phénomène plutôt rapide et la digestion des chromophores (la diminution de b*), surtout chez le patient âgé, est un phénomène long qui nécessite le port de la gouttière sur une durée importante.

Dans une seconde étape nous avons l'intention de mettre au point un logiciel spécifique de suivi d'éclaircissement dentaire, ce qui nous permettra, en automatisant de nombreuses taches, en plus d'optimiser nos traitements, de débuter des protocoles expérimentaux de recherche. Les sujets ne manquent pas…

### Bilan après 6 mois d'existence

Après 6 mois de fonctionnement de cette consultation, la demande est croissante que ce soit de la part des patients (consultation externe) ou même des étudiants. Les retours de ces deux populations sont très encourageants :

- les patients évaluent très positivement la prise en charge et le traitement réalisés. Cette évaluation est faite à l'aide d'échelles visuelles analogiques (EVA) en fin de traitement. Ils indiquent pour la plupart un réel changement dans leur confort de vie par une amélioration de la communication, un sourire retrouvé et un rire spontané, un regain de propreté, jeunesse et vitalité **(Fig. 5)**.

- les étudiants apprécient apprendre de nouveaux traitements faciles à mettre en œuvre, ainsi que l'approche médicale globale nécessaire et permise par l'éclaircissement.

Ce dynamisme, autour de cette nouvelle activité au sein du service odontologique de l'hôpital Charles Foix, est tel qu'afin de répondre à l'intérêt et à la demande, il est question qu'une seconde plage de consultation, dirigée par le Professeur Chemla, ouvre en septembre.

*Docteur en chirurgie dentaire, pratique privée à Paris. Coordinatrice de la consultation de traitement des dyschromies de Charles Foix (Ivry/Seine).

**MCU-PH (Paris Descartes). Responsable de la consultation de traitement des dyschromies de Charles Foix (Ivry/Seine).

## Bibliographie

1. *Haywood et Heymann, « Nightguard vital bleaching »*
2. *Joshi SB. An overview of vital teeth bleaching. J Interdiscip Dent 2016 ; 6 (1) : 3-13.*

Toute la bibliographie est à retrouver sur **www.aonews-lemag.fr**

A-dec vous prépare une rentrée haute en couleur...

BLUE

**PACIFIC** Color by A-dec

a-dec
reliablecreativesolutions

“A-dec, l’essentiel et rien d’autre”

Venez découvrir la gamme A-dec chez votre concessionnaire sur le site www.a-dec.fr

# CONGRÈS INTERNATIONAL

# 10H
DE L'IMPLANTOLOGIE
8 NOV. 2018
# PARIS

**25EME ÉDITION**

CITÉ UNIVERSITAIRE INTERNATIONALE
MAISON INTERNATIONALE - PARIS XIV

## GREFFES OSSEUSES & PROTHÈSES IMPLANTAIRES À L'ÈRE DU NUMÉRIQUE

### CONFÉRENCIERS

Dr Maher ALMASRI
Dr Romain BEAUGÉ
Dr Valérie BENSOUSSAN
Dr Raphaël BETTACH
Dr Ayman BOUATTOUR
Dr Elies BOUGATEF
Dr Gilles BOUKHRIS
Dr Benoit CAYRON
M. Dove CHAOUAT
Pr Massimo DEL FABBRO
Dr Frédérick GAULTIER
Dr Alice GUYON
Dr Behzad HOUSHMAND
Dr Hisham Aljandali HUMAM
Dr Jacques LALO
Dr Michaël SAMAMA
Dr Silvio TASCHIERI

### MODÉRATEURS

Dr Gilles ABITBOL
Dr Michael ELBAZ
Dr Henry SANDER
Dr Marc ZNATY

Inscription sur
**www.arom-france.com**

A.R.O.M. Paris

23/25 rue Emile Zola 93100 MONTREUIL
Tél. : 01 42 87 83 02
contact@arom-france.com

Marseille

SOIRÉE DU 10 AVRIL

# Sexe et bouche
## avec Fabrice Campana

**Jean-Luc Guetta**

Pour notre soirée du 10 avril, nous avons débuté avec un intervenant, en la personne d'Alain Taïeb agent général d'AXA Prévoyance et Patrimoine. **Alain Taïeb** est un partenaire fidèle et indéfectible d'AO Marseille Provence depuis de très nombreuses années.

Après cette proposition d'audit gratuite de nos contrats par Alain Taïeb, nous avons eu un cours de médecine très pointu, malgré un sujet volontairement très provocateur de **Fabrice Campana** ***« Sexe et bouche »***.

Tout au long de la soirée nous avons passé en revue les moyens de diagnostiquer et de se comporter face à différentes pathologies comme le VIH/sida, les hépatites A B C, la syphilis, l'herpès génital, les condylomes, la chlamydia, et la gonorrhée.

Merci à nos partenaires : AXA (Alain Taïeb), Euronda (Gilles Mosca), Dexter (Frédéric Cabre), W & H (Isabelle Maroto), Pierre Fabre Oral Care (Elisabeth Olive et Laurence Brisbart), Crown Ceram (Judicaël Chelly) et Crinex (Sophie Provin).

Fabrice Campana avec Denis Chaouat

Alain Taïeb

Jacky Tamam et Jean-Jacques Ouzilou

Marc Chiche et Thierry Meyer

Élodie Sebag entourée d'Alain Leban et Thierry Meyer

Alain Londner et Franck Halimi

Nos plus grands cavistes d'AOM !

Je remercie le bureau de m'avoir fêté mon anniversaire

Tel-Aviv (UTA)

12 JUIN

# Le Prince Albert, Doctor Honoris Causa à l'Université de Tel Aviv

Le **Prince Albert II de Monaco** a été reçu par le **Prof. Joseph Klafter**, Président de l'Université, le **Prof. Jacob Frenkel**, Président du conseil des gouverneurs et **Amos Elad**, Vice-président le 12 juin dernier sur le campus de l'Université de Tel-Aviv. Il y a rencontré de nombreux chercheurs et étudiants, et il a reçu le titre de Docteur honoris, au cours d'une cérémonie festive qui s'est déroulée dans le bâtiment *Porter des Études sur l'Environnement*, une de ses préoccupations centrales depuis de nombreuses années

# Les orthèses d'avancée mandibulaire

## avec Maguy Lévy

### Jacques Bellehsen

En ce début du mois de juin, **Maguy Lévy, praticien hospitalier et libéral à Paris**, est venue nous traiter d'un sujet dont nous allons entendre de plus en plus parler : l'orthèse d'avancée mandibulaire.

En effet, le chirurgien-dentiste est LE praticien de santé habilité à délivrer ces dispositifs médicaux, utilisés dans le traitement des apnées du sommeil. Les pouvoirs publics poussent désormais à son adoption, les préférant à l'utilisation des appareils et masques à pression positive, très coûteux pour la Sécurité Sociale, et à l'observance jugée trop faible.

Le principe de ces orthèses est simple : maintenir pendant le sommeil la mandibule en propulsion, afin de dégager le carrefour respiratoire et ainsi diminuer le nombre d'apnées par nuit, et prévenir leurs effets néfastes pour le système cardio-vasculaire et la santé en général.
L'ordonnance pour ces orthèses est toujours délivrée par un médecin habilité à faire le diagnostic d'apnées, faisant toujours suite à un enregistrement du sommeil. Si le nombre d'apnées dépasse un certain seuil, l'indication thérapeutique est posée et son efficacité doit pouvoir être vérifiée très concrètement par un nouvel enregistrement pour être maintenue.

Le diagnostic, l'élaboration et la facturation de ces dispositifs sont très réglementés et encadrés, et nécessitent une formation validante et qualifiante de la part du praticien.
Notre consœur Maguy Lévy a, avec passion et humanité, beaucoup insisté auprès de l'auditoire nombreux et très attentif sur le bénéfice immense potentiellement rendu aux patients par ces orthèses, un petit appareil très simple, mais qui peut véritablement changer la vie des patients atteints. Le chirurgien-dentiste a désormais un rôle central à jouer dans le traitement de ces pathologies aux lourdes conséquences pour la santé, y compris des plus jeunes, élargissant encore notre domaine de compétences dans ce qui est un véritable enjeu de santé public.

Maguy Lévy avec le président Philippe Lévy

**Lors de cette soirée toujours aussi conviviale plus de 80 personnes étaient présents pour écouter notre conférencière parisienne et toujours soutenue par une dizaine de laboratoires partenaires.**

SOIRÉE DU 5 JUILLET

# Le MEOPA au cabinet dentaire en 2018

### Philippe Lévy

**Magnifique soirée avant les vacances animée par Déborah Himy et Jacques Vermeulen spécialement à Strasbourg pour présenter l'usage du MEOPA en cabinet dentaire.**

Soirée en petit comité, ce qui a permis une interactivité et une ambiance extraordinaire. L'ensemble des participants est sorti convaincu de l'usage du MEOPA permettant de grands services dans notre pratique quotidienne de l'exercice de la chirurgie dentaire.

Et comme toujours soutenu par l'ensemble de nos fidèles partenaires.

Le bureau strasbourgeois tient à remercier et féliciter son secrétaire général après 6 années de bons et loyaux services. En effet, **Moshé Hamou**, diplômé de la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg, et exerçant depuis plus de 7 ans en Alsace, a décidé avec son épouse et ses quatre enfants de rebondir dans sa nouvelle vie en faisant son Alya.

Christelle Lemoine (Air Liquide), Philippe Lévy, Déborah Himy et Moshé Hamou

# La prise en charge pluridisciplinaire
## avec Adrien Marinetti et Albert Pinto

Belle soirée que celle du 14 juin dernier autour de deux conférenciers de talent : **Adrien Marinetti et Albert Pinto**.

La mission de l'orthodontiste est de répondre au triptyque indispensable suivant :
- créer une occlusion fonctionnelle avec comme objectif la pérennité du système dentaire,
- assurer la stabilité du traitement et son vieillissement dans les meilleures conditions,
- préserver ou améliorer l'esthétique.

Mais même si l'orthodontie s'inscrit dans le gradient thérapeutique comme la thérapeutique la moins invasive, elle peut être chronophage et hasardeuse suivant les choix retenus. L'orthodontie adulte doit donc interagir avec les autres disciplines de la dentisterie pour améliorer la prise en charge globale, augmenter la qualité des résultats et se terminer dans un délai raisonnable. S'adapter à la situation clinique, à l'âge et au passé dentaire, en maniant les notions de compromis quand nécessaire, est indispensable pour travailler ensemble.
Nos deux conférenciers ont su, avec brio et en duo, présenter à la centaine de confrères présents ce que peut apporter une prise en charge pluridisciplinaire moderne, tant dans son approche que par les techniques utilisées.

Nos deux orateurs, Albert Pinto et Adrien Marinetti

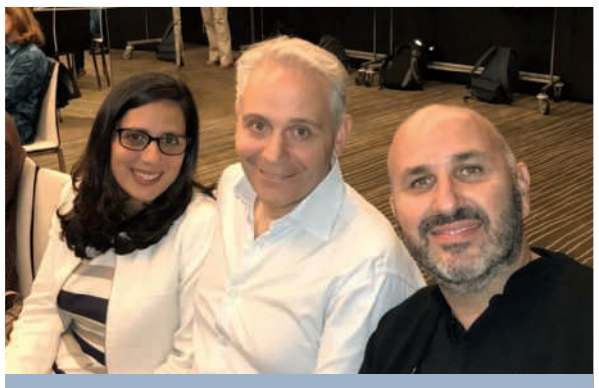
René Arav avec André Sadoun, Cyril Licha et Raoul Tibi

Patrick Lellouche et Stéphane Abitbol avec la team féminine du groupe Schein

F. Sebban avec Catherine Samuel

Franck Sebban avec nos partenaires de Crinex et d'Ultradent

Myriam Bouaziz et Laurence Grunberg


Serge Zagury avec Cécile et Igal Nahmias

Mouna Assi et sa jeune fille avec nos partenaires de Sunstar

Les jeunes de Descartes Israel avec Franck et Ilana la présidente

De beaux diplômes pour des BG !

# Tunnelisation versus lambeau bilaminaire
## avec Benjamin Cortasse

**Marc Gaudin,** étudiant en 5e année (Lyon)

Nous avons eu la chance, le jeudi 7 juin dernier de recevoir **Benjamin Cortasse**. Après plusieurs DU en implantologie, expertise maxillo-faciale et biomatériaux, **il s'est imposé en tant que conférencier dans le monde de la chirurgie plastique parodontale et implantologie esthétique. Il a approfondi particulièrement les techniques de microchirurgie**.

Cette conférence avait pour thème de nous faire découvrir deux techniques différentes de chirurgie plastique parodontale : le tunnel et le lambeau bilaminaire. Avec un taux de recouvrement de 97 % que l'on peut espérer grâce à l'utilisation de ces techniques et des résultats esthétiques similaires, la question se pose alors des indications.

Nos traitements chirurgicaux et prothétiques sont analysés, discutés et planifiés grâce à l'utilisation du Digital Smile Design. Il permet d'assurer la prévisibilité du résultat final grâce à l'analyse statique et dynamique du patient avec des photos extra et intra-orales, des vidéos et une méthodologie numérique adaptée à chaque patient. Ce protocole permet de déterminer le *pink esthetic score*, le *white esthetic score* ainsi que l'analyse esthétique de la zone de transition qui nous intéresse particulièrement dans les traitements de chirurgie plastique parodontale.

Le brillant conférencier nous a énoncé les indications qu'il avait mises en évidence par les nombreux cas cliniques qu'il a réalisés. Une tunnelisation sera plutôt choisie dans des cas de récession où la papille est longue et étroite avec une récession inférieure à 4 mm, ainsi que des traitements allant jusqu'à 4 dents présentant des récessions. La technique bilaminaire sera, elle, plus utilisée dans des cas de récessions multiples, importantes mais techniquement plus accessible lorsque la gencive attachée est en quantité suffisante (> 2 mm).

La réussite de nos traitements chirurgicaux repose principalement sur une chirurgie la plus atraumatique possible. Cela nécessite l'utilisation d'un matériel spécifique.

- Des aides optiques (jusqu'à X6) avec lumière adaptée, qui d'après les études de Burkhardt révèlent une réelle différence face à des actes chirurgicaux réalisés sans. L'assistante peut elle aussi bénéficier d'aide optique (2,5) pour optimiser ses mouvements à notre acte.
- Des lames précises et adaptées à nos incisions (dont les tracés sont bien définis en fonction des récessions), de la 15C à la Viper. Cette dernière est l'une des plus petites lames du marché avec une tête de 2,5 mm de long pour 1,5 mm de large. Elle est dotée d'une partie sécante dans la partie arrière de la zone affûtée qui lui permet d'être utilisée aussi bien en poussée qu'en traction assurant ainsi une plus grande maîtrise du geste. Ces lames triangulaires permettent d'atteindre des espaces réduits sans traumatiser les tissus environnants.
- Les sutures ont également une importance capitale pour bien plaquer et maintenir les greffons en place.
- Le prélèvement de greffon peut se faire au palais ou en rétro tubérositaire. Le prélèvement palatin profond par mono incision est plus simple à réaliser et permet l'obtention d'un greffon d'une grande étendue mais il présente une fonte plus ou moins importante. Le prélèvement rétro tubérositaire quant à lui, permet un volume, une qualité et une stabilité du greffon importants mais l'accessibilité est plus limitée.

La technique présentée par les équipes italiennes propose de réaliser un prélèvement épithélio conjonctif de 1,5 mm, qui sera desépithélialisé à la lame sur la table opératoire. Cette technique permet d'obtenir un bandeau homogène de lamina propria de grande qualité.

Les astuces de Benjamin pour les prélèvements :
- le décollement du palais se réalisera à la lame pour permettre de laisser le périoste en place et de limiter le risque de nécrose palatine ;
- regarder par l'extérieur pour réaliser les incisions, afin d'éviter toute déchirure ;
- inciser de distal en mésial pour éviter d'être gêné par les éventuels saignements ;
- favoriser si possible la technique de Bruno en réalisant des incisions en marche pour permettre une cicatrisation palatine de première intention ;
- la desépithélialisation est réalisée à la lame plutôt qu'à la fraise ;
- si l'épithélium n'est pas entièrement retiré, la surface du greffon apparaît mate alors que s'il l'est suffisamment, la surface paraît brillante.

Les astuces pour la préparation du site receveur :
- limiter au maximum les tensions au niveau de notre site chirurgical ;
- desépithélialiser les papilles avec une lame et les découper avec des ciseaux pour une meilleure précision et pour éviter de léser l'émail ;
- rincer notre site receveur avec un contre angle irrigué au sérum physiologique pour éliminer les micro-caillots et favoriser la revascularisation de notre greffon ;
- préparer les racines avec de l'EDTA (prefgel) ;
- utiliser la technique et le fil de sutures de 6/0 ou 7/0 spécifique à la technique utilisée.

Enfin notre conférencier nous a démontré à quel point les techniques de microchirurgie peuvent révolutionner nos actes, permettant de prédire et obtenir des résultats stables et esthétiques.

Précision et anticipation sont au cœur de son travail et lui permettent d'avoir des résultats cliniques impressionnants. Ces 2 points clés sont à mettre en priorité au quotidien pour obtenir un travail de qualité.

Pour conclure un grand merci à tous nos sponsors (PFOC, IDI, KURARAY, APPRODENT, DENTAL ONE, SDM DENTALL PROJECT) ainsi qu'à notre traiteur que nous testons pour la première fois « Le Vôtre ».

Benjamin Cortasse entouré de Marie-Hélène Azoulay et de Corinne Attia

Un trio de conférenciers de talents : B. Cortasse, Jean-Marc Dersot (conférencier de la Convention européenne de 2017 et qui reviendra en 2019), Éric Amsellem (notre conférencier du 11 octobre prochain « le sinus dans tous ses états »)

Nos fidèles étudiants

Thierry Maleca, Catherine Leval, sa collaboratrice et Emmanuel Guigon (Dental One)

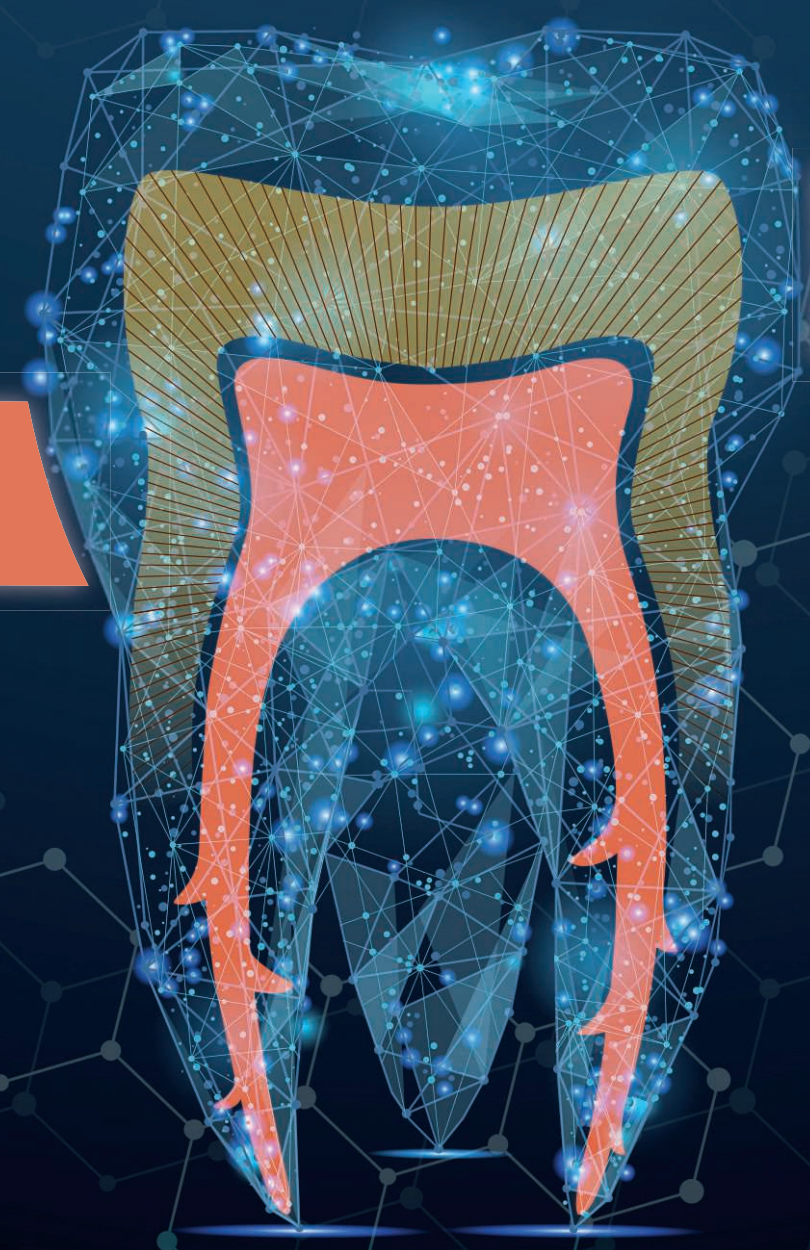
La fraternité est aussi au rendez-vous chez nos partenaires Pierre Fabre (Christian Rousset) et Approdent (M. Choukroun) partagent une table !

Christian Rousset en compagnie de Brenda Van de Watering (Kuraray Europe)

Corinne bien entourée (à droite Marc Gaudin)

# BIO BROTHERS

Les Biosilicates Septodont **INCONTOURNABLES**



**BioRoot™ RCS**
"light"
ENDODONTIE

**Biodentine™**
"Putty"
RESTAURATRICE

ACTIVE BIOSILICATE TECHNOLOGY

## • *BioRoot™ RCS*

Ciment de scellement canalaire minéral & bioactif

## • *Biodentine™*

Substitut dentinaire bioactif

septodont

Communication France - 0050I - Mai 2018

**Septodont - 58, rue du Pont de Créteil - 94107 Saint-Maur-des-Fossés Cedex Tél. : 01 49 76 70 02 - Fax : 01 49 76 70 78 - www.septodont.fr**

Dispositifs médicaux de classe III réservé à l'usage professionnel dentaire, non remboursés par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPPR. **Biodentine™ :** Marqué CE et Organisme certificateur CE0459 LNE/G-MED. Fabricant : SEPTODONT France. **Bioroot™ RCS :** Organisme certificateur CE0473 AMTAC CERTIFICATION SERVICES Ltd. Fabricant : SEPTODONT - US. Mandataire : MDSS GmbH - Allemagne. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant sur la notice ou l'étiquetage avant toute utilisation.

32671114-FR-1610 © 2017 Dentsply Sirona. Tous droits réservés.

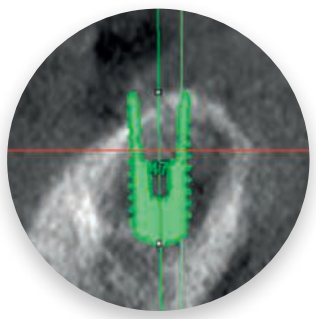
Astra Tech Implant System®

# La Terre n'est pas plate

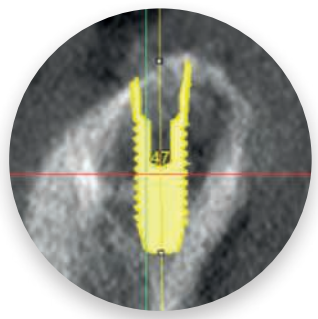
## L'anatomie des crêtes dentaires de vos patients non plus

Le monde de l'implantologie dentaire comporte déjà beaucoup de défis cliniques, alors pourquoi utiliser les protocoles classiques à tout prix ?
Plutôt que de recourir à une augmentation osseuse pour pouvoir utiliser un implant conventionnel à col rectiligne, découvrez l'implant OsseoSpeed® EV. Grâce à sa conception unique, il épouse les contours naturels des topographies osseuses inclinées.
Parce que la Terre n'est pas plate - Les crêtes inclinées exigent des implants inclinés anatomiques.

**OsseoSpeed® Profile EV –** Il est temps de bousculer le modèle classique



Approche conventionnelle vs. approche innovante



www.dentsplysirona.com/fr-fr

OsseoSpeed® Profile EV : Implant pour soins dentaires, réservé aux professionnels de santé. Dispositif médical de classe IIb. Organisme certificateur : CE0123. Fabricant : Dentsply Implants Manufacturing GmbH. Non remboursé par les organismes d'assurance maladie. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice avant toute utilisation. Rev 02/2017.

Dentsply Sirona Implants

## La collaboration entre l'Australie et le Japon favorise la santé bucco-dentaire

**Il y a trente ans, un groupe de recherche de l'Université de Melbourne dirigé par le professeur Éric Reynolds a étudié une protéine du lait appelée caséine jusqu'à ce qu'il soit capable de la décomposer et de stabiliser un nanocomplexe de phosphate de calcium par des fragments de cette protéine. Ce complexe, appelé phosphate de calcium amorphe - phosphopeptide de caséine (CPP-ACP), a été déposé sous le nom de « Recaldent™ ».**

**Chez GC, le Recaldent a été incorporé dans une gamme de produits de prévention tels que le Tooth Mousse™, MI Paste Plus™ et MI Varnish™ lesquels sont maintenant disponibles dans plus de 50 pays.**

L'effet préventif de Recaldent a été largement étudié, y compris son effet sur la reminéralisation et l'hypersensibilité. Les produits avec Recaldent sont souvent recommandés dans le cadre du traitement des MIH, ce défaut de développement de l'émail qui touche 1 enfant sur 7. Il peut également être particulièrement intéressant chez les jeunes enfants, car le niveau d'utilisation du fluor a été abaissé en raison du risque de fluorose. Mais il a également des avantages supplémentaires au traitement de fluorure standard. MI Varnish et MI Paste Plus qui combinent Recaldent et fluor, sont d'excellentes options de traitement de l'hypersensibilité et de renforcement de l'émail chez l'adulte, tout comme dans le traitement de la carie radiculaire. Des effets synergiques avec d'autres substances préventives sont actuellement explorés pour encore améliorer les effets bénéfiques.

Le professeur Éric Reynolds est actuellement à la tête du Melbourne Dental School et Oral Biology Research Group de l'Université de Melbourne et du CEO Oral Health CRC. La collaboration entre l'Université australienne et GC a été mutuellement bénéfique et ne se limite pas aux affaires ; il a permis la mise en application des avantages du Recaldent. Le professeur Éric Reynolds a reçu l'an dernier le « Prime Minister's Prize for Innovation » pour avoir inventé et commercialisé le Recaldent.

Vous voulez en savoir plus sur les produits de prévention GC ?
**https ://www.gceurope.com/products/prevent/#prevent**

## ELGYDIUM et l'âge de glace

**Un partenariat qui ne va pas laisser les enfants de glace**

Soucieux de proposer des soins bucco-dentaires adaptés aux besoins de chaque âge et d'éduquer à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire dès le plus jeune âge, les Laboratoires Pierre Fabre Oral Care lancent une nouvelle gamme enfants Kids et Junior aux couleurs du film d'animation l'Âge de glace.

Cette gamme est composée de 4 produits à l'effigie des héros de la saga.
- Pour les enfants de 2 à 6 ans, un dentifrice Fraise givrée et une brosse à dents avec une tête et un manche adaptés
- Pour les enfants de 7 à 12 ans, un dentifrice goût Tu ti frutti associé à une brosse à dents avec une tête et un manche adaptés

Une idée originale et ludique lancée en mai dernier : Scrat, Manfred, Sid, Diego et les autres ont débarqué en pharmacies, de quoi faire fondre d plaisir tous les fans du célèbre film d'animation !

## SIVP dentaire

**Quinze ans de succès, un modèle unique en Europe... Et des ambitions !**

Créée en 2003, SIVP Dentaire s'est imposée, en 15 ans, dans le cercle fermé des 10 meilleurs laboratoires de prothèses français. Dotée de quatre filiales internationales et de deux sites de production high-tech en Turquie, l'entreprise a su marier relation clients et réactivité. Le secret du succès ? Un modèle de production unique, qui donne le ton pour l'avenir. Explications...

*« Quinze ans ! Un anniversaire que nous célébrons avec fierté, car il marque un tournant : celui d'une autre dimension pour notre entreprise ! »* Dave Brami, cofondateur du laboratoire SIVP Dentaire avec Joseph Slama, a de quoi sourire : outre cette quinzième bougie à souffler, il s'offre une unité de production de 1000 m² flambant neuve à Istanbul (la deuxième, avec celle d'Izmir). *« Ce tout nouveau site propose à notre clientèle qualité de fabrication, compétitivité et délais de traitement très courts*, poursuit le cofondateur. *Il permettra aussi d'absorber notre croissance future... »*

*« Nous avons donné naissance à un modèle de production inédit : de la sélection des matériaux à la délivrance du produit, nous sommes le seul laboratoire d'importation sans sous-traitant*, pointe notamment Dave Brami. *Cette maîtrise de tous les maillons de la chaîne est un luxe indispensable : elle nous permet d'être réactifs et compétitifs sans perdre notre lien étroit avec les praticiens. »*

SIVP Dentaire s'est ainsi implantée à Rome, Barcelone et Tel Aviv. *« Notre savoir-faire s'exporte sans jamais renier ses fondamentaux »*, note encore Dave Brami.

Fort de ce modèle économique, le laboratoire SIVP Dentaire répond à une demande exponentielle : plus de 500 000 prothèses sont sorties de leurs chaînes de fabrication à ce jour ! *« Nous sommes passés de 40 à 120 prothésistes en 15 ans. Nous espérons augmenter encore nos effectifs à l'horizon 2019. »* Et développer d'autres filiales étrangères : *« 2018 a déjà vu son lot d'évolution avec l'ouverture de ce deuxième site de fabrication high-tech, à Istanbul. Nous envisageons donc une extension du réseau pour 2019, sans doute en Europe du Nord*, se projette Joseph Slama. *Une évolution qui sera, comme les autres, fondée sur l'enthousiasme et l'esprit d'équipe : Que les prothésistes n'hésitent pas à nous le faire savoir, s'ils sont prêts à tenter l'aventure avec nous... »*. C'est dit !

*Plus d'informations : 01 40 54 89 24 –* **sivpdentaire.com**

## Philips Sonicare Protective Clean

**Les dernières innovations au service d'une brosse à dents high-tech et accessible au plus grand nombre**

Aujourd'hui, 14 %* des Français utilisent une brosse électrique. Un marché en croissance, mais encore loin derrière l'Allemagne, par exemple, où ce chiffre atteint les 35 %.
Pourtant, les professionnels ne cessent de vanter les mérites du brossage électrique Philips Sonicare comparé au brossage manuel :
- un nettoyage en profondeur qui élimine jusqu'à 7 fois plus de plaque dentaire,
- des gencives 100 % plus saines en deux semaines,
- des dents plus blanches en 7 jours seulement.

38,8 %* des dentistes recommandent déjà les produits Philips Sonicare !

**Un brossage tout en douceur**
Embout arrondi – Brins souples ou extra-souples selon les têtes choisies – Design profilé pour un accès sans gêne jusqu'au fond de la bouche – Un capteur de pression qui alerte par une vibration quand on appuie trop fort

**Un brossage intelligent**
1 mode : le mode Clean (2 mn) élimine la plaque dentaire efficacement et en douceur – 2 intensités : douce et intence – Technologie BrushSync™ : un manche équipé d'un capteur intelligent qui prévient par signal sonore et visuel quand la tête de brosse doit être changée

**Une nouvelle gamme de têtes de brosse « optimal »**
Une gamme plus claire, pour un choix simplifié : 3 couleurs pour 3 bénéfices : retrait de plaque, soin des gencives, blancheur.
Des têtes de brosse adaptables sur tous les modèles de brosse Philips Sonicare

**Source : Données internes 2018*

Owandy
RADIOLOGY

# I-max 3D

## L'IMAGERIE 3D ACCESSIBLE À TOUS

- Compacte et légère : 66kg
- 3D Cone Beam
- Multi FOV : de 9x9 à 5x5 cm
- HD : 87µm
- CAD/CAM ready
- Guides chirurgicaux
- Budget maîtrisé

**Découvrez notre gamme complète de produits : www.owandy.com**

Owandy
RADIOLOGY
2, rue des Vieilles Vignes
77183 Croissy-Beaubourg
FRANCE
Tél. + 33 (0) 1 64 11 18 18
info@owandy.com
www.owandy.com

Dispositif médical de classe Ib / CE0051. Veuillez lire attentivement les instructions figurant dans la notice d'utilisation.
Produit non remboursé par les organismes de santé. Fabricant : Owandy Radiology SARL

# EuroPerio 2018

Hanna Kruk et Marc Danan

**Tous les trois ans, c'est la coupe du monde des parodontistes organisé par l'EFP (European Federation of Periodontology). Cette année, le match se déroule à Amsterdam**. Les premières minutes sont tendues. Les équipes de 111 pays différents, Italie, France, Israël, Angleterre, Brésil et autres, se concentrent sur le programme et parient sur les buts prometteurs. L'équipe de France est prudente, choisit les conférences qui paraissent les plus innovantes. Avec des jambes de feu, on se répartit entre les différents stades, pour ne pas rater un seul match. L'après-midi commence avec **P. Marsh** (Royaume-Uni), arbitre de la notion de « microbiome humain », communauté complexe de microbes et de bactéries qui vit en équilibre avec l'ensemble de l'organisme. On comprend peu à peu que le terme de « maladie parodontale » est devenu *hasbeen* : en 2018, c'est le concept de déséquilibre bactérien ou « dysbiose » qui est tendance. La recherche avance progressivement sur de nouveaux outils susceptibles d'influencer la balance des bactéries pathogènes tels les pré et probiotiques.

Marc Danan entouré de Xavier Bensaid et Hanna Kruk

La qualité est présente et la maîtrise technique aussi pour satisfaire les quelque 10 000 auditeurs. On guette les athlètes vedettes : **coup franc de Giovanni Zucchelli** qui opère en direct une péri-implantite en réalisant un lambeau modifié tracté coronairement associé à une greffe de conjonctif enfoui.

**La finale se dispute le vendredi matin**, lors d'une séance animée par **Maurizio Tonetti** (European Federation of Periodontology) et **Kenneth Kornman** (American Academy of Periodontology). Malgré l'heure très matinale de l'événement, la salle est comble. C'est **Ian Chapple** (Royaume-Uni), **le joueur le plus agile** qui parvient à l'exercice difficile de rendre intéressante la nouvelle classification des maladies parodontales.

La distinction entre « chronique » et « agressive » est abolie et on parle de 4 niveaux (initial, modéré, sévère avec ou sans risque de perte de dents supplémentaires) associés à 3 grades basés sur le rythme de progression de la destruction parodontale et sur les facteurs de risque associés (A, pas de perte d'attache en 5 ans ; B, perte d'attache < 2 mm en 5 ans ; C, > 2 mm en 5 ans), mis en relation avec le tabac (inférieur ou supérieur à 10 cig/j, et les facteurs systémiques, diabète équilibré ou non). Les niveaux sont évalués en termes d'étendue et de distribution : généralisée, localisée, molaire-incisive.

**L'impact de la nutrition sur les mécanismes de cicatrisation impliqués dans les maladies parodontales est également plein d'espoir. Il faut faire le plein de Vitamine C et de Vitamine D pour prendre soin du sourire des bleus. La réussite est certes collective mais la France est championne du monde.**

AFPM_(09/17 *Il y a du sourire dans l'air **Faites-moi sourire. Dispositif Médical (DM) de classe IIa - Marquage CE 0124 – Organisme certificateur : DEKRA Certification GmbH - Fabricant EMS SA.
DM pour soins dentaires, réservé au professionnel de santé. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation.

# Cas clinique médico légal

## Jacques Bessade

**Dans cette affaire, un praticien met en œuvre, en 2012, une technique chirurgicale qu'il juge adaptée à la situation clinique, alors qu'elle est le reflet d'une époque révolue depuis longtemps.**
**De l'intérêt de respecter les connaissances médicales avérées, comme l'impose, heureusement, la loi.**

Mme X, assistante commerciale à l'export née en 1965, s'est rendue pour la première fois chez le Dr Z, le 7 juillet 2011. Elle est de plus en plus gênée par un bridge et a entendu parler de ce praticien. Une radiographie panoramique est réalisée mettant en évidence la présence d'un bridge supérieur gauche mal ajusté et datant de plusieurs années, remplaçant la dent 26 en s'appuyant sur 25-27.
Le 1er septembre 2011, le bridge 25-27 est déposé et une empreinte est faite. Le traitement endodontique de la dent 25 est repris et un nouveau bridge 25-27 est posé le 13 octobre 2011. La patiente se plaint de fréquentes douleurs dans le secteur inférieur gauche.
Le 1er octobre 2012, la dent 27 est infectée, Le bridge 25-27 est déposé et la dent 27 est extraite. Un scanner est prescrit le 29 octobre 2012. Une dent provisoire est réalisée sur la dent 25, le 7 novembre 2012. Le 19 novembre, les amalgames des dents 36 et 37 sont déposés. Deux inlays en or seront posés sur ces dents. Le 28 novembre, la dent 35, initialement saine, est dévitalisée. Le 19 décembre 2012, la dent 38 est extraite. Le 7 janvier 2013, la dent 35 est reconstituée à l'amalgame.
Le 14 janvier, un implant sous-périosté est placé en remplacement des dents 26-27. Un bridge provisoire est posé sur l'implant, le 21 janvier. Une empreinte est faite le 28 janvier et les dents définitives sont posées le 13 février 2013.
Le 18 mars 2013, la couronne céramo-métallique est posée sur la dent 35. Le 17 avril 2013, un inlay en composite est posé sur la dent 15.

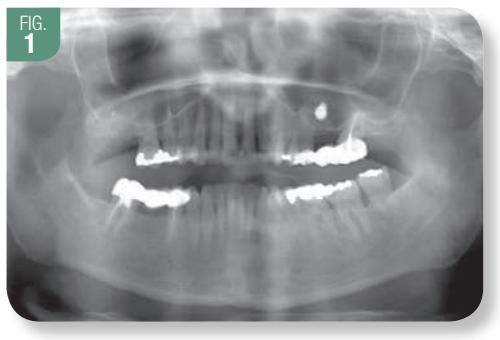
Mme X adresse un premier courrier en recommandé au praticien Z, le 19 juin 2013. La patiente se plaint de douleurs quotidiennes du côté gauche. Elle ne mange plus normalement, ne pouvant mastiquer sur l'implant, ressent des douleurs au froid et au chaud. Elle rappelle avoir déjà pris des antibiotiques par cinq fois entre novembre 2012 et mai 2013 à cause d'infections au niveau de l'implant et demande les coordonnées de son assureur afin de trouver avec eux une solution à l'indemnisation de ces divers préjudices. Elle ne recevra pas de réponse du praticien.
Elle s'adresse à un autre praticien, le Dr B qui commence à soigner la dent 36. Il prescrit un examen scanner et adresse la patiente au Dr C, spécialisée en chirurgie orale. Celui-ci note des douleurs fortes dans la zone de la pommette gauche et des expectorations vertes nauséabondes. La patiente est adressée à un médecin ORL qui diagnostique une truffe aspergillaire dans le sinus gauche. L'exérèse chirurgicale est réalisée en octobre 2013. La patiente ne souffre plus du côté gauche.
L'année 2014 se passe. En février 2015, Mme X revoit le Dr B qui constate la mise à nu d'une partie de la structure métallique dans l'implant qui apparaît au travers de la gencive. Le Dr C déposera cet implant fin avril 2015.
La patiente adresse un second courrier en recommandé au Dr Z, l'informant des perforations gingivales en regard de l'implant, associées à des infections. Elle réclame le remboursement des 10 300,00 € restés à charge sur les honoraires versés.

La dent 36 sera finalement extraite le 11 juillet 2013. Un implant sera posé le 10 janvier 2014 et une couronne en céramique posée en mai 2014. Par la suite, un comblement sinusien sera réalisé en juillet 2015, suivi de la pose de deux implants début 2016 et deux nouvelles couron nes en céramique posées en juin 2016.

## État initial

La radiographie panoramique du 7 juillet 2011 permet de fixer l'état initial **(Fig. 1)**. On note un volumineux dépassement de pâte endodontique dans le sinus maxillaire gauche.

FIG. 1



### Doléances

Mme X réclame le remboursement des 10 300 € restés à charge à l'issue des travaux. Elle se plaint de ne pas avoir été soulagée des douleurs vécues, d'abord du côté inférieur gauche de la bouche, entre octobre 2011 et juillet 2013 puis après la pose de l'implant entre février 2013 et mars 2015.

### Éléments d'information

Aucun devis n'a été présenté à la patiente. Aucun consentement éclairé n'a été présenté. Aucune information sur l'identité de l'implant posé n'a été fournie pas plus que sur le concept de l'implantologie juxta-osseuse. Aucune alternative thérapeutique n'a été proposée telle que celle finalement mise en place en réalisant un comblement sinusien associé à la pose de deux implants conventionnels.

## Examen clinique

### Examen exo buccal

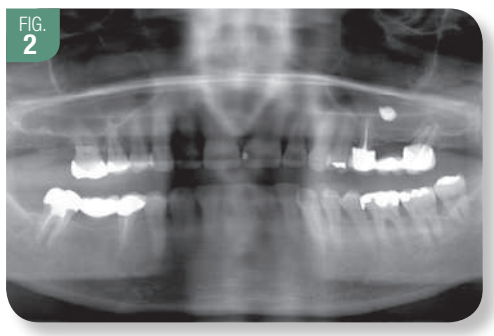
L'ouverture buccale est normale. On note un craquement articulaire droit lors de l'ouverture. Il n'y a pas de déviation du chemin d'ouverture. Les mouvements de latéralité sont normaux. En propulsion, le mouvement est normal.

### Examen endo buccal

**Maxillaire supérieur**
L'hygiène est satisfaisante. Les couronnes posées sur les dents 25 et 35 sont débordantes. La gencive périphérique est enflammée. Les implants sont ostéointégrés.
**Dire si les actes et traitements ainsi que le choix des thérapies étaient pleinement justifiés, adaptés.**
En octobre 2011, le Dr Z remplace le bridge 25-27 de Mme X.

Sur la radiographie panoramique initiale, on note un traitement endodontique peu dense, voire absent dans la racine distale. Une lésion apicale est visible à l'apex de la racine mésio-vestibulaire. Il existe une lésion parodontale angulaire profonde en mésial de cette dent. Le bridge initial était très débordant et devait être déposé. Refaire un bridge sur ces deux dents 25 et 27 représentait un plan de traitement à très court terme, la dent 27 ne présentant pas les critères suffisant pour rester pilier de bridge. Son extraction aurait dû être indiquée.
L'image du nouveau bridge **(Fig. 2)** montre que son ajustage était à nouveau très approximatif. Le Dr Z a mal évalué la situation initiale et a logiquement extrait la dent 27, un an après la pose du bridge.

FIG. 2

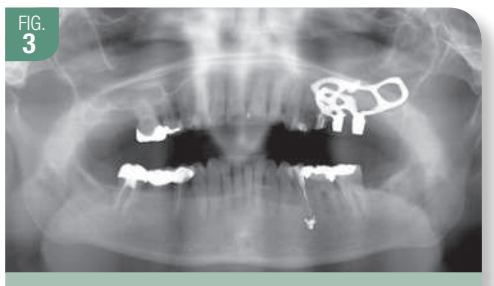


Dans un second temps, il a remplacé les deux molaires manquantes 26 et 27 en posant un implant très particulier qui est fabriqué sur mesure, à partir d'une réplique du maxillaire, issu du scanner. Il s'agit d'un implant à appui osseux ou encore appelé juxta-osseux **qui ne relève pas des bonnes pratiques implantaires**. Ces implants sont nés dans les années 40. Depuis l'avènement des implants ostéointégrés (1985), leur prévalence n'a fait que diminuer pour deux raisons majeures. D'une part, cette technique réclamait une sérieuse courbe d'apprentissage et nécessitait une bonne expérience de la chirurgie orale. D'autre part et surtout, les taux de succès diminuaient progressivement avec le temps alors que les implants actuels offrent des taux de succès prévisibles et stables dans le temps.

Il existe assez peu de références bibliographiques sur ces implants. C'est un sujet de controverse depuis qu'ils existent. Des résultats variables ont été décrits dans la littérature. Köle a trouvé un taux de réussite moyen de 6 % après 7 ans d'implantation. Lors de la Conférence de Harvard en 1978, *Goldberg* évalue le taux de succès à 10 ans à 36 %. Des résultats similaires sont rapportés par *Mercier* qui évalue ce taux à 60 % après 3,3 ans. Au contraire, les travaux de *Bodine* et *Yanase* représentent la seule étude où un suivi à long terme (> 15 ans) a été publié, avec un résultat optimal de 66 ± 8 %. En 1985, les mêmes auteurs ont publié un rapport de 30 ans sur 28 implants sous-périostés insérés entre 1952 et 1959. Les patients de cette étude ont été suivis régulièrement. Le résultat à 10 ans est d'environ 64 % et de 54 % à 15 ans.

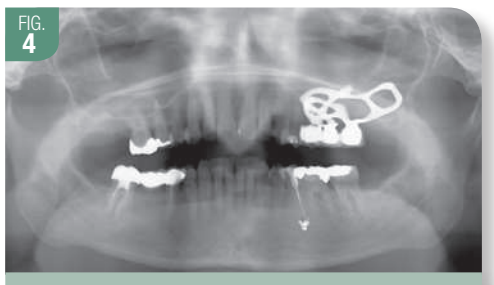
À la suite des progrès réalisés d'une part, dans le domaine des implants conventionnels endo-osseux au cours des 25 dernières années et d'autre part, dans celui des reconstructions osseuses sous-sinusiennes parfaitement codifiées depuis le milieu des années 90, l'intérêt de l'implant sous-périosté n'a fait que diminuer. Cet implant ne sera pas ostéointégré et entraînera de multiples épisodes infectieux et douloureux justifiant d'interminables antibiothérapies. Cette thérapeutique n'était pas adaptée à la situation de départ qui imposait un comblement sinusien et la pose de deux implants, traitement finalement mis en œuvre deux ans et demi plus tard **(Fig. 3 et 4)**.

FIG. 3



Janvier 2013

FIG. 4



Mars 2013

Cherchant à soulager les douleurs vécues par la patiente dans le secteur inférieur gauche, le Dr Z a dévitalisé la dent 35 qui était parfaitement saine. **Cette dévitalisation a été une erreur**. Par ailleurs, l'obturation endodontique est très débordante dans la zone apicale voisine proche de l'émergence du Nerf Mentonnier, ce qui aurait pu également être très préjudiciable à la patiente.

Il a ensuite déposé l'amalgame de la dent 36 pour le remplacer par un inlay en or mais les douleurs ont continué. L'examen de la radiographie rétro-alvéolaire de la dent 36 montre une obturation coronaire très profonde et des espaces pulpaires très atrophiés. Cette situation fait immédiatement penser à un risque de nécrose pulpaire. De plus, il existe une lésion de la furcation inter radiculaire qui compromet sérieusement l'avenir de cette dent.

Le Dr Z aurait dû dépulper la dent 36 et non la dent 35 **(Fig. 5)**. La réfection du bridge 25-27 n'était pas indiquée. Le Dr Z a fait une erreur de diagnostic en considérant la dent 27 en état de supporter un nouveau bridge. Le Dr Z a fait une erreur de diagnostic en dévitalisant abusivement la dent 35 parfaitement saine. Il a également mal évalué l'état de la dent 36 en voie de nécrose pulpaire et responsable des douleurs vécues par Mme X de fin 2012

FIG. 5

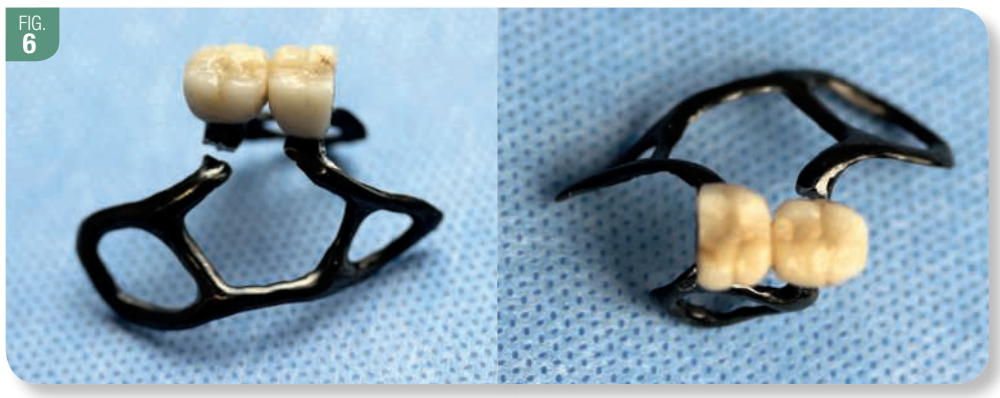


FIG. 6

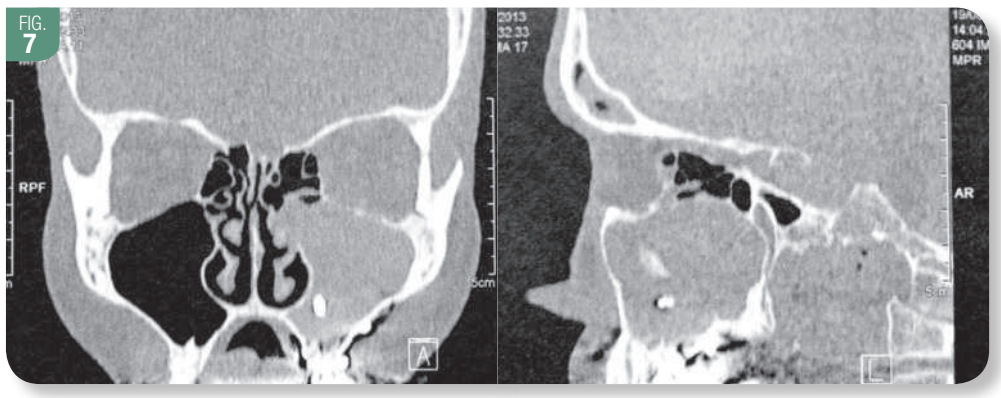


FIG. 7

à fin juin 2013. Cette dent aurait dû être dévitalisée. Enfin, le Dr Z a posé un implant dont le concept ne relève pas des données acquises de la science médicale. Cet implant a entraîné des infections et des douleurs de janvier 2013 à mars 2015 qui ont disparu avec son retrait **(Fig. 6)**.

Pour conclure, le Dr Z a fait preuve de **négligence** en ne s'inquiétant pas de la présence d'un volumineux dépassement de pâte intra-sinusien. Un praticien expérimenté sait que le risque de survenue d'une aspergillose sinusienne est loin d'être négligeable dans de telles conditions. Il a manqué à son devoir de conseil en n'adressant pas sa patiente à un praticien ORL. Le scanner du 19 août 2013 **(Fig. 7)** montre l'invasion complète du sinus gauche par la truffe aspergillaire.

**En conclusion, l'expert estime que les honoraires restés à charge pour les actes suivants devraient être restitués à la patiente, soit :**
- **la réalisation du bridge 25-27, qui n'a duré qu'un an,**
- **l'inlay en or de la dent 36, qui a finalement été extraite 7 mois plus tard,**
- **la couronne céramique sur la dent 35, qui ne devait pas être dévitalisée,**
- **l'implant qui ne relève pas des connaissances médicales avérées (5 500 €),**
- **les couronnes sur cet implant (4 500 €).**

**C'est donc un minimum de 10 000 € qui devra être rendu à Mme X, en sus des sommes restées à charge après remboursement éventuel de l'Assurance Maladie et de sa mutuelle pour les travaux indus cités ci-dessus. Mme X devra indiquer le montant détaillé de ces éventuelles prestations.**

## Préjudices

Une incapacité temporaire partielle de Classe 1 à 10 % est retenue pour la période allant de décembre 2012, date de la dévitalisation de la dent 35 à juin 2013, date de la dévitalisation justifiée de la dent 36. Pendant cette période, la patiente a expliqué ses difficultés à s'exprimer en anglais dans ses activités professionnelles avec des douleurs permanentes de la mâchoire inférieure gauche.
La consolidation est acquise depuis juin 2016, date de la pose des nouvelles couronnes sur implant en position 26-27.
Le déficit fonctionnel permanent est évalué à 0,75 %, en liaison directe à la dévitalisation abusive de la dent 35.
Les souffrances vécues par la patiente justifient d'une évaluation de 2 sur 7.
**S.E. = 2 / 7.**

## Réponses aux dires sur la pose de l'implant

Le dossier transmis à l'expert montre l'intérêt du praticien pour l'implantologie sous-périostée. Néanmoins, cette solution au problème de l'édentement reste le plus souvent associée à des édentements complets maxillaires ou mandibulaires et non pas à des édentements postérieurs unilatéraux.

Par ailleurs, on comprend que le sujet continue de passionner certains praticiens de par le monde mais cela ne suffit pas à obtenir la reconnaissance de la communauté scientifique pour une technique d'exception qui reste pratiquée par un nombre très limité de cliniciens chercheurs.
L'implant juxta-osseux est une curiosité susceptible d'intéresser tous les élèves de diplômes universitaires d'implantologie mais ne constitue certainement pas une thérapeutique appartenant aux données médicales avérées. L'Expert confirme que cet implant ne correspond pas aux bonnes pratiques implantaires.

Mme X ne pouvait pas avoir connaissance de l'approche particulière du Dr Z qui ne lui a pas, de plus, fourni d'informations spécifiques à sa méthode singulière.

Enfin, contrairement à ce qui est indiqué, le tabagisme de la patiente ne constituait nullement une contre-indication au traitement implantaire classique, comme le prouve la suite donnée au traitement.

# Le congrès de l'ADF, le rendez-vous phare de la médecine bucco-dentaire

## 27 novembre - 1er décembre

Frédéric Duffau, Christian Verner, Joël Trouillet, Jean Patrick Druo et Michel Pompignoli

Premier dans son domaine au niveau européen, rappelons que la particularité du congrès de l'ADF est d'offrir le privilège unique de concentrer en un seul lieu toutes les nouveautés liées à l'exercice dentaire et d'associer, dans le même temps et sur un même espace, un programme scientifique proposant plus d'une centaine de séances abordant les thèmes les plus techniques.

Lors de la conférence de presse du 31 mai dernier, le secrétaire général **Joël Trouillet** a insisté sur le fait que *« chaque année, le Congrès de l'ADF réunit dans un même lieu et en même temps toute la filière dentaire. En rassemblant ainsi tous les acteurs, il montre l'unité, la force et la vitalité de la profession »*.

**« Soigner, l'engagement qui nous unit »**, thème du Congrès 2018, rappelle que les chirurgiens-dentistes sont des praticiens qui soignent les patients avec les meilleures technologies existantes aujourd'hui. Au-delà de cette dimension scientifique, l'objectif et l'engagement qui unissent la profession aujourd'hui se concentrent autour du patient. *« Les praticiens doivent se sentir investis de la vocation de tout mettre en œuvre pour soigner leurs patients. Forts et fiers de leurs convictions, ils témoignent également d'un sentiment d'unité, tout en conservant leur indépendance et leur manière d'exercer leur métier »* a déclaré **Michel Pompignoli**, président du Congrès 2018.
Aujourd'hui, la profession est en plein bouleversement et risque de l'être encore davantage avec les réformes à venir. Dans 90 % des cas, le chirurgien-dentiste est un professionnel libéral, exerçant toutefois avec une grande disparité dans son mode d'exercice ; cependant quel que soit ce mode d'exercice, il est certain que chacun sera impacté par la révolution numérique et les profondes mutations qui se profilent pour tout le système de santé en particulier.
Le Congrès 2018 sera centré sur l'engagement scientifique, sociétal et politique des professionnels de la filière dentaire. Cette dernière craint en effet de souffrir de difficultés de plus en plus importantes pour proposer au patient des traitements en accord avec les évolutions technologiques que les industriels mettent à sa disposition.

### Un congrès sous le signe de la nouveauté, du rythme et de l'engagement

Il y aura **101 séances de durées et de formats différents**, pour offrir aux praticiens en quête d'une formation continue pluridisciplinaire de qualité, le plus de choix possible. Les séances seront aussi plus interactives, avec la possibilité offerte à chaque congressiste d'envoyer leurs questions, via un smartphone, aux intervenants. *« Donner plus de rythme au programme scientifique était l'objectif n° 1 du Comité scientifique ! Avec plus d'intervenants par séance et plus d'interactivité, le Congrès est l'occasion de faire le point sur ses connaissances et rencontrer ses pairs ! »*, comme l'a évoqué **Christian Verner**, président scientifique du Congrès 2018.

**Un programme international de 27 séances** va être proposé en traduction simultanée français-anglais. Au programme notamment : la présentation de deux points de vue complémentaires sur la gestion des fractures dentaires sous-gingivales chez l'adolescent et le jeune adulte entre l'allemand Gabriel Krastl et le français Thierry Degorce *(séance E95)*, de riches échanges sur le thème de l'omnipraticien au centre du traitement des parodontites entre l'anglais Iain Chapple et l'italien Filippo Graziani sous la houlette de la belge Michèle Reners *(séance C39)*, les recommandations de Jan Kühnisch (Université de Munich) sur les (bio)matériaux utilisés chez les enfants et les adolescents *(séance D77)*…

**Les Masterclasses**, concept testé par Nicolas Lehman l'année dernière, seront pérennisées mais étendues : le temps d'une journée, ces trois séances « niveau expert » s'adressent aux praticiens qui souhaitent se perfectionner et approfondir leurs connaissances sur un sujet précis comme les restaurations composites, l'hygiène orale ou les dessous du traitement de l'édentement complet.
Dans l'optique de rendre plus accessible à tous la recherche en odontologie, des **flashs recherche** seront présentés dans le cadre de quelques séances Thématique. Pendant une quinzaine de minutes, des conférenciers-chercheurs présenteront l'actualité de la recherche en parallèle avec le sujet exposé. Après un rapide rappel fondamental sur le thème de la séance, ils feront partager aux praticiens congressistes les axes de recherche et d'évolution pour l'utilisation quotidienne au cabinet dentaire.
Pour évoquer un Congrès « engagé », au-delà de la formation purement scientifique, les membres du Comité ont souhaité aborder plus largement les problèmes de société et proposer à la profession un **carrefour sociétal de « réflexion et de prise de conscience »**. Le thème retenu pour cette première édition sera « Le chirurgien-dentiste face aux violences ». Que ce soit la violence subie par les patients, et qu'il convient de détecter, ou bien celle que les personnels de santé, qu'ils soient ou non chirurgiens-dentistes, subissent ou peuvent être amenés à subir.

**Un programme sur mesure dédié à l'équipe dentaire** avec 7 séances dédiées ; 2 ateliers ont d'ailleurs été pensés pour être suivis en binôme assistante dentaire et praticien.
**L'offre de séances DPC** sera renforcée, et 12 séances de trois heures seront au programme pour satisfaire leur obligation triennale. Ces séances sont incluses dans le forfait hebdomadaire ou journalier à acquitter pour participer au programme scientifique. Les praticiens seront indemnisés par l'ANDPC à hauteur de 135 € par séance.

### Pas de stress pour la séance événement du jeudi 29 novembre de 14h à 17h

Cette année, les congressistes auront la chance de pouvoir assister à un partage d'expériences entre Alain Gautier, vainqueur du Vendée Globe en 1992, Patrick Légeron, psychiatre et spécialiste du stress en entreprise et Franck Renouard, implantologiste reconnu qui a réussi à intégrer la prise en charge de stress au sein de son cabinet dentaire.

### Le concours jeunes talents

L'Association dentaire française souhaite dénicher de nouveaux conférenciers et offrir ainsi un temps de parole à des jeunes talentueux. L'idée du **Concours jeunes talents** est née de la volonté du Président scientifique, du Comité de pilotage de l'ADF et du Président du Congrès afin de permettre à de jeunes confrères de s'exprimer et de se faire connaître via une tribune consacrée à leur exercice clinique.
Les jeunes cliniciens de moins de 30 ans ont été invités à envoyer une vidéo de deux minutes, réalisée avec leur smartphone, pour présenter un cas clinique en langue française. Les 10 finalistes seront ensuite invités à présenter leur travail au cours de la séance Jeunes Talents du Congrès le mercredi 28 novembre. À l'issue de ces présentations, un lauréat sera distingué par le double vote du jury et de la salle. Ce jeune talent se verra offrir une invitation en tant que conférencier pour le Congrès 2019.

### Coté exposition… ouverture le mercredi à 9h

Plus de 400 exposants (dont 20 nouveaux) et 23 000 m² de halls, avec des stands encore plus grands plus attractifs, attendent les membres de l'équipe dentaire pour leur présenter leurs produits. À côté des leaders du marché, des petites entreprises et des Start up pleines d'avenir seront aussi présentes.

### Le « Prix de l'Innovation » et son espace dédié

Les produits finalistes seront présentés aux visiteurs du Congrès sur un espace d'exposition « Prix de l'Innovation » situé au niveau 1. Tous les visiteurs présents au Congrès seront invités à voir les produits, poser des questions et voter pour celui qui illustre le mieux la créativité de leur métier. À la clé, un produit proposé par le lauréat du Prix à gagner par tirage au sort parmi les votants.

### Tout savoir sur le congrès

Pour ceux qui aiment feuilleter un programme imprimé, le poser sur leur bureau, le reprendre et y cocher une séance à ne pas rater, nous leur proposons le **Guide du Congrès** *(présentation des séances du programme scientifique et liste des exposants)* qui leur sera envoyé fin septembre.
Pour ceux qui préfèrent, entre deux patients, regarder sur leur ordinateur ou leur tablette, toutes les réponses à leurs questions sont sur le site **adfcongres.com**. Le site est divisé en trois parties *(je me forme, je visite et j'expose)* pour offrir une navigation simple et directe. Mis à jour au quotidien, il ne faut pas hésiter à le consulter régulièrement pour être au courant de l'actualité du Congrès.
Enfin, **l'appli ADF** à télécharger pour avoir tout le Congrès au bout des doigts : programme de formation, plans interactifs en 3D de l'exposition, actualités du Congrès en temps réel…

**Président du Congrès 2018 :**
Michel Pompignoli

**Comité scientifique :**
Christian Verner,
Président du Comité scientifique ;
Frédéric Duffau,
Secrétaire scientifique
**Membres :**
François Bronnec, Franck Decup, Thierry Draussin, Olivier Étienne, Marie-Paule Gellé, Brigitte Grosgogeat, David Nisand, Bérengère Phulpin, Valérie Pouyssegur, Stéphane Renaudin

**Comité de l'Exposition :**
Christian Lemaur,
Président délégué ;
Daniel Viard, Vice-président
**Membres :**
Carine Benedictus, Jean-Christophe Chagnon, Didier Cochet, Xavier Diaz, Jean-Pierre Joseph, Arlette Lefrancq-Lumiere, Didier Pichelin, Lucie Rouleau, Vivian Stemmer, Benoît Verschelde

### Le congrès en quelques chiffres

- Seront présents : **410 exposants français et étrangers dont 20 nouveaux venus**
- Seront proposés : **des milliers de produits et techniques de pointe**
- Seront organisées : **101 séances de formation continue** toutes privilégiant l'interactivité (dont 27 en interprétation simultanée français-anglais)
- Sont attendus : **6 000 congressistes** (chirurgiens-dentistes, étudiants, assistant(e)s dentaires, prothésistes dentaires…) pour participer aux séances de formation continue
- Et **27 000 visiteurs** pour parcourir les allées de l'Exposition

# Symposium National d'Implantologie au Féminin

## Jeudi 13 décembre
## Le sourire au fil du temps

**Comité d'organisation :**
*Présidente :* Anne Benhamou
*Membres :*
Laurence Addi, Cécilia Bourguignon, Catherine Galletti, Isabelle Kleinfinger, Maguy Levy, Virginie Monnet Corti, Catherine Rivière

**Plus d'informations sur www.snif-congres.com**

ENTRE **INFORMATION ET FORMATION,** FAITES LE BON CHOIX, OPTEZ **POUR LES DEUX !**

CONGRÈS ADF 2018

D'un côté, s'informer est indispensable. De l'autre, rien ne remplace la formation. La solution est alors toute trouvée : profiter du Congrès pour faire les deux.

ADF ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE AGIR ENSEMBLE

PROGRAMME SCIENTIFIQUE
du 27 novembre au 1er décembre

EXPOSITION INTERNATIONALE
du 28 novembre au 1er décembre

ADFCONGRES.COM
FACEBOOK.COM / ADFASSO
@ADFASSO
#CONGRESADF2018

## JOURNÉE À L'HOPITAL AMÉRICAIN

**SAMEDI 6 OCTOBRE**

*Micro-chirurgie parodontale et péri-implantaire*

**PROTOCOLE 1T-1T (ONE TOOTH-ONE TIME)**
**NOUVEAUX MATÉRIAUX USINABLES**

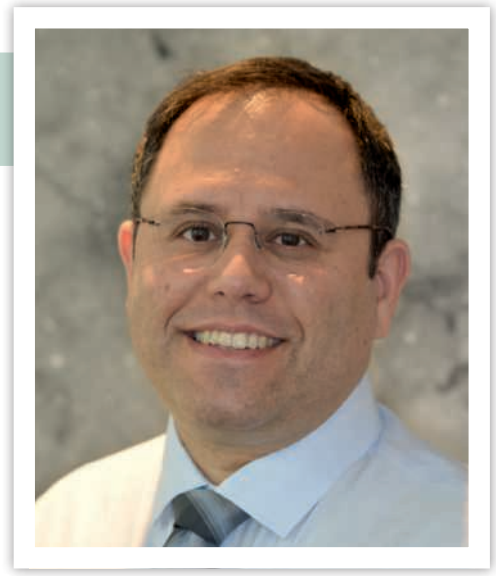
**4 interventions en direct :**
**Markus Hürzeler**
**Amélie Mainjot**
**Geoffrey Lecloux**
**Michaël Sadoun**

Inscriptions :
**dentaire@ahparis.org**

## Rencontre avec...

# Alexandre Itic

### Co-responsable scientifique des EG7 2018



**AON : Alexandre Itic vous êtes, avec Adeline Braud, responsable scientifique des Entretiens de Garancière. Un petit rappel sur l'objectif des Entretiens ?**

**Alexandre Itic :** Depuis toujours les Entretiens de Garancière ont eus pour objectif de former les praticiens soucieux de maitriser les bonnes pratiques et d'apporter à leurs patients des solutions innovantes et répondants aux données actuelles de la science.

Cette année encore nous avons élaboré, avec l'aide du comité scientifique, un programme qui, je l'espère, répondra à ce cahier des charges d'excellence.

**AON : Quelles sont les originalités du programme 2018, et le thème général ?**

**A.I. :** Nous nous sommes aperçus depuis quelques années d'une baisse de fréquentation des séances magistrales traditionnelles. C'est pourquoi nous avons voulu privilégier cette année des séances courtes avec un nombre réduit de participants afin de favoriser l'interactivité et ainsi permettre les échanges avec les praticiens.
Ces échanges étant au cœur du thème du congrès **« Et vous... Que feriez vous ! »**.
Nous avons également mis l'accent sur les travaux pratiques et les démonstrations cliniques en direct qui sont le label des Entretiens de Garancière dans sa mission de formation continue.

**AON : Quelques mots sur la journée du mardi...**

**A.I. :** Cette journée, placée sous la responsabilité de **Patrick Missika** et de **Philippe Monsénégo**, reste la seule journée de conférences magistrales. Cinq conférenciers de renom **(David Gerdolle, Corinne Lallam, Dominique Martin, Etienne Waltmann et Zvi Mazor)** viendront nous apporter leurs solutions pour « gérer les difficultés et les complications » dans les principales disciplines de l'odontologie.
La grande qualité des conférenciers et la diversité des thèmes abordés apporteront, j'en suis certain, des réponses à une problématique à laquelle nous sommes, malheureusement, de plus en plus souvent confronté.

**AON : Comment vous êtes vous préparés et réparti la tâche avec Adeline Braud ?**

**A.I. :** L'élaboration de ce programme est avant tout le travail de toute une équipe, celle du comité scientifique, dirigé par le Professeur **Marie-Violaine Berteretche**, Adeline Braud et moi-même. Nous nous sommes réunis de nombreuses fois pour faire que ce programme réponde au plus près aux exigences des praticiens.

**AON : Que ressent-on en ayant la responsabilité scientifique d'un congrès comme les EG7 ?!**

**A.I. :** C'est une énorme responsabilité que de concevoir un programme digne de l'exigence d'excellence des Entretiens de Garancière et plus généralement de respecter la renommée de l'UFR d'Odontologie de Garancière. Mais, encore une fois, j'ai eu la chance de pouvoir compter sur les membres du comité scientifique qui ont œuvrés vers cet objectif pour perpétuer la tradition des Entretiens de Garancière.

**AON : Et quel effet cela fait-il de mettre les pas dans ceux de son père... ?**

**A.I. :** Je me rappellerai toujours de ce que m'a dit Patrick Missika le jour de la remise de mon diplôme du Diplôme Universitaire d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique : *« Vous avez déjà un nom... Maintenant il faut vous faire un prénom ! »*. J'espère y être arrivé.
Je voudrais surtout remercier mon père de m'avoir transmis cet engagement, cette exigence dans la qualité des actes et des techniques que nous mettons en œuvre pour soigner nos patients. Je sais qu'il est fier de moi et finalement c'est ça le plus important.

*Propos recueillis par M. P.*

**Les Entretiens de Garancière se tiendront du 25 au 28 septembre.**

**Pour toute information : www.auog.fr**

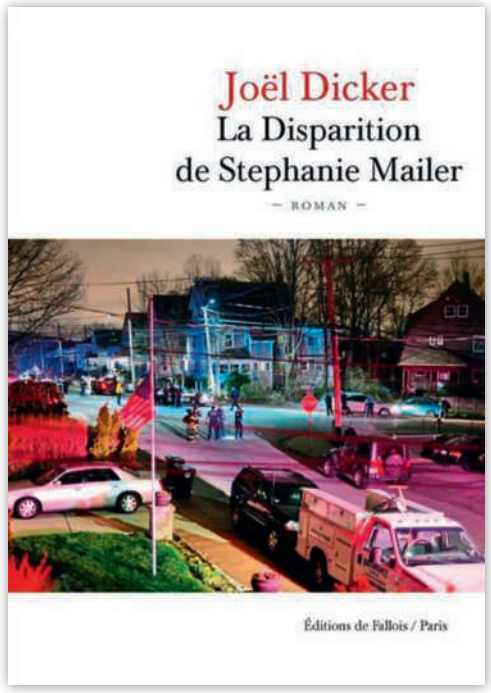
Arthrodont
ENOXOLONE 1%
Décongestionnant et antalgique au cours des affections gingivales et blessures par prothèse
chez les enfants de plus de 3 ans et chez les adultes.
GINGIVITES - LÉSIONS PARODONTALES
Numéro 1 des prescriptions*
DENTIFRICE A l'ENOXOLONE ANTI-INFLAMMATOIRE
pour freiner le cercle vicieux des affections gingivales
Antalgique
+
Décongestionnant
À utiliser en brossage quotidien dès 3 ans
Tubes de 80 g et 40 g
Pierre Fabre ORAL CARE
pierrefabre-oralcare.fr
Notre science au service de la santé bucco-dentaire
* Données xponent Mars 2017.
Pour une information complète sur le produit, veuillez consulter la base de données publiques des médicaments : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr - 807443 - 17/09/69865070/PM/001 - Décembre 2017.
Pierre Fabre Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MÉDICAMENT

JOËL ITIC

# La disparition de Stéphanie Mailer

## Joël Dicker • Éditions de Fallois

**Stéphanie a disparu mais surtout ne la recherchez pas…**




Au moment où paraissent ces lignes l'été est passé mais l'esprit léger de cette rentrée nous incite à prolonger nos lectures sur le même mode. Cette fois-ci, mauvaise pioche. Afin de ne pas paraître hors-jeu dans les dîners en ville de cette rentrée, voici à peu près le scénario : Orphéa est une petite station balnéaire paisible des Hamptons dans l'état de New York. Le jour de la première du festival annuel de théâtre, en 1994, le maire est assassiné dans sa maison avec sa femme et ses 2 enfants ainsi qu'une passante apparemment témoin de la scène. L'enquête est confiée à la police d'état et menée par 2 jeunes flics ambitieux, perspicaces et tenaces qui, preuves solides et irréfutables à l'appui, arrivent à confondre le meurtrier. Ah… J'oubliais : ils sont beaux et amoureux de 2 jeunes blondes slaves irrésistibles. Vous voyez poindre le cliché, vous allez en avoir d'autres !!!

Le meurtrier en fuite, lors d'une course-poursuite, se tue en voiture en tentant d'échapper à nos 2 détectives qui seront traités en héros. Discours de la hiérarchie, louanges, décorations, petits fours et l'affaire est classée. Mais 20 ans plus tard, en 2014, une jeune, belle et talentueuse journaliste, Stéphanie Mailer reprend l'enquête, et confie à Jesse l'un des 2 flics de l'époque : « vous vous êtes trompés de coupable »… (Intrigue un brin téléphoné…). Stéphanie Mailer est assassinée peu de temps après.

Joël Dicker, bien qu'il s'en défende dans toutes ses interviews, reprend les codes du roman policier, sous-entendu celui-ci est un genre mineur mais dans ce dernier opus l'intrigue est banale, les rebondissements attendus, et on nage au milieu des invraisemblances et des clichés : l'adolescente d'une famille fortunée, shootée, dépressive et fugueuse, le critique littéraire hystérique, l'éditeur ne sachant comment se débarrasser de sa maîtresse et je vous épargne les autres. Joël Dicker est un petit Suisse né à Genève, garanti sans matière grasse, (désolé c'est dans ma nature…) jeune, talentueux et charmeur. La similitude de nos prénoms n'estompe pas mon impartialité !! Il a connu un énorme succès de librairie, bien mérité en 2014 avec *La vérité sur l'affaire Harry Quebert*, couronné par l'Académie Française malgré une syntaxe parfois peu académique, et le Goncourt des lycéens. L'intrigue était astucieusement menée avec de nombreux rebondissements et des personnages attachants. Mais l'ouvrage qui m'a vraiment emballé et que je vous recommande est son roman suivant en 2015 *Le Livre des Baltimore*. Une vraie saga familiale entre les riches Goldman-de-Baltimore vivant dans une luxueuse maison et les Goldman-de-Montclair branche modeste habitant une petite maison dans le New Jersey, jusqu'au drame nous traversons une Amérique fascinante avec tous ses excès. Ce livre est touchant, émouvant et se lit comme un polar.

La toile de fond de ce roman est le festival d'Orphéa, on parle beaucoup de théâtre mais ça ne rend pas pour autant ce roman théâtral. Finalement il vaut mieux un bon polar qui s'assume façon Pierre Lemaitre ou Michel Bussi qu'un roman pseudo-intello raté. C'est dommage car Joël Dicker nous avait offerts précédemment beaucoup mieux.

# Élection du nouveau conseil

## de la Compagnie Nationale des Experts Judiciaires en Odonto Stomatologie (14 juin dernier)

- **Président :** Patrick Missika
- **Vices présidents :** Patrick Simonet, Guy Bias, Ronald Nossintchouk
- **Secrétaire générale :** Michèle Philip
- **Secrétaire générale adjointe :** Anne Claisse
- **Trésorière :** Chantal Daupleix
- **Membres :** Elie Attali, Philippe Russe, Bruno Dailey, Béatrice Aknine, Corine Touboul, Edouard Balastre, Jacques Bessade, Benjamin Sommaire

# Selfie AO

**Votre dîner idéal réunirait...**
Un dîner les pieds dans l'eau avec Pablo Picasso, Frédéric Chopin, Isabelle Adjani, Gad Elmaleh, Charlotte Gainsbourg et Charlie Chaplin

**Vos 3 films incontournables...**
*Le livre de la jungle* (le premier film que j'ai vu au cinéma, il peut s'interpréter à plusieurs niveaux !), *La liste de Schindler* (le film est fort, l'histoire des justes allemands est très émouvante), *Les temps modernes* (avant-gardistes... du monde actuel)

**Vos 3 livres fétiches...**
*La bête humaine* pour la description réaliste faite par Zola de la complexité humaine, *Les misérables* pour la force qui s'en dégage et pour l'écriture de Victor Hugo (mon auteur favori), *Entre deux soleils* d'Elie Wiesel, les confidences d'un homme exceptionnel

**Une chanson de votre vie...**
*Aimer à perdre la raison* de Ferrat et Aragon

**Votre insulte favorite...**
J'essaie de ne pas trop me lâcher mais il m'arrive de dire putain, merde !

**Votre madeleine de Proust culinaire...**
La Dafina de mamie Paulette, une légende familiale de la cuisine juive séfarade... délicieux avec les mains de ma regrettée grand-mère sans qui je n'aurai probablement jamais été chirurgien-dentiste

**Un héros... réel ou imaginaire**
Le Président de la République, quelle que soit son étiquette ou son désir de progrès, faire ce job en France relève à mon sens de l'héroïsme ou de l'inconscience...

**Salé ou sucré ?**
Sucré le matin (besoin de douceur au réveil) et plutôt salé le soir

**Une passion, un hobby ?**
En dehors de la passion de mon métier, je dirais la passion de l'art dans sa globalité et aussi du savoir faire manuel de certains artisans ! Mon hobby c'est prendre le large dans la rade de Toulon en bateau, je me ressource dès que je traverse la petite passe et ne résiste pas à rester sur l'eau jusqu'au coucher du soleil !

**Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?**
Ni l'un ni l'autre malgré une ceinture noire au judo

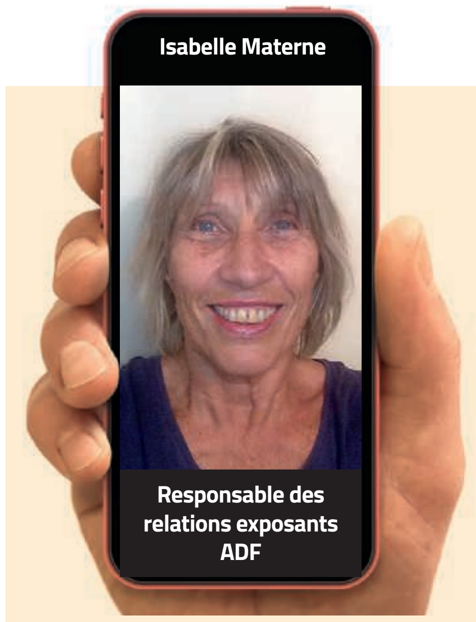
**Vos vacances de rêve...**
Sans hésiter voyager en famille vers une destination inconnue des enfants pour leur faire découvrir le monde dans sa beauté et diversité !... Avec une petite préférence pour les pays chauds où la température de l'eau est à plus de 28 degrés afin d'espérer voir ma femme mettre au moins un de ses orteils dans l'eau

**Accro au net... ou pas ?**
Totalement addict ! Au grand regret de ma frileuse

**Votre dernier coup de foudre ?**
Le joli bracelet accompagné d'un mot craquant de ma fille de 10 ans pour la fête des pères

**Dans une autre vie vous seriez...**
Un architecte : j'ai beaucoup d'admiration pour leurs réalisations

**Enfin, une adresse à recommander...**
Les carrières de Lumière aux Baux de Provence : un lieu magique




**Votre dîner idéal réunirait...**
8 personnes... elles se reconnaîtront !

**Vos 3 films incontournables...**
*La chèvre*, *Casablanca*
et *Se souvenir des belles choses*

**Vos 3 livres fétiches...**
*C'est pour ton bien* (Alice Miller),
*Colline* de Giono,
*Les hommes qui n'aimaient pas les femmes*

**Une chanson de votre vie...**
*It's a wonderful world*

**Votre insulte favorite...**
Minable

**Votre madeleine de Proust culinaire...**
La pissaladière

**Un héros... réel ou imaginaire**
Joan Baez, encore de tous les combats

**Salé ou sucré ?**
Sucré bien sûr ! non... salé en fait !
Heu finalement les deux... !

**Une passion, un hobby ?**
Un voyage, un opéra... !

**Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?**
Sur le terrain toujours...

**Vos vacances de rêve...**
Sur l'eau, dans l'eau, au bord de la mer, d'un lac...

**Accro au net... ou pas ?**
Oups ! Ce qu'il faut

**Votre dernier coup de foudre ?**
Une amie merveilleuse

**Dans une autre vie vous seriez...**
Chanteuse lyrique

**Enfin, une adresse à recommander...**
La Vallée des Merveilles

**Votre dîner idéal réunirait...**
Per Ingvar Brånemark, Jan Lindhe
et Raymond Leibowitch

**Vos 3 films incontournables...**
*2001, l'Odyssée de l'espace*,
*12 hommes en colère*, *La Dolce Vita*

**Vos 3 livres fétiches...**
*Lettres à un jeune poète* (Rainer Maria Rilke),
*Le monde de Sophie* (Jostein Gaarder),
*L'écume des jours* (Boris Vian)

**Une chanson de votre vie...**
*Imagine* de John Lennon

**Votre insulte favorite...**
Shit

**Votre madeleine de Proust culinaire...**
La soupe vietnamienne Pho

**Un héros... réel ou imaginaire**
Steve Jobs

**Salé ou sucré ?**
Salé mais Cédric Grolet
peut me faire changer d'avis

**Une passion, un hobby ?**
La gastronomie

**Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?**
Plutôt les canapés... mais je suis fan de tennis

**Vos vacances de rêve...**
Six Senses Côn Dao (Vietnam)

**Accro au net... ou pas ?**
Euh, je crois... mais je me soigne !

**Votre dernier coup de foudre ?**
Monica Bellucci peut-être

**Dans une autre vie vous seriez...**
Musicien

**Enfin, une adresse à recommander...**
L'Archeste, un excellent restaurant
gastronomique français du chef japonais
Yoshiaki Ito (Paris 16e)

## Brèves de Fauteuil

La sélection
de **Claude Bernard Wierzba**

Une jeune femme, appelle sa mère.
Elle lui dit : *maman je me suis disputé avec mon mari, je viens dormir chez toi.*
La mère répond : *pas question, il faut le punir, je viens dormir chez vous !*

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

Un jeune va voir son rabbin auquel il déclare : *Rabbin, je voudrais vivre éternellement. Comment faire ?*
Le rabbin : *Marie-toi !*
Le jeune : *Si je me marie, je vivrai éternellement ?*
Le rabbin : *Non, mais l'envie te passera vite !*

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

Le jeune Samuel vient d'avoir son permis de conduire et il demande à son père s'ils peuvent trouver un accord pour l'utilisation de la voiture familiale.
Son père l'amène dans son bureau et lui propose le marché suivant :
*Tu améliores ton rendement scolaire, tu étudies la Thorah et tu te fais couper les cheveux. Ensuite nous parlerons de la voiture.*
Un mois plus tard, le garçon retourne voir son père dans son bureau.
Le père prend la parole :
*Mon fils, je suis très fier de toi : cela va beaucoup mieux dans tes études, tu t'es concentré dans l'étude de la Thorah plus que je ne l'aurai cru,... mais tu ne t'es pas fait couper les cheveux.*
Alors le jeune homme réplique :
*Tu sais papa, j'ai réfléchi à une chose : Samson avait les cheveux longs, Moïse avait les cheveux longs, Noé avait les cheveux longs, Et Jésus avait les cheveux longs.*
Et du tac au tac, le père réplique :
*et ils se déplaçaient tous à pied !!!!*

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

Un étudiant en droit passe son examen oral.
L'un des membres du jury lui pose une question :
*Qu'est-ce qu'une fraude ?*
L'étudiant réfléchit et donne sa réponse :
*C'est ce que vous êtes en train de faire, Monsieur.*
Le professeur intrigué :
*Expliquez-vous jeune homme.*
Et l'étudiant lui répond :
*Selon le Code Pénal, celui qui profite de l'ignorance de l'autre pour lui porter préjudice, commet une fraude...*

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

Paulette est à la maison de retraite. C'est la reine de la chaise roulant catégorie 85 ans. Elle adore foncer dans les couloirs, prendre un maximum de vitesse et les virages sur une roue.
Parce qu'elle n'a pas toute sa tête, les autres pensionnaires tolèrent ses frasques.
Certains même participent à son délire de reine de la route et sa lubie de la vitesse.
Un jour, alors que Paulette fonce dans le couloir, une porte s'ouvre et son copain Émile s'avance vers elle, le bras tendu en criant :
*Stop, rangez votre véhicule sur le côté et arrêtez le moteur !*
Paulette s'arrête immédiatement.
Émile s'approche :
*Bonjour Madame, pouvez-vous me présenter votre permis de conduire et les papiers du véhicule ?*
Paulette farfouille dans son sac, puis sort un vieux gâteau et un ticket de métro, et les tend à Émile.
*Ok c'est en ordre, vous pouvez circuler.*
Aussitôt Paulette repart en trombe sur son bolide...
Plus loin, alors qu'elle prend son virage sur une roue, Auguste, un autre pensionnaire se plante devant elle et demande :
*Avez-vous la vignette anti-pollution pour ce véhicule ?*
Paulette regarde à nouveau dans son sac et tend à Auguste une feuille de salade ; celui-ci fait semblant de l'examiner et dit :
*C'est bon, vous pouvez circuler.*
Paulette repart, fonce dans la ligne droite et au bout du couloir tombe et sur Popol, planté au milieu du couloir...
*Oh non, dit Paulette... pas encore l'alcootest !!!!*
Elle est pas belle la vie en maison de retraite ?!!

# Le monde tel qu'il est

**23 %** des travailleurs détachés en Europe sont polonais.

Coût par siège et par mile, hors carburant : **12 cents** pour Air-France-KLM, **10** pour United, **8** pour EasyJet et **4** pour Ryanair.

Un Français consacre **4 6000 euros** par an à sa santé et vit jusqu'à **82 ans**. Un Américain dépense près de **10 000 dollars** et meurt à **79 ans**.

La Chine détient près de **6 %** de la dette américaine.

**85 %** des jeunes qui entrent aujourd'hui sur le marché du travail occuperont en 2030 des jobs qui n'existent pas encore.

Un américain meurt en moyenne avec **62 000 dollars** de dettes.

Les **deux tiers** des Africains n'ont pas accès à l'électricité, soit **620** millions de personnes.

Depuis 2008, les banques ont payé **321 milliards** de dollars d'amendes dans le monde.

Au Ghana, le gouvernement compte **110** ministres. Ils sont **80** en Guinée équatoriale, **71** en Afrique du Sud et **61** au Cameroun.

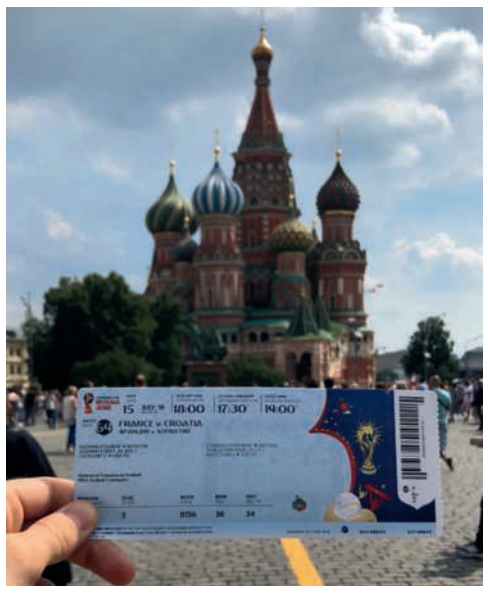
Près de **50 %** des femmes américaines ne rentrent plus dans un magasin qui n'affiche pas de soldes.

# L'oeil de Moscou

**Par notre envoyé spécial Xavier Bensaid**

Nous sommes le dimanche 15 juillet 2018, il est 20 heures (heure locale), et la France est championne du monde. Après un mois de compétition, les Bleus soulèvent la coupe suprême, si loin et pourtant si près de leur peuple. L'équipe emmenée par Didier Deschamps accroche une deuxième étoile à ce maillot, vingt ans après leurs aînés.
Ce maillot qui a longtemps été délaissé depuis la sombre histoire du bus de Knysna en 2010, est en rupture de stock depuis ce dimanche soir où nos bleus sont entrés dans l'histoire. L'Histoire de cette victoire, justement, semblait écrite à l'avance. Un parcours atypique, parfois spectaculaire, parfois douloureux, et souvent surprenant, a guidé l'équipe de France jusqu'à la consécration. Une épopée dont on n'osait rêver, et dont on se souviendra jusqu'à la nuit des temps.

Quelques heures avant le match une pluie fine vient s'abattre sur la Place Rouge où de nombreux supporters français et croates s'échauffent la voix. La chaleur étouffante laisse place à une tension palpable aux abords du stade mais dans une ambiance bonne enfant.




Après 20 premières minutes douloureuses pour le camp français, le coup franc de Griezmann détourné par un joueur croate (Mandzukic) permet aux Français d'ouvrir le score contre le cours du jeu. Les 20 000 supporters français (sur les 80 000 présents) laissent exploser leur joie. Mais les Croates avec un style toujours aussi technique depuis le début de la coupe du monde égalisent et à nouveau la tension au stade Loujniki remonte. Les joueurs français semblent tétanisés par l'événement, le fantôme de la finale perdue du championnat d'Europe en France en 2016 réapparaît.

Coup de théâtre juste avant la mi-temps, les joueurs français se jettent sur l'arbitre et réclament un penalty. Penalty accordé 8 minutes après une faute de main d'un joueur croate. 8 minutes interminables dans le stade où l'arbitrage vidéo laisse les supporters en suspens. Sans trembler Antoine Griezmann marque le penalty. La France mène de nouveau 2 à 1.

À la mi-temps, les supporters des bleus savent qu'aujourd'hui la chance est de leur côté. Aucun tir cadré mais pourtant 2 buts marqués…

Dans le stade les supporters français font entendre de plus en plus leurs voix et la Marseillaise est entonnée après les buts de Pogba et Mbappé qui scellent définitivement la victoire de la France en finale de coupe du monde.

Au coup de sifflet final les joueurs exultent les supporters aussi, les yeux sont humides tout le monde s'embrasse et se saute dans les bras. Les premières images des Champs Élysées arrivent jusqu'à Moscou, pendant que Lloris le capitaine soulève la coupe et seulement à ce moment on se dit qu'on a assisté à un match qui restera gravé dans les mémoires pour l'éternité.

AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

VistaVox S :
La 3D selon Dürr Dental.

DÜRR DENTAL AG · Höpfigheimer Straße 17 · 74321 Bietigheim-Bissingen

50 ANS
TECHNOLOGIE DES RAYONS X

Made in Germany

**Plus de diagnostic – moins d´exposition aux rayons:** Le volume adapté à la forme de la mâchoire, propose un volume de diagnostic équivalent à celui d'un appareil de Ø 130 x 85 mm et en plus un volume de Ø 50 x 50 mm avec une résolution de 80 µm pour la recherche d'anomalies. Accès rapide à toutes les fonctions grâce à son écran tactile 7''. Avec la technologie S-Pan, vous avez des clichés 2D et 3D d'exception en un seul appareil.
**Plus d'informations sur www.duerrdental.com**

Dispositif Médical de classe IIB CE0297.
Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant sur les notices. Produits non remboursés par les organismes de santé.

DÜRR DENTAL
LE MEILLEUR, TOUT UN SYSTÈME

# Quand le jeu de tête brouille le cerveau des footballeurs

**De plus en plus d'études scientifiques suggèrent que le jeu de tête au football entraîne des anomalies cérébrales temporaires. Des troubles de la mémoire et de la concentration sont également constatés.**

Face à la Belgique, les Français ont eu la tête dure. À plusieurs reprises, Raphaël Varane a fait barrage par la force de son crâne. En deuxième période, le coup de tête de Samuel Umtiti a offert le but de la victoire. Un jeu aérien qui permet à la France d'atteindre la finale de cette Coupe du monde. Mais ce geste technique commence à inquiéter le monde médical. La littérature scientifique montre, en effet, que les footballeurs jouant régulièrement avec leur tête ne sortent pas totalement indemnes du terrain. Le contact avec la balle provoquerait un léger traumatisme crânien, surnommé « sous-commotion cérébrale » par les experts.

Ce traumatisme mineur serait insuffisant pour entraîner une véritable commotion cérébrale caractérisée par des troubles de l'équilibre, des vomissements, une perte de connaissance ou encore des regards vides. Mais la répétition de ce geste, à l'entraînement et en match, provoquerait tout de même des blessures traumatiques cérébrales. *« Des études ont montré qu'au-delà d'un certain seuil de "têtes", entre 1000 à 1500 par an, il est possible de voir des anomalies cérébrales grâce une IRM ultra-sophistiquée. Des tests de rapidité, de mémoire visuelle ou verbale, ont également mis en évidence des petites anomalies »*, explique au Figaro le Dr Jean-François Chermann, neurologue parisien qui s'investit depuis plusieurs années dans la prise en charge des commotions dans le monde du sport.

Selon les travaux scientifiques, ces effets cognitifs seraient transitoires. Mais une étude parue en mai dernier dans Frontiers in Neurology suggère qu'ils apparaissent après une très courte période de temps. Le neurologue Micheal Lipton a étudié durant deux semaines plus de 300 amateurs de football inscrits en club. *« Nous pensions que les collisions entre joueurs seraient la principale cause de troubles cognitifs. En réalité, seul le jeu de tête a été associé à des altérations de la mémoire ou de l'attention, et cela en seulement deux semaines »*, commente le professeur à la Faculté de médecine Albert Einstein et praticien au Centre médical Montefiore (États-Unis). En 2016, une étude écossaise dans EBioMedicine avait mis en évidence une perte de mémoire transitoire de 41 à 67 % après seulement 20 têtes.

Des chercheurs de l'université de Bordeaux ont par ailleurs constaté en IRM fonctionnelle de haute résolution une suractivation de certaines zones de cerveau chez des joueurs semi-professionnels par rapport à des sportifs du même âge mais ne pratiquant pas de sport de contact. *« Et plus les joueurs faisaient des têtes lors des matchs, plus ces circuits cérébraux s'activaient plus qu'à la normale »*, détaille le Pr Patrick Dehail, chef du service de Médecine Physique et de Réadaptation au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux. D'après les chercheurs bordelais, cette suractivation pourrait pallier des anomalies de l'activité cérébrale causées par des microtraumatismes répétitifs. *« Nous avons pu également distinguer les postes les plus touchés, que sont les défenseurs centraux et les attaquants »*, ajoute Hélène Cassoudesalle, doctorante en sciences cognitives à l'université de Bordeaux.

Lors de la demi-finale France-Belgique, le défenseur Raphaël Varane a usé de sa tête à de nombreuses reprises. GABRIEL BOUYS/AFP

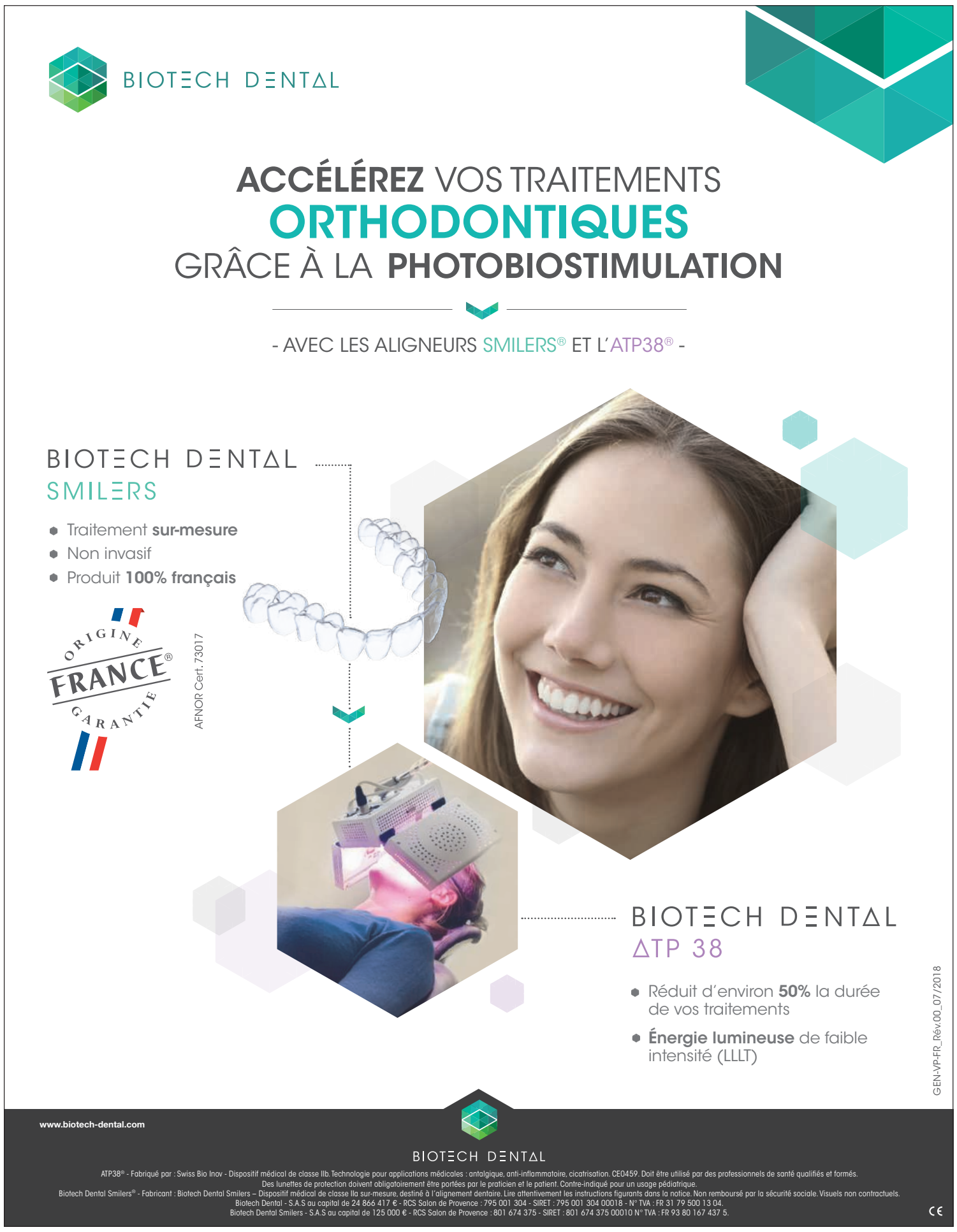
Mais alors qu'en est-il sur le plus long terme ? Entrer en collision avec une balle arrivant à plus de 100 km/h des vingtaines de fois au cours d'une saison favorise-t-il l'apparition de maladies neurologiques ? *« Aujourd'hui, on ne connaît pas les conséquences des sous-commotions. Et en l'absence de certitudes, il est hors de question de fermer les yeux sur le sujet. La commission médicale de l'UEFA a donc lancé en 2018 un projet de recherche dans les équipes juniors »*, indique le Dr Emmanuel Orhant, directeur médical de la Fédération française de football (FFF).

En parallèle, le Dr Orhant recherche actuellement tous les joueurs de foot de 1re et 2e divisions décédés depuis 1950 afin d'étudier les causes de leur mort. L'objectif : savoir si les footballeurs professionnels sont plus susceptibles de mourir de dégénérescence cérébrale, comme la maladie d'Alzheimer, ou l'encéphalopathie traumatique chronique retrouvée chez quasiment tous les joueurs de football américain de haut niveau, causée par les KO à répétition. Il faudra ensuite prouver le lien de cause à effet entre ces pathologies et les commotions cérébrales pouvant être causées par la collision entre deux joueurs, ainsi que le lien avec les sous-commotions provoquées par le jeu de tête.

Aux États-Unis, des parents effrayés par ces terribles conséquences ont préféré jouer la carte de la prudence. Aussi depuis 2015, les clubs de football ont-ils l'interdiction d'enseigner aux enfants de moins de 11 ans de frapper le ballon avec leur tête. Une décision excessive pour les spécialistes français interrogés. *« Les enfants pourraient apprendre avec une balle en mousse plutôt qu'un ballon normal, ou un ballon moins gonflé. On pourrait aussi réduire le nombre de séances dédiées au jeu de tête avant de l'interdire tout court »*, commente le Dr Chermann.

En France, la FFF mise sur la détection et le diagnostic rapide des commotions cérébrales. Dans les clubs professionnels, les médecins ont l'obligation de déclarer tous les cas. Les joueurs commotionnés doivent consulter l'un des 20 spécialistes référents FFF et LFP, dont font partie le Dr Chermann et le Pr Dehail dans les 3 jours. Une seconde visite doit être réalisée chez le même expert pour que le joueur puisse retourner sur le terrain. Un protocole mis en place cette année qui devrait sensibiliser les clubs amateurs, espère le directeur médical de la FFF.

*Figaro.fr – Publié le 13/07/2018*

# La beauté naturelle restaurée.

Stand ADF 1M02

initial™
LiSi Press

## Le Disilicate de Lithium redéfini.

et sa solution collage.

Le premier lingotin céramique disilicate de lithium bénéficiant de la technologie HDM de Micronisation Haute Densité qui lui procure une résistance à la flexion élevée et une belle esthétique : fluorescent, lumineux et naturel !

G-CEM LinkForce, indication : colle universelle à prise duale.
Initial IQ LiSi Press : lingotin en céramique disilicate de lithium pour technique pressée.
Dispositifs médicaux de Classe IIa pour soins dentaires réservé aux professionnels de santé, non remboursés par la sécurité sociale. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. Organisme certificateur : n°0086 - Distribués par GC France.

Tél. 01 49 80 37 91 - info@france.gceurope.com - www.france.gceurope.com

OFR0218

Julie -SOLUTIONS- | SMARTCONTACT

| | |
|---|---|
| **-75%** de rendez-vous non honorés | **Gérez efficacement l'absentéisme de vos patients** grâce à des **points de rappels de rendez-vous automatiques**. |
| **+1 jour** de gagné par semaine | Si le patient ne peut pas venir, **un processus de lancement de SMS s'active** afin de trouver **un remplaçant**. |
| **100%** de satisfaction patients | Le **premier** d'entre eux à valider le créneau reçoit un **SMS de confirmation**. |

**Mais parce que rien ne vaut l'avis d'un confrère...**

« Nous avions pour habitude de téléphoner à tous nos patients pour leur rappeler l'heure et le jour de rendez-vous. Le problème, c'est que cela prenait un temps fou à nos assistant(e)s dentaires ! En optant pour ce système, nous avons réellement optimisé notre gestion de l'agenda au quotidien. »

Dr. Éric D. (44)

COM-APADF2018-1806-04-A

**STAND 3L18**

CONGRÈS ADF 2018

Inscrivez-vous à nos démonstrations
(places limitées)
**www.congresadf.julie.fr**

REPARTEZ AVEC VOTRE BROSSE À DENT GRAVÉE
ADF STAND 3L18