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

Anews

*Le magazine dentaire qui nous rassemble*

FRANCE
NOVEMBRE 2018
#022

# NOS INNOVATIONS RÉVÈLENT VOTRE POTENTIEL

W&H

RENDEZ-VOUS
STAND W&H 2M38
ADF DU 28 NOV AU 1er DÉC 2018

ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE

NOUVEAUX PRODUITS

OFFRES COMMERCIALES

Rendez-vous à l'ADF sur notre **stand 2M38**
Palais des congrès Paris - Hall Maillot
**Du 28 Nov au 1er Déc 2018**

**W&H France** | t. 0 388 773 600 | commercial.fr@wh.com | wh.com

step one

SporeClear

W&H

Solutions pour
la pré-désinfection des instruments
et la désinfection des surfaces

**Dans la chaine d'hygiène, chaque étape compte**

NOUVEAU !

## proxeo TWIST

Contre-angle de prophylaxie Latchshort* à système de polissage rotatif

**Accès aisé à la zone dentaire postérieure**

**Bouton poussoir**

* mandrin court

## piezomed

NOUVEAU !

Inserts pour la préparation
du site implantaire et sinus lift
par voie crestale

## OSSTELL Beacon

Le guide de
vos traitements
implantaires

**Suivi de l'ostéointégration**

**Sans fil**

**Traçabilité sur Osstell Connect**

RENDEZ-VOUS
STAND W&H 2M38
ADF DU 28 NOV AU 1ER DÉC 2018

## ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE

Présence du **Dr Tony Muzy,** référent clinique sur le stand W&H de **14h à 17h** les **jeudi 29/11** et **vendredi 30/11** pour échanger sur l'expérience clinique.

Plus d'informations sur **wh.com**

## SYMPOSIUM

L'OSTÉOINTÉGRATION, MIEUX LA COMPRENDRE
POUR MIEUX MAÎTRISER LE TRAITEMENT IMPLANTAIRE

**DR FERRÉ & DR BELLAÏCHE**

ADF 2018 - PALAIS DES CONGRÈS PARIS
**JEUDI 29 NOVEMBRE À 18H, SALLE 353/NIVEAU 3**

Dispositifs médicaux de classe 2b / CE93/42, 2a / CE 0402 / SP, 2a / CE 0297 / DOS. Veuillez lire attentivement les instructions figurant dans la notice d'utilisation. Produits non remboursés par les organismes de santé. Fabricant W&H / Osstell. Novembre 2018

www.chassen.fr - Crédit photo : 1268b - Photographie retouchée - Photos non contractuelles - Sous réserve d'erreurs d'impression

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

# news

*Le magazine dentaire qui nous rassemble*

FRANCE
NOVEMBRE 2018
#022

ENQUÊTE

# Une photographie de l'implantologie en France

En collaboration avec l'AFI

**ALAIN ABDI** [Besançon] • **MICHEL ACHE** [Paris] • **FLORENCE ACQUIER** [Cannes] • **HADI ANTOUN** [Paris] • **ALP ALANTAR** [Paris] • **ALAIN ANSEL** [Thionville] • **SERGE ARMAND** [Toulouse] • **JACQUES ATTIAS** [Puteaux] • **ANNE BENHAMOU** [Paris] • **ALAIN BENHAMOU** [Aix en Provence] • **GUILLAUME BECKER** [Monteux] • **PIERRE-OLIVIER BENETIERE** [Andrezieux Boutheon] • **JEAN-PIERRE BERNARD** [Genève] • **PASCAL BILLEREAU** [Poitiers] • **ÉRIC BLANCHET** [Challes les eaux] • **DAMIEN BOIX** [Nantes] • **JEAN-JACQUES CHALARD** [Lyon] • **MARC COLLAVINI** [Mulhouse] • **PHILIPPE COLIN** [Montpellier] • **PHILIPPE COTTEN** [Barcelone] • **MARC DI BERNARDO** [Roquevaire] • **DOMINIQUE DUPONT** [Metz] • **NICOLAS FRYDMAN** [Paris] • **PIERRE GOUZY** [St Just Saint Rambert] • **GABRIEL KOSKAS** [Paris] • **PATRICK LIMBOUR** [Cesson Sevigné] • **NICOLAS MOULA** [Gouvieux] • **PHILIPPE MONSENEGO** [Palaiseau] • **PATRICK MISSIKA** [Paris] • **PHILIPPE LECLERC** [Paris] • **MICHEL METZ** [Strasbourg] • **RENAUD PETITBOIS** [Antibes] • **JEAN-PHILIPPE PEYRATOUX** [St Raphaël] • **FRANÇOIS POIROUX** [La Rochelle] • **EMMANUEL PONTONNIER** [l'Arbresle] • **PASCAL PREVOT** [Bourg la Reine] • **PHILIPPE RUSSE** [Reims] • **PHILIPPE ROUX** [Le Mans] • **FRANK RENOUARD** [Paris] • **HERVÉ SERFATY** [Meudon la Forêt] • **CORINNE TOUBOUL** [Paris] • **ANTOINE TREMELOT** [St Brieuc] • **D. TRUONG-LOI** [St Hilaire du Harcouet] • **JEAN-BAPTISTE VERDINO** [Hyères] • **FRANK VIROL** [Corbeil Essonnes] • **PHILIPPE VOGT** [Lutterbach] • **J.-GÉRALD VOIRY** [Nancy] • **CLAUDE-BERNARD WIERZBA** [Paris]

## GRANDE SOIRÉE AO PARIS

**JEUDI 13 DÉCEMBRE**

**ENDO vs IMPLANTO, PARTAGEONS QUELQUES DILEMMES DU QUOTIDIEN**

AVEC BERTRAND ET PHILIPPE KHAYAT

# 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

- HADI ANTOUN
- ALAIN BENHAMOU
- ANNE BENHAMOU
- XAVIER BENSAID
- JEAN-PIERRE BERNARD
- JACQUES BESSADE
- PATRICK CHELALA
- NATHALIE COT
- BENJAMIN FITOUCHI
- JEAN-LUC GUETTA
- JOËL ITIC
- CYRIL LICHA
- LOUIS MAMAN
- PATRICK MISSIKA
- PHILIPPE RAZJBAUM
- ÉRIC SERFATY
- JEAN-BAPTISTE VERDINO
- CLAUDE-BERNARD WIERZBA

*Merci à Joël Itic pour son dessin*

**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**

**MEDIT i500** distribué par LABOCAST 3D

La première caméra intra-orale couleur hautement fiable et largement accessible !

**Performante**
adaptée à la prise d'empreinte pour Inlay core

**Confortable**
sans poudrage

CONGRÈS ADF 2018
27 NOV. - 1 DÉC.
STAND 1N08

**Précise**
détections des limites des préparations et prise d'occlusion exacte

**Rapide et fiable**
prise d'empreinte fluide et sans interruption

**Une innovation Medit Company,**
**leader mondial du scanner 3D industriel**

**20 280 € TTC**
Ordinateur portable compris

**Complet**
ordinateur portable compris

**Libre**
système 100 % ouvert, sans licence

+33 1 53 38 64 66
labocast3d@labocast.fr | 46-56, rue des Orteaux | 75020 PARIS | www.labocast.org

LABOCAST 3D
Modern Dental Group

# ÉDITO

Pour entreprendre une réflexion sur la pratique implantaire en France, il nous a paru opportun de faire appel à l'Association Française d'Implantologie qui regroupe près de 400 membres actifs. Ces praticiens – répartis dans toute la France – sont cooptés d'une part sur des critères de diplômes universitaires, et d'autre part sur leur pratique implantaire – parfois – exclusive.

Toute la rédaction, menée par Jacques Bessade et Joël Itic, a établi de son côté un questionnaire sur quatre thèmes. Des 30 questions aux 50 praticiens qui ont accepté de contribuer à cette enquête, il nous a fallu résumer et commenter les 1 500 réponses. Cette démarche qualitative est loin d'être un sondage, puisque notre échantillon est loin d'être représentatif. Elle offre cependant une photographie aux contours peut être pointillistes, à la manière d'un tableau de Seurat, mais qui cerne toute de même son sujet. Ce long travail d'équipe, AONews/AFI, se veut contributif, non exhaustif, et le plus impartial possible. Certains sujets semblent parfois controversés ou polémiques parce que nos connaissances scientifiques évoluent sans cesse en la matière.

C'est pourquoi, et afin de mettre en perspective ce dossier, nous avons adressé le questionnaire à un de nos confrères français, de réputation internationale, enseignant en Suisse à l'Université de Genève, le Pr Jean Pierre Bernard. Ce dialogue francophone par-dessus la frontière aidera tous nos confrères omnipraticiens à mieux cerner leurs modes d'exercices. Rien de sentencieux, ni de moralisateur dans cette recherche de sens à la découverte du perfectionnement voire de l'excellence. En parallèle à ce travail, nous avons aussi sollicité quelques partenaires industriels de l'implantologie qui font entendre leurs voix et leurs musiques. Cette partition à l'évidence incomplète n'a ni interrogé nos universitaires, ni notre institution ordinale dans cette année de nouvelle présidence.

Ce long travail de compilation, de réflexion pourrait servir de base de départ "d'un livre blanc" aux institutionnels ou aux assureurs pour faire avancer la qualité des soins accordés à nos patients. Enfin pour aider et affiner notre propos nous avons adjoint les derniers chiffres de sinistralité proposés par la MACSF (juillet 2018).

Là, également, ces chiffres, ces moyennes, ces statistiques ne concernent que les praticiens affiliés à cet assureur mutualiste. Néanmoins, pour ce qui concerne l'implantologie, dans ce vaste palmarès proposé, il apparaît que la sinistralité fléchit depuis ces deux dernières années ! Une lueur de progrès pour nos confrères !

A contrario, une autre information a tinté aux oreilles du manager de Dentexia à la fin de l'été : son inculpation pour la gestion douteuse de ses centres. Près de 2000 plaignants en errance, avec des dossiers implantaires qui seront bien complexes à réhabiliter.

Retrouvons-nous à l'ADF sur notre stand 1P24 pour répondre à toutes vos interrogations sur la nouvelle convention.

**André Sebbag,**
**Directeur de la rédaction**

# Une photographie de l'implantologie en France

**Scientifique** 6

**Paro news** 37

**AONow**
Philippe Roche Poggi à Marseille 41
Belle soirée lyonnaise avec Éric Emsellem 42

**Les nouveautés de nos industriels** 44
Lyra équipe les centres de santé Croix Rouge
Un nouveau dirigeant pour Ivoclar
Veasy, la solution Cloud de Visiodent
Implant Direct à l'ADF
Le programme Pratice Pink de Henry Schein
Les nouveautés de W & H

**Le Mag**
Numérique, reprenez la main 47
Journée exceptionnelle à l'Hôpital Américain 47
Rencontre avec… Louis Maman 50
Le pivot et la dent dure 51
Le monde tel qu'il est 51
Selfie AO avec S. Cazier, B. van de Watering, J.-F. Chouraqui 53
Les brèves de Claude 53
Le billet d'humeur étudiant 53
Vous et votre argent 55
Des chiffres clés de notre profession 57

## Pour joindre nos partenaires

**Actéon** page 39
Tél. 05 56 34 06 07 – info@acteongroup.com

**Airel** pages 9,10
Tél. 01 48 82 22 22 – www.airel.com – office@airel.com

**Bien air** dossier spécial
Tél. 01 41 83 60 70 – www.bienair.com

**Biotech Dental** page 56
Tél. 04 90 44 60 60 – www.biotech-dental.com

**Dentalinov** page 52
www.shop.dentalinov.com

**Dentsply Sirona** page 43
www.corporate.dentsplysirona.com

**Durr Dental** page 21
Tél. 01 55 69 11 50 – info@durr.fr

**EMS** doubles centrales
www.ems-dental.com

**HDX WILL** page 12
Tél. 07 68 73 04 05 – ischoi@iwillmed.co.kr

**Henry Schein France** page 54
Tél. 02 47 68 90 00 – www.henryschein.fr

**IDI** page 24
www.idi-dental.com

**Ivoclar Vivadent** page 11
Tél. 04 50 88 64 00 – www.ivoclarvivadent.fr

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

**Kavo** page 23
www.kavo.fr

**Kulzer** 51
Tél. 01 69 18 48 85 – www.kulzer.fr

**Kuraray** page 55
Tél. 01 56 45 12 51 – dental-fr@kuraray.eu

**Labocast** face éditorial
N°Azur 0811 115 000 – labocast@labocast.fr

**LMP Paris** page 13
Tél. 01 39 86 31 19 – laboratoire@lmp-paris.fr

**Lyra** page 40
Tél. 04 50 91 49 20 – info@lyra.dental

**Melag France** page 28
Tél. 01 30 76 03 00 – info@melagfrance.fr

**MSD** 3e de couverture
Île de France 3D : 01 30 67 61 60 – GSM Dentaire : 01 30 67 61 50
Rhône Alpes : 04 78 78 98 98 – Nord Champagne : 03 20 07 44 44

**Owandy** page 36
Tél. 01 64 11 18 18 – info@owandy.com

**Pierre Fabre Oral Care** page 32
Tél. 05 63 51 68 00

**Philips** page 48
Tél. 0 800 710 580 – www.dentiste.philips.fr

**Septodont** page 17
Tél. 01 49 76 70 02 – www.septodont.fr

**TBR** page 18
Tél. 05 62 16 71 00 – www.dental.tbr-implants.com

**Vita** page 19
www.vita-zahnfabrik.com

**Visiodent** page 46
Tél. 01 49 46 58 00 – info@veasy-solution.com

**Voco Les Dentalistes** page 58
Tél. 06 07 14 39 01 – www.voco.com

**W&H** duo couverture/2e de couv
Tél. 03 88 77 36 00 – commercial.fr@wh.com

**Zimmer Biomet** page 15
Tél. 01 41 05 43 48 – www.zimmerbiomet.fr

# SOMMAIRE SCIENTIFIQUE

8 **Le matériel**

13 **Les protocoles opératoires**

19 **La péri-implantite**

25 **La formation professionnelle**

29 **Jean-Pierre Bernard**

33 **Industriels**



**Hadi ANTOUN**
Pratique privée limitée à la parodontologie et l'implantologie, Paris.
Fondateur de l'IFCIA (Institut de Formation en Chirurgie Implantaire Avancée)

**Anne BENHAMOU**
DU d'implantologie Chirurgical et Prothétique Paris 7
Unité d'odontologie Hôpital Rothschild
Pratique privée implantologie, Paris

**Alain BENHAMOU**
DU d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique Paris 7
DU d'Expertise Maxillo-faciale et Bucco-dentaire
DU de Thérapeutique des Édentations Totales
DU de thérapeutique en Rhinologie
DU d'urgences médicales
PostgraduateCousre in Periodontics and Implant Dentistry
University of Pennsylvania

**Xavier BENSAID**
Docteur en chirurgie dentaire
Diplômé de parodontie et d'implantologie orale du groupe hospitalier Henri Mondor
Ancien assistant des hôpitaux de Paris
Praticien hospitalier
Formateur à l'association de chirurgie muco gingivale

**Jean-Pierre BERNARD**
Ancien chef de la division de Stomatologie, Chirurgie Orale et Radiologie Dentaire et Maxillo Faciale de l'Université de Genève
Président du Comité d'Éducation du Département d'Éducation et de Formation Clinique de l'Académie Suisse Internationale d'Ostéointégration
Conférencier international

**Patrick MISSIKA**
Maître de Conférences à la Faculté de Chirurgie Dentaire, Paris 7
Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Paris
Directeur du DU d'Implantologie
Directeur du DU d'expertise en médecine dentaire
Directeur du DU en chirurgie dentaire laser assistée
Professeur Associé Tufts University Boston USA
Expert près la Cour d'Appel de Paris
Expert National agréé par la Cour de Cassation
Président de la Compagnie Nationale des Experts Judiciaires en Odonto-Stomatologie

**Jean-Baptiste VERDINO**
DDS, DEA. Ancien assistant hospitalo-universitaire
Exercice privé dédié à l'implantologie chirurgicale et prothétique, Hyères

# Une photographie de l'implantologie en France

Patrick Missika

## Édito

La pratique implantaire a connu une évolution fulgurante depuis la publication des premiers travaux de Branemark.

Cette pratique s'est considérablement démocratisée.
La chirurgie et la prothèse implantaires sont actuellement enseignées dans toutes les facultés de chirurgie dentaire en France.
Les conférences sur l'implantologie constituent près de la moitié des conférences des congrès internationaux.
Tous les indicateurs paraissent favorables et cependant force est de constater que la situation n'est pas aussi réjouissante.

Il apparaît en effet que certains praticiens mettent en œuvre des traitements implantaires souvent complexes sans en avoir la maîtrise.
Les experts judiciaires membres de la Compagnie Nationale constatent le plus souvent que la première étape de la démarche académique à savoir la réalisation d'une étude prothétique pré-implantaire associant une cire ajoutée de diagnostic ou wax-up ou un montage directeur permettant la réalisation d'un guide d'imagerie qui va permettre de valider avec l'imagerie le projet prothétique sur implants n'est pas réalisée dans la très grande majorité des cas d'expertise judiciaire.
De nombreuses questions se posent à nous sur la formation adéquate en implantologie, sur la chirurgie avancée, greffes osseuses ou comblements sinusiens. Par exemple peut-on considérer que le seul diplôme de Docteur en chirurgie dentaire donne la compétence pour réaliser des comblements de sinus alors même que cette technique chirurgicale n'est pas enseignée avant le diplôme ?

Peut-on considérer comme normal que certaines compagnies d'assurances effectuent une sélection des praticiens autorisés à pratiquer les comblements de sinus alors que ce devrait être le rôle du Conseil national de l'Ordre dans le cadre de sa mission de santé publique et de protection des patients ?

On peut également s'interroger sur l'utilisation de tel ou tel autre système implantaire qui est mis sur le marché sans études cliniques publiées dans une revue avec un comité de lecture.
On peut s'interroger sur les innovations proposées par les fabricants d'implants et d'accessoires prothétiques sans une validation clinique sérieuse, l'utilisation prématurée de ces innovations pouvant mettre en jeu notre responsabilité civile professionnelle.

Il y a eu dans un passé récent des innovations qui nous ont paru très séduisantes lors de leur mise sur le marché mais qui ont totalement disparu quelques années plus tard.
L'exemple des implants recouverts d'hydroxy apatite de Stéri-Oss qui étaient supposés favoriser l'ostéo-intégration mais qui en réalité ont été à l'origine d'échecs retentissants en est un exemple flagrant.

L'apparition des implants à surface rugueuse a permis de réduire le temps d'intégration osseuse et donc de réduire la durée du traitement mais a entraîné parallèlement l'apparition d'un plus grand nombre de péri implantites.
La mise sur le marché d'implants dits « hybrides » avec une surface rugueuse sur les 2/3 du corps de l'implant et usinée dite lisse sur le 1/3 cervical est-elle une réponse appropriée à cette problématique ?
Faut-il utiliser ces implants de façon systématique pour se prémunir de la péri implantite ?
Le souhait de raccourcir le traitement implantaire en se libérant de la mise en nourrice préconisée par Branemark et en réalisant une mise en charge immédiate ou précoce appelée également mise n esthétique immédiate ou mise en temporisation immédiate est-il en accord avec les données acquises et ne constitue-t-il pas en cas d'échec une perte de chance pour le patient ?

Les techniques dites du « all on four » sont-elles validées par des études cliniques sérieuses, en particulier au maxillaire et sont-elles conformes aux données acquises quand on sait que la quasi-totalité des experts judiciaires Français ont répondu par la négative à cette question lors d'une enquête nationale ou sont-elles un concept marketing à visée de réduire le coût du traitement implantaire ?

Ce sont toutes ces questions et bien d'autres qui ont incité Jacques Bessade, Joël Itic et la rédaction à concevoir et réaliser une enquête ambitieuse sur la pratique implantaire qui est publiée dans ce numéro particulier d'Alpha Oméga News.

Je tiens à souligner que les réponses de mon ami Jean Pierre Bernard, qui était le responsable avec Urs Belser de l'implantologie de l'école dentaire de Genève et l'un des implantologistes les plus expérimentés, seront à lire et analyser avec attention.

Nous espérons que cette publication contribuera à nourrir le débat en particulier au moment où le Conseil d'État souhaite autoriser la « publicité » aux professions de santé, notion que l'on pourrait avantageusement remplacer par l'information objective des patients sur le niveau de formation et de compétence du praticien à qui ils souhaitent confier leur traitement et donc leur santé.

Jacques Bessade

## Introduction

Dans les rangs de la profession, chacun sait que nous vivons des heures difficiles. La dentisterie Française connaît une mutation profonde dans le fond comme dans la forme. Il nous a fallu intégrer plusieurs révolutions en quelques décennies : avènement de l'endodontie mécanisée, naissance et développement de l'implantologie, maîtrise des collages, de l'économie tissulaire, de la zircone, du numérique et de la CFAO, des reconstructions osseuses et de la chirurgie muco-gingivale mais également évolutions des techniques et des connaissances allant de l'apnée du sommeil aux gouttières orthodontiques.
Le monde universitaire fait son maximum pour adapter ses formations tandis que nos frontières accueillent ces dernières années, un tiers de nouveaux praticiens formés à l'étranger selon des cursus pour le moins hétérogènes.
Le monde politique veut constamment nous imprimer sa marque, et ce depuis plusieurs années. Une nouvelle échéance approche qui marquera un nouveau changement profond des pratiques, mais aussi des esprits.
Au-delà des adaptations incontournables de chacun, la pression administrative n'a fait que croître depuis 30 ans, changements de nomenclature, informatisation, télétransmission, conformité radiologique et handicap, respect des recommandations de bonnes pratiques, veille sanitaire et données acquises de la science, obligation d'information et traçabilité en tout genre dans un univers de plus en plus procédurier…
La vie d'un chirurgien-dentiste, le plus souvent isolé dans son cabinet, n'a rien d'un long fleuve tranquille. Les aspirations sociales et culturelles nouvelles des chirurgiens-dentistes jeunes ou en fin de carrière à un exercice collectif ou à temps partiel se sont aussi développées. La part de chirurgiens-dentistes salariés progresse de façon lente mais régulière et a atteint 12 % en novembre 2016.

Dans ce maelstrom étourdissant, certains faits dépassent l'horizon qui s'offre à nous, tels des flèches de cathédrale, qui nous ont conduits à réaliser cette étude.
Il est indiscutable que l'avènement de l'implantologie orale a profondément modifié la pratique dentaire mondiale. En France, le démarrage fut laborieux et ce n'est qu'à partir de 2005, soit 20 ans après Brånemark, et grâce à l'internet qui a permis aux patients d'en prendre connaissance, que l'implantologie de ce pays s'est vraiment développée. L'Université et une multitude d'associations de formation continue, qui ont vu le jour dans le même temps, ont accompagné cette évolution, du mieux possible.
Il est aujourd'hui possible de passer une année quasi permanente en formation continue, tant les séminaires, congrès, colloques en tout genre se saisissent de l'implantologie orale sous toutes ses formes.

De son côté, le Conseil de l'Ordre a mis en place une commission de reconnaissance pour valider la mention de diplômes universitaires au contenu très hétérogène. Parallèlement, la sinistralité des actes liés à la pratique implantaire a doublé en 7 ans, passant de **140 déclarations à 304 en 2016, ce qui représente tout de même 22 % de l'ensemble des déclarations de sinistres**, concernant 6550 praticiens assurés pour ce risque. (Source : MACSF)
Plus de **726 centres de soins dentaires** étaient répertoriés en **2017**, dont l'ouverture a été largement encouragée par l'évolution législative de la loi de juillet 2009, dite loi HPST. Parmi ces centres, Dentexia®, poursuivie aujourd'hui au pénal, a géré 7 centres qui ont délivré des soins à près de 6700 personnes de janvier 2015 à mars 2016. Près de 2000 d'entre eux ont déposé plainte. Cette affaire, du même volume judiciaire que celle du Médiator®, n'est pas la seule impliquant des centres dentaires.

Dans tous ces dossiers, **une implantologie orale détournée de ses objectifs thérapeutiques** a été systématiquement et grossièrement mise en œuvre, à seule fin de rentabilité financière, laissant derrière elle **une population en grande souffrance** dont la guérison réclame désormais, non seulement des moyens, mais également des praticiens aux compétences d'un **niveau inhabituel**, tant les situations cliniques sont **complexes à gérer**, alors qu'aucune habilitation particulière à ce type de soins très spécifiques n'existe en France et n'est donc identifiable par les patients, **qui ne savent à qui s'adresser**.

Comme le préconise l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) dans son rapport de janvier 2017, du fait du développement accéléré et incontrôlé de l'implantologie, il est urgent de redéfinir, avec la Haute Autorité de Santé, des **référentiels de bonnes pratiques implantaires** fondés sur les données acquises de la science et centrés sur le rapport bénéfice-risque qui doit toujours se faire au crédit du patient.

Pour conclure ce tour d'horizon implantaire, observons que l'industrie nous propose constamment ses nouveautés dont il est bien difficile de savoir sur quel recul elles s'adossent et si elles répondent à un besoin clinique patent où pas.
Le praticien fait ainsi son marché parmi ces innovations et conforte ses connaissances à travers les présentations toujours plus spectaculaires de conférenciers bien entraînés. Son libre arbitre et son esprit critique le guident au mieux, on l'espère pour lui, dans ses choix.

Ainsi, fort de ces constations, et sans jamais perdre de vue notre objectif thérapeutique, nous nous sommes demandés dans quel monde nous vivions et si nous étions seuls à moins bien appréhender le monde implantaire actuel qui paraît aujourd'hui éloigné de toute régulation. Ainsi il était temps de se poser quelques questions, à partager avec le plus de collègues possible, afin de dégager quelques directives, à défaut d'évidences, destinées à éclaircir notre horizon décidément très encombré.

Nous avons structuré nos questions autour de quatre thèmes principaux, le matériel, les protocoles opératoires, la péri-implantite et la formation professionnelle.

### 1 - LE MATÉRIEL

L'abondance de compagnies et de matériel implantaire traduit indiscutablement la bonne santé économique du secteur. Comment s'y retrouver parmi tous ces systèmes implantaires ? Toutes les nouveautés sont-elles testées avant leur diffusion ?

### 2 - LES PROTOCOLES OPÉRATOIRES

L'abondance de formations est réelle et peut laisser les congressistes dubitatifs face à cette avalanche de connaissances. Le foisonnement des protocoles opératoires semble ouvrir à l'infini le champ des possibles mais, est-il accessible à tous ? Comment identifier les connaissances médicales avérées des données actuelles de la science ? Comment s'y retrouver quand on débute ?

### 3 - LA PÉRI-IMPLANTITE

Le développement des péri-implantites depuis une décennie pose beaucoup de questions en remettant en cause plusieurs fondamentaux thérapeutiques.
La parodontite habituelle de l'adulte est remise au centre du projet implantaire.
Les surfaces implantaires et la santé du patient reviennent en première ligne. Tout est en train de changer. Comment faire face ?

### 4 - LA FORMATION PROFESSIONNELLE

La flambée des procédures judiciaires de ces dix dernières années laisse à penser que le niveau de la pratique implantaire est encore trop hétérogène.
Les représentants de la profession font comme si tout allait bien alors qu'ils ont refusé de mettre en place une formation nationale homogène, alliant capacité professionnelle et compétence réelle en implantologie. Le statu quo observé jusqu'à maintenant n'est satisfaisant pour personne, à commencer par les victimes de certains centres mal intentionnés qui profitent du vide actuel en abusant de la confiance placée en eux.
Cette situation est intenable et doit évoluer vers plus de clarté.

Nous avons adressé un questionnaire de 30 questions. L'Association Française d'Implantologie nous a donné accès à son listing pour contacter des praticiens titulaires de diplômes universitaires en implantologie orale et ayant validé une compétence clinique fondée sur le recul de nombreux cas cliniques. 50 cliniciens nous ont répondu.

Nous remercions ses secrétaires généraux, Patrick Missika et Michel Carrubba, pour leurs collaborations.

# Une tentative de synthèse des 1500 réponses

## Le matériel

**Si vous deviez recommander un système implantaire à un praticien inexpérimenté et dûment formé, quels seraient les critères objectifs de choix de ce système ?**

### Réponses

La grande majorité des réponses indique que les critères de référence d'un système implantaire de choix sont les suivants :

- Recul documenté entre 5 ans minimum et 20 ans
- Publications scientifiques (impartiales) dans des revues à comité de lecture
- Polyvalence et simplicité tant pour les indications chirurgicales que pour les solutions prothétiques
- Qualité de la fabrication
- Solidité financière de l'entreprise qui doit avoir de l'ancienneté et une diffusion internationale
- Disponibilité de l'équipe commerciale et S.A.V. performant
- Praticiens référents séniors
- Ouverture sur le numérique (CFAO)
- En usage dans les facultés

L'implant idéal devrait être vissé et présenter une connexion interne cône morse ou hexagonale, ayant 2 apex au choix, arrondi ou perforant, un platform switching, disponible en Tissu Level et Bone Level avec un état de surface adapté aux problèmes de péri-implantite. Le système ne disposerait pas de plus de 2 tournevis. La trousse chirurgicale doit être ergonomique et offrir des forets à étage.

### Commentaires

*Les critères énoncés indiquent que le praticien inexpérimenté sera bien avisé de choisir son système parmi des majors company internationales (Straumann®, Nobel Biocare®, Dentsply Implant®, ZimmerBiomet®) dont les caractéristiques se rapprochent le plus du cahier des charges ci-dessus.*

*Néanmoins il faut noter que l'évolution progressive de ces systèmes ne s'est pas faite avec la même rigueur scientifique que pour le premier implant de Brånemark (10 ans d'études animales et humaines avant la mise sur le marché !!). Rappelons ici quelques échecs retentissants d'innovations qui ont été très rapidement supprimées du marché : surface implantaire recouverte d'hydroxyapatite, nano particule d'hydroxyapatite, connexion implant/pilier en téflon pour reproduire un effet amortisseur identique au ligament desmodontal des dents naturelles.*

*La plupart des « majors » n'ont pas encore fait évoluer leur état de surface implantaire de façon à résister à la péri-implantite, ce qu'on fait d'autres compagnies plus jeunes.*

*Enfin il faut indiquer que certaines sociétés, notamment françaises, produisent aujourd'hui, un matériel d'excellente qualité (ETK®, TBR®, Biotech®, Anthogyr®).*

### Cas 1 : Réalisation d'un bridge complet maxillaire implanto porté et trans vissé, *Alain Benhamou*

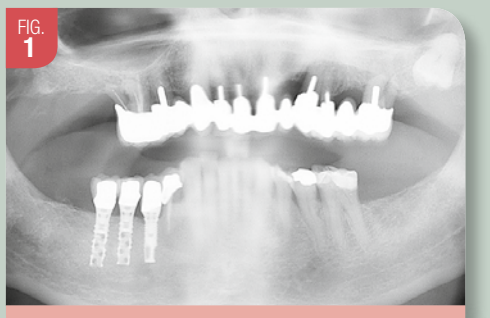


FIG. 1 — Radio panoramique pré-opératoire

FIG. 2A

FIG. 2B

FIG. 2C — Vues pré-opératoires

FIG. 3 — implants Nobel et piliers Multi-Unit

FIG. 4 — Empreinte au plâtre à ciel ouvert

FIG. 5 — Bridge définitif à armature zircone sur le modèle de travail maxillaire

FIG. 6

FIG. 7 — Bridge définitif à armature zircone en place

FIG. 8 — Radiographie panoramique de contrôle

## Quel serait pour vous le juste prix d'un implant de bonne qualité ?

### Réponses

50 % des 50 réponses estiment que le juste prix unitaire TTC d'un implant dentaire se situe entre 100 et 150 €. 15 réponses acceptent de dépasser le cap des 200 €. La moyenne statistique établit un tarif idéal compris entre 151 et 195 €.

### Commentaires

*Il n'est pas nécessaire de noter que le critère du prix de vente sort du cadre strictement scientifique de ce dossier mais néanmoins intéressant à étudier. Notons que les protocoles de recherche et développement pour de nombreux systèmes connus sont maintenant assez anciens et largement amortis.*
*La technologie de fabrication d'un implant devrait être similaire à la technologie horlogère de précision pour laquelle la qualité du métal ou de l'alliage est essentielle. Néanmoins Un implant, quel que soit le fabricant, reste une « vis » dont la technologie « embarquée » est assez sommaire !*

## Faites-vous confiance aux implants vendus à bas prix ?

### Réponses

95 % des praticiens répondent clairement NON. Quelques-uns précisent qu'en deçà de 90 ou 100 €, la confiance ne peut exister. Certains précisent que cette exclusion vaut particulièrement pour la fiabilité prothétique. Quoi qu'il en soit, la pérennité de ces sociétés semble compromise dans le temps par défaut d'investissements.

### Commentaires

*La question est alors de savoir à quel moment un implant à bas prix, devient un implant qui inspire confiance par son ancienneté sur le marché ? On a déjà vu des entreprises devenir des références à force d'investissements et de développements pertinents. Il semble donc que cela soit la clé du succès pour transformer une première identité à faible confiance.*

*Au plan médico-légal, une distinction s'impose néanmoins. Un implant à bas prix, présent depuis plusieurs années sur le marché mondial, mais sans références scientifiques publiées dans des revues internationales, correspond-il à l'usage des bonnes pratiques ? Son usage relève-t-il des connaissances médicales avérées ? La réponse appartient à chaque expert, en son âme et conscience.*

*On peut néanmoins indiquer que le bon sens doit dominer dans cette réflexion et qu'un tel système qui a passé l'épreuve du temps au-delà de 7-10 ans, sans voir sa réputation entachée, devient, de fait, un système appartenant aux données actuelles de la science.*

*De plus, du fait de la concurrence, la plupart des grandes compagnies consentent aujourd'hui des rabais, notamment pour des achats en quantité ce qui réduit énormément les écarts de prix entre les différentes marques. Le parallèle entre coût et qualité devient alors très relatif.*

## Un collège de spécialistes ne devrait-il pas être consulté avant commercialisation, pour avis préalable, dans l'esprit des AMM pour les médicaments ?

### Réponses

C'est un oui franc et massif avec des nuances sur la forme. Nombreux sont les praticiens qui insistent que la nécessité de réunir des professionnels indépendants, impartiaux, spécialisés dans plusieurs domaines : odontologistes, biologistes, pharmaciens et ingénieurs, d'origine libérale et universitaire. Il serait établi un dossier clinique après évaluation par des béta-testeurs. Un système de label à 5 étoiles pourrait voir le jour en fonction de critères prédéterminés.

### Commentaires

*Une conclusion s'impose, le simple agrément CE ne semble plus suffire. Les praticiens demandent qu'un collège impartial et polyvalent se prononce sur la légitimité clinique d'une innovation. Certes, pour une pièce prothétique usinée, des cycles de test en condition réelle permettent de légitimer une pièce mais pour les produits relevant de la clinique chirurgicale, il existe un doute que le seul marketing ne peut lever. Après plusieurs scandales, de l'industrie pharmaceutique aux prothèses PIP, la confiance dans les industriels a été entamée et doit être restaurée par de nouveaux protocoles d'agrément.*


GROUPE Airel Quetin
POUR UN ÉQUIPEMENT DENTAIRE ADAPTÉ

**Le PE8+,**
Le fauteuil dentaire qui s'adapte à tous les praticiens.

Pendant le Congrès ADF 2018 découvrez nos offres **PREMIUM** et venez nous voir **stand 2L03**

LE FAUTEUIL UNIVERSEL

Le fauteuil universel PE8 s'adapte à votre position de travail et à votre activité.
Parfaitement ambidextre, il convient aussi bien aux droitiers et aux gauchers...
...en seulement quelques secondes.

FABRIQUÉ EN FRANCE

Plus d'informations sur www.airel-quetin.com

Airel Quetin - 917, Rue Marcel Paul • 94500 Champigny-sur-Marne
Tél : 01 48 82 22 22 • choisirfrancais@airel.com
Dispositif médical : Classe IIa - Organisme notifié : SZUTEST(2195)
Fabricant : Airel, France / Mai 2018
Pour toute information complémentaire, se référer à la notice d'utilisation

GROUPE
Airel Quetin
POUR UN ÉQUIPEMENT DENTAIRE ADAPTÉ

# Le PACIFIC,

la nouvelle vision du confort, une nouvelle façon de travailler.

Pendant le Congrès ADF 2018
découvrez nos offres **PREMIUM**
et venez nous voir **stand 2L03**

## LE FAUTEUIL MONOCOQUE

Le fauteuil monocoque Pacific propose, pour vous,
une ergonomie de travail optimale,  et pour vos patients,
un confort inégalé...
...Et il existe aussi en version ambidextre.

FABRIQUÉ EN FRANCE

Plus d'informations sur www.airel-quetin.com

Airel Quetin - 917, Rue Marcel Paul • 94500 Champigny-sur-Marne
Tél : 01 48 82 22 22 • choisirfrancais@airel.com
Dispositif médical : Classe IIa - Organisme notifié : SZUTEST(2195)
Fabricant : Airel, France / Mai 2018
Pour toute information complémentaire, se référer à la notice d'utilisation

## Quel serait le recul clinique nécessaire pour la mise sur le marché d'une innovation ?

### Réponses

50 % des réponses établissent à 5 ans le recul nécessaire à la commercialisation d'une innovation. 25 % se contentent d'un délai de 2 ans. 25 % demandent plus de 10 ans. Certains précisent qu'au moins 100 patients traités ou 500 implants posés sont un bon départ.

### Commentaires

*Une période de 5 ans semble une durée minimum raisonnable pour tester un nouvel implant, une nouvelle connexion ou un nouvel état de surface. Les innovations mécaniques ne sont pas soumises aux mêmes contraintes car des tests de fatigue sur le long terme sont réalisables en laboratoire, ce qui n'est pas comparable aux exigences des matériels ostéointégrables.*

## Pensez-vous que l'implant en zircone ait une place légitime dans notre arsenal thérapeutique et pour quelles raisons ?

### Réponses

54 % des praticiens reconnaissent la légitimité de l'implant zircone dans l'arsenal implantaire actuel. Cependant, il y a un cadre très restreint à son usage clinique.
Il est plébiscité en cas d'intolérance au titane et en particulier dans le secteur antérieur à haute valeur esthétique. Il peut correspondre à une demande de certains patients. Son usage devrait cependant être réservé aux praticiens expérimentés.
Sa résistance mécanique est réputée très insuffisante et la prothèse vissée pose problème. Plusieurs praticiens indiquent la grande difficulté rencontrée à déposer ce type d'implant.

### Commentaires

*Il y aurait donc une place pour cet implant dans des cas rarissimes d'allergie au titane mais quelle est la part du marketing dans la survie de ce matériau qui n'a jamais réussi à s'imposer en 30 ans ? La dernière conférence de consensus de l'European Academy of Osseointégration sur la question ne relève aucun avantage avéré, au plan strictement scientifique.*

## Cas 2 : Réalisation d'un bridge implanto porté trans vissé à armature zircone avec mise en charge immédiate

***Alain Benhamou***

FIG. 1

Vue occlusale des 8 piliers Nobel Multi Unit

FIG. 2

Piliers d'empreinte à ciel ouvert

FIG. 3

Bridge provisoire monté sur articulateur et clé occlusale

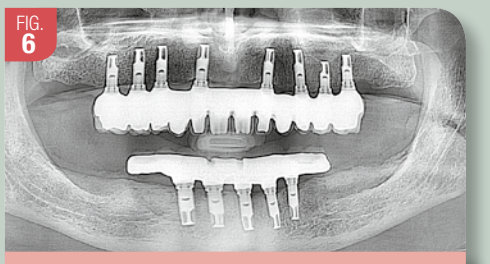
FIG. 4

Bridge provisoire résine et bridge définitif à armature zircone CFAO sont superposables

FIG. 5

Bridge définitif à armature zircone CFAO

FIG. 6



Radio panoramique post-opératoire du bridge maxillaire

FIG. 7

Vue clinique fin de traitement

.../...

## Chirurgie guidée de ce cas (8 implants)

FIG. 1
Guide stéréolithographique Nobel

FIG. 2
Les 2 guides sur les modèles montés sur articulateur

FIG. 3
Forage au travers du guide à appui osseux, transfixé

FIG. 4
Insertion des implants au travers du guide

FIG. 5
Les 8 porte-implants en fin de guidage

FIG. 6
Les 8 piliers Multi Unit

FIG. 7
Pose des piliers provisoires
au travers du guide prothétique CFAO

FIG. 8
Solidarisation de l'ensemble

FIG. 9
Capuchon de cicatrisation avant fermeture

FIG. 10
Bridge à armature zircone

FIG. 11
Pose du bridge maxillaire (post op)

FIG. 12
Cicatrisation à 15 jours

Venez nous rencontrer à l'ADF

**STAND 1P24**

L'équipe d'AOnews

TRÈS BON RAPPORT QUALITÉ/PRIX
★★★★★

DENTRI α

L'excellence
en matière d'imagerie numérique

**Un choix multiples pour les champs d'acquisitions.**
(27 champs disponibles avec la technologie Free FOV)

FREE FOV — Avec une technologie de free FOV
CBCT — Excellente qualité d'image
PULSED SCAN — Mode réductuon de dose
SCAN-TYPE CEPH — Cephalo en scan ou oneshot (option)
16X14.5 FOV — Grand champ 16x8, 16x14.5 (option)

HDX WILL
19/21 rue du 8 mai 1945 - 94110 Arcueil - FRANCE

**Votre contact 01 46 63 07 94**
07 68 73 04 05 - info@hdx-will.fr - https://hdx-will.fr

## Sur une échelle de 0 à 10, quel crédit accordez-vous respectivement, aux hypothèses d'allergie au titane et de risque de corrosion du titane ?

### Réponses

- 55 % des praticiens n'ont jamais rencontrés de réaction allergique au titane. 30 % n'en ont jamais vu mais accordent un crédit de 1/10 à 2/10 à cette hypothèse. 5 % accordent 7/10 à l'allergie et 10 % n'ont pas d'opinion.
- 20 % des praticiens évaluent à 7/10 le risque de corrosion du titane et 70 % sont sans opinion.

### Commentaires

*Alors que certains expliquent que la couche d'oxyde de titane rend impossible la corrosion du titane, d'autres indiquent qu'en chirurgie orthopédique, les pertes osseuses massives observées sont liées à des phénomènes de corrosion mais associés à des surcharges mécaniques. Il y a néanmoins une certaine part de relargage, nous l'avons tous remarqué quand nous devons déposer un implant, la surface osseuse interne est parfois légèrement grise. La question de savoir si ce relargage est iatrogène n'est, pour l'instant, pas tranchée.*

*Quoi qu'il en soit, en milieu buccal, les manifestations de la corrosion du titane sont très exceptionnelles. Pour l'allergie, elle est incontestablement rarissime. Elle peut être plus marquée avec les alliages de titane de grade 5 par rapport à ceux de grade 4, du fait de l'augmentation d'éléments d'addition de type Aluminium, Vanadium.*

## La mesure objective de l'ancrage osseux par l'ISQ (Osstell®) doit-elle être encouragée, en particulier dans la zone maxillaire postérieure ?

### Réponses

- 20 % des praticiens n'ont pas d'avis
- 50 % considère que c'est inutile
- 30 % pensent que c'est une bonne option

### Commentaires

*En vérité la question était ambiguë. Les praticiens ont pensé qu'il s'agissait de la mesure faite lors de la pose de l'implant alors que la question portait sur une mesure à J + 3 mois.*

*Plusieurs dispositifs (Penguin®, Osstell®, WH®, Megagen®) existent aujourd'hui pour évaluer le niveau d'ancrage osseux d'un implant, tous basés sur le même principe mis au point par Mérédith en 2000.*

*Lors de la pose d'un implant, le sens clinique et le torque d'insertion sont des repères suffisants pour des praticiens expérimentés. Ces systèmes seraient donc conseillés pour les praticiens débutants lors de la pose mais surtout, 3 mois après insertion.*

*La mesure à 3 mois, lors de laquelle on mesure un ISQ (quotient de stabilité implantaire) d'au moins 65 sur une échelle de 100, indique la possibilité de mettre en charge l'implant en toute confiance. Des valeurs de 75 à 85 sont courantes à la mandibule, tous secteurs confondus. Elles sont beaucoup plus difficiles à atteindre en zone molaire maxillaire dans laquelle la densité osseuse est toujours plus faible. C'est ce qui déterminait la question car il n'y a aucune évaluation objective possible autre que l'Osstell® pour s'assurer qu'un implant peut supporter une charge occlusale ou pas. L'expérience montre que la seule percussion de l'implant est très insuffisante à garantir son niveau optimal d'ancrage.*

*178 études ont été publiées sur PubMed depuis 2002 au sujet de l'Osstell®. Une revue systématique de Lages et al. (CIDRS 2018) compare le torque d'insertion et la mesure de la fréquence de résonance pour évaluer la stabilité primaire d'un implant sans parvenir à faire de parallèle fiable.*

*Paolo Trisi estime que cette mesure n'est pas assez sérieuse. Des doutes sont émis par d'autres (Qian et al. - COIR 01 2016) sur la pertinence de l'utilisation de l'ISQ pour déterminer le degré de cicatrisation osseuse autour des implants.*

*Au plan clinique, les praticiens entrainés à cette mesure depuis de nombreuses années estiment, pour leur part, qu'elle devrait être faite systématiquement en toute zone afin de confirmer la bonne poursuite prothétique du traitement, mais ce ne sont que des avis d'experts…*

## Pensez-vous que l'implant sera remplacé par le génie génétique ?

### Réponses

20 % des praticiens interrogés sont certains que la réponse est NON.
La grande majorité estime que c'est fort probable mais dans bien plus longtemps qu'on ne le pense car il y a un gouffre entre les idées révolutionnaires et les applications cliniques, comme on l'a vu avec l'engouement pour les facteurs de croissance dans les années 90, qui n'a jusqu'à maintenant conduit à peu ou pas d'évolutions.

### Commentaires

*La recherche technologique et clinique avance de façon exponentielle. Des équipes, notamment japonaises, ont réussi à développer une dent à partir de cellules souches avec tous les constituants tissulaires d'une dent*

### ➤ CONCLUSIONS SUR LE MATÉRIEL

Les praticiens expérimentés en implantologie se méfient des implants peu ou mal référencés dans la littérature. Les complications prothétiques sont particulièrement redoutées avec ce type de système.
Autrement dit, un praticien expérimenté saura mieux maîtriser l'implant qu'il pose, indépendamment de son identité. C'est encore la main de l'opérateur qui reste le critère de confiance numéro 1, c'est-à-dire, l'expérience. Voilà pourquoi il est recommandé aux moins expérimentés de travailler avec des systèmes reconnus.
De plus, il ne faut jamais oublier que l'outil implantaire est au service du traitement implantaire et que c'est la phase prothétique qui détermine le succès ou l'échec final du traitement.
L'implant zircone peut avoir quelques indications bien ciblées et doit être maîtrisé pas des praticiens entraînés.
Un panel d'experts devrait valider cliniquement les innovations techniques, en particulier en chirurgie implantaire. Un délai de 5 ans devrait s'imposer aux industriels avant toute mise sur le marché mais est-ce bien réaliste ?

Enfin, les hypothèses d'allergie et de corrosion du titane semblent souvent relever du fantasme à de très rares exceptions près rapportées par la littérature.

# Les protocoles opératoires

## Hors contexte infectieux, toute extraction ne devrait-elle pas faire l'objet d'un comblement afin de privilégier un profil d'émergence prothétique idéal ?

### Réponses

- 50 % des praticiens répondent OUI et argumentent sur la forme.
- 35 % répondent NON sans détour.
- 15 % sont indécis.

### Commentaires

*Si dans de nombreux cas d'extraction sans infection, le caillot permet d'observer une cicatrisation ad integrum, la question porte spécifiquement sur le résultat prothétique et non sur le process biologique.*

*Certains ont précisé l'importance du volume vestibulaire pour l'optimisation du profil d'émergence, car c'est le cœur du sujet. Ces derniers sont unanimes à reconnaître qu'un tel comblement permet, le plus souvent, le maintien d'un volume muqueux plus en accord avec les contours prothétiques. Puisque que la prothèse est l'ultime finalité du traitement chirurgical, ce comblement nous parait donc parfaitement indiqué, d'autant plus que l'on s'approche des zones esthétiques.*

La région antérieure esthétique, sous la zone sinusienne ou dans des zones de pontic de bridge

*La majorité des praticiens s'accordent à réaliser des comblements post-extractionnels dans 3 situations : la région antérieure esthétique, sous la zone sinusienne ou dans des zones de pontic de bridge. Dans ces trois situations, l'objectif est de soit simplifier le protocole opératoire en évitant des interventions plus lourdes, soit d'améliorer un résultat esthétique.*


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

## Du point de vue médico-légal, la réponse n'est pas automatique : l'extraction-implantation-mise en esthétique immédiate fait-elle partie, en 2018, des données actuelles de la science ?

### Réponses

- 64 % de réponses positives accompagnées de précisions cliniques
- 30 % de Non catégorique
- 6% sans opinion

### Commentaires

*Les défenseurs du NON rappellent que ce protocole ne permet aucune prévisibilité en matière de stabilité des tissus mous et donc de résultat esthétique.*

*Les tenants du OUI précisent le cadre clinique qui doit se limiter à la zone esthétique antérieure, hors sollicitation mécanique forte et dans un contexte occlusal stable et favorable (Classe 1 et calage postérieur impératif). Une maintenance serrée doit être mise en place et le patient doit être coopératif au plan alimentaire, particulièrement. Si toutes ces conditions sont respectées, il faut encore que le praticien soit particulièrement entraîné à ce protocole à risque. Il doit ajouter à la pose de l'implant un comblement non résorbable du gap alvéolaire et une greffe conjonctive vestibulaire enfouie pour optimiser le résultat final.*

### Cas 3 : Extraction-implantation et temporisation esthétique immédiate, *Anne Benhamou*

M. V., âgé de 40 ans, en bon état de santé général, et non-fumeur, est adressé par son praticien pour l'extraction de son incisive centrale droite.
Il avait eu un accident il y a de nombreuses années, la dent avait été traitée et couronnée. Quelques années plus tard, le traitement endodontique a été repris et une résection apicale fut réalisée.

Depuis quelque temps le patient présente à nouveau des douleurs et une fistule en regard de 11, cette dent doit être extraite.
L'examen clinique **(Fig. 1)**, complété d'une radiographie rétro-alvéolaire **(Fig. 2)** et d'un cône beam, montre un biotype gingival épais, mais une corticale vestibulaire fine et fragilisée par la résection apicale.

La solution implantaire est retenue comme étant la meilleure alternative thérapeutique pour ce patient.

L'implantation immédiate est toujours notre première option dans le secteur esthétique si les 2 conditions indispensables sont remplies :
- stabilité primaire
- position de l'implant dans la position idéale requise pour la restauration prothétique finale.

Après l'extraction atraumatique de la dent 11, un curetage minutieux est réalisé à la curette d'abord **(Fig. 3)**, puis à la fraise boule **(Fig. 4)**. Une fenestration importante est mise en évidence.
Une grande attention est portée à ne pas détruire la fine paroi restante qui servira de première membrane.
L'implant est posé en réalisant une translation palatine afin que l'émergence soit en position cingulaire. L'implant doit être le plus proche possible de l'axe prothétique **(Fig. 5)**. La position de l'implant laisse un espace en vestibulaire nécessaire pour la régénération osseuse. En effet une ROG ainsi qu'une greffe conjonctive enfouie) sont systématiquement réalisée lors des implantations immédiate dans la zone esthétique.
La stabilité primaire de l'implant est vérifiée et la Régénération Osseuse Guidée est réalisée. Un matériau type Biphasique Calcium Phosphate est mis en place, à l'intérieur de l'alvéole **(Fig. 6)** ainsi qu'au-dessus du mur vestibulaire restant. Une membrane de collagène à résorption lente est fixée sur le pilier provisoire **(Fig. 7)** puis suturée avec un greffon conjonctif prélevé au palais et qui sera enfoui **(Fig. 8)**.
Les sutures sont réalisées et une couronne provisoire est mise en place immédiatement. Celle-ci avait été préparée au laboratoire. Un rebasage et un polissage sont réalisés au fauteuil. Le patient est revu 4 jours après (**Fig. 9**), la cicatrisation est bonne malgré le manque d'hygiène du patient.
Quelques mois plus tard la couronne d'usage sera réalisée par son praticien **(Fig. 10)**.

FIG. 1 Situation pré opératoire

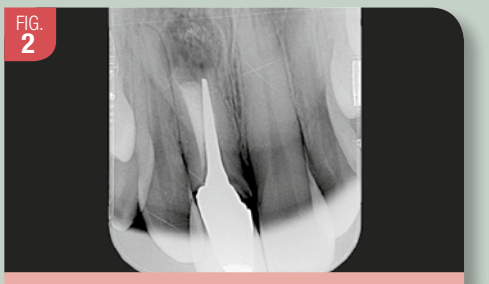


FIG. 2 Radio pré opératoire

FIG. 3 Fenestration osseuse

FIG. 4 Curetage de l'alvéole

FIG. 5 Pose immédiate de l'implant

FIG. 6 Matériau de comblement

FIG. 7 Membrane collagène

FIG. 8 Greffe conjonctive enfouie

FIG. 9 Temporisation immédiate

FIG. 10 Restauration prothétique

## Faire la promotion de la mise en charge unitaire immédiate en zone postérieure vous paraît-il raisonnable ?

### Réponses

- 8 % de réponses positives, sous conditions
- 92 % de NON catégorique

### Commentaires

*Ce type de protocole présente un risque majeur d'échec que chacun connaît bien. Les rares défenseurs du OUI précisent que des conditions de sécurité (occlusion, densité osseuse) doivent être réunies, que cela ne doit pas être systématique.*

*On peut l'envisager sur des prémolaires mais jamais sur des molaires. Cela reste un protocole d'exception pour des spécialistes entraînés mais qui n'appartient pas aux données acquises de la science.*

# Associer comblement sinusien et pose d'implant doit-il être réservé à un praticien expérimenté ?

## Réponses

- 99 % de OUI

### Cas 4 : Greffe de sinus par voie latérale et mise en place d'implants simultanés, *Hadi Antoun*

FIG. 1

Edentement postérieur maxillaire unilatérale avec une demande de réhabilitation prothétique fixe

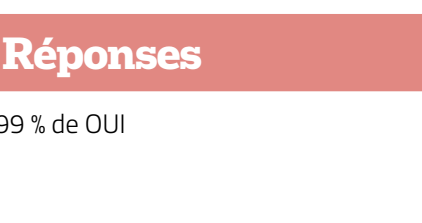


FIG. 2

Sur le panoramique, on peut noter un sinus maxillaire gauche procident avec une 24 en phase terminale. La hauteur osseuse résiduelle sous le bas-fond sinusien ne permet pas la mise en place d'implants sans soulever de sinus

FIG. 3

Une extraction implantation immédiate est réalisée au niveau de la 24 en vue d'une mise en esthétique immédiate associée à une greffe de sinus (Bio-Oss, Geistlich) par voie latérale et à une mise en place de 2 implants en 25 et 26 (Implants MK3, Nobel Biocare).

FIG. 4

À 6 mois réalisation de la restauration d'usage, bridge céramo-céramique sur base zircone usinée vissé direct implants

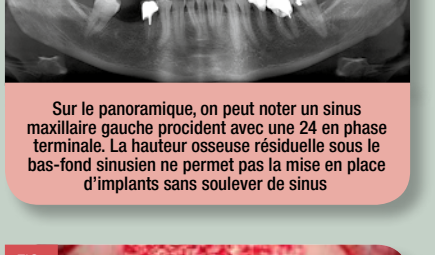
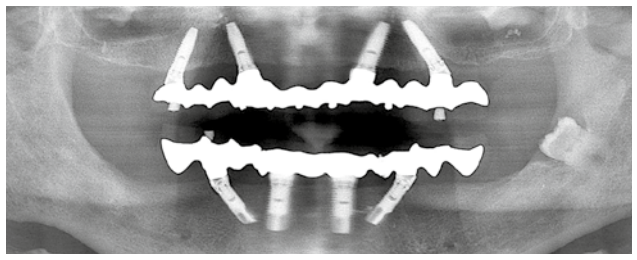


FIG. 5

Rétro-alvéolaire de contrôle à 6 ans, stabilité du niveau osseux proximale autour des 3 implants. On peut noter aussi la limite entre l'ancien bas-fond sinusien et le matériau de comblement plus radio-opaque

## Commentaires

*La compétence nécessaire à la réalisation d'un comblement sinusien est impérative. Cette intervention ne peut donc être pratiquée que par un praticien dûment formé. La difficulté d'ajouter une décision per-opératoire de pose d'implant au protocole chirurgical en cours réclame un recul clinique et technique qu'un débutant ne peut maîtriser.*
*Pour la plupart des répondants, au sommet de la courbe d'apprentissage du praticien, cette maîtrise vient naturellement.*
*Développer sa compétence en comblement de sinus réclame de réaliser le geste très régulièrement, ce qui est un défi en soi pour tout praticien qui doit être convaincu de sa maîtrise et en convaincre également son patient.*
*C'est ainsi que le praticien formé et suivi, accumule des expériences qui lui apporteront l'autonomie suffisante pour pouvoir décider en toute sérénité opératoire de l'opportunité de placer l'implant en direct. Ce protocole est donc spécifiquement attaché à une pratique soutenue de praticien chevronné.*



## Considérez-vous que le "all on four" maxillaire relève aujourd'hui des données actuelles de la science ?

### Réponses

- 60 % de NON
- 26 % de OUI sous conditions (implants longs de 16 mm, antagoniste amovible)
- 14 % d'indécis

### Commentaires

*Le bridge complet mandibulaire sur 4 implants a été décrit par Brånemark en 1985. Au maxillaire, il a été protocolisé par P. Malo en 98 et baptisé alors « All on four ». Il est un sujet constant de polémiques. En effet, réduire à 4 le nombre d'implants destiné à supporter une reconstruction totale maxillaire est une prise de risque majeur car si le risque se réalise et qu'un implant est perdu, c'est la prothèse qui est immédiatement compromise, imposant le retour à la prothèse amovible.*

*Les répondants parlent d'arnaque intellectuelle, de marketing. Une prothèse maxillaire complète sur 4 implants zygomatiques, solution développée par Brånemark dès 2004, serait une option plus fiable que le « All on four » à la Malo, étant entendu que cette technique ne devrait être réservée qu'à des praticiens spécialisés et régulièrement entraînés. Ce protocole ne relève pas des données acquises de la science pour la grande majorité des praticiens.*

## Pensez-vous que la chirurgie guidée simplifie réellement le geste chirurgical du débutant ?

### Réponses

- 21 % de OUI
- 65 % de NON
- 14 % ne se prononcent pas

### Commentaires

*Plusieurs praticiens font le parallèle avec la navigation aérienne. Il faut savoir voler à vue avant de voler aux instruments. S'ils reconnaissent que la chirurgie guidée apporte précision et sécurité, ils précisent qu'elle n'est pas faite pour les débutants et au contraire, elle est indiquée dans des cas cliniques complexes nécessitant de l'expérience.*
*La chirurgie guidée ne simplifie rien. Elle ne transformera pas le débutant en praticien expert.*

## L'avènement des PRF en 2001 a-t-il notablement influencé votre pratique ?

### Réponses

- 50 % de NON
- 50 % de OUI

### Commentaires

*Première question pour laquelle aucune majorité ne se dégage.*

*Le PRF est un sujet clivant. Les réponses sont tranchées et souvent avec enthousiasme, dans les deux camps. On peut considérer que c'est une avancée scientifique mais il faut rester humble sur les résultats. Certains précisent que les membranes de PRF trouvent leur intérêt dans la gestion des perforations sinusiennes, dans les extractions chez les fumeurs, en muco-gingivale et lors des greffes osseuses.*

*Si le PRF n'est pas iatrogène, son crédit clinique est très praticien dépendant.*

*Cependant, les publications sur le sujet évoluent ces dernières années. Trois méta-analyses (Canellas IJOMS 2017, 2018, Al Hamed JOMS 2017) semblent confirmer l'intérêt du PRF sur la préservation de l'os alvéolaire avec un avantage particulier dans la prévention de l'ostéite post-extractionnelle. Borie E. et al. (Int J Clin Exp Med. 2015) signent une revue de littérature de 53 références dont il ressort que les PRF ont un réel intérêt clinique sur la préservation de l'os alvéolaire. Quirynen et al., de leur côté ont, réalisé une méta-analyse montrant l'intérêt clinique des PRF en parodontologie (J Clin Periodontol. 2017 Jan), confirmé par un essai clinique randomisé en 2018 (J Periodontal Res. 2018 Oct).*

## ➤ CONCLUSIONS SUR LES PROTOCOLES OPÉRATOIRES

Le comblement post-extractionnel en zone antérieure semble s'imposer pour optimiser le profil d'émergence prothétique et peut être étendu à d'autres sites plus postérieurs pour la même raison et également pour maintenir la hauteur de la crête osseuse en zone sous-sinusienne, évitant ainsi l'augmentation aux ostéotomes voire par vois latérale.

L'extraction-implantation-temporisation esthétique immédiate relève des données acquises de la science si l'indication est bien posée et l'intervention menée par un praticien entraîné.

À l'inverse, le « All on four » maxillaire ne relève que des données actuelles de la science et reste un protocole risqué pouvant entraîner des complications du type paresthésie ou anesthésie de la lèvre par atteinte du nerf alvéolaire inférieur. Ce protocole n'est pas recommandé aux chirurgiens débutants ou pratiquant peu ce type de chirurgie.

De même, toute intervention sur le sinus relève d'une pratique soutenue. La chirurgie guidée est un outil pour praticien expérimenté face à une situation complexe. Le PRF reste un sujet pour lequel les avis sont encore très divergents mais la lecture des publications commence à créditer la technique.

**Dans certains domaines complexes de la chirurgie implantaire, un agrément régulièrement renouvelé, au vu d'un carnet d'interventions tenu quotidiennement, serait le bienvenu, tant l'entrainement et la répétition de certains gestes sont déterminants du succès ou de l'échec de l'intervention. Voilà qui serait de nature à objectivement rassurer le patient concerné.**

LANCEMENT ADF 2018

# DENTAPEN

## VOS ANESTHÉSIES **REPRODUCTIBLES** ET **SANS EFFORT**

VENEZ L'ESSAYER
**A L'ADF**
ATELIERS DE
DÉMONSTRATION
**PERMANENTS**

**• STAND SEPTODONT 1M03 •**

Seringue électronique
pour l'anesthésie dentaire

**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**

Dispositif médical de Classe IIa réservé à l'usage professionnel dentaire, non remboursé par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPPR. Organisme certificateur CE2460 DNV GL NEMKO Presafe AS. Fabricant : Juvaplus SA - Maladière 71C, - CH-2002 Neuchâtel - Suisse. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant sur la notice ou l'étiquetage avant toute utilisation.

Service Communication France - 0051D - Octobre 2018

septodont

# Prêt à booster votre cabinet ?

Alors, proposez l'authentique.

Z1®

Implants Tissue Level

LUMINEERS®

Facettes pelliculaires

Nous avons développé **des services sur-mesure et des produits innovants à fort pouvoir différenciant.**

**Uniques, esthétiques et mini-invasifs,** autant d'arguments que vous pourrez **mettre en avant auprès de vos patients.**

Des milliers de patients, partout dans le monde, bénéficient de nos solutions, implants Z1® & facettes Lumineers®, car ils veulent ce qui existe de mieux pour leur sourire.

TBR®

Unique, comme votre sourire

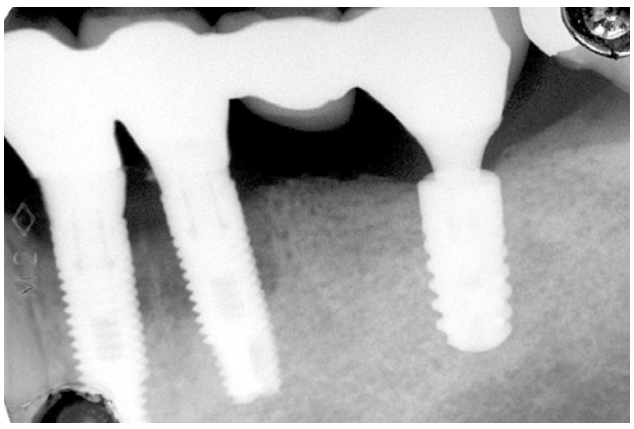
**STAND 3M31**

CONGRÈS ADF 2018

**Retrouvez-nous en ligne**
**www.tbr.dental**

Les implants Z1® et les facettes Lumineers® sont des dispositifs médicaux, respectivement de classe IIb et sur-mesure, destinés à la réhabilitation esthétique ou fonctionnelle du sourire, par des professionnels de santé habilités. Ces dispositifs médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Lire attentivement les instructions figurant sur les notices des produits. Toutes les informations indispensables pour un bon usage de ces dispositifs sont disponibles auprès de SUDIMPLANT SAS (Groupe TBR).

# La péri-implantite



## Les difficultés de gestion d'une perte osseuse péri-implantaire et le temps nécessaire à celle-ci, ne justifient-ils pas la création d'un corps professionnel dédié à la maintenance professionnelle ?

### Réponses

- 70 % de OUI
- 30 % de NON

### Commentaires

*Indiscutablement, le praticien ne peut faire face, seul, au supplément de travail généré par le développement des péri-implantites. 30 % considèrent que l'on se débrouille très bien tout seul et que cette proposition est excessive. On reparle ainsi d'hygiénistes et de la spécificité française. En France, on compte une assistante pour 2,3 praticiens soit 17000 personnes. En Europe, il existe un chirurgien-dentiste pour 1500 habitants alors qu'il y a une hygiéniste pour 13 000 habitants sachant que la profession n'existe ni en France, ni en Grèce, ni au Luxembourg.*

*La prévalence de la péri-implantite associée au développement de l'implantologie ne peut conduire qu'à un engorgement des cabinets à forte activité chirurgicale. Les protocoles de prise en charge sont souvent méconnus des omnipraticiens qui les adressent donc aux praticiens référents en implantologie. Pourtant, le suivi de ces cas est assez simple, tant qu'une issue chirurgicale n'est pas envisagée, et pourrait être assuré par les généralistes. Mais le souhaitent-ils ?*

### Cas 5 : Extraction-implantation-mise en charge immédiate au maxillaire supérieur à l'aide d'implant trans zygomatique

***Jean-Baptiste Verdino***

Patiente de 78 ans, sans antécédent, ni traitement, non fumeuse, porteuse d'une prothèse adjointe très instable. Les examens cliniques et radiologiques font apparaître une absence d'os exploitable au niveau du maxillaire supérieur droit **(Fig. 1)** avec une forte résorption **(Fig. 2)**. L'indication d'extraction et de pose de 5 implants conventionnels et d'un implant transzygomatique **(Fig. 3)** est posée, complétée par la mise en place d'une prothèse immédiate transvissée sur 6 implants type all-on-6 **(Fig. 4)**. L'apport de l'implant zygomatique a permis le traitement sans greffe en une séance **(Fig. 5)**.

FIG. 1

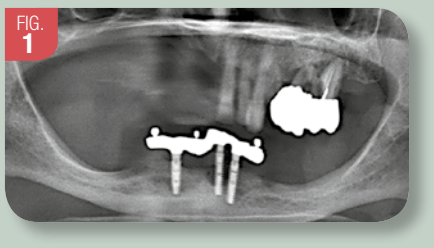


FIG. 1

FIG. 1

FIG. 1

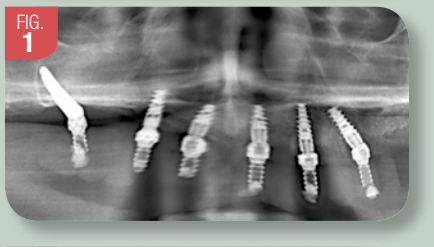
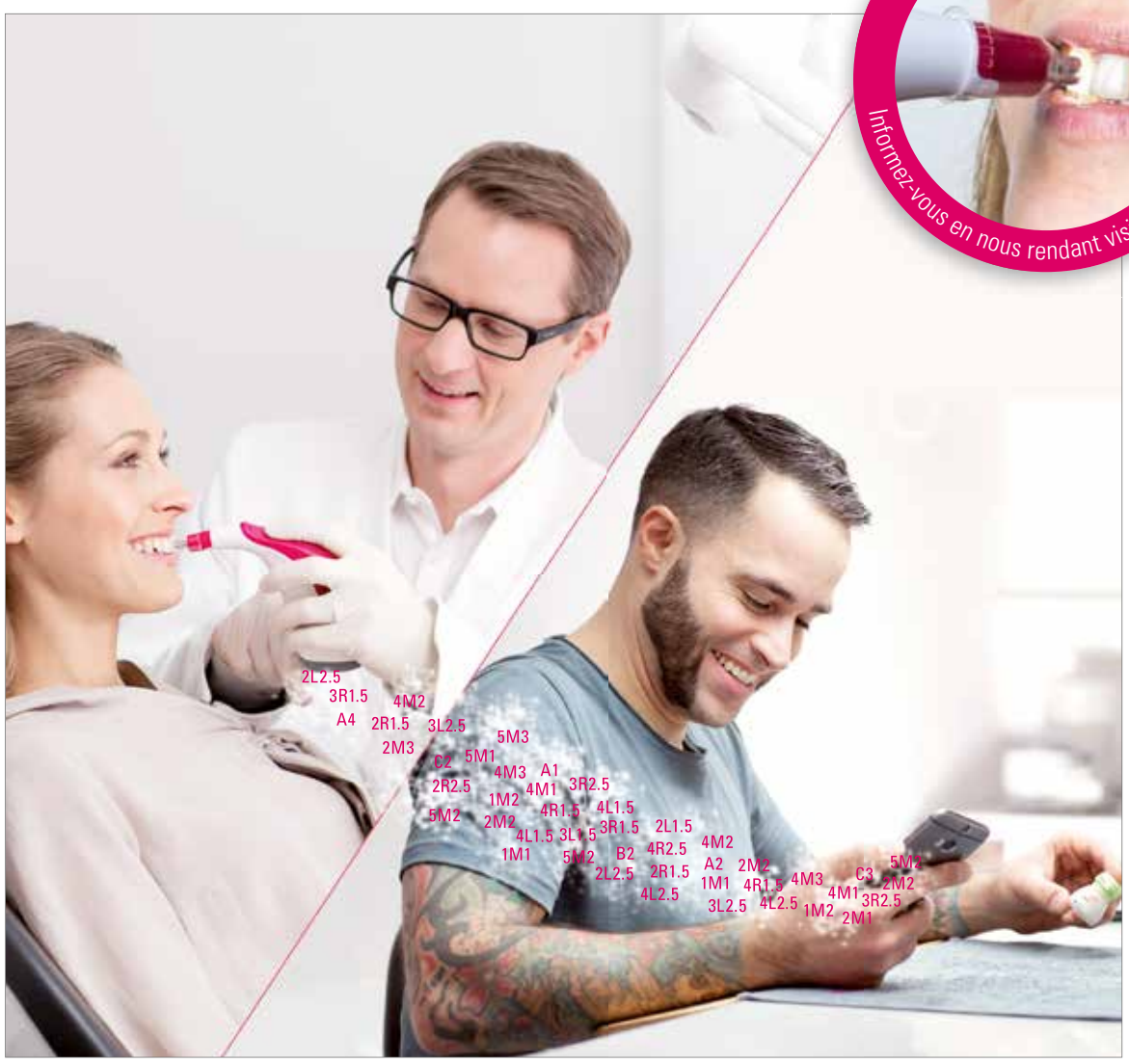


FIG. 1

## L'esthétique est un monde de couleurs

Détermination optimale des couleurs, sécurité maximale.




3487F

VITA Easyshade® V

- Détermination précise et reproductible de la couleur de dent en quelques secondes grâce à une technique de mesure de pointe.
- Utilisation simple et intuitive grâce à un écran tactile brillant et des symboles explicites.
- Communication numérique efficace pour l'échange de données sur la couleur de dent et les photographies entre le cabinet dentaire et le laboratoire, via une interface Bluetooth avec un PC, une tablette ou un téléphone intelligent.

Vers l'appli

www.vita-zahnfabrik.com facebook.com/vita.zahnfabrik

VITA – perfect match.

VITA

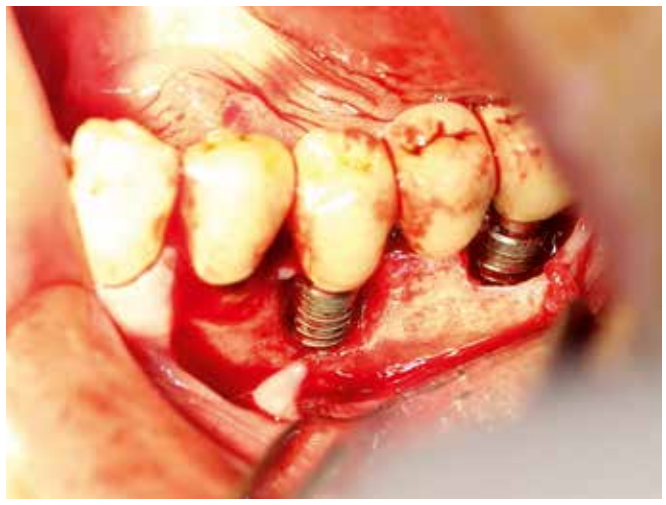
## Pensez-vous que les industriels devraient prendre en compte la prévalence de cette pathologie et proposer leurs implants habituels avec différents états de surface adaptés au profil à risque du patient ?

### Réponses

- 52 % de OUI
- 26 % de NON
- 22 % d'indécis

### Commentaires

*La péri-implantite est une maladie infectieuse pluri-factorielle. Il est difficile d'incriminer un facteur plutôt qu'un autre. L'état de surface implantaire n'est peut-être pas un facteur déclenchant mais est sans doute un facteur aggravant car les surfaces rugueuses augmentent l'adhésion bactérienne. Néanmoins, il n'y a pas de certitude scientifique d'où seulement 52 % de réponses positives.*



## Serait-il souhaitable de revenir à un état de surface implantaire usinée ou mixte ?

### Réponses

- 68 % de OUI dont 20 % favorables aux surfaces mixtes et 15 % pour les surfaces usinées
- 14 % de NON
- 18 % d'indécis

### Commentaires

*La grande majorité des praticiens aimerait choisir sa surface implantaire en fonction du profil à risque du patient. On attend donc des fabricants un peu plus de réactivité face à une pathologie qu'ils ne semblent pas bien appréhender.*
*Les surfaces rugueuses accélèrent de façon incontestable le processus d'ostéointégration mais accepterait-on, avec des surfaces usinées, de revenir à des délais de 6 mois pour la mise en charge ? Une solution mixte est probablement la meilleure solution, en attendant de nouvelles recherches. La société Implant Direct®, sous l'impulsion de Philippe Khayat a mis au point un implant à surface hybride qui semble répondre à la problématique de la péri-implantite.*

## La prise en charge parodontale doit-elle être imposée, en particulier chez les sujets à risque ?

### Réponses

- 99 % de OUI
- Un raz-de-marée comme on pouvait s'y attendre.
- Certains pensent qu'elle devrait simplement être proposée mais pas imposée. D'autres rappellent que les patients ne respectent pas toujours les recommandations, loin s'en faut, et qu'enfin, il ne peut y avoir de suivi dans un pays qui n'offre pas les structures adaptées.

### Commentaires

*La parodontologie a eu du mal à s'imposer dans l'omnipratique du vingtième siècle et peine encore à trouver sa place légitime en cabinet généraliste. Elle est pourtant au centre de chaque traitement dentaire.*
*Les implantologistes n'ont pas tous commencés par la parodontologie. Rappelons que Brånemark, en 85, demandait à ce que seuls les parodontistes et les chirurgiens-maxillo-faciaux puissent poser des implants. Aujourd'hui, impossible de parler d'implant sans parler de gencive attachée et de conjonctif enfoui. Parodontologie et implantologie sont donc les deux faces d'un même traitement, bien que chaque spécialité ait ses propres spécificités indiscutables.*



### Cas 6 : Chirurgie guidée trans muqueuse chez l'édenté complet, *Jacques Bessade*

Ce patient de 48 ans, édenté est demandeur d'une prothèse fixe implanto-portée. Les volumes osseux et l'analyse tomographique autorisent une implantation trans muqueuse à l'aide d'un guide chirurgical stéréolithographique.



FIG. 1 — Panoramique pré-opératoire



FIG. 2 — Duplicata radio opaque de la prothèse d'usage portée lors du CBCT



FIG. 3 — Planification 3 D



FIG. 4 — Réalisation du guide à appui muqueux



FIG. 5 — Pose des 7 implants Xive



FIG. 6 — Pose des piliers Multi-Purpose



FIG. 7 — Solidarisation des piliers d'empreinte à ciel ouvert



FIG. 8 — Pose du bridge métal-résine immédiat trans vissé



FIG. 9 — Radiographie panoramique de contrôle



FIG. 10 — Soutien de la lèvre supérieure

## Chez le patient traité pour une parodontite sévère, le test PST devrait -il être systématisé ?

### Réponses

- 56 % de OUI

### Commentaires

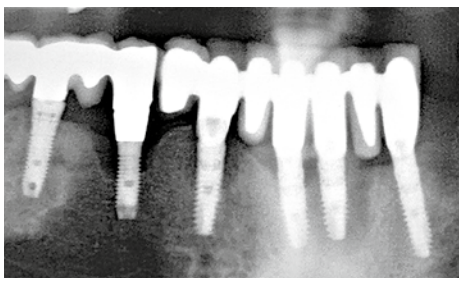
*Il s'agit là d'un outil de plus pour cerner les cas particulièrement exposés au risque d'échec implantaire. Il faut rappeler que ce test de prédisposition génétique (travaux de Korman et coll. en 97) avait été mis à la disposition des parodontistes pour évaluer le risque de récidive après traitement parodontal.*

*Plusieurs études ultérieures (Greenstein et coll. 2002) ont démontré que ce test a une sensibilité et une spécificité limitées. Il n'est pratiquement plus dans l'arsenal des parodontistes. Il reste néanmoins utilisé par certains implantologues comme marqueur de risque.*

## Le consentement éclairé doit-il informer le patient de ce risque et des modalités de sa prise en charge ?

### Réponses

- 94 % de OUI



### Commentaires

*Ce risque doit **clairement figurer dans la rédaction du consentement au traitement implantaire**. Les modalités de sa prise en charge doivent être détaillées, notamment pour la maintenance professionnelle et personnelle et en cas de perte d'implant.*
*Pour ces derniers cas, les frais consécutifs à la reprise du traitement devraient être précisés en même temps que les circonstances impliquant la responsabilité du patient, à savoir, l'addiction tabagique ou le non-respect des visites de contrôle prévus initialement.*

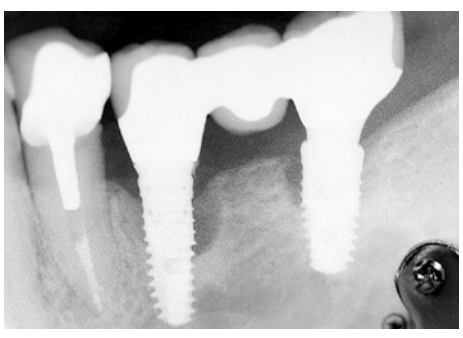
## Le contrat de maintenance implantaire ne devrait-il pas obligatoirement accompagner le devis implantaire ?

### Réponses

- 94 % de OUI
- À nouveau, unanimité des praticiens sur le sujet.

### Commentaires

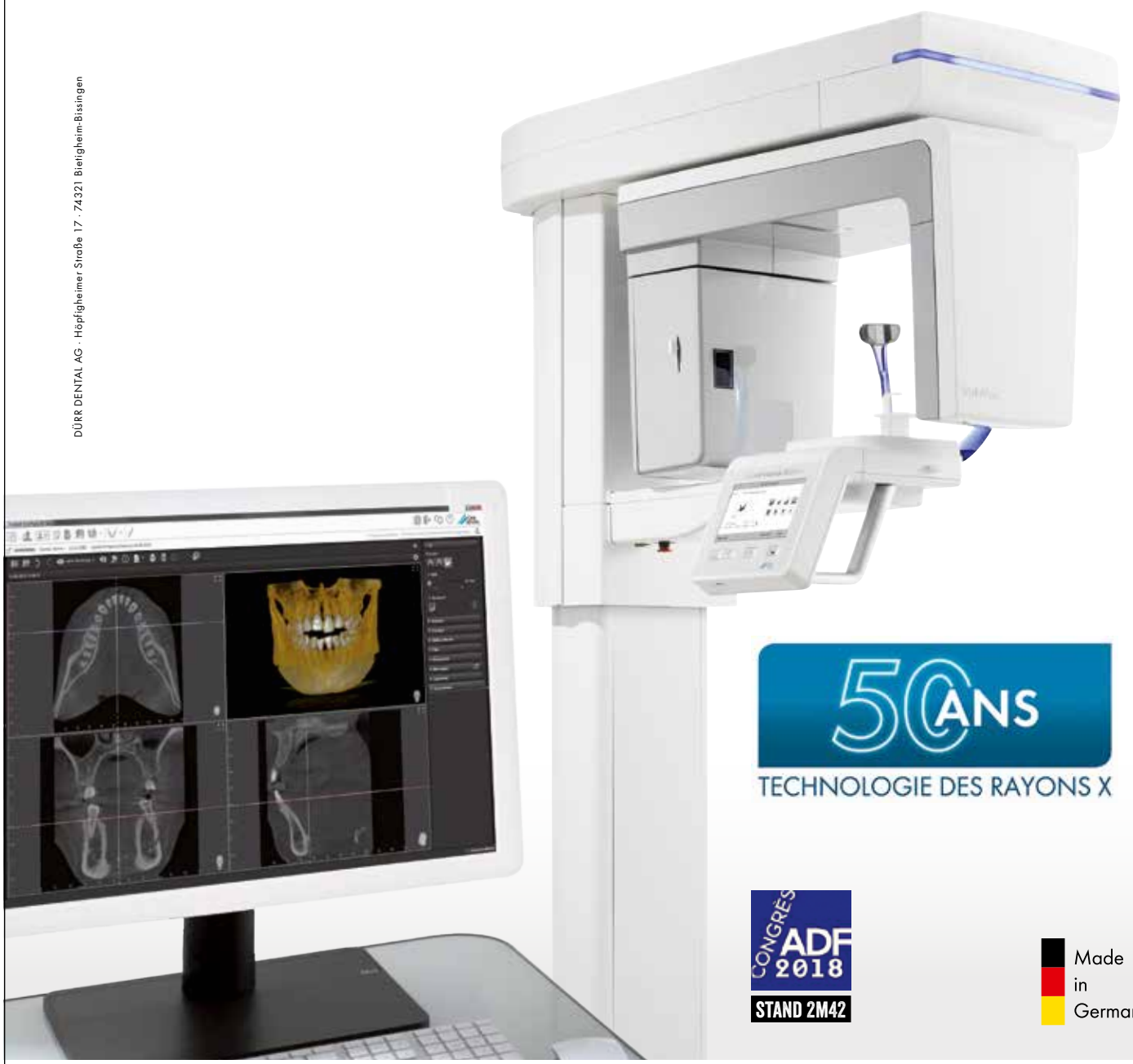
*Le contrat de maintenance est un document d'information qui vient en complément du consentement éclairé et du devis implantaire. Il s'impose clairement aujourd'hui, à tous les praticiens comme un des éléments clés des informations et de la motivation transmise à chaque patient. La maintenance doit être mise en place dès la fin du traitement prothétique. Elle sera établie en fonction du profil de chaque patient et les frais attachés à sa mise en œuvre seront précisés par chaque praticien en fonction de ses habitudes de travail. C'est un élément de nature à concrétiser l'engagement du patient dans la globalité du traitement, depuis la phase chirurgicale et jusqu'à la phase prothétique. A ce stade, ce qui peut apparaitre comme terminé pour le patient n'est en fait que le début d'une longue phase de maintenance, à l'instar des traitements parodontaux.*
*Cela peut paraître un peu lourd à mettre en œuvre mais relève pleinement de la responsabilité actuelle du praticien qui souhaite se lancer dans les traitements implantaires, en toute sérénité.*



AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

VistaVox S :
La 3D selon Dürr Dental.

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




**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

## À quelle fréquence moyenne conseillez-vous les contrôles implantaires ?

### Réponses

- 54 % recommandent un délai de 6 mois entre deux contrôles.
- 42 %, 1 fois par an
- 6 % revoit les patients tous les 3 mois
- La majorité des répondants indiquent commencer par des visites tous les 3 mois, chez les patients à risque ou tous les 6 mois, pour les patients sans risque particulier, la première année, puis une fois par an par la suite.

### Commentaires

*C'est une réponse assez évidente. Un contrôle tous les 6 mois s'impose la première année avec tous les critères d'un examen parodontal (examen de la gencive péri-implantaire, radiographie long cône avec angulateur, comparée à celle réalisées à JO, contrôle occlusal, sondage si nécessaire) ramené à 3 mois en cas de risque, puis une fois par an par la suite.*

## ➤ CONCLUSIONS SUR LA PÉRI-IMPLANTITE

La péri-implantite est venue compliquer les traitements implantaires depuis une dizaine d'années, en parallèle logique au développement de la spécialité.
Sa prévention est la meilleure arme dont nous disposons. Elle impose une information élargie et non plus le banal consentement éclairé que tout le monde à connu.
Un contrat de maintenance s'impose, associé à la responsabilisation de tous les acteurs, fabricants inclus, à commencer par le patient. Il faut avancer vers une qualification de nos personnels pour étendre la prise en charge de ces cas qui ne peuvent qu'emboliser les cabinets.



## Cas 7 : Extraction – implantation immédiate, *Patrick Missika*

Une femme de 55 ans en bonne santé et non fumeuse présente une fracture radiculaire de la 22 porteuse d'une couronne céramo métallique sur un inlay-core. L'alvéole osseuse est peu résorbée. Le traitement a consisté en :

- extraction atraumatique de la racine fracturée à l'aide de l'élévateur à lame souple Luxator® ;
- mise en place d'un implant Alpha Bio SPI ;
- mise ne place d'un pilier titane angulé ;
- comblement du hiatus avec du Matribone® ;
- mise en place d'une couronne provisoire scellée ;
- temporisation pendant deux mois ;
- transfert d'empreinte et empreinte silicone Zhermack® ;
- pose du pilier titane et scellement de la couronne céramo-métal d'usage.

FIG. 1

Céramo métallique 22

FIG. 2

Racine fracturée extraite de 22

FIG. 3

Intervention « flapless »

FIG. 4

Mise en place d'un implant Alpha Bio SPI aidé d'un tournevis manuel

FIG. 5

Porte implant

FIG. 6

Pilier titane angulé

FIG. 7

Comblement avec Matribone®

FIG. 8

Compactage du matériau à l'aide de « l'instrument de Pallacci »

FIG. 9

Couronne provisoire mise en esthétique immédiate

FIG. 10

Transfert d'empreinte (2 mois plus tard)

FIG. 11

Empreinte silicone Zhermack®

FIG. 12

Le guide de transfert va faciliter le positionnement du pilier titane

FIG. 13

Pilier titane en place transvissé

FIG. 14

Couronne céramo-métal scellée

FIG. 15

Sourire de la patiente

# **Sellerie souple KaVo RELAXline.**
# Quand l’élégance rencontre le confort.

KV_17_18_0490_REVO © Copyright KaVo Dental GmbH.

Venez découvrir nos dernières nouveautés

**ADF 2018**
Stand 4L15
4ème étage

## Design exclusif. Confort suprême.
## Nouvelle sellerie souple KaVo RELAXline.

Admirez : son design remarquable disponible en couleur Graphite ou Cashmere, deux teintes aussi élégantes que fascinantes. Ressentez : la sensation de confort inégalée de sa mousse à mémoire de forme, recouverte d’un matériau doux et souple. Vos patients vous diront : « Je ne me suis jamais senti aussi bien chez le dentiste, même en cas de traitement prolongé. »

KaVo ESTETICA™ E70/E80 Vision

**Ventes privées KaVo.** Inscrivez-vous dès maintenant pour bénéficier de remises additionnelles **to.kavo.com/fr/ventesprivees**

KaVo France SAS | Immeuble Cap de Seine, 3e étage |
45-47 Boulevard Paul Vaillant Couturier | 94200 Ivry-Sur-Seine
**www.kavo.fr**

KAVO
Dental Excellence

Congrès **ADF** 2018

## Stand 3M08

# Les offres « Happy Hours » sont de retour !

**- 40%**
sur **1 produit**
chaque **jour de l'ADF**
sur le **stand IDI**

**et sur bien d'autres produits de la gamme IDI.**

**Nous transmettons notre passion depuis 1987.**

www.**idi**-dental.com
L'implant français.

# La formation professionnelle

## Pensez-vous que la formation professionnelle actuelle en implantologie soit satisfaisante ?

### Réponses

- 30 % de OUI avec des nuances
- 56 % de NON
- 14 % d'indécis
- La formation paraît insuffisante, très inégale d'une faculté à l'autre. Certes, il existe quelques bons Diplômes Universitaires mais trop peu de praticiens formés chaque année. Pour la majorité, les facultés ne sont pas à la hauteur. Elles informent mais ne forment pas. Il faut se rapprocher de sociétés savantes qui mettent en œuvre des cursus qualitatifs. Au final, des niveaux très disparates d'un praticien à l'autre sur fond d'absence de compétence reconnue rendant aléatoire le choix éclairé d'un praticien compétent par un patient.

### Commentaires

*Ces dix dernières années, des milliers de praticiens se sont lancés dans la chirurgie implantaire. Les 16 Universités dentaires Françaises proposent des Diplômes Universitaires aux contenus si hétérogènes que le Conseil de l'Ordre ne les valide pas tous. Le nombre d'inscrits à ces formations est assez limité, de l'ordre d'une vingtaine dans toute la France.*
*De multiples sociétés savantes ont donc vu le jour pour pallier à cette insuffisance d'offre pédagogique. Là encore, si les efforts sont louables, il est impossible d'apprécier l'acquisition de connaissances et de techniques. En clair, le niveau de compétence ne peut pas être établi à la seule vue du cursus suivi, à de très rares formations près.*

## Quels devraient être les critères de compétence indispensables : la validation d'un diplôme universitaire intégrant la clinique, l'expérience, la reconnaissance par l'Ordre, la validation par l'assureur ?

### Réponses

- 100 % des praticiens s'accordent à valider le D.U. avec pratique clinique comme un socle de savoir incontournable. Reste que le niveau de qualification n'est pas assez clair et qu'un praticien avec un tel D.U. ne peut prétendre qu'à gérer des cas simples.
- Idéalement, il devrait pouvoir présenter une vingtaine de cas traités avec au moins 7 ans de recul pour être certifié.
- L'absence de reconnaissance par l'Ordre de ce type de parcours est largement regrettée.

### Commentaires

*On peut ici reparler d'une sorte de livret ou de carnet d'activité qui illustrerait la courbe d'apprentissage de chaque praticien, au fur et à mesure de sa pratique et de ses acquisitions.*
*Cet outil aurait l'avantage d'identifier clairement le niveau du praticien ainsi que le maintien de ce niveau à un stade optimal l'autorisant à réaliser certains types d'actes de pointe.*
*Comme pour les tireurs d'élite ou les pilotes d'avion, ce type de carnet est indispensable à tenir pour s'assurer de la qualification opérationnelle constante du professionnel.*
*Lors des expertises judiciaires, l'expert saurait précisément à quelle qualification précise répond le praticien, ce qui est impossible aujourd'hui. Le praticien pourrait ainsi faire valoir son niveau de qualification en toute transparence sur son site pro.*

## La transmission clinique par un compagnonnage régional organisé ne serait-elle pas une solution à la formation des praticiens ?

### Réponses

- 70 % de réponses positives
- Le compagnonnage semble un complément judicieux, aux formations universitaires ou associatives. Sa mise en œuvre semble complexe voire utopique pour les répondants qui se demandent aussi comment le financer et qui en serait responsable sans risque de copinage ?

### Commentaires

*Peut-être que les industriels, qui ont tout à gagner à voir se développer la pratique implantaire, peuvent être les partenaires de ce compagnonnage, au travers d'un fond commun de formation continue ? D'une part, ils pourraient le financer et d'autre part, leurs réseaux nationaux de commerciaux et leur connaissance des praticiens leur permettraient de simplifier la mise en œuvre de cette formation. Sans doute une piste à creuser.*

## Est-il souhaitable qu'un collège soit constitué, afin de délimiter le cadre d'une compétence officielle en implantologie ?

### Réponses

- Raz-de-marée de OUI. Un seul NON.

### Commentaires

*Il y a, en effet, urgence à clarifier un domaine où l'opacité règne en maître.*

## Si oui, qui devrait en faire partie et quelles seraient ses attributions ?

### Réponses

L'ensemble des réponses est unanime à 99 % et évoque :
- Les directeurs de D.U.
- Des universitaires enseignant l'implantologie
- Des experts judiciaires
- Des praticiens libéraux reconnus avec plus de 20 ans d'expérience
- Des membres des sociétés savantes (SFPIO, AFI, SFCO)
- Des membres de l'Ordre

### Commentaires

*Ces personnalités semblent parfaitement désignées pour former ensemble, un collège national unique, indépendant et compétent à reconnaître la qualification des praticiens.*

## Si non, est-il légitime que certains assureurs professionnels le fassent pour nous, comme c'est le cas actuellement ?

### Réponses

- 96 % de NON

### Commentaires

*En vérité, les assureurs sont dans l'obligation de pratiquer une forme d'assainissement de la profession qui se refuse à le faire elle-même. Le diplôme de chirurgien-dentiste donne-t-il toujours le droit de tout faire ?*
*Comme le rappelle le rapport de l'IGAS de janvier 2017, une étude menée en 2015 auprès de 23 000 diplômés en chirurgie dentaire dans 26 états européens indique que 10 % n'ont reçu aucune formation pratique et clinique sur des actes de base tels détartrage, prise d'empreintes, clichés radiographiques, prothèse provisoire, extraction d'une dent…*
*Dès lors, le doute existe sur la définition réelle de la capacité professionnelle et de son contenu.*
*Bien entendu, dans ces conditions, les assureurs, qui savent qu'un litige en implantologie représentent plus de 15 000 € d'indemnités en moyenne, se voient contraints de dire qui peut faire où pas certains actes. La profession n'a pas réalisé la régulation qui s'imposait et perd ainsi une part de ses prérogatives.*

## Comme en chirurgie plastique, le public devrait-il avoir accès au niveau de qualification de chaque praticien afin de faire un choix éclairé, adapté à ses besoins ?

### Réponses

- 84 % de OUI
- 16 % de NON

### Commentaires

*Il est connu aujourd'hui que la régulation des compétences en chirurgie plastique, organisée par le Conseil de l'Ordre des médecins, a fait chuter drastiquement la survenue d'échecs et le nombre de drames qui les accompagnaient. La mention sur les sites internet professionnels n'indique rien d'objectif.*

*Encore une fois, une sorte de permis d'implanter serait le bienvenu pour identifier, non seulement la capacité à implanter mais également et surtout le niveau de compétence atteint dans certains domaines à risque accru, comme :*
- *les greffes de reconstruction,*
- *les techniques de R.O.G.,*
- *les protocoles de mise en charge immédiate,*
- *les greffes sinusiennes,*
- *l'emploi d'implants zygomatiques ou ptérygoïdiens,*
- *le traitement de l'édenté total,*
- *les reprises d'échec implantaires.*

**Toutes ces situations cliniques relèvent d'une connaissance et d'une maîtrise acquise avec le temps. Elles doivent être portées à la connaissance du public qui a confiance dans une profession qui a fait la preuve de son dévouement et de ses engagements.**

**Mais cette confiance est, peu à peu, affaiblie par l'image déplorable donnée par les mauvaises pratiques révélées ici et là.**

**Ne pas se doter des outils permettant de restaurer la confiance serait une faute lourde de conséquences pour toute la profession. Il nous faut donc maintenant réagir face à cette problématique qui sape notre légitimité à prendre en main notre destin. Seule la transparence de nos qualifications inspirera à nouveau la confiance que mérite la plus grande majorité des praticiens.**

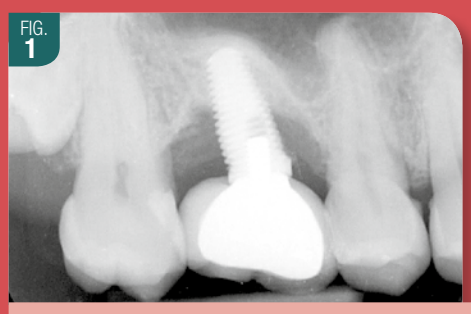
# Conclusions

L'heure des conclusions est venue.

Nous voudrions d'abord remercier tous ceux qui ont accepté de prendre le temps de nous répondre. Ces 50 praticiens, par leur exercice, leur expérience, leur parcours, leur expertise de la chose implantaire, qu'ils soient universitaires, directeurs de D.U. ou acteurs de la formation continue en implantologie, expert judiciaire ou praticien libéral, constituent un échantillon très représentatif de l'excellence implantaire à la française.

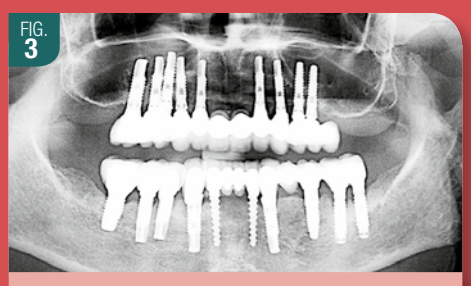
Ils sont donc à la meilleure place possible pour répondre à la problématique implantaire actuelle.

Peut-être celle-ci n'est-elle pas évidente pour chacun ? Nous avons essayé de définir les causes de cette enquête en introduction. **Les dix-huit derniers mois nous ont permis de voir de très près une réalité de la pratique actuelle que nous aurions préféré ignorer**. Malheureusement, elle s'impose à nous et plus encore aux victimes de cette dérive. Une implantologie dévoyée a été mise en œuvre à de très nombreuses reprises dans certains centres de soins dentaires dits « low cost » **(Fig. 1, 2)**.



Situations cliniques aberrantes

De plus, certains praticiens sont des multi récidivistes des plaintes civiles **(Fig. 3)**.



Traitement implantaire surréaliste en échec thérapeutique lourd

Fort heureusement, **la grande majorité des praticiens et des centres de santé respectent les bonnes pratiques et honorent la Dentisterie Française**. Cependant, **le nombre de patients en détresse** est suffisamment important pour remettre en question la pratique actuelle.

Il est clairement établi que la formation en implantologie n'est pas adaptée aux exigences d'un exercice nécessaire à mettre en œuvre pour travailler dans le respect des données acquises de la science. D'un D.U. à l'autre, les contenus sont très variables, la pratique manque souvent et le praticien est livré à lui-même pour initier sa courbe d'apprentissage. La plupart des *formations* ne donnent que des *informations*. Il manque l'essentiel. Aucun accompagnement n'a jamais été mis en place par aucune autorité. Il n'existe aucun cadre dans lequel la pratique implantaire de l'omnipraticien peut se développer de façon cohérente et transparente. Le patient n'a aucune possibilité d'estimer la capacité en cours du professionnel, en rapport à sa demande thérapeutique, pas plus que l'expert judiciaire ne peut estimer la compétence du praticien lors d'un litige.

Devant le manque de formation accessible au plus grand nombre, et face au décalage entre les formations élitistes et les demandes cliniques des praticiens, de plus en plus se retournent vers les réseaux sociaux pour se former, entraînant des dérives thérapeutiques et techniques.

**L'absence de régulation a vécu et nous devons agir sur tous les leviers qui permettront d'apporter, d'une part, sécurité et transparence aux patients et d'autre part, reconnaissance et confiance en la profession.**

5 niveaux d'actions sont révélés par notre enquête. Judiciaire, Ordinal, Universitaire, Scientifique et Industriel.

Comme l'indique le rapport de l'IGAS de janvier 2017, il faut adapter les missions de

l'Ordre National à l'époque actuelle. L'Ordre, dûment alerté par la Compagnie Nationale des Experts, avec avis du Procureur de la République, devrait pouvoir intervenir au Civil, contre des **praticiens multi-récidivistes** de la plainte, pour assainir la situation actuelle dans laquelle les mêmes pratiques sont systématiquement l'objet de litiges, sans que la carrière des responsables n'en soit affectée, ces derniers jetant l'opprobre sur la profession sans états d'âme.

**Un carnet d'interventions devrait être mis en place**. Un comité réunissant les membres des principales sociétés savantes en implantologie (AFI, SFPIO entres autres), présiderait à sa création et à sa diffusion. Il comprendrait 3 niveaux de qualification : **standard, confirmé, spécialisé**.

La pratique implantaire serait conditionnée à la possession de ce carnet. Il serait délivré à tout praticien qui en ferait la demande, sur simple présentation du cursus des formations et des stages cliniques suivis. Un praticien référent, identifié pour un compagnonnage régulier, validerait la progression.

Le premier niveau correspondrait à la pose d'implants et à la réalisation prothétique sans difficulté particulière, soit la majorité des cas cliniques. Il serait validé, d'une part, par la notification du nombre de cas traités par an indiqué sur le carnet, d'autre part, par leur régularité sur l'année, et enfin, par l'assiduité du compagnonnage. Ces trois critères conditionneraient la délivrance de la qualification qui serait valable 18 mois et renouvelée sur simple présentation des travaux réalisés et des formations validées.

Le niveau confirmé indiquerait les formations spécifiques aux techniques de reconstruction - comblements sinusiens **(Fig. 4)**, ROG **(Fig. 5)**, greffes autogènes **(Fig. 6)**, ostéotomes **(Fig. 7)**, chirurgie muco-gingivale péri-implantaire) ainsi que le calendrier des interventions réalisées, afin de s'assurer de la continuité de la progression de l'apprentissage.

Le dernier niveau relèverait d'exercices de pointe, incluant plusieurs protocoles chirurgicaux et prothétiques pour chacun desquels, une page du carnet serait consacrée : L'Extraction-implantation-temporisation immédiate **(Fig. 8)**, le traitement de l'édenté total **(Fig. 9)**, les reprises d'échec implantaire **(Fig.10)**, les implants zygomatiques. La qualification dans chaque domaine serait associée, d'une part à des formations adaptées et d'autre part, à un suivi d'interventions par des praticiens référents. La gestion de ce carnet serait confiée à une commission ordinale comprenant des membres des sociétés savantes sus-citées.

Le carnet devrait, en outre, indiquer la présence obligatoire d'une assistante diplômée, au fauteuil. Il pourrait être financé par les industriels concernés et les assureurs, dont le montant des primes serait, par ailleurs, adapté au niveau de qualification. Nos assureurs pourraient ajuster les primes d'assurance en intégrant un système de bonus-malus objectif, évitant ainsi de répercuter les frais de justice de quelques-uns sur l'ensemble des praticiens, cette hausse générale des cotisations étant devenue incontournable si cette régulation n'est pas mise en œuvre.

Ce carnet s'imposerait comme **le reflet du niveau, à chaque instant de la carrière d'un praticien, dans un domaine précis, pouvant couvrir l'intégralité de la pratique implantaire actuelle**. Il permettrait, une évaluation directe et objective du professionnel par l'expert judiciaire, lors des litiges éventuels. Le praticien n'aurait plus à fournir des copies de diplômes qui ne révèlent rien de l'expérience réellement acquise.

Les doyens des universités délivrant des diplômes d'implantologie devraient travailler à **unifier leurs programmes pédagogiques** en intégrant de façon obligatoire, le suivi de stages cliniques en nombre suffisant.

Une commission devrait être formée pour évaluer les nouveautés implantaires du marché. Par souci d'indépendance, elle pourrait réunir des praticiens des mondes universitaires et libéral, utilisateurs des systèmes Premium mais également un même nombre d'utilisateurs de systèmes moins connus.

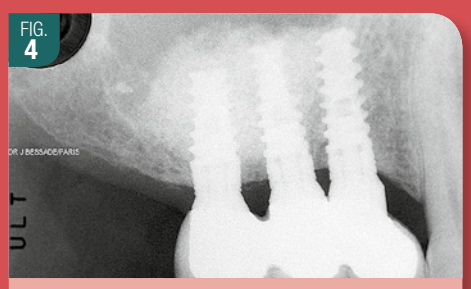
Elle n'aurait qu'un rôle consultatif. La période de tests serait adaptée aux innovations. 1 an pour le packaging ou l'ergonomie et jusqu'à 5 ans pour les états de surface et la connectique. Un label de 1 à 5 étoiles éclairerait le praticien sur la validité de la nouveauté. L'industriel ne serait pas obligé de souscrire à cette évaluation et le praticien en serait informé par l'absence de label.

Enfin, **des référentiels de bonne pratique, élaborés par la Haute Autorité de Santé**, en accord avec la Compagnie Nationale des experts judiciaires, devraient être édictés en accord avec l'évolution de la pratique implantaire actuelle. Les protocoles thérapeutiques y seraient clairement précisés et le niveau de compétence correspondant requis, clairement indiqué.

À l'heure où le nouveau Bureau du Conseil National de l'Ordre doit adapter le Code de Déontologie à la proposition du Conseil d'Etat, d'autoriser la publicité aux professions de santé, il est essentiel que la profession se donne les moyens de réguler la pratique implantaire. Confiance et transparence doivent nous servir de guide pour restaurer et garantir notre image actuelle.

Le même Bureau envisage la création d'une spécialité en Odontologie pédiatrique, qui nous semble aller de soi depuis bien des années. Il serait incongru de ne pas prendre à pleines mains les destinées de l'implantologie Française pour lui assurer le destin qu'elle mérite, faute de quoi, nous devrons accepter que les changements viennent d'ailleurs avec de toutes autres intentions.

FIG. 4



Comblements sinusiens

FIG. 5

ROG

FIG. 6

Greffes autogènes

FIG. 7

Ostéotomes

FIG. 8

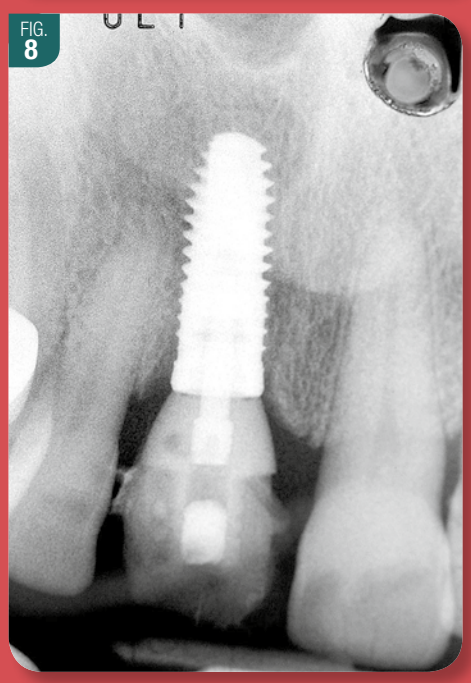
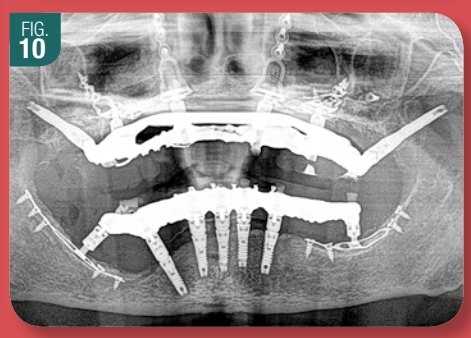


FIG. 9

FIG. 10



## DERNIÈRE MINUTE

**VOYAGE ORGANISÉ PAR AO PARIS DU 29 MAI AU 2 JUIN (ASCENSION)**

### Sur les traces juives en Théssalonique*

SÉJOUR CULTUREL ET CONVIVIAL AVEC UN GUIDE EXCEPTIONNEL !

(Départ : mercredi 29 mai - 15 h 45 ▪ Retour : dimanche 2 juin - 19 heures)

- **Boutique Hôtel 5* sur la mer : Daios Hôtel**
- **Tarifs : 1 150 € / adulte (en double, sur la base de 40 personnes)**

**Ce tarif inclut : les vols, 4 nuits en petit-déjeuner, guide, entrées aux musées, 4 dîners et 2 déjeuners**

*Renseignements : Audrey Ohayon 06 80 11 71 05*

**Programme scientifique en cours*

Musée juif de Thessalonique

# *Ensemble, nous évoluons*

Venez profiter de nos offres de reprise
et passez à la gamme **Evolution**

Stand **1R11**

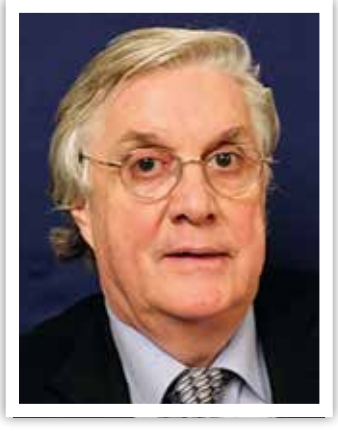
CONGRÈS ADF 2018

Pour en savoir +
Tél. : +33 1 30 76 03 00
Email : info@melagfrance.fr
www. melagfrance.fr

MELAG France
Expert en Hygiène

# Pr Jean-Pierre Bernard (Genève)

## Questions/réponses



**Le Pr Jean-Pierre Bernard, spécialiste en Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale, Ancien chef de la division de Stomatologie, Chirurgie Orale et Radiologie Dentaire et Maxillo Faciale de l'Université de Genève, Président du Comité d'Éducation du Département d'Éducation et de Formation Clinique de l'Académie Suisse Internationale d'Ostéointégration, est un des leaders de l'implantologie orale.**
**Il est un des premiers européens à avoir posé des implants. Français, il a été nommé à l'Université de Genève et a créé le premier service universitaire d'implantologie orale en Europe. Conférencier international depuis des décennies, ses points de vue sont toujours passionnants et respectés. Il milite sans repos pour la plus grande diffusion possible de la pratique implantaire.**
**Il a accepté de répondre à nos questions et nous vous présentons, en complément du résultat de notre enquête, ses propres commentaires. Cependant, il faut garder à l'esprit que la pratique implantaire suisse n'est pas comparable à celle de la France. L'organisation du système universitaire helvétique a permis aux Professeurs Belser et Bernard d'inclure, dès 1989, la formation en implantologie dans le cursus universitaire, et cela dès la quatrième année… avec un suivi des interventions, chirurgicales et prothétiques. En rappelant que les hygiénistes ont droit de cité, et dire que les assistantes spécialisées en prophylaxie ont trouvé leur place.**
**À ce jour, en Suisse où le diagnostic et le suivi parodontal sont devenus banals, la prévalence de la péri-implantite semble bien plus faible qu'en France. L'absence d'une préparation initiale systématique de nos patients dans l'hexagone peut expliquer ce gap.**
**Les commentaires du Pr Bernard sont donc particulièrement intéressants au plan clinique et scientifique. La rédaction le remercie particulièrement d'avoir participé à ce travail.**

### Le matériel

**Si vous deviez recommander un système implantaire à un praticien inexpérimenté et dûment formé, quels seraient les critères objectifs de choix de ce système ?**

- La forme : implant vis, éventuellement vis cylindro conique favorisant la stabilité primaire.
- Le matériel : Titane de Grade 4 (pur) renforcé Grade 4b (cold ou hard c'est à dire étiré à froid ou alliage biocompatible (titane-Zircone).
- Éviter le Titane de grade 5 qui n'est en fait pas du titane pur mais un alliage de titane, d'aluminium et de Vanadium avec un risque potentiel de toxicité en particulier un rôle possible dans des affections neurologiques dégénératives. Ce qui au minimum en cas d'emploi devrait être indiqué au patient.
- Le traitement de surface. Surface « texturée » permettant d'améliorer et d'accélérer l'ancrage osseux et l'utilisation d'implants de dimensions réduites. Un double traitement sablage si possible avec un matériau biologique et attaque acide est actuellement une sorte de standard.
- La connexion prothétique : connexion conique interne permettant d'assurer, stabilité, étanchéité et résistance mécanique.
- Une conception de type platform switching, permettant une amélioration de la stabilité osseuse crestale mais surtout une indépendance des diamètres prothétiques et implantaires.
- Une qualité de production éprouvée.

**Quel serait pour vous le juste prix d'un implant de bonne qualité ?**

Des produits de qualité et de production européenne répondant aux critères de sélection pré cités sont disponibles à un prix unitaire de l'ordre de 100 euros.

**Un collège de spécialistes ne devrait-il pas être consulté avant commercialisation, pour avis préalable, dans l'esprit des AMM pour les médicaments ?**

Les Implants sont des produits de technologie simple dont l'utilisation ne peut en rien être assimilée à celle d'un médicament. Comme le montrent parfaitement la littérature et la pratique, les produits répondant aux critères de sélection cités permettent des résultats semblables. Cette analogie à des produits éprouvés ayant les mêmes caractéristiques utilisées pour les procédures d'agrément type CE ou FDA, semble parfaitement suffisante. Des procédures d'évaluation précise de qualité nécessiteraient des études cliniques très importantes et très longues, sans certitude de voir apparaître des différences et avec des coûts qui se répercuteraient sur celui des produits et représenteraient un frein important à toute innovation, sans vrai intérêt en raison de la qualité globale des résultats observés.

**Quel serait le recul clinique nécessaire pour la mise sur le marché d'une innovation ?**

Il est aujourd'hui considéré, à partir des études existantes, que des taux de survie de l'ordre de 90 % à 20 ans peuvent être attendus de tout implant en titane répondant aux critères de sélection. Pour l'implant lui-même, l'avantage d'une modification de résultat lié à une innovation, nécessiterait le suivi d'un grand nombre d'études de valeurs scientifiques élevées, c'est-à-dire prospective, randomisée et si possible en double aveugle, et un nombre de cas extrêmement important pour espérer montrer une amélioration de qualité de résultat.

Ce délai, le poids et donc le coût de ce type d'évaluation rendent pratiquement impossible aujourd'hui la preuve d'une amélioration de qualité de résultats à long terme.

Pour d'éventuelles innovations facilitant l'utilisation ou la pratique clinique, des études spécifiques, si possible prédictives, comparatives et randomisées sur des délais de 1, puis 3 et 5 ans, sont actuellement considérées comme suffisantes pour démontrer qu'une amélioration des pratiques cliniques permettrait de maintenir les résultats connus pour les pratiques utilisées de façon classique.

**Pensez-vous que l'implant en zircone ait une place légitime dans notre arsenal thérapeutique et pour quelles raisons ?**

Pour moi actuellement, la seule place d'un implant en Zircone est l'utilisation chez un patient refusant pour raison de choix personnel l'utilisation de produits métalliques après avoir essayé de la convaincre de la sécurité offerte par le titane et le risque mécanique éventuel d'un implant en zircone en raison du caractère non homogène de la résistance mécanique des produits actuels. Aucun élément scientifique actuel ne montre un avantage clinique suffisant de la Zircone pour accepter de courir un risque de fracture non prédictible.

Même en cas de progrès des produits faisant disparaître ce risque aléatoire, le surcoût et la plus grande complexité des connexions ne justifieraient pas le choix systématique du zirconium vis-à-vis du titane de grade 4.

**Sur une échelle de 0 à 10, quel crédit accordez-vous respectivement, aux hypothèses d'allergie au titane et de risque de corrosion du titane ?**

Les données actuelles concernant les résultats à long terme, correspondraient probablement à une position de l'ordre de 1-2, peut être pas inexistante mais très peu documentée en termes de réalisation d'un risque d'allergie cliniquement objectivable.
Pour ce qui est de la corrosion tous les matériaux placés au sein de l'organisme y sont soumis et on pourrait donc indiquer 10. Pour le titane pur, présent de façon habituelle dans l'organisme, il n'y a pas de risque particulier, ce qui est différent des abrasions mécaniques observables avec les prothèses orthopédiques. On devrait éviter l'utilisation du titane de grade 5 en raison de la possibilité de diffusion d'aluminium et de vanadium potentiellement toxiques.

**La mesure objective de l'ancrage osseux par l'ISQ (Osstell®) doit-elle être encouragée, en particulier dans la zone maxillaire postérieure ?**

Pour ma part, je n'y trouve pas d'intérêt, comme cela a été démontré par toutes les études à ce sujet. Cette mesure comme celle obtenue avec le Périotest, ne donne qu'une information de stabilité de l'implant, sans aucune relation avec la qualité biologique et mécanique de l'ostéointégration. Elle ne correspond donc en rien à une mesure objective de l'ancrage osseux. Son utilisation n'apporte rien par rapport à la simple évaluation par percussion avec un objet métallique comme le manche d'un miroir de la stabilité de l'implant !!!
Seule la recherche de la valeur du couple de résistance de l'implant, réalisée lors d'études expérimentales animales, permet une indication de la qualité de l'ostéointégration, mais elle est bien sûr irréalisable en pratique clinique. Pour celle-ci, seule la résistance de l'implant lors de l'application du couple de serrage du moignon prothétique confirme la résistance de l'ostéointégration au couple exercé.

### Les protocoles opératoires

**Hors contexte infectieux, toute extraction ne devrait-elle pas faire l'objet d'un comblement afin de privilégier un profil d'émergence prothétique idéal ?**

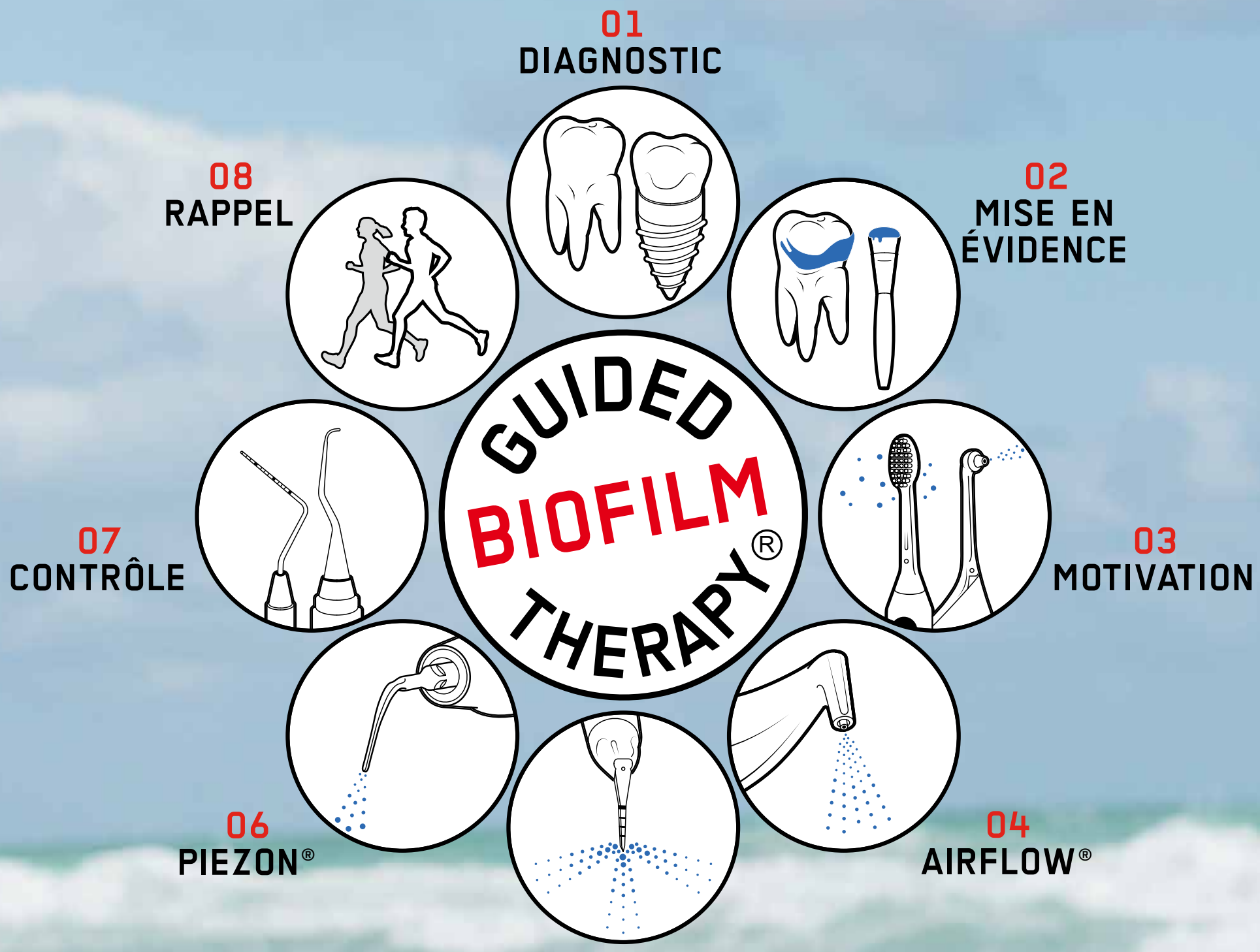
Le comblement post-extractionnel complique la technique en nécessitant en général une fermeture et augmente le coût du traitement. Il pose surtout le problème du délai d'attente nécessaire pour poser l'implant qui pour une bonne intégration du matériau doit être de plusieurs mois. Dans ce domaine je respecte de façon constante les prises de position de l'I.T.I. auxquelles j'ai participé.
Extraction la moins agressive possible sans aucun geste complémentaire et pose de l'implant après environ 6 semaines, temps nécessaire à la cicatrisation muqueuse.
Si nécessaire c'est au moment de la pose de l'implant qu'une technique d'augmentation simultanée est réalisée et la mise en charge est réalisée après 6-8 semaines comme dans les poses sans augmentation.

La différence d'appréciation quand à l'intérêt de la mesure de la fréquence de résonance par des instruments du type Osstell nécessité une explication.
En effet, la réponse dépend de la façon dont est comprise la question. L'instrument est-il capable d'apprécier la qualité du contact os-titane (BIC-Bone implant contact) ou permet-il de valider la stabilité secondaire de l'implant ?
En clinique, c'est à la deuxième question qu'il importe de répondre. Taper sur une vis de cicatrisation avec le manche d'un miroir dentaire relève d'un empirisme digne de Groucho Marx. Si l'on travaille avec des correspondants, peut-on sérieusement se contenter de ce test ?
En pratique, il est clair que l'on préfère adresser un patient avec un implant pour lequel l'ISQ a été mesuré à 70 plutôt qu'avec un ISQ de 55, tout particulièrement en zone maxillaire postérieure, dans laquelle la densité de l'os est notoirement insuffisante.
Si cette valeur est insuffisante, il ne faut pas hésiter à revoir le patient un mois plus tard pour une nouvelle mesure qui a toutes les chances de monter vers 65. On apprécie ainsi la stabilité de l'implant juste avant la phase prothétique. Lorsque cette valeur est au moins égale à 65, le correspondant va pouvoir gérer les étapes prothétiques sans danger. Néanmoins, en zone de faible densité osseuse, une clé de contre couple de vissage sera indispensable pour ne pas fracturer la liaison os-titane qui est réelle mais très fragile. C'est cette appréciation subtile que permet l'Osstell, loin de celle du manche de miroir. Ce principe de précaution paraît d'autant plus souhaitable que les implants posés sont équipés par d'autres praticiens que les chirurgiens.

*Jacques Bessade*

# GUIDED BIOFILM THERAPY

## PROTOCOLE DE TRAITEMENT DU BIOFILM
## PRÉVENTION DES CARIES, MAINTENANCE PARODONTALE, IMPLANTAIRE ET ORTHODONTIQUE



- PRÉVENTIF
- PEU INVASIF
- DOUX

# SMILE IS IN THE AIR*

**RENDEZ-VOUS À L'ADF STAND 2M19**

- FINI LES CUPULES
- FINI LA PÂTE À POLIR
- UTILISATION RÉDUITE DE L'INSTRUMENTATION MANUELLE ET ULTRASONIQUE

EMS

MAKE ME SMILE.

AFPM GBT nov 2018 *Il y a du sourire dans l'air. 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.

Cette approche regroupe simplicité et diminution des délais et des coûts conformément aux principes d'implantologie avancée accessible à tous que je soutiens depuis des années.

**Du point de vue médico-légal, la réponse n'est pas automatique : l'extraction-implantation-mise en esthétique immédiate fait-elle partie, en 2018, des données actuelles de la science ?**

Cette attitude correspond à une tendance actuelle documentée et ne peut donc pas être considérée comme non établie. Elle ne me paraît toutefois pas recommandable de façon systématique, en raison de l'augmentation de sa complexité et de l'obligation de réaliser une étape prothétique supplémentaire augmentant les étapes et coûts de traitement. Sur le plan judiciaire elle pourrait être considérée comme une perte de chance sur le plan esthétique. En effet les études de qualité ont montré qu'elle ne limitait ni perte osseuse ni perte de hauteur gingivale. Au contraire l'approche conventionnelle permet, sans aucun geste supplémentaire après l'extraction de gagner la fermeture de la zone d'extraction par de la gencive kératinisée permettant d'optimiser la situation gingivale finale autour de l'implant et de ne réaliser dans la majorité des cas que la réalisation de la prothèse d'usage. Elle peut aussi représenter une perte de chance en termes de succès d'ostéointégration. Elle ne peut donc se concevoir qu'après avoir informé le patient de ses risques et du surcoût de ce choix. Cette absence d'information serait de façon évidente un risque de mise en cause judiciaire.

**Associer comblement sinusien et pose d'implant doit-il être réservé à un praticien expérimenté ?**

Pour moi la réalisation de greffes de sinus ne se conçoit aujourd'hui que dans le cas où la hauteur d'os résiduel rend difficile la stabilisation d'un implant (de l'ordre de 2 mm et moins). Dans ces cas, une greffe de sinus isolée est indiquée, la réalisation de celle-ci est accessible à tout praticien ayant pu profiter d'une formation clinique suffisante.

**Considérez-vous que le "all on four" maxillaire relève aujourd'hui des données actuelles de la science ?**

Un grand nombre de cas ont été réalisés et plusieurs études montrent des résultats favorables. Cette technique ne peut donc pas être considérée comme non adaptée.
Pour moi elle ne justifie toutefois pas l'engouement actuel. En respectant les principes de la médecine dentaire préventive et reconstructive, les indications de réhabilitation maxillaire complètes sont très rares et peuvent être traitées de façon prothétique conventionnelle, avec des piliers implantaires posés selon le plan de réhabilitation prothétique, pour lesquels la pose de deux voire 4 implants supplémentaires ne change pas de façon notable la complexité ni le coût de réalisation du traitement et permet une amélioration de la réhabilitation en offrant une sécurité plus importante.
La tendance et les présentations fréquentes de réhabilitations totales fixes maxillaires immédiates sur implant, en particulier en France, devraient questionner sur la qualité apportée aux traitements dentaires des dents restantes…

**Pensez-vous que la chirurgie guidée simplifie réellement le geste chirurgical du débutant ?**

La chirurgie guidée par guide réalisé par technique numérique ou par navigation a suscité beaucoup d'intérêt ; Elle profite des progrès techniques mais les causes d'erreurs multiples aux différentes étapes ne permettent pas aujourd'hui de garantir une précision suffisante. Ces guides physiques nécessitent des étapes-de préparation, empreintes, wax up, gouttières radiologiques, matériel spécifique qui augmentent la durée, la complexité et les coûts des traitements. Les examens radiologiques 3D augmentent par ailleurs l'irradiation des patients qui n'en ont pas toujours été informés. Au contraire la chirurgie cliniquement guidée, par le contrôle continue par le praticien et son aide, du parfait positionnement de l'axe de l'implant, permet un positionnement optimal, sans aucune étape de préparation spécifique et donc sans coût et surtout sans irradiation supplémentaire correspondante.

**L'avènement des PRF en 2001 a-t-il notablement influencé votre pratique ?**

Le PRF a apporté une simplification et optimisation de l'utilisation de concentrés plaquettaires et est probablement aujourd'hui le procédé le plus performant dans ce domaine. Pour moi l'apport essentiel du PRF est l'aide à la cicatrisation alvéolaire en cas d'extraction en situation à risque de nécrose (radiothérapie, Biphosphonates et autres anti résorbtifs). En Implantologie, les potentielles améliorations de la cicatrisation osseuse et muqueuse ne me semblent pas modifier suffisamment les résultats pour compenser le temps, l'agressivité et le coût du prélèvement.

## La péri-implantite

**Les difficultés de gestion d'une perte osseuse péri-implantaire et le temps nécessaire à celle-ci, ne justifient-ils pas la création d'un corps professionnel dédié à la maintenance professionnelle ?**

Dans ce domaine le premier point pour moi est la surprise devant les chiffres actuellement présentés de survenue de péri-implantite. Après 30 ans d'activité comme enseignant spécialiste, mon expérience ne recoupe pas ces données. Une thèse réalisée dans le service de Genève sur un suivi de plus de 20 ans a retrouvé de l'ordre de 2 % des implants posés à la faculté, ayant dû subir un geste chirurgical et une très grande majorité de ceux-ci ont pu être maintenus après celui-ci. Pour moi et les praticiens Suisses, le risque de péri implantite paraît très limité et ne remet en rien en cause l'énorme apport de l'implantologie à la médecine dentaire. Pour moi la réponse à la question 1 est simple, et indépendant du risque de péri-implantite : Un corps professionnel dédié à l'enseignement, au contrôle et à la réalisation des techniques d'hygiène est

un apport essentiel pour toute la médecine dentaire comme c'est le cas en Suisse avec les Hygiénistes dentaires et plus récemment, les assistantes dentaires en prophylaxie. Cette seconde option est d'ailleurs certainement la plus favorable, moins lourde en formation et plus souple dans l'organisation du cabinet et moins lourde économiquement. Cette profession dédiée est un apport pour tout patient et en particulier à risque, médical ou parodontal.

### Pensez-vous que les industriels devraient prendre en compte la prévalence de cette pathologie et proposer leurs implants habituels avec différents états de surface adaptés au profil à risque du patient ?

Les guerres marketing entre industriels ont longtemps voulu montrer des différences sur ce sujet entre les surfaces de titane traitées ou non. En fait, ces différences ne sont pas établies de façon solide dans les études cliniques et revues de la littérature de qualité. Au contraire, les études expérimentales animales ont montré qu'il était possible d'induire des péri implantites sur toutes les surfaces et qu'après traitement, les surfaces traitées étaient capables de se re osteointégrer, ce qui n'est pas le cas des surfaces non traitées. Il ne semble donc pas justifié, en dehors d'études cliniques à long terme, et de qualité, de s'intéresser à ces différences de surface.

### Serait-il souhaitable de revenir à un état de surface implantaire usinée ou mixte ?

Les avantages importants en termes de rapidité et de qualité de l'ostéointégration ne justifient en rien pour moi le retour vers les surfaces non traitées. Sur le plan de la conception des implants, le point sur lequel le plus d'attention me semblerait devoir être apporté est celle de la conception prothétique.

Pour les superstructures scellées, les implants tissue level limitent beaucoup le risque de ciment sous gingival retrouvé de façon pratiquement constante pour les implants à connexions profondes. Il paraît possible qu'un nombre important de péri implantites soit en relation avec des excès de ciment sous gingival.

Pour les implants à connexion profonde qui deviennent la règle avec le principe de « platform switching », les techniques de couronnes collées au laboratoire sur les moignons, ou CADCAM intégrant le moignon, sont probablement un gros avantage supprimant le risque d'excès de ciment et potentiellement de perte osseuse secondaire.

### Chez le patient traité pour une parodontite sévère, le test PST devrait-il être systématisé ?

Chez un patient traité pour parodontite sévère le test PST peut avoir un intérêt de compréhension et d'explication de la pathologie. Il n'a cependant pour moi pas d'intérêt particulier pour l'implantologie. Tout patient souffrant d'une parodontite sévère sait qu'il a une sensibilité à la perte osseuse et comprend parfaitement que cela pourrait arriver sur des implants. En cas d'intérêt de l'indication d'information et d'accord de sa part il n'y a pour moi aucun problème à lui poser des implants. Ce traitement est d'ailleurs un renforcement de la motivation à la qualité de l'hygiène du patient.

## La formation professionnelle

### Pensez-vous que la formation professionnelle actuelle en implantologie soit satisfaisante ?

Elle est totalement insatisfaisante et en fait Il n'existe pas de formation professionnelle actuellement en implantologie en France ! Je pense qu'en l'absence d'homogénéité actuelle des modalités de formation, une procédure de validation est irréaliste et milite pour une formation théorique et surtout clinique pendant les études dentaires comme pour toutes les autres modalités cliniques.

### La transmission clinique par un compagnonnage régional organisé ne serait-elle pas une solution à la formation des praticiens ?

En l'absence désespérante, après plus de 30 ans d'évidences scientifiques de l'intérêt de l'implantologie, d'une formation clinique de base, seul le compagnonnage long permet de donner aux praticiens qui le souhaitent une formation clinique adaptée à leur situation d'omni praticien.
Les autres formations comme les DU apportent essentiellement des données théoriques complexes et les approches de différents utilisateurs « spécialistes » dont les modalités de pratique ne sont pas adaptées à celle d'un omni praticien traitant ses patients dans son cabinet.
La majorité des formations sont aussi très proches de l'industrie et transmettent des notions marketing et élitistes beaucoup plus dans l'intérêt des gros utilisateurs que des omnipraticiens souhaitant débuter.
En France la situation peut se résumer simplement, pas de formation clinique de base, et une formation complémentaire complexe et très peu clinique ne répondant pas aux besoins de la profession ni des patients.

# Industriels

## Questions/réponses

**À l'intention de nos partenaires, nous avons adressé l'ensemble du questionnaire, ainsi que la synthèse de ce volumineux dossier, une fois les 1 500 réponses dépouillées. Certains – quatre – ont pris le temps de répondre sous des modes différents, à ce travail collaboratif. Merci à tous ceux qui nous ont encouragé dans cette entreprise !!**

### Gérard Lacroix

IMPLANT DIRECT

## Le matériel

### Si vous deviez recommander un système implantaire à un praticien inexpérimenté et dûment formé, quels seraient les critères objectifs de choix de ce système ?

La polyvalence et simplicité tant pour les indications chirurgicales que pour les solutions prothétiques évoquées dans les réponses, sont importantes, néanmoins des efforts doivent être encore accomplis dans ce domaine par les fabricants. Quelques sociétés vraiment « sérieuses » commencent à proposer des systèmes compatibles avec des marques existantes depuis longtemps, dont les brevets sont accessibles. Ceci n'est qu'un début, mais il est encourageant pour un avenir proche

La qualité de la fabrication est indéniable, et devrait pouvoir être prouvé par des organismes de contrôle qualité qui distribueraient des labels. La solidité financière de l'entreprise, qui doit avoir de l'ancienneté et une diffusion internationale, est facilement vérifiable par chaque utilisateur, grâce à Internet.

La disponibilité de l'équipe commerciale et un S.A.V. performant sont absolument essentiels. En termes de SAV, un utilisateur doit se renseigner au préalable sur les procédures de retours et d'échanges de ses implants et composants prothétiques. Ceci fait aujourd'hui l'objet de procédures extrêmement strictes.

Un débutant en implantologie devrait systématiquement demander à son fournisseur la possibilité d'un programme de coaching individuel auprès d'un confrère expérimenté. Si cela n'est pas possible avec ce fournisseur, il serait mieux d'en choisir un autre, ou éventuellement de trouver par lui-même un confrère habilité à ce travail. Concernant les facultés, le point est sensible et des efforts de part et d'autre doivent être réalisés. En effet, plusieurs universités françaises n'ouvrent pas leur enseignement à tous les systèmes (sérieux s'entend) et limitent l'accès à un ou deux fabricants. De ce fait, des marques disposant de technologies intéressantes ou différentes ne font plus l'effort d'être présents dans ces universités « fermées ».

Enfin, concernant les réponses sur la trousse chirurgicale, l'intérêt des forets à étage me paraît limité. En effet, le foret idéal doit épouser au mieux la forme de l'implant qui sera mis en place, d'où l'importance d'utiliser les forets du fabricant de l'implant utilisé. Pour les états de surface, la question est plus délicate, car il est difficile à court terme d'obtenir un vrai résultat quant à l'efficacité ou les risques de telle ou telle nouvelle surface.

### Quel serait pour vous le juste prix d'un implant de bonne qualité ?

Les tarifs évoqués sont dans la tendance actuelle, pour un système de qualité et de réputation internationale.
Cette technologie reste relativement onéreuse pour les systèmes qualitatifs, dont le niveau de tolérance est proche de celui de l'horlogerie. Ceci entraîne aussi le fait que les tarifs des implants de qualité ne pourront plus baisser de manière significative.

### Faites-vous confiance aux implants vendus à bas prix ?

On peut effectivement confirmer qu'au bout de quelques années sans souci important, un système peut commencer à être considéré comme fiable. Beaucoup d'ex-systèmes « Low cost » sont devenus d'excellents systèmes de réputation internationale, et avec des tarifs qui ne sont plus « low cost » aujourd'hui. Leurs investissements en qualité de fabrication, en recherche et développement, en réseau de distributions fiables ont entraîné une hausse logique de leurs tarifs.

### Un collège de spécialistes ne devrait-il pas être consulté avant commercialisation, pour avis préalable, dans l'esprit des AMM pour les médicaments ?

Il faut que les autorités parviennent à une régulation dans ce domaine, au même titre que pour les autres prothèses du corps humain dont la traçabilité se fait à chaque unité placée dans le corps, et non au numéro de lot comme les implants dentaires.

### Quel serait le recul clinique nécessaire pour la mise sur le marché d'une innovation ?

Une période de 5 ans semble effectivement raisonnable, mais les progrès réalisés en termes de calcul informatique de fatigue notamment sont considérables. Nous pouvons le constater dans l'industrie automobile ou les tests de résistance des pièces au crash tests sont effectués sur ordinateur.

### Pensez-vous que l'implant en zircone ait une place légitime dans notre arsenal thérapeutique et pour quelles raisons ?

L'implant en Zircone a très certainement un avenir pour les cas particuliers comme évoqués. La technologie reste onéreuse et les tarifs ne permettent pas encore une diffusion plus large.

### Sur une échelle de 0 à 10, quel crédit accordez-vous respectivement, aux hypothèses d'allergie au titane et de risque de corrosion du titane ?

La majorité des implants dentaires aujourd'hui disposent de traitement de surface en soustraction, donc sans dépôt quelconque sur

ladite surface. Nous avons connu dans le passé les revêtements en addition, tels que le HA (Hydroxyapatite), le TPS (Titane Plasma Spray), ou autres.
Le risque de dépôt de matériau durant la mise en place des implants "soustractifs" est considérablement réduit, et les cas d'allergies sont aujourd'hui effectivement rarissimes. Les alliages de Titane, par exemple Grade V ont vu leur part d'alliages réduits, notamment en aluminium et de ce fait réduisent encore les risques d'allergies de la part des patients.

### La mesure objective de l'ancrage osseux par l'ISQ (Osstell®) doit-elle être encouragée, en particulier dans la zone maxillaire postérieure ?

L'utilisation de ce type de système est très intéressante et rassurante pour des chirurgiens débutants ou peu expérimentés.

### Pensez-vous que l'implant sera remplacé par le génie génétique ?

Cette révolution arrivera certainement un jour à être parfaitement au point, mais avant une réelle fonctionnalité et mise sur le marché de très nombreuses années vont passer.

## La péri-implantite

### Serait-il souhaitable de revenir à un état de surface implantaire usinée ou mixte ?

Plusieurs fabricants ont repensé le concept de l'implant hybride, imaginé par Denis Tarnow dans les années 90. Cette technologie allie le meilleur des deux mondes, si l'on peut s'exprimer ainsi. Ce type d'implant devient même indispensable dans le cas de patients présentant des problèmes parodontaux, ou des gros fumeurs.

## La formation professionnelle

### Pensez-vous que la formation professionnelle actuelle en implantologie soit satisfaisante ?

Le problème, vu du côté des fabricants d'implants est complexe. Tous considèrent aujourd'hui que les formations universitaires ou par des sociétés savantes sont largement en dessous des attentes. Beaucoup de praticiens sortent de ces formations en n'ayant abordé que de la théorie et sans avoir placé un seul implant !!!
Ces chirurgiens se tournent vers des formations dispensées par les fabricants eux-mêmes où des poses d'implants sont organisées mais sur des modèles fantômes. Ces formations sont la plupart du temps bien trop courtes et ne pourront en aucun cas combler le déficit de l'enseignement universitaire ou des sociétés scientifiques. Il serait indispensable que toute la profession s'allie afin de former de façon réellement efficace tous les praticiens souhaitant ajouter l'implantologie à leur pratique. Comme évoqué précédemment, le coaching régional reste une des meilleures options.

## Olivier Lafarge

DENTSPLY SIRONA

## Le matériel

### Si vous deviez recommander un système implantaire à un praticien inexpérimenté et dûment formé, quels seraient les critères objectifs de choix de ce système ?

Si le premier critère de choix est bien le recul clinique et Evidence base ce qui serait quand même rassurant, on peut s'étonner aujourd'hui que les normes ne demandent qu'un marquage CE à des dispositifs implantables et que le choix des praticiens se porte environ à 60 % sur des systèmes sans recul clinique et sans évidence base, même si certains de ces systèmes sont de qualités, voudrait-on pour nos enfants des dispositifs implantables qui ne sont pas évidence base en se disant juste c'est du Titane on sait que cela marche… La répartition du marché ne colle dans tous les cas pas avec ce critère de premier choix !!

### Quel serait pour vous le juste prix d'un implant de bonne qualité ? Et Faites-vous confiance aux implants vendus à bas prix

N'oublions pas aussi que tous les systèmes de qualité continuent à produire des pièces pour assurer une garantie et un suivi des cas au fils des années. Il est aussi important de noter que la disponibilité aussi à l'international des systèmes est très importante au vue qu'aujourd'hui de nombreux patients changent de pays et ou de continents et qu'il est important qu'ils puissent trouver leur système implanté partout dans le monde.

Les coûts en recherche et développement, études cliniques, essais, sont très importants et il est certain que pour ceux qui s'en passent la comparaison de prix ne doit pas se faire sur ce critère. Regardons aujourd'hui le coût de production d'un vaccin et son prix, la différence est aussi importante et elle ne pose pas question car il n'existe pas de vaccins sans R&D et études cliniques. Enfin avant de commercialiser un produit combien de projets ne verront pas le jour car ils ne passent pas toutes les étapes de validation.

### Quel serait le recul clinique nécessaire pour la mise sur le marché d'une innovation ?

Combien de systèmes aujourd'hui ont ce recul, très peu !! Combien de praticiens posent la question et ont l'information du recul de leur système ? Je ne sais pas mais ma perception du domaine me ferait dire que c'est moins de 50 %.
En conclusion sur le matériel, je dirai qu'un panel d'experts devrait valider cliniquement les innovations techniques, en particulier en chirurgie implantaire. Un délai de 5 ans devrait être imposé aux industriels avant toute mise sur le marché. Je partage aussi le point de vue que nous devrions aussi mettre en place une norme qui labéliserait ces implants reconnus et validés en ajoutant aussi le critère international et de garantie des pièces dans le temps.

### Le consentement éclairé doit-il informer le patient de ce risque et des modalités de sa prise en charge ?

Pas de discussion sur ce point. Le devoir d'information s'impose à tous et prend un sens particulier en ces temps d'essor des péri-implantites. Entièrement d'accord aussi je pense aussi que le patient doit être mieux informé de manière globale sur les solutions et produits.

### Le contrat de maintenance implantaire ne devrait-il pas obligatoirement accompagner le devis implantaire ?

Je partage aussi l'avis des praticiens par contre combien de systèmes peuvent garantir et accompagner ce contrat de maintenance, important aussi de l'intégrer dans le critère de choix.

### Pensez-vous que la formation professionnelle actuelle en implantologie soit satisfaisante ?

Nous parlions des prix plus haut, il est important de noter que tous les grands groupes contribuent de manière très importante à la formation, sans ces coûts de plusieurs dizaines de millions d'euros, les innovations et dernières technologies ne seraient pas proposées dans les universités ou dans les organismes de formations continues avant des années, quand on sait le temps que la HAS met pour reconnaître une technique, sans la contribution des industriels et des praticiens qui en équipes s'associent pour offrir des formations de pointes.

La rotation continue, la réciprocité, la chirurgie implant, la CFAO ne serait pas autant présente aujourd'hui dans les cabinets et surtout les patients ne profiteraient de toutes ces techniques qui aujourd'hui ont contribué grandement à améliorer les soins en les rendant plus sûrs, plus efficaces et plus rapides.

Dans la continuité des formations elles devraient être structurées, diplômantes et validantes pour permettre ensuite une communication au patient. Un collège d'expert devant les évaluer et les classer en fonction de leurs spécificités.

## Philippe Véran

BIOTECH DENTAL

Votre étude est remarquable et les résultats font souvent preuve de bon sens mais peut-elle être aujourd'hui complètement représentative du marché du fait de son échantillonnage très réduit et je suppose très sélectif ?

Les réponses de 50 praticiens implantologistes réputés et des patrons de DU d'implantologie suffisent-elles à écrire les règles de bonne pratique de l'implantologie ?

Les références d'ailleurs aux seuls 4 majors que vous citez et les rappels qui y sont faits en permanence sur la qualité de leurs produits liés plutôt à la taille de leur portefeuille respectif (il est vrai très garni) ne sont pas à mon sens justifiées car les françaises par exemple (et vous citez Biotech Dental, Etk, Tbr et Anthogyr mais je n'oublierai pas non plus Global D) sont toutes des sociétés dont le sérieux et la renommée ne peuvent être contestés.Si un collège de spécialistes basé sur un fonctionnement type AMM (dont il apparaît cependant que le contenu soit mal maîtrisé dans les commentaires apportés) venait à décider de qui- quand -comment doit arriver sur le marché, comment s'assurer de son impartialité (alors que je suis persuadé que vous vantez les mérites des seules 4 majors en toute impartialité) ?
Je peux témoigner qu'il a été plus difficile pour notre société de devenir un des leaders des implants dentaires en France qu'un des leaders mondiaux de la chirurgie de l'avant pied. À qui la faute ? Elle est certainement partagée mais je peux vous garantir que nous n'avons pas été aidés. Aujourd'hui que le marché français s'ouvre enfin à des sociétés comme la nôtre qui ont toujours revendiqué **un « fair price » et non un « low price »** pour le client dentiste, il n'est pas question que nous soyons injustement pénalisés par une chambre de censure dont le fonctionnement reste encore incertain.

Désolé d'être direct mais vous m'avez gentiment demandé mon avis donc je vous le donne ! D'ailleurs je vous cite *« La question*

*est alors de savoir à quel moment un implant à bas prix, devient un implant qui inspire confiance par son ancienneté sur le marché ? On a déjà vu des entreprises devenir des références à force d'investissements et de développements pertinents. Il semble donc que cela soit la clé du succès pour transformer une première identité à faible confiance ».* Biotech Dental se sent totalement concerné par cette précision. Je continue de vous citer : « Au plan médico-légal, une distinction s'*impose néanmoins. Un implant à bas prix, présent depuis plusieurs années sur le marché mondial, mais sans références scientifiques publiées dans des revues internationales, correspond-il à l'usage des bonnes pratiques ? Son usage relève-t-il des connaissances médicales avérées ? La réponse appartient à chaque expert, en son âme et conscience.*

*On peut néanmoins indiquer que le bon sens doit dominer dans cette réflexion et qu'un tel système qui a passé l'épreuve du temps au-delà de 7-10 ans, sans voir sa réputation entachée, devient, de fait, un système appartenant aux données actuelles de la science. »*

Je précise qu'il a été très compliqué pour des petites sociétés comme Biotech Dental (qui devront bientôt satisfaire aux nouvelles exigences qui rentreront en application dès le 26 mai 2020. Le nouveau règlement sur les dispositifs médicaux (2017/745/UE) (MDR) et le règlement sur les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (2017/746/UE) (IVDR) alignent en effet la législation de l'UE sur les progrès techniques, les évolutions de la science médicale et les progrès réalisés en termes de loi. Le MDR créera un cadre réglementaire solide, transparent et durable, reconnu internationalement, qui améliorera la sécurité clinique et créera un accès équitable aux marchés pour les fabricants. Par rapport aux directives actuelles, le MDR met davantage l'accent **sur la sécurité fondée sur le cycle de vie, et étayée par des données cliniques**. Lyra ETK se prépare à cette échéance avec de nouvelles ressources au sein de son service « qualité, affaires réglementaires ».

Notre projet de société se définit autour de deux enjeux majeurs abordés dans cette enquête, d'une part la digitalisation de la profession, d'autre part la maintenance implantaire et la prise en compte de la prévalence de la péri-implantite.

Notre vision de la digitalisation des cabinets est celle d'une transformation aussi incontournable que celle qui a révolutionné la photographie, la téléphonie,… et qui est à considérer comme une évolution sociétale globale qui touchera tous les corps de métiers, même si elle laisse sceptiques un grand nombre de praticiens qui n'en voient pas les bénéfices patient.

Il faut dire que les solutions digitales ont été présentées de façon très industrielle est néanmoins une ETI française considérée comme l'une des pépites MEDTECH de notre pays) d'obtenir la publication de ses études dans des revues internationales de premier choix alors que nous publiions dans le même temps dans toutes les plus grandes revues internationales de chirurgie et de médecine, nos avancées et cas cliniques de nos chirurgiens orthopédiques français.

Enfin, il y a peu de mentions dans le questionnaire (hormis une question sur la chirurgie guidée) aux avancées liées aux technologies numériques, direction dans laquelle nous sommes engagés depuis 6 ans maintenant avec des résultats très intéressants.

Tout ceci étant dit, Biotech Dental restera un partenaire fort des chirurgiens-dentistes français dont nous louons partout dans le monde tous les jours la qualité et l'opiniâtreté.

**Bénédicte Padovan**

LYRA ETK

Je voudrais tout d'abord remercier la rédaction pour cette initiative créant une opportunité d'échange supplémentaire entre industriels et cliniciens qui, je l'espère, clarifiera certains aspects questionnant profondément l'art dentaire aujourd'hui.

L'avènement de l'implantologie orale et la ruée des marques ont en effet démultiplié les segments de marché. Les sociétés low-cost d'hier dont nous faisions partie, celles qui ont « cassé » les codes en « démocratisant » et en « désacralisant » l'implantologie, ont d'abord suscité la méfiance, mais sont devenues des acteurs plus innovants qu'hier, qui n'ont cessé de professionnaliser leur démarche. Ainsi, le segment du pur low-cost a été investi par d'autres sociétés plus jeunes qui peinent à se développer face à des praticiens dont les critères de choix restent massivement la fiabilité, la qualité et la pérennité de la marque. L'écart s'est lissé entre les sociétés premium et les fabricants français, en matière de recherche, d'innovation et de validation, les premiers étant contraints de suivre un rythme imposé par la concurrence, les deuxièmes étant pressés par la réglementation pour présenter toutes les évaluations cliniques imposées par les organismes de certification.

Si le secteur ne paraît pas suffisamment réglementé aujourd'hui, les fabricants depuis de nombreuses années, sans que les praticiens puissent en apprécier le sens et la façon dont cela pouvait changer leur proposition de soin. S'équiper d'un scanner intra-oral a été, pour les précurseurs, motivé par la passion de leur métier et une volonté d'être toujours à la pointe de l'innovation. Mais quel service/bénéfice cela apporte-t-il dans la pratique quotidienne ? L'utilisent-ils vraiment et à quelle fréquence ? Quel est l'état d'aboutissement de ces solutions numériques, leur véritable apport dans la pratique et pour les patients ?

En implantologie, le numérique a toujours été synonyme de complexité et de surcoût. Jusqu'à présent, la chirurgie guidée, avec l'intégration d'un logiciel de planification, le temps passé et l'achat d'un guide, augmentaient significativement le devis pour le patient. Les piliers personnalisés et esthétiques réalisés en CFAO sont traditionnellement plus chers que des piliers standards du catalogue.

Or s'il est un domaine où la digitalisation prend tout son sens aujourd'hui, en devenant source d'accessibilité autant que de fiabilité/qualité avec un véritable bénéfice patient, c'est bien en implantologie ! i physio en est la parfaite illustration. Il permet de proposer un protocole full digital plus compact, où les manipulations de dévissage (et par voie de conséquence les interventions sur les tissus mous) sont réduites. La digitalisation des traitements implantaires trouve alors tout son sens : moins de temps passé par implant (gain de temps d'environ 30 mn), confort patient, esthétique avec le maintien des papilles, respect biologique et réduction du risque de contamination,… Un grand nombre d'avantages qui vient résoudre l'équation bien compliquée avec laquelle nous devons souvent composer aujourd'hui (rapport coût/qualité), mais peut-être aussi une mesure préventive dont l'efficacité reste à évaluer dans la durée, pour lutter contre la péri-implantite.

La maintenance des traitements implantaires est un aspect majeur qui émerge alors que nous commençons à avoir davantage de recul et devons faire face au vieillissement avéré de la population. L'OMS a publié le 24 mai 2016 son plan stratégique mondial contre l'âgisme intitulé « vieillir en restant actif et en bonne santé », preuve que cette évolution démographique est suffisamment significative pour susciter de nouveaux services de santé dédiés. L'état de surface est au cœur du sujet de la péri-implantite en raison de ses caractéristiques plus ou moins rétentives. D'autres préconisent l'émergence d'une activité spécialisée de « péri-implantologue »…

À notre niveau de fabricant, faut-il se contenter d'adapter nos états de surface en fonction du degré d'« exposition » des différentes zones de l'implant ? Un tel implant suffira-t-il à couvrir l'allongement de la durée de vie de nos patients ? Faut-il penser à un implant de seconde intention aux caractéristiques adaptées, notamment en termes d'état de surface, à la qualité osseuse « dégradée » des seniors ?

Une conclusion en forme de question, une de plus dans un monde changeant où l'agilité et la vitesse se heurtent souvent aux exigences propres aux dispositifs médicaux.


## GRANDE SOIRÉE AO PARIS

### JEUDI 13 DÉCEMBRE : ENDO vs IMPLANTO, PARTAGEONS QUELQUES DILEMMES DU QUOTIDIEN

*Bertrand et Philippe Khayat*

Faut-il conserver une dent infectée difficile à traiter ou l'extraire et la remplacer par un implant ? Si oui, selon quels critères ? Faut-il se lancer dans un traitement implantaire esthétique délicat alors qu'il existe encore une chance de sauver la dent ?

Si l'approche conservatrice est privilégiée et que la dent se fracture peu de temps après, dans quel état d'esprit le patient abordera-t-il le traitement implantaire complexe qui va suivre ? Que faire quand l'endodontiste est réticent (difficulté du traitement conservateur, racine fragilisée) et que l'implantologiste n'est pas enthousiaste (faibles volumes osseux, risque important de résorption, sourire gingival) ?

Tout l'intérêt de notre métier est là. Décider. Faire le meilleur choix dans une situation donnée, pour un patient particulier et dans un contexte toujours différent.

Après avoir envisagé les pronostics respectifs d'un traitement endodontique (classique ou chirurgical) et d'un traitement implantaire, nous passerons en revue les critères qui nous permettent de faire le choix le plus judicieux pour un patient donné. Au-delà des critères classiques, certains critères spécifiques et subjectifs doivent également être pris en compte. Plusieurs cas cliniques seront présentés et discutés.

Bertrand et Philippe Khayat interviendront parfois simultanément pour envisager les avantages et inconvénients des différentes options de traitement.

**Soirée gratuite pour les membres à jour de cotisation**
120 € pour les non-membres
Inscription et informations :
Catherine – Tél. 06 74 98 39 55
alphaomegaparis@free.fr
Intercontinental Marceau

Owandy
RADIOLOGY

# Stand ADF 3M30

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.fr**

Owandy
RADIOLOGY

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

Xavier Bensaid, Hanna Kruk, Selma Cherkaoui,
Grégoire Chevalier, Guillaume Benqué, Marc Danan

# Modification du protocole chirurgical du lambeau déplacé coronairement pour le recouvrement d'une récession parodontale unitaire

## Introduction

Les récessions parodontales désignent une dénudation radiculaire due au déplacement du bord marginal de la gencive par rapport à la jonction amélo-cémentaire (American Acadademy of Periodontology, 1996). Elles sont plus fréquentes en vestibulaire et souvent associées à différents facteurs : un brossage traumatique, un morphotype parodontal fin, une proéminence radiculaire, un frein iatrogène. Ces différents facteurs peuvent être isolés ou combinés.
Les principales indications pour le traitement des récessions sont : les sensibilités dentinaires, l'évolutivité de la dénudation radiculaire et le caractère inesthétique (1).
De nombreux protocoles chirurgicaux ont été décrits afin de recouvrir partiellement ou totalement la récession avec un tissu esthétiquement identique aux dents adjacentes. Lorsqu'il persiste du tissu kératinisé de qualité apicalement à la récession, un lambeau positionné coronairement (LDC) seul ou combiné (un tissu conjonctif enfoui ou des dérivés de la matrice amélaire ou une membrane) est le protocole qui donne les meilleurs résultats en termes de recouvrement et d'esthétique (2). Mais à long terme différents facteurs pourraient influer sur la stabilité des résultats comme le morphotype parodontal, les techniques de brossage ou une malposition (3).
Le lambeau positionné coronairement a évolué au cours du temps : d'abord décrit par Allen & Miller en 1989 (4), Pini Prato et coll. l'ont fait évoluer dans le positionnement des décharges en 2005 (5) et des concepts sans décharges, afin d'augmenter la vascularisation, ont vu le jour avec les travaux de Zucchelli depuis 2009 (6).

## Analyse d'article

**« Coronally Advanced Flap with Different Designs in the Treatment of Gingival Recession : A Comparative Controlled Randomized Clinical Trial. »**

Cet article est une étude comparative entre 2 protocoles chirurgicaux : le lambeau déplacé coronairement trapézoïdal décrit par De Sanctis et coll en 2007 (7) et le lambeau déplacé coronairement triangulaire décrit par Zucchelli en 2016.

Les limites du lambeau trapézoïdal sont essentiellement esthétiques avec des brides cicatricielles chéloïdiennes. Le taux de recouvrement complet (CRC) obtenu par ce protocole est de 96,7 % pour des récessions de classe I et II de Miller (7).

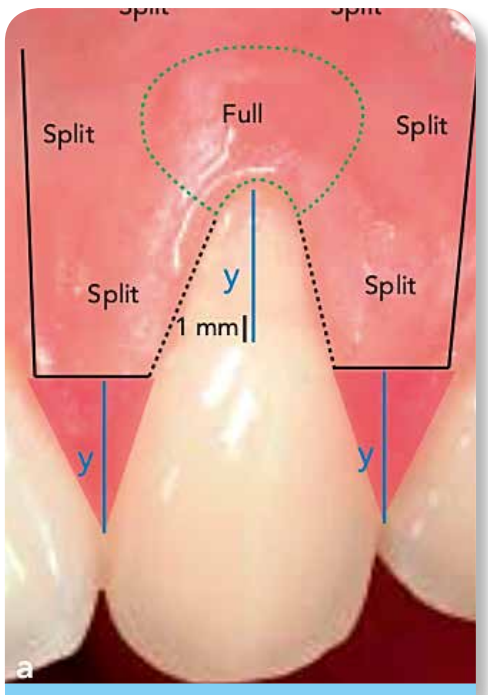
50 patients avec 50 récessions unitaires maxillaires de classe I et II de Miller ont été inclus dans l'étude. Chez ces patients il persiste au moins 1 mm de tissu kératinisé (TK) apicalement à la récession avec une jonction amélo-cémentaire parfaitement identifiable. Les dents présentant des lésions cervicales d'usures ou carieuses traitées par des restaurations ont été exclues de l'étude, quand bien même il a été démontré qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans le recouvrement entre les dents présentant des restaurations cervicales et les dents saines (8), celles-ci pouvaient être un biais sur du long terme.

### Description du protocole chirurgical utilisé

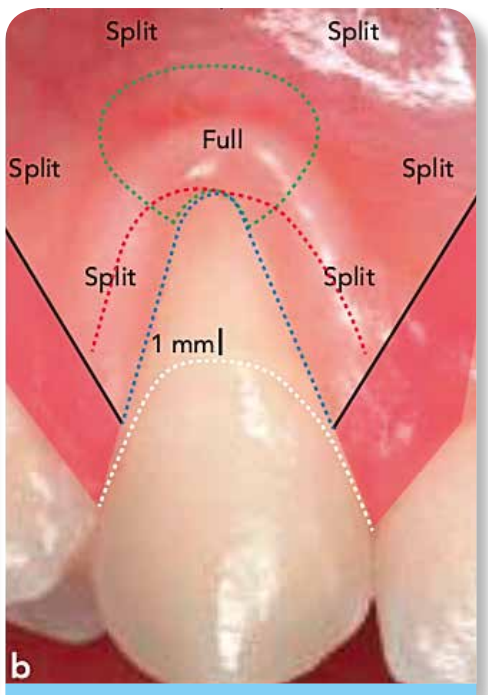
Tous les patients ont bénéficié d'une thérapeutique non chirurgicale au préalable avec modification des techniques de brossage et sont stabilisés au niveau parodontal.

Les patients sont répartis aléatoirement en 2 groupes :
- Groupe Control : patients traités par lambeau déplace coronairement trapézoïdal
- Groupe Test : patients traités par un lambeau déplacé coronairement triangulaire

Dans le groupe contrôle trapézoïdal il est réalisé :
- une incision intrasulculaire au niveau du zénith de la récession,
- 2 incisions horizontales qui sont situés à Y mm depuis le sommet des papilles (Y correspond à la hauteur de la récession + 1 mm),
- les 2 incisions horizontales se prolongent par 2 incisions verticales au-delà de la ligne muco gingivale,
- le lambeau est de pleine épaisseur en regard de la récession (partie qui recouvrira la dénudation radiculaire est donc plus épaisse pour s'opposer à la nécrose tissulaire) et d'épaisseur partielle ailleurs et s'étend au-delà de la ligne muco gingivale.



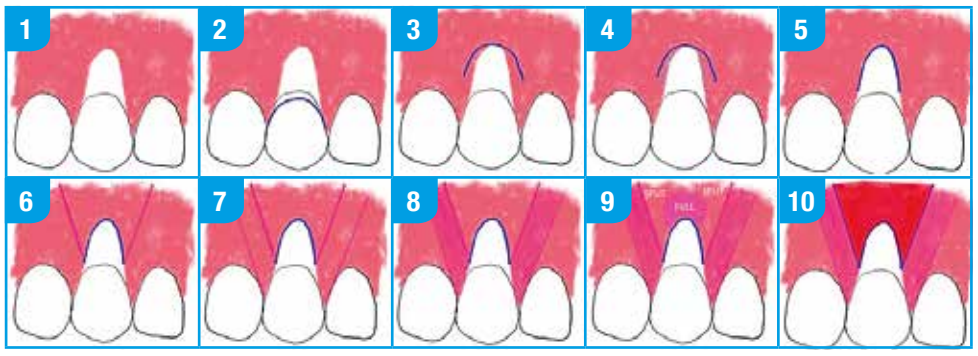

Groupe Control : LDC trapézoïdal*




Groupe Test : LDC triangulaire*

*Schémas issus de l'article

Dans le groupe Test triangulaire l'objectif est de reformer chirurgicalement deux nouvelles papilles qui vont s'adapter aux papilles de départ. La difficulté est donc de définir où positionner les incisions de décharges afin d'obtenir deux « nouvelles papilles chirurgicales ».
- Une récession parodontale est schématisée sur la **Fig. 1**.
- La distance passant par les papilles 1 mm au-dessus de la jonction amélo-cémentaire est mesurée à l'aide d'un fil souple type fil orthodontique **(Fig. 2)**.
- Le fil est translaté en passant par le sommet de la récession **(Fig. 3)** et les bords sont repliés vers le sommet de la récession **(Fig. 4)** afin de déterminer les niveaux des 2 incisions verticales **(Fig. 5)** qui permettent de recréer « deux nouvelles papilles chirurgicales ».
- Deux incisions verticales obliques sont réalisées, parallèles à la marge de tissu mous des dents saines adjacentes et s'étendent au-delà de la ligne mucogingivale **(Fig. 6)**.
- La marge de tissu mous des dents saines adjacentes est désepithelialisée et est recouverte lors du repositionnement coronaire du lambeau **(Fig. 7 et 8)**.
- Le lambeau est d'épaisseur partielle sauf en regard de la récession ou il est de pleine épaisseur **(Fig. 9)**.
- Un lambeau de forme triangulaire est ainsi libéré et permet un déplacement coronaire **(Fig. 10)**.




En post-opératoire il a uniquement été prescrit des antalgiques et des bains de bouche à la chlorhexidine (0,12 %) trois fois par jours pendant 4 semaines.

### Résultats

| | DÉPART | | 3 MOIS | | 1 AN | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Trapézoïdal* | *Triangulaire* | *Trapézoïdal* | *Triangulaire* | *Trapézoïdal* | *Triangulaire* |
| Récession (mm) | 3,33 ± 0,80 | 3,23 ± 0,86 | 0,03 ± 0,18 | 0,2 ± 0,41 | 0,16 ± 0,38 | 0,3 ± 0,53 |
| Nbre de patients avec CRC | | | 24/25 | 23/25 | 22/25 | 20/25 |
| Couleur | | | 60,7 ± 12,6 | 76,0 ± 9,3 | 76,7 ± 7,6 | 85,7 ± 12,8 |
| Aspect chéloïde | | | 4/25 | 3/25 | 11/25 | 4/25 |

À 1 an post-opératoire il n'y a pas de différence statistiquement significative sur le recouvrement entre le groupe test et le groupe contrôle.
En revanche sur les résultats esthétiques on note une différence qui s'accentue avec le temps. Le lambeau triangulaire obtient de meilleurs résultats sur la couleur et son intégration esthétique avec le parodonte environnant. Pour le lambeau trapézoïdal l'apparition d'une bride chéloïdienne apparaît chez 40 % des sujets à 1 an.

Malgré les limites de l'étude, notamment une absence de résultat à long terme (>1 an), les auteurs concluent que les deux protocoles de lambeaux déplacés coronairement permettent d'obtenir d'excellent résultats en termes de recouvrement mais les résultats esthétiques du lambeau triangulaire, meilleurs que ceux du lambeau trapézoïdal, conduisent les auteurs à privilégier ce protocole dans des situations esthétiques.

## Discussion

La limite la plus importante dans ce protocole chirurgical est de déterminer le point de départ des incisions de décharge mais aussi de parfaitement désepithelialisée les anciennes papilles jusqu'à leurs extrémités et de parfaitement adapter les nouvelles papilles chirurgicales. L'apparition moins importante de brides chéloïdiennes à 1 an est un progrès pour les demandes esthétiques mais celles-ci peuvent apparaître secondairement à plus d'un an. il serait donc nécessaire d'avoir des études à plus long terme afin de suivre l'évolution de ce paramètre.
Cet article rapporte seulement 25 cas cliniques traités par lambeau triangulaire. Un échantillon plus important de patients aurait permis d'avoir une meilleure analyse de ce protocole chirugical.
L'analyse esthétique est trop subjective et les paramètres rapportés ne sont pas standardisés. L'analyse colorimétrique est faite visuellement et pourrait au vu des progrès technologiques s'appuyer sur des critères plus fiables.

## Rapport de cas

### Cas 1

Patiente âgée de 30 ans, en bonne santé générale, adressée par son orthodontiste. Elle présente une dénudation radiculaire de classe I de Miller sur 13 qui est apparue 1 an après l'arrêt de son traitement orthodontique. La patiente a une très grande demande esthétique. La difficulté dans cette situation est d'une part la disparition de la jonction amélo-cémentaire qui est difficilement identifiable mais aussi le peu de hauteur de TK (↕ 2 mm) **(Fig. 1)**.
Après une séance de détartrage supra et sous gingival pour supprimer toute inflammation tissulaire et la modification des techniques de brossage une intervention de chirurgie muco gingivale est programmée.
Une incision intrasulculaire avec 2 incisions de décharges ont permis de reformer de nouvelles papilles chirurgicales. Le positionnement des incisions de décharge a été calculé selon le protocole décrit par Zucchelli. Le lambeau est de pleine épaisseur au niveau du zénith de la récession et d'épaisseur partielle au niveau des papilles chirurgicales ainsi qu'au-delà de la ligne muco gingivale pour permettre le déplacement coronaire **(Fig. 2)**.
Au vu de la faible hauteur et épaisseur de tissu kératinisé un greffon conjonctif (prélevé coté palatin) est positionné sur la récession avec des sutures périostées (fils Vicryl 5.0) **(Fig. 3)**. Les papilles anatomiques sont désepithelialisées jusqu'au sommet ainsi que 2 bandes de tissus sains adjacentes aux dents proximales afin de recevoir le lambeau **(Fig. 4)**. Le lambeau est repositionné 1 mm coronairement à la jonction amélo-cémentaire des dents adjacentes. Des points simples discontinus (fils 5.0 Monocryl) permettent d'adapter les papilles chirurgicales et de suturer le lambeau aux berges kératinisées **(Fig. 5)**. La cicatrisation à 1 an post opératoire permet d'obtenir un recouvrement complet mais laisse cependant apparaître de fines brides chéloïdiennes **(Fig. 6)**. La patiente est revue tous les 6 mois pour une maintenance parodontale afin de contrôler et maintenir les résultats obtenus.

FIG. 1

FIG. 2

FIG. 3

FIG. 4

FIG. 5

FIG. 5

### Cas 2

Patient de 27 ans est adressée par son orthodontiste pour évaluation parodontale avant traitement ODF.
Il présente sur 43 une récession de classe II de Miller avec absence de gencive attachée et une ligne muco gingivale haute. Il est à noter la vestibuloposition de 43 ainsi que le diastème entre 43/44 qui sont des facteurs limitants nos résultats en termes de recouvrement. Les tissus gingivaux sont inflammatoires et nécessitent une séance de nettoyage professionnel **(Fig. 1)**.
Au vu de la sévérité de la dénudation radiculaire il a été décidé d'associer un conjonctif enfoui sous le lambeau triangulaire qui est suturé au niveau de la JAC **(Fig. 2 et 3)**.
Le lambeau triangulaire a été repositionné coronairement avec de nouvelles papilles chirurgicales qui s'adaptent aux papilles désepithelialisées **(Fig. 4)**.
Les résultats à 1 semaine **(Fig. 5)** et 8 mois **(Fig. 6)** montrent un recouvrement complet et une modification du morphotype parodontal au niveau de 43. La cicatrisation reste encore jeune et le brossage au niveau de la zone va améliorer la cicatrisation de l'intervention de chirurgie muco-gingivale.

FIG. 1

FIG. 2

FIG. 3

FIG. 4

FIG. 5

FIG. 6

À 3 mois le patient pourra envisager un traitement ODF avec une maintenance parodontale au rythme des activations.

## Cas 3

Un patient de 35 ans avec une agénésie de 12 est adressé par son orthodontiste pour une dénudation radiculaire sur 13.
La 12 présente une récession de classe II de Miller avec une 13 légèrement vestibulé **(Fig. 1)**. Un arc passif a été mis en place 2 semaines avant l'intervention et la reprise du traitement a été réalisée 4 semaines après l'intervention. Au vu de la sévérité de la dénudation et de l'agénésie de 12 il a été associé un conjonctif enfoui au lambeau déplacé coronairement triangulaire.

Le résultat obtenu à 1 mois post opératoire est satisfaisant au niveau du recouvrement mais aussi esthétiquement. Il est envisageable qu'une reprise du traitement ODF avant la fin de la cicatrisation gingivale totale du site a permis d'améliorer les résultats obtenus par la chirurgie muco gingivale **(Fig. 2)**.

## Conclusion

Face à une récession parodontale unitaire les tracés d'incisions ont évolué au cours du temps. La création de nouvelles papilles chirurgicales permet une meilleure adaptation du lambeau et d'augmenter les résultats pour l'intégration esthétique. La difficulté de positionnement des incisions de décharge nécessite obligatoirement une attention particulière afin d'optimiser nos résultats.

## Bibliographie

1. *American Academy of Periodontology. Consensus report on Mucogingival Therapy. Proceedings of the World Workshop in Periodontics. Ann Periodontol 1996 ; 1 : 702-706.*
2. *Roccuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions : A systematic review. J Clin Periodontol 2002 ; 29 : S178-S194*
3. *Tatakis DN, Chambrone L, Allen EP, et al. Periodontal soft tissue root coverage procedures : a consensus report from the AAP Regeneration Workshop. J Periodontol. 2015 ; 86 : S52-S55*
4. *Allen EP, Miller PD. Coronal positioning of existing gingiva : Short term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. J Periodontol 1989 ; 60 : 316-319.*
5. *Pini Prato et al. coronally advanced flap : the post-surgical position of the gingival margin is an important factor for achieving complete root coverage. Journal of Periodontology 76, no. 5 (May 2005) : 713-22.*
6. *Zucchelli et al. Coronally advanced flap with and without vertical releasing incisions for the treatment of multiple gingival recessions : a controlled RCT. Journal of Periodontology 80, no. 7 (July 2009) : 1083-1094.*
7. *De Sanctis M, Zucchelli G. Coronally advanced flap : A modified surgical approach for isolated recession type defects : Three-year results. J Clin Periodontol 2007 ; 34 : 262-268.*
8. *Richardson CR, Allen EP, Chambrone L, et al. Periodontal soft tis- sue root coverage procedures : practical applications from the AAP Regeneration Workshop. Clin Adv Periodontics. 2015 ; 5:2 – 10.*

PIEZOTOME CUBE

**Votre solution pour des extractions simples et reproductibles**

**Pr. Francis LOUISE**

**Faut-il délaisser nos syndesmotomes, périotomes, élévateurs et daviers pour extraire les dents ?**

Ces instruments conservent leur utilisation journalière, mais dans certaines indications cliniques (racines fracturées, germectomies, racines de molaires divergentes, extraction/implantation immédiate, dépose d'implants…), l'emploi d'inserts ultrasonores spécifiques est d'un grand intérêt pour réaliser ces avulsions en respectant l'os environnant et les tissus mous, ménageant ainsi les structures anatomiques résiduelles et permettant une cicatrisation optimale des sites d'intervention.

**CAS CLINIQUE**

**Extraction d'une racine fracturée avec implantation immédiate**
Le plan de traitement comprend l'extraction de la 14 avec implantation immédiate. La conservation des parois alvéolaires est un facteur de succès pour le résultat final. L'emploi d'inserts Extraction LC (0,5 mm d'épaisseur) permet la conservation des parois alvéolaires.

Fig. 1 : 14 racine résiduelle

Fig. 2 : radiographie de cette 14

Fig. 3 : après élévation d'un petit lambeau, insertion de l'insert LC2 le long de la racine en distal

Fig. 4 : observez l'intégrité des parois alvéolaires en fin d'intervention

**CONCLUSION**

**L'emploi d'inserts ultrasonores est d'un grand intérêt pour réaliser des extractions « à risque », c'est-à-dire l'avulsion de dents solidement ancrées avec préservation optimale des structures parodontales environnantes.**

**Réalisez une implantation immédiate grâce à la préservation du tissu osseux**

Avec Piezotome® Cube, l'extraction se simplifie. La pose immédiate d'implants est facilitée par l'emploi d'une technique moins invasive et moins traumatique.

- Ses plus : extraction précise réalisée sans force, lambeau non systématique, pas d'alvéolectomie en cas de fracture et peu de mouvements de luxation.
- Résultats pour le patient : douleurs, œdèmes et prise d'antalgiques sont réduits de plus de 50%* !

* Ultrasonic Piezotome® surgery: is it a benefit for our patients and does it extend surgery time ? A retrospective comparative study on the removal of 100 impacted mandibular 3rd molar. A. Troedhan, A. Kurrek, M. Wainwright. Open Journal of Stomatology, 2011

Ce dispositif médical est classé IIa selon la Directive Européenne applicable en vigueur. Il porte le marquage CE. Organisme notifié : LNE-GMED 0459. Ce dispositif médical pour soins dentaires est réservé aux personnels de santé ; il n'est pas remboursé par les organismes d'assurance maladie. Ce matériel a été conçu et fabriqué selon un système d'assurance qualité certifié EN ISO 13485. Lire attentivement le manuel d'utilisation disponible sur www.acteongroup.com. Fabricant : SATELEC® Groupe ACTEON® (France). Date de création : mai 2018.

SATELEC® S.A.S A Company of ACTEON® Group
17 av. G. Eiffel | BP 30216 | 33708 MERIGNAC cedex | France
Tel. +33 (0) 556 340 607 | Fax. +33 (0) 556 349 292 | info@acteongroup.com | www.acteongroup.com

ACTEON

PROFILE DESIGNER

# iphysio®

# LA SIMPLICITÉ EN IMPLANTOLOGIE

## CONCEPT BREVETÉ 3 EN 1
Cicatrisation - Empreinte - Provisoire

NOUVEAUTÉ

## UNIVERSEL
Disponible pour les plus grandes marques d'implants

## UN PROTOCOLE SIMPLIFIÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION BIOLOGIQUE

Iphysio® permet de réaliser la cicatrisation, l'empreinte et la prothèse provisoire sans démontage.
Ce Profile Designer de forme anatomique permet de sculpter un vrai profil d'émergence non circulaire, favorise le maintien des papilles et la conservation de la gencive kératinisée.

**Une (R)évolution majeure qui, en plus d'apporter confort et respect biologique, vous fera gagner un temps précieux.**

**INFORMATIONS**
+33 (0)4 50 91 49 20
info@lyra.dental
www.iphysio.dental

Distribué par LYRA™

CONGRÈS ADF 2018

Finaliste 2018 Prix de l'INNOVATION

## À DÉCOUVRIR SUR LE STAND LYRA N°3M06 - 3e étage

Fabriqué par **euroteknika** - 726 rue du Général de Gaulle, 74700 Sallanches (France)
Le Profile Designer iphysio® fabriqué par euroteknika et distribué par LYRA France est un dispositif médical de Classe IIb (Directive Européenne 93/42/CEE) conforme aux normes en vigueur et porteur du marquage CE0459. Non remboursé par la Sécurité Sociale, il doit être utilisé par des professionnels de la santé bucco-dentaire. Lire attentivement la notice d'instructions et le manuel d'utilisation. LYRA FRANCE, S.A.S. au capital de 10 000€ 25 rue Bleue, 75009 Paris - RCS Paris 799 960 067 - Tout document édité par LYRA se réfère à nos conditions générales de vente en vigueur. Photos non contractuelles - Reproduction même partielle interdite.

# Soirée de rentrée avec Philippe Roche Poggi

## Jean-Luc Guetta

Pour ce mardi d'après les fêtes de Tichri nous nous sommes retrouvés pour une soirée d'implantologie orientée vers la chirurgie du sinus. C'est en effet **Philippe Roche Poggi**, déjà venu il y a une douzaine dans notre chapitre, qui en a été le maître de cérémonie.

**Stomatologue, chirurgien maxillo-facial, maître de conférences et responsable de l'enseignement de chirurgie orale à la faculté d'odontologie de Marseille**, Philippe nous a emmenés dans son univers et nous a présenté son expérience sur les sinus, les différentes approches consensuelles ou innovantes en odontologie et les cas cliniques les plus intéressants de sa carrière.
C'est notre présidente, Laura Lévy, et Elsa Eskenasi, aidées du bureau, qui ont fait que cette soirée a été une grande réussite.

**Merci à nos partenaires :** Geistlich Bio Oss Bio Gide (Bérangère Spitzglous), AXA (Alain Taieb), Safe implant Surcam Europe (Éric Chapiseau), W&H (Mathilde Visseaux), Acteon (Nathalie Roche), Euronda (Gilles Mosca), Anthogyr (François Vian), Crownceram (Judicael Chelly)

La présidente Laura Lévy entourée de Chmouel Elkies et Sophie Durand

Notre intervenant, Philippe Roche Poggi avec Bérangère Spitzglous (Geistlich)

Naomie Drikes, Valentin Amsellem et Sarah Tordjman

Laura et Charles Lévy, past président (mais sans lien de parenté !)

Alice Ouzilou et Nethaniel Benhamou

Nos drôles de dames : Elsa Eskenasi, Sarah Lalou et Frédérique Madar

Belle jeunesse : Mendel Chalem, Ilan Zerbib, Chmouel Elkies, Noémie Drikes, Sarah Tordjman

Caroline Nevesny entourée de Raphaël Dahan et Charles Bouskila

Cyrielle Levy, Lea Mozziconacci et Marion Ammar

Davys Dray, Chany Abikhzir, C. Elkies, Deborah Susini



# CONVENTION EUROPÉENNE

Tout renseignement sur notre site :
www.aonews-lemag.fr/ao-monde-convention-européenne-2019-porto/

# SHABBAT DE L'ADF

## vendredi 30 novembre

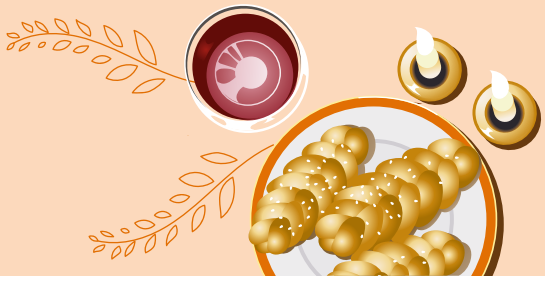
**En famille, ou en solo,**
**venez partager ce moment de convivialité !**

Lieu : Maison Moadon, 66 rue Laugier,
75017 Paris (à 10 mn à pieds du congrès)

PAF : 65 € adulte ▪ 45 € étudiant ▪ 25 € enfant de moins de 12 ans

Renseignements : Audrey Ohayon, 06 80 11 71 05
Inscriptions : Catherine, alphaomegaparis@free.fr

**Ne tardez pas à réserver votre place !**



# La chirurgie du sinus : techniques et actualités pour une approche en conscience

## Benjamin Fitouchi, interne en chirurgie orale

Notre conférencier Éric Amsellem et Jean-Luc Bismuth grâce à qui cette soirée a eu lieu

Le jeudi 11 octobre, nous avons eu l'immense honneur de recevoir **Éric Amsellem**, chirurgien-dentiste à Neuilly-sur-Seine et **attaché au CHU Henri Mondor en chirurgie orale, pour une conférence sur la chirurgie du sinus dans le cadre de réhabilitations implantaires du secteur postérieur maxillaire**.

La chirurgie sinusienne consiste à décoller la membrane sinusienne afin de pouvoir procéder à une augmentation tissulaire en hauteur dans cet espace crée.

Cette technique s'est développée auprès des praticiens dès les années 90 et elle tend aujourd'hui à se démocratiser, grâce notamment aux nouvelles technologies qui facilitent et sécurisent le geste.

Avant de pouvoir envisager ce geste, une analyse clinique et radiographique précise est nécessaire. En effet, certains éléments sont à rechercher, notamment la hauteur osseuse sous sinusienne résiduelle, la perméabilité de l'ostium du sinus, l'anatomie du bas-fond sinusien, la présence d'éventuelles déviations de la cloison nasale ou de polypes sinusiens. De cette analyse ressortent un plan de traitement et une thérapeutique individualisée pour notre patient.

Deux types de chirurgies d'augmentation osseuse sous sinusiennes sont alors envisageables : par voie crestale et par voie latérale. La classification de Carl Misch pose l'indication de chaque technique en se basant sur la hauteur d'os résiduelle. Cette classification a été réactualisée :

- Entre 4 et 8 mm : voie crestale ou voie latérale en fonction de l'anatomie du bas-fond sinusien, qui a une valeur pronostic sur notre capacité à soulever la membrane.
- Inférieur à 4 mm : voie latérale avec plus ou moins la pose concomitante de l'implant en fonction de l'obtention d'une stabilité primaire.

Notre brillant intervenant affirme que la pratique d'aujourd'hui se tourne de plus en plus vers la chirurgie sinusienne par abord crestal. En effet, cette chirurgie est moins invasive que la voie latérale et permet des augmentations sous sinusiennes d'environ 3 à 4 mm, en fonction de l'anatomie du bas-fond sinusien.

Cependant la chirurgie par voie latérale trouve toujours son indication, notamment lors de pneumatisation importante du sinus maxillaire suite à des extractions anciennes du secteur postérieur maxillaire.

L'apport des nouvelles technologies permet d'être plus serein lors de notre geste opératoire. Éric Amsellem conseille l'utilisation du système DASK pour l'ostéotomie et le décollement de la membrane. Ce système, semble être moins « opérateur dépendant », il fonctionne avec des forets diamantés en rotation continue à 1000 tours/minute et permet une approche sereine et non chronophage de la chirurgie sinusienne. De plus l'irrigation interne facilite le décollement par pression hydraulique.

Toute chirurgie présente des risques et des complications. Les connaître est un pré-requis indispensable pour tout praticien. Les principales complications sont la perforation de la membrane sinusienne, qui peut amener à surseoir à l'intervention, la fuite de biomatériau per-opératoire ou tardive, suite à un mouchage par exemple, et la fuite de l'implant dans le sinus en cas de stabilité primaire insuffisante. Ces complications peuvent nécessiter l'intervention de chirurgiens-dentistes expérimentés voire de médecins ORL.

Fort de son expérience de plus de 25 ans dans ce domaine, notre intervenant a démontré au cours de cette conférence que la chirurgie sinusienne requérait une analyse et une réflexion approfondie, notamment dans l'évaluation de la difficulté opératoire de notre geste. Même si la technologie et les améliorations industrielles facilitent notre geste, la chirurgie sinusienne reste une intervention sérieuse dont les complications peuvent être délicates à gérer.

**Un grand merci à nos partenaires présents ce soir :** Approdent, Dentsply Sirona, Pierre Fabre Oral Care, Philips Sonicare, Bucam, PC net, Icade, Labocast. Sans oublier notre sympathique traiteur « Le Vôtre » qui nous propose des douceurs et du thé bien chaud en fin de conférence !

Pour ceux qui veulent aller plus loin le Docteur Amsellem organise des formations à son cabinet.

Les trois mousquetaires Samuel Bouchoucha, Cyril Amar, Jonathan Hakimi

Éric entouré de Corinne Attia, Alain Dratler et Marie-Hélène Azoulay, la Présidente

Bucam un nouveau partenaire !

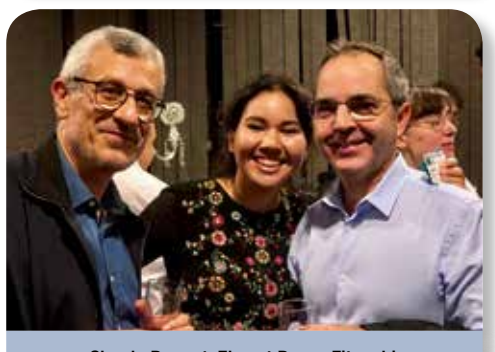
Nos partenaires de Dentsply Sirona

Bernard et Alain Dratler en compagnie de la jeune génération !

M. Jost (Icade) et M. Bouzidi (PC net Santé)

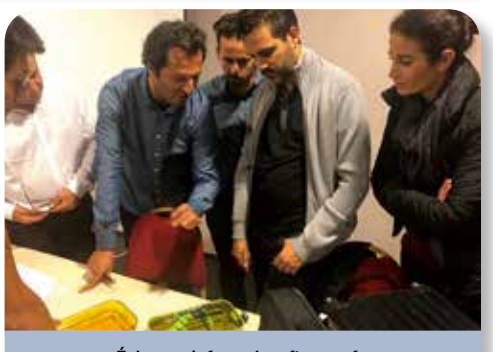
La présidente avec Jonathan Hakimi, Julien Klein, Benjamin Fitouchi… et Corinne Attias

Les sourires de Christian Rousset (PFOC) et de Pierre Choukroun (Approdent) en plein échange avec de jeunes diplômés



Claude Benant, Elsa et Bruno Fitouchi

Daniel Amar et Hervé Sultan



Échange informel « after conf »

Les sœurs Benchetrit

# Sourions ensemble

Dentsply, expert des consommables et Sirona, expert des technologies dentaires, se sont unis pour donner naissance à la famille Dentsply Sirona. Grâce à cette alliance, exercez une pratique innovante et épanouie et proposez des soins dentaires de meilleure qualité, plus sûrs et plus rapides à tous les patients. Chaque jour dans le monde, 600 000 professionnels du secteur dentaire utilisent nos produits auprès de plus de 6 millions de patients. Alors, **sourions ensemble !**

**Rejoignez-nous à l'ADF !**

CONGRÈS ADF 2018

**Consommables:** 1M04

**Equipements:** 2L21

THE DENTAL SOLUTIONS COMPANY™

Le partenaire de toutes vos solutions dentaires

Dentsply Sirona

# Les centres de santé Croix-Rouge passent au numérique dentaire

## et sécurisent l'accès à des soins de qualité pour tous

### UNE TRANSITION TECHNOLOGIQUE COORDONNÉE PAR LYRA

**Les soins dentaires prodigués dans les 5 centres de santé pluridisciplinaires de la Croix-Rouge s'appuient désormais sur les technologies numériques de pointe : prise d'empreinte optique, prothèses réalisées en CFAO, etc. L'objectif de cette mutation : garantir à tous les patients un accès à des soins de qualité, à des tarifs raisonnés. LYRA, spécialiste de l'intégration de solutions digitales dentaires, coordonne cette transition.**

**Un objectif fondamental :**
**sécuriser l'accès à des soins de qualité pour tous**

Pour répondre aux enjeux de santé publique de lutte contre les inégalités de santé et contre le renoncement aux soins pour raisons financières, la Croix-Rouge française et LYRA s'associent pour intégrer au sein des centres de santé Croix-Rouge des solutions de soins dentaires numériques. L'un des grands objectifs annoncés par La Croix-Rouge : tendre vers le « zéro métal ».

**Le numérique dentaire, une dynamique vertueuse qui repose sur :**

- Des protocoles thérapeutiques plus simples, plus courts, sans rien sacrifier à la qualité des soins.
- Des soins plus conservateurs, plus sûrs, plus durables.
- Des échanges entre les chirurgiens-dentistes et les prothésistes dentaires facilités.
- Des coûts et frais de fonctionnement du cabinet maîtrisés et optimisés

Laëtitia Berrar, Directrice des centres de santé Croix-Rouge précise : « *La mission fondamentale des centres de santé de la Croix Rouge française est d'offrir aux patients un parcours de soins accessible et de qualité. En opérant la transition numérique dentaire de nos centres de santé, nous répondons à cette double problématique. Proposer des soins à des tarifs raisonnés ne veut pas dire faire appel à des solutions « low costs » ; et inversement les soins innovants ne sont pas l'apanage d'une patientèle à très hauts revenus. Grâce au numérique, nous pouvons par exemple tendre vers l'objectif « zéro métal » en rendant les couronnes en céramique accessibles au plus grand nombre* ».

Michaël Ohana, Directeur général LYRA ajoute : « *La vocation première de l'innovation numérique dentaire est de permettre au plus grand nombre de Français de bénéficier des meilleurs soins. Entre innovation technologique et simplification des échanges et des process, le numérique est une réponse globale et durable aux enjeux de santé publique auxquels les acteurs de santé doivent aujourd'hui savoir répondre. C'est pour nous une immense fierté de pouvoir accompagner un acteur aussi emblématique que la Croix Rouge française dans sa transition numérique.* »

**5 centres de santé opérationnels en Île de France, des praticiens accompagnés par LYRA**

Localisés à Paris et en Île de France les 5 centres de santé pluridisciplinaires de la Croix Rouge sont aujourd'hui opérationnels pour proposer des soins dentaires numériques. Les praticiens dentistes réalisent les empreintes dentaires grâce à des scanners intra-oraux et la conception et la fabrication des travaux prothétiques sont ensuite réalisées par des laboratoires de prothèse partenaires de LYRA. Les dentistes ont tous suivi une formation adaptée avec les experts LYRA.

# Un nouveau dirigeant pour Ivoclar Vivadent

**Diego Gabathuler deviendra le nouveau PDG d'Ivoclar Vivadent AG. Il succédera à Robert Ganley, qui dirige la société depuis 2003. M. Ganley restera membre du Conseil de surveillance.**

Ivoclar Vivadent a annoncé un changement dans le leadership de l'entreprise : Diego Gabathuler, directeur des ventes Europe, Moyen-Orient, Afrique et Amérique latine, a été nommé directeur général du groupe Ivoclar Vivadent à compter du 1er juillet 2019. Cet expert du marketing et des ventes en Suisse a exercé diverses fonctions pour la société dentaire basée à Schaan, au Liechtenstein. Avant de rejoindre Ivoclar Vivadent, M. Gabathuler a occupé plusieurs postes de direction chez Logitech, Activision et Electronic Arts en Europe et aux États-Unis.

**Robert Ganley et Christina Zeller, nouveaux membres du Conseil d'administration**

Diego Gabathuler (à gauche) sera le nouveau PDG d'Ivoclar Vivadent AG. Son prédécesseur Robert Ganley passe au Conseil de surveillance de la société.

Au cours de son mandat de 15 ans en tant que PDG, l'américain Robert Ganley a contribué de manière significative au développement de l'entreprise familiale, devenue l'un des principaux acteurs de l'industrie dentaire. En juin 2018, M. Ganley a été nommé membre du Conseil de surveillance d'Ivoclar Vivadent et continuera à occuper ce poste lorsqu'il quittera sa fonction de PDG.

Mme Christina Zeller a également rejoint le Conseil de surveillance en juin dernier. Le principal objectif de Mme Zeller sera de représenter les intérêts de la famille Zeller au sein du Conseil d'administration et de continuer à diriger les efforts de responsabilité sociale d'Ivoclar Vivadent.

**Christoph Zeller confie la présidence à Helmut Schuster**

Après 13 ans en tant que PDG et 29 ans en tant que Président du Conseil de surveillance, Christoph Zeller a décidé de quitter son poste. M. Zeller continuera à siéger au Conseil d'administration et surveillera la direction stratégique de l'entreprise. « *Nous avons beaucoup d'employés talentueux et dynamiques au sein de notre société et nous leur donnons les moyens d'apporter une vision nouvelle et de poursuivre la réussite d'Ivoclar Vivadent* », déclare Christoph Zeller.

M. Zeller sera remplacé par Helmut Schuster, un homme d'affaires anglo-autrichien membre du Conseil de surveillance d'Ivoclar Vivadent depuis janvier 2015. M. Schuster, économiste de formation, possède une riche expérience internationale grâce à sa carrière de cadre dans le secteur de l'énergie et à ses engagements actuels et antérieurs dans d'autres entreprises.

Ivoclar Vivadent possède des filiales, des bureaux de marketing et de vente, ainsi que 36 centres de formation dans 25 pays à travers le monde. La société commercialise ses solutions innovantes pour les professionnels des cabinets dentaires et des laboratoires de prothèse dans 120 pays. Elle emploie environ 3 600 personnes dans le monde, dont 67 travaillent dans la filiale France à Saint-Jorioz.

**Ivoclar Vivadent SAS**
E-mail : info.fr@ivoclarvivadent.com – www.ivoclarvivadent.fr

# Découvrez VEASY : la solution Cloud pour développer votre activité

**Le Groupe Visiodent propose une nouvelle solution Cloud, VEASY, née d'une réflexion différente et qui répond aux nouveaux enjeux de la profession. Explications.**

Dans un système de santé en évolution constante et qui se digitalise, il n'a jamais paru aussi vital de simplifier : simplifier la vie des praticiens, simplifier l'accès aux soins pour les patients...

C'est pourquoi le Groupe Visiodent propose une solution Cloud, afin de répondre à ces nouveaux enjeux.

Le Groupe Visiodent a pour cela réuni une communauté d'experts. Grâce à cette intelligence collective, la société a élaboré une solution unique, pensée et conçue module par module pour tirer de cette expertise plurielle une véritable synergie d'ensemble.

Cette solution, bien plus performante que tout ce qui existe aujourd'hui sur le marché, c'est VEASY.

VEASY est une solution Cloud en lien avec les aspirations de ses utilisateurs. Grâce à VEASY, les utilisateurs maîtrisent la gestion globale de leur activité, simplifient leurs relations avec les mutuelles et offrent à leurs patients de plus en plus connectés un parcours amélioré répondant à leurs nouvelles habitudes.

**Veasy vous rend plus performant grâce au Cloud !**

Plus de mise à jour, plus de sauvegarde ! Veasy vous permet d'être opérationnel immédiatement et de le rester, que vous soyez sur votre ordinateur, Mac ou PC, sur votre tablette ou sur votre smartphone.

**Une solution clé en main**

Veasy est la solution qui vous permet de maîtriser tous les aspects de votre profession, quelle que soit votre structure. Veasy est 100 % connectée, prend en charge et centralise toutes les étapes d'un parcours patient pour mieux le fluidifier, au sein d'une interface ergonomique et pensée pour vous. Veasy vous décharge de l'administratif et vous permet de vous concentrer sur votre métier. **Avec Veasy, entrez dans l'ère de la transformation digitale, mise au service des professionnels de santé et de leurs patients, pour révolutionner et simplifier le quotidien de tous.**

**Venez découvrir Veasy à l'ADF • STAND 3L08**
veasy-solution.com • info@veasy-solution.com
01 49 46 58 00

# Implant Direct à l'ADF

Notre équipe sera heureuse de vous accueillir à l'ADF au **stand 4L18** ! Venez nous voir pour discuter de nos solutions implantaires et prothétiques. Profitez de nos **offres spéciales** valables pour la durée du congrès. Fondée en 2006, Implant Direct est une entreprise pionnière dans le **segment de valeur** que constituent les implants dentaires pour la dentisterie. Nous avons été l'un des premiers fabricants d'implants dentaires à proposer aux chirurgiens-dentistes des implants dentaires de haute qualité, homologués par la FDA, et disponibles par Internet à des **prix très raisonnables**. Implant Direct aide à tout moment les chirurgiens-dentistes à **améliorer les soins** qu'ils prodiguent ; à diversifier leurs activités grâce à des solutions d'implants dentaires de **haute qualité** au juste prix ; et leur propose des outils de formation pratiques en lien avec l'éducation des patients et l'acceptation des prothèses. Nous fabriquons nos produits dans un site de **production moderne**, d'une surface de 4 200 m², situé à Thousand Oaks en Californie, États-Unis. En savoir plus : **implantdirect.fr**

# HENRY SCHEIN soutient la sensibilisation et la recherche contre le cancer

## grâce à son programme « practice pink »

**Les clients d'Henry Schein ont contribué à collecter plus d'un million et demi de dollars pour la lutte contre le cancer en achetant des produits roses.**

Cette année encore, Henry Schein donne à ses clients la possibilité de se rallier à son combat contre le cancer grâce à son programme « Practice Pink ». En achetant parmi une gamme de produits roses les clients contribuent aux efforts de l'entreprise visant à sensibiliser et à soutenir la recherche d'un traitement contre le cancer du sein et d'autres cancers. Durant tout le mois d'octobre, une partie des bénéfices de la vente de ces produits roses a été reversée à des organismes à but non lucratif pour soutenir la recherche, les efforts de prévention, le dépistage précoce et pour aider à améliorer l'accès aux soins. Henry Schein France soutient Odyssea, une organisation ayant pour but de contribuer au financement de la prévention, de la recherche et de la lutte contre le cancer du sein.
Mis en place depuis 12 ans, le programme « Practice Pink » a permis de recueillir plus d'un million et demi de dollars pour combattre le cancer. Ces dernières années, le programme a été étendu à l'Europe, où les membres de l'équipe Schein se sont associés avec des partenaires logistiques et des organisations non gouvernementales afin d'aider les personnes qui luttent contre le cancer. Practice Pink est une initiative d'Henry Schein Cares, le programme mondial de responsabilité sociale de l'entreprise.
« *Chaque année, nos clients et nos partenaires logistiques font preuve d'un soutien impressionnant envers la lutte contre le cancer, en participant au programme annuel Practice Pink d'Henry Schein. C'est une magnifique récompense de voir ce qu'il a été possible d'accomplir ensemble* », déclare Stanley M. Bergman, Chairman of the Board et Chief Executive Officer d'Henry Schein. « *Nous continuerons à soutenir les gens et les organismes travaillant au développement de traitements et nous espérons le faire ensemble encore pendant de nombreuses années de "helping health happen"* ».

# GUM® SensiVital®+

## Une nouvelle solution GUM® pour soulager vos patients souffrant d'hypersensibilité dentinaire

De nombreux patients souffrant d'hypersensibilité dentinaire peinent à identifier correctement la source de leur inconfort, les exposant ainsi à des complications orales telles les caries coronaires et radiculaires, mais aussi aux maladies parodontales, lesquelles peuvent impacter la santé générale. Détecter ces patients est important pour pouvoir les prendre en charge de manière efficace. GUM® SensiVital®+ est une nouvelle solution double action qui procure un soulagement rapide et longue durée des symptômes de l'hypersensibilité dentinaire[1], et préserve la santé orale, contribuant à une bonne santé générale.

**L'hypersensibilité dentinaire : fréquente mais souvent non détectée**
L'Hypersensibilité Dentinaire (HD) est une problématique fréquente puisque touchant 42 % des adultes[2]. Les conséquences de celle-ci peuvent varier de mineures à sévères. De nombreux patients peinent à identifier l'HD, et attribuent souvent l'inconfort à d'autres sources. Récessions gingivales, érosion, abrasion et fractures ou fêlures dentaires sont des causes possibles d'HD. Ces conditions exposent la dentine, entraînant le mouvement du fluide dentinaire dans les tubuli et l'activation des fibres nerveuses, causant la douleur.

**Non prise en charge, l'hypersensibilité dentinaire peut impacter la santé de vos patients**
Il est important de rechercher l'HD chez les patients car l'inconfort lui étant associé peut constituer un obstacle à l'hygiène orale. De ce fait, les patients souffrant de sensibilité dentaire peuvent avoir un risque majoré d'accumulation de plaque dentaire, de caries coronaires et radiculaires, et dans les cas les plus sévères, de maladies parodontales[2]. Non traitées, ces dernières peuvent être liées à certaines conditions systémiques incluant : diabète, maladies cardio-vasculaires et naissances prématurées.

GUM® SensiVital®+ est une solution complète permettant un soulagement rapide et longue durée de l'HD1 et qui, avec son goût et sa texture agréables, favorise le soin sur le long terme. GUM® SensiVital®+ est une nouvelle solution qui procure un soulagement rapide et longue durée de l'HD1. Il exerce une double action combinant occlusion des tubuli et désensibilisation des terminaisons nerveuses : le dentifrice obstrue les tubuli exposés avec des particules d'hydroxyapatite non-nanométriques, scelle leur ouverture à l'aide d'une couche protectrice additionnelle de co-polymère, fortifie l'émail et la dentine exposée en favorisant la reminéralisation grâce à la combinaison brevetée de Fluor et d'Isomalt et désensibilise les terminaisons nerveuses avec le Nitrate de Potassium.

Le bain de bouche prolonge le soulagement avec son action désensibilisante (Nitrate de Potassium) et renforce l'émail et la dentine grâce au glycérophosphate de Calcium associé à la combinaison de Fluor et Isomalt.

Au cours d'une étude clinique, les sujets utilisant le dentifrice GUM® SensiVital®+ ont rapporté une amélioration significative de leur HD dans les 3 jours d'une utilisation biquotidienne, et les personnes utilisant le bain de bouche ont noté un soulagement prolongé jusqu'à 12 heures après l'application[1]. D'autre part, les utilisateurs ont rapporté que le goût mentholé rafraîchissant était agréable et laissait une sensation de fraîcheur et de propreté.

**GUM® SensiVital®+ est une solution douce pour préserver la santé buccale, jour après jour**
Grâce à un actif naturel extrait de l'écorce d'orange, l'héspéridine, le dentifrice GUM® SensiVital®+ aide à prévenir les caries radiculaires. L'héspéridine agit en inhibant la dégradation du collagène par la collagénase, stabilisant ainsi la matrice de collagène de la dentine et réduisant sa perte minérale[3,4]. Cette propriété est particulièrement intéressante pour les adultes âgés (> 65 ans), qui sont les plus sujets aux caries radiculaires (prévalence de 28 % à 38 %)[5-7].

GUM® SensiVital®+ favorise une bonne santé des gencives avec son action antiplaque (Chlorure de Cétylpyridinium). Sa formule est exempte de SLS, parabens, alcool, limonène, linalol et nanoparticules, pour respecter les gencives, et aider à réduire le risque d'irritations et de réactions allergiques.

**Pour plus d'informations :** SUNSTAR France
Tél. 01 41 06 64 64 - contact@fr.sunstar.com

***Références :***
1. *Internal report. Inovapotek Clinical investigation. 12.2017*
2. *West, N. X., et al. 2013. Prevalence of dentine hypersensitivity and study of associated factors : a European population-based cross-sectional study. J Dent 41 (10) : 841-851.*
3. *Van Strijp AJP et al. 2015. Inhibition of dentine collagen degradation by hesperidin : an in situ study. Eur Journal of Oral Sciences 123 (6) : 447-452.*
4. *Hiraishi N. et al. 2011. Effect of hesperidin in vitro on root dentin collagen and demineralization. Journal of Denstistry 39 (5) : 391-396.*
5. *Gokalp, S. et al. 2012. Root caries in 35-44 and 65-74 year-olds in Turkey. Community Dent Health 29 (3) : 233-8.*
6. *Jordan, A. R. et al. 2016. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Edited by I. D. Z. Zahnärzte, IDZ-Materialienreihe, Bd. 35. Köln : Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV.*
7. *Mamai-Homata, E., V. et al. 2012. Risk indicators of coronal and root caries in Greek middle aged adults and senior citizens. BMC Public Health 12 (1) : 484. doi : 10.1186/1471-2458-12-484.*

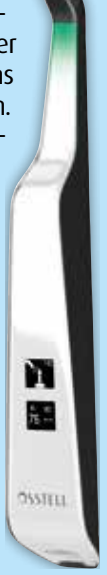
# Nouveau contre-angle de prophylaxie

## Proxeo Twist

Le nouveau **contre-angle Proxeo Twist** à mandrin court de **polissage rotatif** est particulièrement petit, flexible et efficace. Il fonctionne **sans fil** et est **plus léger de moitié** comparé à un moteur standard avec un contre-angle vert.
W&H propose des cupules et brossettes spécialement adaptées aux différents usages. La tige des cupules étant plus courte (hauteur de travail basse jusqu'à 4 mm), la région molaire est plus facilement accessible car le contre-angle est particulièrement adapté aux zones étroites. Grâce au bouton-poussoir, le changement des cupules et brossettes est plus aisé.
Le contre-angle Proxeo Twist a une étanchéité optimale : la salive et la pâte polissante ne rentrent plus aussi facilement dans la tête du contre-angle, ce qui permet une durée de vie prolongée. Le praticien gagne en espace et a une visibilité optimale du site à traiter. Le traitement est également plus confortable pour le patient.

# Nouvel outil de diagnostic de la stabilité des implants

## Osstell Beacon



Le nouvel **Osstell Beacon** rejoint la gamme d'implantologie de W&H. L'Osstell Beacon vous aide à déterminer objectivement la stabilité de l'implant et à évaluer la progression de l'ostéointégration, sans compromettre le processus de cicatrisation. Instrument de diagnostic compact, il fonctionne sans fil, ce qui libère l'exercice de votre pratique.
Osstell utilise l'analyse des fréquences de résonance (AFR) grâce à une sonde et un SmartPeg (consommable) vissé à l'implant. Les données mesurées en valeurs ISQ peuvent être comparées au moment du placement de l'implant et avant la restauration finale. Elles sont stockées en toute sécurité sur la plateforme web Osstell Connect.
L'Osstell Beacon s'utilise seul ou en complément de l'Osstell IDx ou du module ISQ de l'Implantmed de W&H. Avec le concept **Libertease**, vous bénéficiez de la mise à disposition gratuite* d'un outil de diagnostic Osstell et ne payez que le consommable ! Un service 100 % flexible et économique.
Par ailleurs, la gamme de chirurgie Piezomed s'est étoffée avec des nouveaux inserts pour la pose d'implants par voie crestale et le traitement du site implantaire.

** avec un engagement minimum de 50 implants par an, soit 100 SmartPegs.*

**W&H France** • Tél. + 33 388 773 600
commercial.fr@wh.com • wh.com • ADF : 2M38

# Découvrez LA solution Cloud pour développer votre activité.

Avec **veasy**, entrez dans l'ère de la transformation digitale, mise au service des professionnels de santé et de leurs patients, pour révolutionner et simplifier le quotidien de tous.

**Multi plateforme**

**100% digital**

**Plus de mise à jour**

**Plus de sauvegarde**

GROUPE VISIODENT | Découvrez Veasy à l'ADF • STAND 3L08

**veasy-solution.com** **info@veasy-solution.com** **01 49 46 58 00**

# Numérique, reprenez la main !

## Soirée organisée par MS Dental

C'est dans un lieu original, un superbe loft parisien de 400 m² que MSDENTAL a organisé le jeudi 13 septembre dernier, une soirée sur le thème du numérique, en partenariat avec le fabricant Planmeca.

Bruno Zamansky et Jérôme Lipowicz

Les praticiens ont découvert en arrivant un jardin paysager à la nature luxuriante… Nous étions toujours à Paris mais plus tout à fait ! Venus seuls ou en groupes, ils ont retrouvé les visages accueillants et familiers de l'équipe MSDENTAL (leur commercial, leur formateur produits High-Tech, un technicien resté pour la soirée, etc.). Ce fut aussi l'occasion d'échanger directement avec l'équipe Planmeca. Un cocktail dînatoire, baigné dans la bonne humeur et dans une ambiance lounge, a précédé la conférence.

**Comment intégrer le numérique à la carte au cabinet ? Bruno Zamansky et Jérôme Lipowicz**, tous deux praticiens parisiens rodés aux techniques du numériques qu'ils utilisent au quotidien depuis des années, sont intervenus tour à tour. Ils ont évoqué leur expérience, en exposant un cas clinique et ont rappelé les multiples possibilités qu'offre le numérique à notre époque. Ils ont surtout invité leurs confrères à se poser les bonnes questions et à choisir par eux-mêmes. Choisir quelles étapes de traitement ils souhaitent intégrer à leur cabinet, choisir quelles étapes ils délèguent. Ils les ont encouragés à ne pas faire un choix par défaut (*« je travaille comme ça depuis 30 ans »*), mais à faire un choix éclairé suite à un vrai questionnement sur leurs besoins. **Ne pas subir, choisir.**

Dans notre univers où le numérique est partout, ils ont insisté pour que les participants prennent du recul, voire pensent un peu en dehors des sentiers battus. « *Je voulais une imprimante 3D mais je n'avais pas la place dans mon cabinet. J'ai discuté avec mon prothésiste, on a trouvé un accord : mon imprimante 3D, c'est la mienne, mais je la laisse chez lui* » a, par exemple, partagé Jérôme Lipowicz.

Après la conférence, Bruno Zamansky nous confiait : « *Pour moi, l'idée de la "chaîne numérique" comme on la pensait est dépassée. Aujourd'hui, il est important de pouvoir travailler avec des personnes qui n'ont pas le même matériel, pas le même logiciel et de laisser chaque praticien choisir l'étape de traitement qu'il veut réaliser et celle qu'il veut déléguer* ».

Une idée pleinement partagée par MSDENTAL pour qui il est primordial de ne pas rendre captif ses clients. L'entreprise mise sur une offre vraiment personnalisée et au plus proche des besoins de chaque praticien qu'ils accompagnent. Chacun pourra alors avancer à son rythme et, le temps passant, réévaluer ses besoins qui eux aussi pourront évoluer, ou non.

L'équipe de MS Dental

Pas étonnant, donc, que MSDENTAL veille à choisir des marques capables de fournir à la fois des produits performants (et innovants) et des systèmes totalement ouverts, comme c'est le cas pour la gamme Planmeca.

**Nous finirons sur un mot de Dominique Deschietere, CEO du groupe Msdental :**
« *La question n'est pas de savoir si on doit innover, mais comment et à quel point doit-on innover ?* ».

### AVEC PLANMECA ROMEXIS : l'intégralité du processus implantaire numérique en 6 étapes

**La puissante plate-forme logicielle Planmeca Romexis offre tous les outils nécessaires au flux de travail implantaire entièrement numérique. Elle permet aux utilisateurs de concevoir leurs propres guides implantaires facilement, rapidement et sans surcoût.**

Au cours des décennies à venir, on sera de plus en plus souvent amené à remplacer des dents. Heureusement aujourd'hui, le passage de la planification implantaire à l'acte chirurgical est plus simple que jamais. De la conception à la fabrication, l'intégralité du processus peut être gérée par le logiciel Planmeca Romexis en seulement six étapes.

**Étape 1 : Conception du sourire**
Utilisez le module Smile Design du logiciel Romexis et une photo 2D du patient pour analyser son sourire, simuler la conception et motiver le patient.

**Étape 2 : Imagerie CBCT**
Faite l'acquisition d'une image CBCT du patient avec un appareil CBCT tel que le Planmeca ProMax 3D ou le tout nouveau Planmeca Viso.

**Étape 3 : Scannage et conception d'une couronne virtuelle**
Prenez une empreinte numérique à l'aide du scanner intraoral Planmeca Emerald ou d'un autre modèle et concevez une couronne virtuelle avec le logiciel intégré Planmeca PlanCAD Easy. Une fois achevée, la conception est immédiatement disponible dans le logiciel Romexis pour la planification implantaire.

**Étape 4 : Planification implantaire verticale**
Créez un set-up totalement virtuel pour la planification implantaire en combinant le cliché CBCT du patient, l'empreinte numérique et la couronne virtuelle à l'aide du logiciel Romexis. Sélectionnez votre implant et votre kit de chirurgie guidée préférés dans la vaste bibliothèque du logiciel et déterminez la position optimale de l'implant.

**Étape 5 : Conception du guide d'implant**
Concevez un guide d'implant en quelques clics : le logiciel effectuera automatiquement la conception du guide est se basant sur votre planification.

**Étape 6 : Impression 3D**
Fabriquez votre guide d'implant à l'aide d'une imprimante 3D adaptée, insérez un manchon métallique que vous aurez commandé au fabricant et procédez à la chirurgie. Le système étant véritablement ouvert, tous les formats d'image standard peuvent être importés dans le logiciel Romexis et les conceptions de guide effectuées peuvent être exportées au format STL sans coût supplémentaire.

# Accéder aux innovations les plus récentes

## Journée à l'Hôpital Américain organisée sous l'égide de l'EID, samedi 6 octobre
## Jacques Bessade et Joël Itic

**Mithridate Davarpanah et son équipe nous ont proposés une journée exceptionnelle à l'hôpital américain ce samedi 6 octobre avec Markus Hürzeler (Munich), Amélie Mainjot, Geoffrey Lecloux et Michael Sadoun (Liège). La matinée était consacrée aux chirurgies en directe.**

**Markus Hürzeler**, spécialiste internationalement reconnu de la microchirurgie, a réalisé pour cette première intervention, une chirurgie muco-gingivale de recouvrement de récessions sur une hémi-arcade, de la 11 à la 16. La patiente présentait des récessions multiples entre 3 et 5 mm et par ailleurs un parodonte sain. Après anesthésie locale, les incisions sont réalisées avec des microlames de bistouri. Le but à ce stade est de disséquer en épaisseur partielle bien au-delà de la ligne muco-gingivale de façon à pouvoir réaliser un repositionnement coronaire du lambeau en préservant l'intégrité des papilles interproximales selon la technique proposée par Allen en 94.
M. Hürzeler procède donc à une incision intra-sulculaire tout le long des collets et sur toute la hauteur de gencive kératinisée, les papilles seront disséquées secondairement avec des microlames encore plus petites et légèrement coudées. Pour décoller le lambeau dans la partie la plus apicale le conférencier utilise alternativement les microlames et des mini-décolleurs qu'il peut couder à la demande. Dans un deuxième temps est réalisé le prélèvement conjonctif au palais. Une incision horizontale de l'incisive à la molaire (sans incision de décharge) permet de disséquer un lambeau en épaisseur partielle le plus fin possible pour récupérer un rectangle assez long de conjonctif débarrassé de tout résidu épithélial ou de tissu graisseux. Le lambeau palatin est suturé à l'aide de « sutures matelassiers » dans la partie apicale du lambeau et en vestibulaire des dents en regard. Le greffon conjonctif sera ainsi glissé de proche en proche et par chaque extrémité sous le lambeau vestibulaire tout en préservant les papilles décollées d'une éventuelle déchirure. Chaque stade de cette intervention est extrêmement délicat mais magnifiquement réalisé par l'opérateur.
Préalablement aux sutures M. Hüzeler a pris soin de coller avec du composite les points de contact de toutes les dents en regard du lambeau et à l'aide de points « matelassiers » verticaux et en tournant autour des plots de composite il va ainsi réaliser une traction coronaire du lambeau vestibulaire sous lequel est immobilisé le greffon conjonctif. On a à la fin de cette intervention une parfaite prévisualisation du résultat esthétique. Les suites post-opératoires sont en générales bénignes car l'ensemble

Markus Hüzeler

Amélie Mainjot

Séance en 3D

Autour de Mithridate Davarpanah, la famille AO !

des tissus sont suturés de façon à obtenir une cicatrisation par première intention.

**Geoffrey Lecloux** dans une deuxième intervention a réalisé une pose d'implant semi-flapless sur une prémolaire supérieure. En effet avec une mini-incision arciforme interproximale, la gencive crestale est repositionnée en vestibulaire. L'implant est inséré à l'aide d'un guide chirurgical élaboré à partir d'une empreinte optique et d'une imprimante 3D. L'implant « tissue-level » peut ainsi recevoir le jour même une dent provisoire ou définitive élaborée également à partir d'une empreinte optique avec un matériau original mis au point à l'université de Liège.

La troisième intervention de la matinée sera d'autant plus spectaculaire qu'elle a été retransmise sur des écrans 3D qui donnent véritablement la sensation d'être au-dessus du patient au bloc opératoire. **Markus Hüzeler** a réalisé une microchirurgie gingivale sur une incisive centrale implanto-portée présentant une très importante récession. Les incisions vestibulaires sont identiques à celles décrites ci-dessus avec les mêmes instruments de microchirurgie. Par contre dans ce cas clinique les incisions vestibulaires seront prolongées en palatin avec 2 incisions parallèles. L'opérateur va réaliser une dissection en épaisseur partielle palatine de façon à libérer complètement les papilles interproximales. La partie apicale de ce lambeau palatin sera disséquée en épaisseur totale afin de pouvoir le tracter coronairement. Le prélèvement conjonctif sera identique à l'intervention précédente et tracté sous les papilles en vestibulaire. Les sutures matelassiers permettent également dans ce cas une traction coronaire spectaculaire.

Spécialiste mondialement reconnue de la zircone, **Amélie Mainjot** a fait le point sur les dernières générations de zircone employées en prothèse dentaire et particulièrement en prothèse implanto-portée. Il n'y a aucun doute pour elle qu'il s'agit aujourd'hui du matériau de référence avec lequel elle travaille quotidiennement. Tous les éléments unitaires sur implant devraient être réalisés sur zircone, à commencer par les piliers implantaires mais avec une base titane.
De même pour les petits bridges de 3-4 éléments mais pas au-delà car il y a encore des risques de fracture pour les longues portées.

Nous avons connu 3 générations de zircone. La première (3-YTZP), très opaque et très résistante mécaniquement (1 200 MPa) pour laquelle nous avons eu de nombreuses déconvenues par fêlure et chipping, la seconde (3-YTZP) plus translucide mais sensible à la déformation en milieu salivaire où le risque d'éclat a été réduit, plus indiquée pour les restaurations monolithiques postérieures et la dernière et plus récente (4-YTZP et 5- YTZP), beaucoup plus translucide mais moins résistante (- 700 MPa) et cependant moins fragile au chipping car plus résistante à la déformation par hydratation hydrique, plus adaptée aux restaurations antérieures, facettes comprises.

Ces matériaux exceptionnels sont donc de plus en plus fiables mais il faut adapter les préparations d'armature prothétique car c'est un des facteurs majeurs d'échec. Les armatures ne doivent jamais être trop fines et la céramique doit être largement soutenue dans les embrasures. Dans ces conditions, la pérennité de ces restaurations est exceptionnelle. Une étude longitudinale in vivo et à long terme est en cours depuis 2014, entre les Universités de Liège et de Paris V pour évaluer plusieurs paramètres sur 100 restaurations unitaires sur implants réalisées en zircone de seconde génération (Lava Plus 3 M). Les couronnes sont régulièrement déposées et étudiées au microscope électronique. On s'est déjà aperçu de la très bonne tenue de ces éléments full zircone. On pensait que ces éléments présentaient une surface très abrasive pour les dents naturelles et il n'en est rien. En fait, la zircone n'est pas abrasive. C'est la céramique cuite par-dessus qui pose problème.

Par contre, les colorants de surface préservent les ponts de contact. Sur le moyen terme, le vrai problème réside dans la très forte densité du matériau zircone. On a plusieurs fois constaté des fractures dentaires sur les éléments antagonistes aux éléments en zircone et cela pose un problème encore plus grave sur les éléments zircone sur implant du fait de l'absence de desmodonte.

Voilà pourquoi des travaux ont été menés pour essayer de mettre au point un nouveau matériau qui possède les mêmes caractéristiques esthétiques que la zircone mais offre une élasticité plus faible pour épargner les éléments antagonistes. Un nouveau composite a été mis au point. Tous ces matériaux sont maintenant disponibles en lingots pour la CFAO. Il a d'abord été possible de créer des lingots avec un gradient de teinte pour ne plus avoir d'éléments monochromes. Ensuite, l'idée a été de créer des lingots dont la matière présente un gradient de dureté comme les matériaux dentaires, c'est-à-dire plus dur en surface et plus tendre en profondeur. Ainsi a été mis au point au laboratoire de l'Université de Liège un nouveau matériau composite infiltré d'alumine.

Ce matériau est maintenant testé pour des restaurations unitaires sur implant. Le protocole s'appelle T1T, soit One-Tooth One-Time. 9 patients ont été choisis dont des bruxomanes. 10 implants Straumann à surface SLA active de 10 et 12 mm ont été posés en secteur postérieur cicatrisé. Une empreinte a été prise immédiatement après la pose, à l'aide du CEREC Omnicam Impression pour la réalisation prothétique. Le programme Cerec 4 Design a été utilisé sur le matériau Vita ENAMIC Crown MCXL manufacturing. Les implants devaient présenter un blocage osseux à 35 Ncm. La couronne a été posée dans la même séance que celle de la pose de l'implant. Le taux de succès a été évalué, de même que le temps passé et les complications apparues.

À 1 an, 100 % des implants sont présents. Il y a eu 50 % de dévissages dus au fait que le serrage n'était que de 25 Ncm. Il est maintenant passé à 35 Ncm et les dévissages ont cessé. 16 minutes ont été nécessaires pour la pose des implants. 80 minutes ont été nécessaires au laboratoire et 30 minutes pour poser la couronne, soit un total de 2 h 07 minutes pour l'ensemble du traitement en une seule séance. La satisfaction des patients est de 9 sur 10.

Ce protocole chirurgico-prothétique a été mis en œuvre en direct et avec succès lors de cette journée.

**Philippe Rajzbaum, de l'équipe de Mithridate Davarpanah, a présenté des cas cliniques tout au long de la journée pour compléter ce que les chirurgies en directe venaient d'illustrer. Nous en publions un.**

## Traitement d'un cas complexe par une approche pluridisciplinaire

*Éric Serfaty, Mithridade Davarpanah, Philippe Rajzbaum*

FIG. 1

FIG. 2

Situation initiale

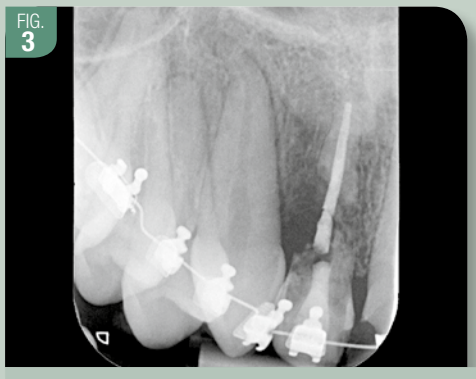


FIG. 3

FIG. 4

Radiographies des incisives supérieures

FIG. 5

FIG. 6

FIG. 7

Traitement orthodontique dans le but de fermer la béance, de tracter le bloc alvéolo-dentaire en position plus coronaire et d'aligner les collets *(Orthodontiste E. Serfaty)*

FIG. 8

Préparation d'un bridge collé pour la temporisation

FIG. 9

FIG. 10

FIG. 11

Extractions et mise en place de 3 implants MIS V3 dans les sites d'extraction, avec comblement osseux *(Chirurgie Mithridade Davarpanah)*

FIG. 12

Temporisation par la mise en place du bridge collé

FIG. 13

FIG. 14

FIG. 15

Six mois après la mise en place des implants, réalisation d'un bridge provisoire sur des piliers MUA

FIG. 16

Maturation et façonnage des tissus mous avec le bridge provisoire

FIG. 17

FIG. 18

Bridge d'usage céramo céramique sur une armature zircone *(Laboratoire Nicolas Millière)*

FIG. 19

FIG. 20

Bridge d'usage céramo céramique sur une armature zircone *(Laboratoire Nicolas Millière)*

FIG. 22

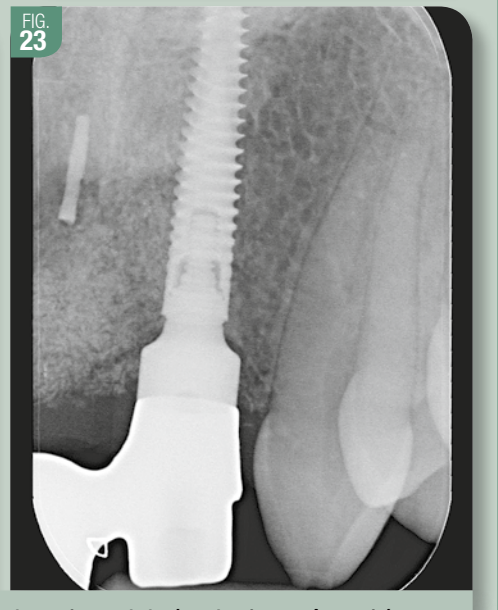


FIG. 23

Radiographies de fin de traitement : certaines parties des racines ankylosées n'avaient pu être retirées.

Save the date

# Rencontre avec Louis Maman

## Doyen de Paris Descartes

**AON. Monsieur le Professeur, je tiens d'abord à vous féliciter au nom d'Alpha Omega News et de tout le chapitre Alpha Omega de Paris pour votre reconduction au poste de Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire Paris V René Descartes.**

**La faculté fête un bel anniversaire : 50 ans ! Sa création a représenté une étape fondamentale pour l'Odontologie. Quelles sont les principales évolutions qui ont marqué ce demi-siècle ?**

Pour ma part, j'y ai fait mes études entre 1974 et 1979. De très belles années pleines de souvenirs avec des maîtres qui m'ont donné envie de transmettre et de faire une carrière hospitalo-universitaire.
La faculté a toujours été pionnière en pédagogie et en recherche.
Pour la pédagogie c'est Gérard Lévy qui, a la lumière de ses expériences à l'étranger, nous a initiés aux méthodes pédagogiques modernes basées sur l'acquisition des compétences et à l'utilisation de plateformes numériques. Nos étudiants sont évalués en fin de quatrième et de cinquième année par une série de stations identiques pour tous où ils doivent résoudre une situation clinique. Enfin, nos stagiaires sont confrontés très précocement aux patients puisqu'ils effectuent dès la deuxième année un stage dans nos services hospitaliers à raison d'une demi-journée par semaine.
En termes de recherche, nous avons eu la chance d'avoir Robert Weil et Gerald Burdairon qui ont créé respectivement le laboratoire de biologie et celui de biomatériaux.
C'est deux unités de recherche, toujours productives et performantes, forment des enseignants-chercheurs pour notre faculté et pour d'autres UFR.

**AON. Vous avez succédé à de nombreux doyens, certains avec une forte personnalité ont laissé leur empreinte, je pense aux professeurs Weil, Burdairon, Zeilig et Lévy. Vous inscrivez-vous dans leur continuité ?**
Vous me citez là des personnalités prestigieuses de Montrouge qui ont sorti l'odontologie des écoles dentaires pour en faire ce qu'elle est devenue : discipline médicale hospitalo-universitaire à part entière. J'ai beaucoup de respect pour eux, Ils ont guidé ma carrière. J'aimerais faire progresser l'odontologie autant qu'eux : vous ferez le bilan dans quelques années…

**AON. Avec près de 900 étudiants en formation initiale à l'ouverture, la faculté est devenue un pôle d'excellence avec moins d'étudiants, mais des laboratoires de recherche, de nombreux étudiants en formation continue et en spécialités, une bibliothèque remarquable et une pléiade de techniciens et d'ingénieurs, du personnel administratif. Un seul homme peut-il aujourd'hui gérer une telle structure ?**
Eh bien justement je ne suis pas seul ! J'ai la chance d'avoir une direction formidable et enthousiaste.
Les cinq vices-doyens gèrent chacun un domaine bien précis : les affaires hospitalo-universitaires, la recherche, la pédagogie et l'enseignement, la vie étudiante, la formation continue et les partenariats. Nous nous réunissons tous les 15 jours avec la cheffe des services administratifs pour faire le point sur tous les dossiers en cours.

**AON. La nouvelle génération d'enseignants plus jeunes et plus titrés, avec des MCU-PH temps plein est-elle plus facile à gérer que les anciens dont nous faisons partie ?**
Cette nouvelle génération est formidable ; elle a pris la mesure des transformations qui s'imposent à nous sur le plan hospitalo-universitaire. Le temps plein est devenu indispensable, comme dans les autres filières de santé, pour remplir nos 3 missions : soins, enseignement et recherche.
Le niveau d'exigence pour devenir enseignant chercheurs a augmenté. Il est le même pour l'ensemble des filières médicales et nous n'avons pas à rougir de la qualité des dossiers que nous présentons.
Les nominations sont effectivement plus précoces ; comme en médecine certains PU-PH sont nommés entre 35 et 40 ans. Mais nous avons besoin des anciens, comme vous dites, qui transmettent leur expérience clinique et leurs qualités pédagogiques aux plus jeunes.

**AON. Que nous préparez-vous pour ce 50e anniversaire ?**
Je ne peux pas vous dévoiler le programme ; c'est une surprise !
La soirée des 50 ans ne sera pas une soirée scientifique mais une soirée festive et conviviale où toutes les générations qui sont passées par Montrouge, étudiants, enseignants, personnels administratifs et techniques, se retrouveront pour échanger des souvenirs et passer un bon moment tous ensemble.

**AON. Enfin, quelles sont les innovations que vous proposez pour l'avenir ? Que pensez-vous de la fusion avec Paris Diderot ?**
La principale innovation est effectivement la fusion des deux UFR de Paris à courts termes. On en parle depuis de nombreuses années mais là c'est fait, c'est décidé, c'est acté. Nous avons même un calendrier ; les universités Paris Descartes et Paris Diderot fusionnent en 2019 en créant l'Université de Paris. Cette université aura une faculté de santé avec trois UFR : odontologie, médecine et pharmacie.
Il y aura donc une seule faculté de médecine bucco-dentaire à Paris en 2021.
Le rapprochement des équipes de recherche, des départements d'enseignement et des équipes hospitalières a commencé. Nous y travaillons au quotidien avec Ariane Berdal la doyenne de Garancière. C'est un projet ambitieux et enthousiasmant qui est notre objectif des trois prochaines années.
**Vous êtes, bien sûr, les bienvenus à notre fête ; il suffit de s'inscrire à : inscription50ans@parisdescartes.fr**

*Propos recueillis par Claude Bernard Wierzba*

### Venez fêter les 50 ans de la Faculté de Montrouge

*Le doyen Louis Maman et l'AOM vous invite le jeudi 20 décembre à une soirée exceptionnelle.*

**Programme des festivités :**
Dès 19 heures, présentation en amphithéâtre (les 3 amphithéâtres seront connectés en simultané)
- Allocution de Fréderic Dardel, président de l'Université Paris Descartes
- Allocution du Pr Louis Maman, doyen de la faculté de Montrouge
- Notre faculté a 50 ans, Florence Chemla
- 50 ans de Clinique par 10 enseignants de Montrouge, coordonnés par Jean-Jacques Lasfargues
- 50 ans de recherche, Catherine Chaussain et Jean-Pierre Attal

Les conférences seront suivies d'un cocktail. Il est prévu un dispositif original pour aider les praticiens à rencontrer leurs amis de promo ou de promos proches. En effet, le buffet sera organisé avec des zones par groupes de promo proches. Ainsi ils pourront soit rester entourés de leurs camarades de promo et de promos proches, soit se balader à leur guise à travers les 5 décennies de promos de Montrouge.
Et pour les plus jeunes, une soirée dansante finira la soirée !

**Inscription obligatoire par mail : inscription50ans@parisdescartes.fr**

# Congrès Best of Implantology 2019 Jeudi 28 mars (Paris)

Le congrès Best of implantology, organisé par l'AUI en collaboration avec Abcdent, constitue l'événement de l'année 2019 pour les passionnés d'implantologie.
En effet seront réunis 31 conférenciers les plus renommés de France qui viendront exposer en 10 minutes le sujet qui leur tient le plus à cœur. Cela promet un rythme soutenu et des échanges fructueux !
Le congrès aura lieu au centre Capital 8. Rue de Monceau. Paris
- **Comité scientifique :** Patrick Missika, Patrick Limbour, Patrice Margossian, Philippe Russe
- **Inscriptions sur Abcdent :** www.abcdent.fr

**31 CONFÉRENCIERS :**
Hadi Antoun ▪ Anne Benhamou ▪ Marc Bert ▪ Jacques Bessade ▪ Franck Bonnet ▪ Bernard Cannas ▪ Frédéric Chiche ▪ Mithridade Davarpanah ▪ Guillaume Drouhet ▪ Patrick Exbrayat ▪ Olivier Fromentin ▪ Michel Jabbour ▪ Philippe Khayat ▪ Georges Khoury ▪ Isabelle Kleinfinger ▪ Philippe Leclercq ▪ Jérôme Liberman ▪ Patrick Limbour ▪ Jérôme Lipowicz ▪ Patrice Margossian ▪ Patrick Missika ▪ Michel Metz ▪ Philippe Monsenego ▪ Patrick Palacci ▪ Philippe Rajzbaum ▪ Jean-Baptiste Rebouillat ▪ Philippe Russe ▪ Gérard Scortecci ▪ Corinne Touboul ▪ Jean-Baptiste Verdino ▪ Jean-Louis Zadikian

# Le pivot et la dent dure

JOËL ITIC

# Retour à Lemberg

## Philippe Sands – Éditions Albin Michel

### Crimes et châtiments…

Philippe Sands est avocat international renommé spécialisé dans les droits de l'homme, il a participé aux négociations qui ont précédé la création du TPI (le tribunal pénal international) c'est dire la stature de l'auteur de cet ouvrage. Il décide de partir à la recherche de l'histoire de son grand-père Léon Buchholz qu'il a connu à Paris et qui vécut à Lemberg, une des grandes villes d'Ukraine occidental (la Galicie), Lemberg, qui devint successivement, Lviv ou Lwow, aux grés des occupations, polonaises, allemandes ou russes.

Ses recherches le conduisent à croiser la route de deux juristes majeurs dans notre histoire du vingtième siècle et malheureusement peu connus du grand public, Raphael Lemkin et Hersch Lauterpacht.

Ces deux juristes d'exception ont tout simplement créé les concepts juridiques de « crime contre l'humanité » pour Lauterpacht et de « génocide » pour Lemkin, qui seront pour la première fois au monde utilisés dans les chefs d'accusation contre les criminels de guerre nazis au procès de Nuremberg.

L'auteur a conçu son ouvrage comme une thèse d'historien avec une documentation et une bibliographie impressionnantes qui ont nécessité six ans de travail, de voyages sur les lieux du récit, de rencontres avec des témoins, mais la lecture, loin d'être rébarbative, est passionnante, comme un roman, telle la recherche de ce grand-père dans la ville de Lwow et dont l'histoire est très mystérieuse, son épouse et sa fille restées toutes deux en Ukraine le rejoindront à Paris mais tout le reste de la famille sera exterminé.

Très étonnamment ces deux brillants esprits, Lemkin et Lauterpacht, bien qu'ayant vécu dans la même ville et plongé dans une réflexion sur le même sujet des droits de l'homme, (leurs familles respectives ont particulièrement souffert des persécutions nazies), se sont très peu rencontrés.

Le concept de « crime contre l'humanité » défendu par Lauterpacht, s'attache à définir le crime contre l'individu, et de ce point de vue tend vers l'universalité. Le concept de « génocide », quant à lui, (le terme même a été inventé par Lemkin), vise à définir le crime contre un groupe. Loin d'être anecdotiques les définitions subtiles de ces deux concepts ont donné lieu à des discussions interminables, à la virgule près, entre les grandes puissances victorieuses, en préambule du procès de Nuremberg.

Pour Lauterpacht, qui siégea et fut également le conseiller du procureur général à Nuremberg, le terme de génocide était trop vague juridiquement et risquait de desservir la cause qu'il était censé défendre, dans la mesure où la responsabilité individuelle est noyée dans la notion de groupe.

On est d'ailleurs surpris de cette « rivalité » entre ces deux hommes dont le combat était parallèle, mais je vous laisserai découvrir, dans ce livre, les argumentations respectives.

Le plus étonnant des témoins est sans nul doute NIklas Frank le fils de l'avocat et ami intime d'Hitler que celui-ci nommera gouverneur de la Pologne et à ce titre largement responsable de la solution finale. On découvre ainsi Niklas Frank accompagné de Philippe Sands, pénétrer dans la fameuse salle du tribunal de Nuremberg, pour s'asseoir à la même place que son père Hans avait occupé au procès. La scène est d'une force incroyable et le réquisitoire du fils à l'encontre de son nazi de père est implacable. «  Il était avocat il savait donc ce qu'il faisait ». La sentence tombe comme un couperet. Niklas Frank a d'ailleurs écrit un livre « coup de poing » il y a quelques années.

Le fait est suffisamment rare pour être relevé, en effet le nombre de fils ou de filles des criminels nazis qui ont reconnu la responsabilité de leurs parents est insignifiant, presque tous se retranchaient derrière l'obéissance aux ordres. Un autre témoin, fils de nazi, rencontré par l'auteur en est la preuve.

Il y a encore quelques décennies, prévalait partout dans le monde l'entière souveraineté de l'État : libre d'emprisonner, de tuer, ou de discriminer ses ressortissants, sans avoir de compte à rendre.

Le droit établi au cours du procès de Nuremberg, plus tard la création du TPI, ou plus proche de nous le fameux « droit d'ingérence », ont sensiblement modifié la situation.

Malheureusement ce combat pour les droits de l'homme est toujours et peut-être plus que jamais d'actualité. Il suffit de faire la liste de quelques grands dirigeants actuels : Poutine, Erdogan, Kim Jong-un, Bachar El Assad (on peut même être tyran de père en fils !!) Xi Jinping et les mollahs de tous poils, pour se convaincre du long combat encore devant nous.

Ce livre est véritablement un monument, comme en son temps le film Shoah de Claude Lanzmann ou Si c'est un homme de Primo Levi. Bon nombre des passages de livre devraient figurer dans les manuels d'histoire si nos « hauts » fonctionnaires de l'éducation au ministère, faisait enfin preuve de courage et d'autorité…

# Le monde tel qu'il est

**Combien de pays dans le monde ?**
**195 selon l'ONU et 211 selon la FIFA**

**20% des Français pensent qu'il faut revenir au Franc. Ils étaient 34% en 2011.**

**Depuis l'accession de Trump au pouvoir, l'Amérique a créé 2,2 millions d'emplois et les salaires ont progressé de 2,3%.**

**Une fake news se répand 6 fois plus vite et a 70% de plus de chances d'être retweetée qu'une info véritable.**

**50% des pommes consommées dans le monde entier viennent de Chine.**

**Ponctualité des trains régionaux : 80% au Portugal, 90% en France, 96% en Allemagne et 98% au Japon**

**L'Europe compte près de 60 000 km de routes à péage soit 10 fois plus qu'aux États-Unis.**

**La Suisse représente 21% des exportations mondiales de sang humain et animal.**

**La marge opérationnelle d'Air France est de 4%, là où elle est de 9% pour KLM et Lufthansa et 12% pour British Airways.**

**Budget de la mission spatiale indienne vers la lune, prévue en 2018 : 83 millions de dollars, soit deux fois moins que le budget du film Interstellar.**

dentalinov
une solution d'avance

Des prix allégés,
l'esprit libéré.

# Je profite d'un prix allégé

**INTEGO CS**

À PARTIR DE
24 990€ TTC

**XG 3**

270€/mois
pendant 84 mois

**XG 3D**

690€/mois
pendant 84 mois

**OMNICAM CONNECT**

499€/mois
pendant 60 mois
LOCATION

**CEREC ZEN**

66 000€ TTC

# et d'avantages privilégiés

**DÉCO CABINET**

1€ DE +

**FORFAIT TRANQUILLITE**

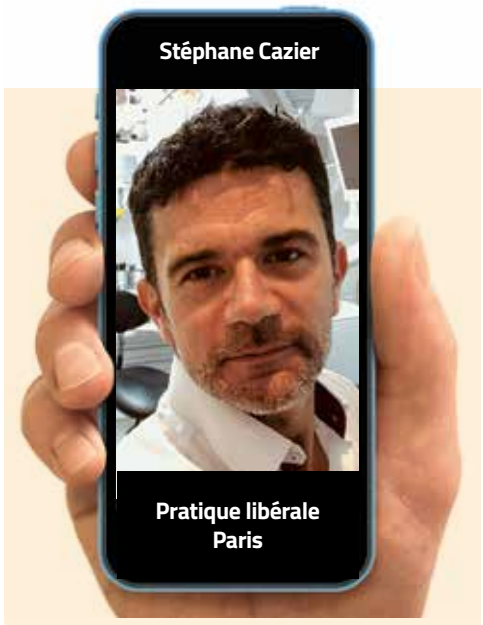
**PACK HIGH-TECH**

**FORMULE CONSO ALLÉGÉE**

**FORMULES DE FINANCEMENT**

Le dispositif médical pour soins dentaires tels que le fauteuil Intego CS est de classe IIa, les panoramiques de la gamme ORTHOPHOS sont de classe IIb, l'Omnicam Connect et le pack Cerec Zen sont de classe I fabriqués par DENTSPLY SIRONA, organisme certifié 0123. Lisez attentivement les instructions figurant sur les notices ou sur les étiquetages avant toute utilisation. *Loyers indiqués valables uniquement dans le cadre d'un financement par les biais de nos partenaires. Barèmes du mois d'octobre 2018, susceptibles de modification en fonction de l'évolution des taux bancaires sous réserve d'acceptation par les biais de notre service financement. Valeur résiduelle = 1%. INTEGO CS = 24 990 € TTC XG3 = 19970 € TTC XG 3D = 52 500 € TTC Pack CEREC Zen = 66 000 € Offre locative : Omnicam Connect = Loyer de 499 € TTC par mois pendant 5 ans, comprenant l'assurance « bris de machine » de 9 € par mois (à titre informatif). Dispositif médical réservé aux professionnels de santé, non remboursé par la sécurité sociale au titre de la LPP.

# Selfie AO




**Votre dîner idéal réunirait...**
Plutôt en tête à tête ou avec mes potes

**Vos 3 films incontournables...**
*Le nom de la rose*
*Gladiator*
*Coup de foudre à Notting Hill*

**Vos 3 livres fétiches...**
Le bonheur, Joker !

**Une chanson de votre vie...**
*Unintended-choice* (Muse)

**Votre insulte favorite...**
Flûte !

**Votre madeleine de Proust culinaire...**
La ratatouille et surtout le steak de cheval au beurre de mon arrière-grand-mère

**Un héros... réel ou imaginaire...**
Mon père

**Salé ou sucré ?**
Salé

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

**Sportif sur canapé ou sur le terrain ?**
Le terrain

**Vos vacances de rêve...**
Avec ma chérie

**Accro au net... ou pas ?**
Outil utile !

**Votre dernier coup de foudre ?**
Ma chérie

**Dans une autre vie vous seriez...**
Plus actif !

**Enfin, une adresse à recommander...**
La Terrenas (Rep Dom)

**Votre dîner idéal réunirait...**
Comme nous avons fêté les 70 ans de ma maman, avec toute la famille !

**Vos 3 films incontournables...**
*Call me by your name* (oh, l'amour !)
*The Pentagon Papers* (Meryl Streep, always !)
*Wild* (get your backpack and go !)

**Vos 3 livres fétiches...**
*Vaslav* (Arthur Japin)
*Vis à Vis* (Gail Albert Halaban)
*Plenty* (Yotam Ottolenghi)

**Une chanson de votre vie...**
*I don't feel like dancin* (Scissor Sisters)
Impossible de ne pas bouger :-)

**Votre insulte favorite...**
Pannenkoek ! (Ah, oui, c'est néerlandais)

**Votre madeleine de Proust culinaire...**
Tous les plats réunionnais cuisinés par ma bonne amie Aurélie

**Un héros... réel ou imaginaire**
Mérida, du film Rebelle

**Salé ou sucré ?**
Pour moi un café... gourmand, s'il vous plaît

**Une passion, un hobby ?**
Le yoga

**Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?**
Sur le terrain... (parfois en se forçant un peu...)

**Vos vacances de rêve...**
L'Écosse en camping-car

**Accro au net... ou pas ?**
Oui, accro

**Votre dernier coup de foudre ?**
Roller au bord de la Seine

**Dans une autre vie vous seriez...**
Chanteuse de jazz

**Enfin, une adresse à recommander...**
Pllek, un endroit super-détendu à Amsterdam Noord

**Votre dîner idéal réunirait...**
Umberto Eco, Liv Tyler, Michel Audiard, Charlize Theron et quelques bons amis pour profiter du moment

**Vos 3 films incontournables...**
*Les tontons flingueurs* (Georges Lautner)
*Usual suspects* (Bryan Singer)
*The Big Lebowsky* (E. et J. Cohen)

**Vos 3 livres fétiches...**
*L'homme du lac* (Arnaldur Indriason)
*L'ombre du vent* (Carlos Ruiz Zafon)
*Le pendule de Foucault* (Umberto Eco)

**Une chanson de votre vie...**
*Hotel California* (Eagles)

**Votre insulte favorite...**
Face de pet !

**Votre madeleine de Proust culinaire...**
L'épaule d'agneau pommes boulangères

**Un héros... réel ou imaginaire**
Corto Maltese

**Salé ou sucré ?**
Salé sans hésitation !

**Une passion, un hobby ?**
L'aviation et (à défaut de temps), l'aéromodélisme

**Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?**
Le rugby sur canapé, le vélo sur le terrain (enfin quand il fait beau)

**Vos vacances de rêve...**
Sur un voilier, au soleil, entouré de copains

**Accro au net... ou pas ?**
Oui, mais reconnaître son addiction c'est un pas vers la guérison... Je progresse

**Votre dernier coup de foudre ?**
L'île Cayo de Aqua dans l'archipel de Los Roques (Venezuela)

**Dans une autre vie vous seriez...**
Capitaine au long cours

**Enfin, une adresse à recommander...**
L'Hôtel de Saint-Guirec sur la plage éponyme dans les Côtes d'Armor

## Brèves de Fauteuil

La sélection
de **Claude Bernard Wierzba**

Moshé Zaoui rencontre Isaac Liberman, Rehov Yafo à Jérusalem :
- Mais que deviens-tu mon ami Isaac ??
- Je suis toujours dans le prêt-à-porter et toi Moshé ???
- Eh bien je suis dans les pigeons voyageurs depuis quelque temps.
- AHHHHHH, dit Isaac, et dis-moi, ça rapporte ????
- Écoute, répond Moshé, oui c'est un bon business... Je les vends le matin et ils reviennent le soir !!!!!!!

Un rabbin appelle son peintre pour lui demander où il en est.
Le peintre : tout est ok j'ai pratiquement terminé. Il y a juste un petit truc ! Les petites boîtes sur les portes...
Le rabbin : j'espère que vous n'y avez pas touché.
Le peintre : ne vous inquiétez pas je les ai enlevées pour peindre correctement et je les ai remises en place.
Le rabin : oufff merci.
Le peintre : j'ai juste jeté le mode d'emploi qu'il y avait dedans...

Juste avant Kol Nidrey une femme déclare à son riche mari : c'est fini entre nous, je ne te supporte plus, je rentre chez ma mère et n'oublie pas que tu me dois la moitié de ta fortune. Pendant l'office le mari ouvre les enchères : Sefer kol Nidrey, 500 000 €. Parnassa arvit, 500 000 €.
Le mari gagne toutes les enchères de Kippour. Arrivé à la Parnassa de la Neïla. Les enchères montent et une fois de plus avec 555 555 €, le mari gagne l'enchère. Le rabbin lui dit : avec tout ce que vous avez donné je vous prie de commencer à entonner l'air de la Néïla.
Le mari commence à chanter : El Nora rien du tout. El Nora rien du tout...

Moshe cherche à se marier depuis un certain temps... Il croise son rabbin dans la rue et l'interpelle : Rabbi, je cherche désespérément une épouse mais n'arrive pas à en trouver une qui me corresponde !
Son rabbin est très étonné, Moshé est bien portant, sympathique, intelligent et jouit d'une situation confortable...
Tu as essayé partout Moshé ?
Des mots à la boulangerie, à la synagogue, sur internet ?
Oui rabbi ! J'ai tout essayé, même les sites de rencontre pour juifs !
Mais dis-moi, Moshé, qu'as-tu mis pour demander une rencontre ? lui demande alors son rabbin.
Rabbi, j'ai mis : Moshé, 30 ans, bonne situation, cherche Ashkénaze rigolote ou Séfarade intelligente...

## Le billet d'humeur étudiant

Bonjour à tous,

Cela fait maintenant plus d'un mois que nous avons commencé pour la plupart d'entre nous le travail en cabinet ; et nous allons profiter de cet édito pour vous raconter nos premières expériences.

Les actes les plus élémentaires que l'on pratique depuis plus de deux ans en centre de soins redeviennent un défi lorsqu'ils sont placés dans le contexte du cabinet : un composite, une extraction... Des actes que nous avons pourtant appris à réaliser sans appréhension !

Évidemment, les risques décrits dans nos cours lors de la réalisation de certains soins, que nous n'avons jamais rencontré en deux ans de pratique hospitalière, ne tardent pas à se manifester dès les premiers patients : première extraction d'une 26 menant à une communication bucco-sinusienne, première perforation lors d'un retraitement endodontique, point de contact défaillant après un composite... Ça commence bien !

Suites à ces péripéties, nous nous sommes rendu compte que la chronologie du système universitaire est plutôt bien pensée. Après une deuxième année purement théorique, l'étudiant commence à assister les étudiants en années supérieures.

La pratique démarre réellement en quatrième année, uniquement en centre de soins ; pour ensuite alterner entre cabinet et hôpital en sixième année ; pour enfin se consacrer pleinement à la pratique en cabinet.

Ce parcours progressif nous permet d'être accompagné petit à petit, de discuter des difficultés rencontrées au cabinet avec nos enseignants, pour progressivement faire face à ces nouveaux défis.

Patrick Chelala et Cyril Licha,
étudiants en 6e année

HENRY SCHEIN®

Rely on Us™

# FAIRE + POUR VOUS

C'est prendre soin de la santé de votre cabinet pour vous aider à mieux prendre soin de la santé de vos patients. C'est vous proposer des produits et des services, mais surtout trouver la solution qui vous correspond.

02 47 68 90 00 | www.henryschein.fr

NATHALIE COT

ARGENSON - FINANCE - 1 RUE FRANÇOIS 1ER - 75008 PARIS - TÉL. 01 47 23 09 40 - WWW.ARGENSON-FINANCE.COM

# SCPI, l'outil pour préparer sa retraite

En 2017, selon les chiffres publiés par l'Association Française des Sociétés de Placement Immobilier (ASPIM), en partenariat avec l'Institut de l'Épargne Immobilière et Foncière (IEIF), les souscriptions de parts de SCPI se sont établies à plus de 6 milliards d'euros, soit une augmentation de 15,2 % par rapport à l'exercice précédent, atteignant un nouveau record annuel depuis la création de ce support d'investissement il y a plus de quarante ans.

En 2018, le marché s'est calmé. Pour les six premiers mois de l'année, les souscriptions nettes de parts de SCPI se sont élevées à 2,4 milliards d'euros. Ce montant est en retrait de 37 % par rapport à la collecte de la première moitié de 2017 (3,8 milliards d'euros).

Pour autant, les SCPI séduisent massivement les Français car elles **ne manquent pas d'atouts** pour les épargnants.

D'abord, elles sont accessibles à partir de quelques centaines d'euros, contrairement à l'achat d'un bien immobilier en direct qui nécessite une mise de fonds importante. De plus, elles permettent de profiter du dynamisme du marché de l'immobilier professionnel, difficilement accessible au particulier. Elles offrent surtout des revenus réguliers sans avoir à se préoccuper de la gestion d'un bien au quotidien. En moyenne les SCPI de rendement servent en moyenne 4,45 % par an. Enfin, l'achat de parts de sociétés qui détiennent un parc immobilier composé d'actifs diversifiés (commerces, bureaux, entrepôts, résidences services) et situés dans les villes les plus dynamiques, voire à l'étranger, permet une réelle mutualisation des risques locatifs.

## Comment les utiliser pour préparer la retraite

Dans une optique de préparation de la retraite, les SCPI offrent même quelques atouts supplémentaires, à condition de porter son attention sur quelques points de vigilance.

Le premier point à surveiller est la fiscalité. Depuis la transformation de l'ISF (Impôt sur la fortune) en IFI (**Impôt sur la fortune immobilière**), les patrimoines immobiliers supérieurs à 1,3 million d'euros sont imposables à L'IFI. Les parts de SCPI entrent donc dans ce calcul.

**Pour réduire sa facture fiscale**, une solution existe cependant : **le démembrement des parts de SCPI**.

Concrètement, il s'agit de séparer la nue-propriété des parts et leur usufruit. L'épargnant qui achète la nue-propriété possède les parts de SCPI mais ne perçoit pas les revenus.

Il récupérera la pleine propriété des parts à la fin de l'usufruit. L'usufruitier, de son côté, perçoit les loyers pendant toute la durée du démembrement.

Le premier avantage du démembrement est de réduire le prix d'achat de la part. Du coup, on réduit d'autant la valeur déclarable à l'IFI. Enfin, on s'évite de payer des impôts fonciers sur les loyers perçus.

## Bien caler la durée du démembrement

Dans le cadre de la préparation de la retraite, il suffit de bien caler la durée du démembrement afin que les revenus soient différés pendant la période de vie active où la fiscalité peut être parfois lourde. Une fois à la retraite, les dividendes perçus pallient alors la baisse des revenus.

Point important à ne pas négliger : pendant la période définie de démembrement, la revente peut d'avérer plus compliquée. Il faut donc bien toujours garder en tête que son horizon de placement est la retraite et n'y consacrer que des sommes dont on ne risque pas d'avoir besoin à court terme.

# Le PEA revient en force avec la loi pacte

Les députés viennent de voter un programme de relance ambitieux du PEA et son petit frère le PEA-PME. Ils ont même mis au monde un petit nouveau, le PEA jeunes !

Le PEA souffre d'une réelle désaffection. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : en 2000, les PEA sont au nombre de 7,3 millions (*source Banque de France*), mi 2017 il n'y en a plus que 4 millions. Début 2018, le PEA a légèrement remonté la pente début 2018, à près de 4,6 millions de plans.

Dans le même temps, le nombre de PEA-PME dédiés aux PME et ETI, lui aussi progressé, de 57 690 fin mars 2017 à 74 407 fin mars 2018. Plutôt décevant pour un produit qui devait permettre de financer l'économie réelle !

Mais le PEA PME, dont la fiscalité identique à celle du PEA, dispose de contraintes plus fortes que celles du PEA : il ne peut recevoir que des titres d'ETI et de PME européennes, cotées ou non, là où le PEA accueille le même univers de titres mais sans contrainte de taille. En réalité, le PEA-PME n'est utilisé que par les contribuables ayant déjà atteint le plafond du PEA (150 000 €).

NATHALIE COT

# Vous et votre argent

ARGENSON - FINANCE - 1 RUE FRANÇOIS 1ER - 75008 PARIS - TÉL. 01 47 23 09 40 - WWW.ARGENSON-FINANCE.COM

## Le PEA PME s'ouvre aux « crowdfunding »

La nouvelle loi Pacte veut changer la donne en dotant le PEA-PME d'un atout supplémentaire : l'éligibilité des titres (titres participatifs, obligations classiques et mini-bons) proposés sur les plateformes de financement participatif (crowdfunding).

Une relance applaudie par les acteurs du secteur, puisqu'elle offrira une motivation fiscale aux prêteurs. Aujourd'hui soumis à la Flat Tax (30 %) ou l'imposition au barème, les intérêts ne seront soumis qu'aux prélèvements sociaux (17,2 %) grâce à la détention dans un PEA PME mature. Soit une économie d'impôt de 12,8 % !

Grâce à cette réforme les intérêts de titres émis par financement participatif bénéficieront ainsi (pour un particulier) d'un meilleur traitement fiscal qu'un livret bancaire fiscalisé !

## LE PEA classique s'assouplit

La loi a aussi prévu d'assouplir les règles de fonctionnement du PEA classique, notamment les conditions de sortie.

Actuellement, tout retrait effectué sur un PEA avant les 8 ans du plan entraîne sa clôture.

Il sera désormais possible d'effectuer un retrait partiel dès le 5e anniversaire du plan. Un retrait entre 5 et 8 ans de détention aura pour unique conséquence de bloquer les nouveaux versements, comme c'est aujourd'hui le cas pour les retraits effectués passés le 8e anniversaire.

Passée cette date, l'épargnant pourra effectuer des retraits sans que cela n'entraîne de blocage des versements. Cette double mesure s'appliquera aussi au PEA-PME.

### Un PEA pour les jeunes

Autre innovation, la création d'un PEA « jeune » pour « permettre aux jeunes mineurs de se constituer un capital avant de se lancer dans la vie active et se familiariser avec l'investissement en actions. » Rappelons qu'avant cette réforme seuls « les contribuables » avaient accès au PEA.

Pour ne pas se faire taxer d'offrir un nouveau produit de défiscalisation pour les riches, les députés ont pris soin de mettre en place un dispositif anti abus.

Le PEA Jeunes fonctionnera comme un PEA « classique », à deux différences près. D'une part, son plafond de versements sera limité à 25 000 euros. D'autre part, il se transformera en PEA « classique » une fois que son détenteur sera sorti du foyer fiscal des parents suite à son vingt-cinquième anniversaire.

Il est également prévu que le total des versements des enfants et des parents n'excède pas le plafond du PEA par foyer.

# La fin de l'impunité pour les squatteurs

La loi logement prévoit de supprimer le délai légal de deux mois dont bénéficient les squatteurs pour trouver un nouveau logement. Ces occupants illégaux ne seront également plus protégés par la trêve hivernale qui empêchait la police de les expulser.
Jusque-là, les occupants illégaux pouvaient bénéficier d'un délai légal de deux mois, prévu par l'article L 412-1 du Codes procédures civiles d'exécution, « entre le commandement de quitter les lieux et la mise en œuvre effective de l'expulsion ».
La future loi logement prévoit de le supprimer, comme le précise son article 58 ter voté par la commission mixte paritaire. Ce même article 58 ter prévoit également de faciliter les expulsions de squatteurs. Ces occupants illégaux ne pourront plus bénéficier de la trêve hivernale (du 1er novembre au 31 mars) qui, à l'origine, ne leur était pas destinée.
Désormais, seuls les locataires bénéficiant d'un bail seront protégés par la trêve hivernale. Cette mesure était inscrite dans le Code des procédures civiles d'exécution depuis mars 2014 mais « les préfets se retranchaient derrière la trêve hivernale pour ne pas intervenir », dénoncent les parlementaires.
Pour inciter les préfets à recourir plus systématiquement aux forces de police pour expulser les occupants illégaux, la loi logement donne une définition plus précise des squatteurs. Sont identifiés comme tels, « les personnes entrées sans droit ni titre dans le domicile d'autrui, à l'aide de manœuvres, menaces, voies de fait ou contraintes ». un foyer, soit 150 000 euros.

**Nathalie COT**
*Diplômée de Sciences Po, DES*
*Centre d'Études Supérieures de Banque*
*Conseil en Gestion de Patrimoine*
*Indépendant et Professeur à l'ESSEC*
*Master de gestion de Patrimoine*
**ARGENSON Finance**
1, rue François Ier – 75008 PARIS
www.argenson-finance.com
**Contact :** ncot@argenson-finance.com

# Des chiffres clés de notre profession

**La MACSF a publié en octobre dernier les chiffres de la sinistralité. Nous avons trouvé opportun de publier ceux concernant la profession des chirurgiens-dentistes au moment de notre « photographie de l'implantologie en France ».**

**En 2017, 1832 déclarations** ont été adressées par les chirurgiens-dentistes sociétaires de la MACSF et du contrat groupe Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, souscripteurs de 28178 contrats. **Soit une augmentation de 5,7 %** par rapport au nombre total des déclarations reçues en **2016** (1755) et de 15 % par rapport à 2015.

Le taux global de sinistralité professionnelle est stable à 7 % cette année encore (pourcentage à pondérer toutefois par le nombre des déclarations demeurées sans suite, comparable à celui de 2016 et qui traduit une démarche revendicatrice des patients dont certains ne poursuivent cependant pas le recours engagé après avoir été contactés pour exprimer leurs doléances précises et les circonstances exactes de la mise en cause). Nous obtenons dans ce contexte un **taux de sinistralité** « concret » relativement stable en moyenne **médiane à 5,7 % depuis 3 ans** en fonction du seul nombre des dossiers effectivement traités en tant que réclamation thérapeutique formellement constituée.

La classification statistique catégorielle élaborée pour ce recensement annuel permet :

- une véritable traçabilité du risque dentaire, pour chaque domaine d'activité,
- une anticipation de l'évolution des pratiques et comportements ainsi identifiés.

# Actes bucco-dentaires hors implantologie : 1203 déclarations

Soit 81 % des dossiers de sinistres thérapeutiques hors implantologie, traités en tant que réclamation thérapeutique formellement constituée. Groupe des litiges prothétiques : **667 déclarations**
La classe des litiges prothétiques conserve toujours sa prédominance : plus de la moitié des dossiers (hors implantologie), puisque 55 % des actes mis en cause impactent le domaine prothétique.

**Catégorie prothèses conjointes (couronne, bridge, inlay, onlay) : 518 déclarations**
Représentant 77,5 % des déclarations du groupe prothétique
- Nécessité de renouvellement suite à une aggravation endodontique : 172 déclarations

Alléguant 42 cas de perforations ; 27 cas de bris instrumentaux ; 103 cas d'obturation canalaire non conforme, de lésion apicale ou de dépassement
- Restauration techniquement inadaptée : 180 déclarations

Allégation d'insuffisance de point de contact, d'équilibration occlusale ou d'étanchéité périphérique ; de reprises de carie ; de descellements itératifs
- Fracture coronaire, fêlure ou fracture radiculaire, sous restauration : 54 déclarations
- Complications infectieuses hors étiologie de traitement endodontique existant (essentiellement parodontales), douleurs résiduelles : 11 déclarations
- Contestation de l'aspect esthétique, ou bris cosmétique : 25 déclarations
- Insuffisance de conception, notamment par méconnaissance d'un état initial compromis ou contre indiquant la restauration conjointe : 71 déclarations
- Fracture structurelle ou vice de fabrication de la pièce prothétique : 5 déclarations

**Catégorie prothèses adjointes : 119 déclarations**
Représentant 18 % des déclarations du groupe
- Prothèse complète : 69 déclarations
- Prothèse partielle stellite : 40 déclarations
- Prothèse partielle résine : 10 déclarations

**Catégorie prothèses mixtes : 30 déclarations**
Représentant 4,5 % des déclarations du groupe
- Il s'agit de prothèse(s) conjointe(s) réalisée(s) simultanément avec réhabilitation(s) adjointe(s).
- Mise en cause de l'ensemble des prothèses (22 déclarations) ; mise en cause exclusive de la partie adjointe (2 déclarations) ; mise en cause exclusive de la partie conjointe (6 déclarations).

Groupe des complications suite à des actes de soins et de chirurgie : 419 déclarations
Soit 35 % des litiges thérapeutiques hors implantologie. À noter que ce poste est en hausse de 25 % par rapport à 2016, notamment par l'augmentation des déclarations pour bris instrumentaux endodontiques : 166, plus de 70 % par rapport à 2016 (97).

**Fractures d'instrument (avant réalisation d'une phase prothétique éventuelle) : 168 déclarations**
Réparties selon 166 dossiers pour bris d'instrumentation endocanalaire ; 2 dossiers pour bris d'aiguille

**Faux canal (hors préparation prothétique) :**
41 déclarations dont 40 avec perforation radiculaire avérée

**Conséquences d'anesthésie (hors AG) et suites d'extraction : 29 déclarations**
2 au titre des suites d'une anesthésie locorégionale ; 13 au titre d'atteinte nerveuse avec paresthésie et/ou hypoesthésie installée après extraction : 5 au niveau du nerf lingual et 8 au niveau du nerf alvéolaire inférieur ou mentonnier ; 3 au titre d'apex résiduel ; 3 au titre d'alvéolite ou de complication en cicatrisation ; 2 au titre d'œdème ou trismus postopératoire majeur ; 1 au titre d'ostéo nécrose ; 1 au titre de malaise conséquent allégué après extraction ; 2 au titre de projection de débris dentaire dans une cavité anatomique autre que les sinus (loge sous orbitaire, fosse temporale) ; 2 au titre d'hémorragie persistante.

**Contestations portant sur la qualité de soins conservateurs : 32 déclarations**
20 au titre d'obturation radiculaire ; 9 au titre de restauration coronaire ; 3 au titre de soins divers

**Effraction et lésion du sinus maxillaire (hors suite d'actes implantaires) : 23 déclarations**
5 au titre de communication bucco-sinusienne après chirurgie buccale (sans projection d'apex dans le sinus) ; 14 au titre de dépassement intrasinusien de pâte canalaire ou d'instrument endodontique avec survenue de complications de type sinusite, aspergillose ; 4 au titre de sinusites apparues hors dépassement et sans étiologie certaine mais peu après une endodontie maxillaire

**Diagnostic non établi, retard ou insuffisance de diagnostic : 29 déclarations**
26 au titre de diagnostic allégué erroné (2 pour carcinome, 24 pour extraction, pathologie pulpaire ou apicale, parodontologie) ; 3 au titre d'une option implantaire non proposée ou devenue non indiquée

**Allégation de prise en charge thérapeutique inadaptée : 27 déclarations**
16 au titre du suivi thérapeutique ; 4 au titre d'une erreur de nature de soin ou de dent à traiter ; 7 au titre du plan de traitement proposé et mis en œuvre

**Dépassement apical lors d'obturation canalaire, sans incidence sinusienne : 9 déclarations**
Dont 4 rapportant une lésion du nerf alvéolaire inférieur

**Erreur d'extraction : 17 déclarations**
7 au titre d'une intervention intempestive ; 10 au titre d'interprétation erronée ou d'extrapolation des prescriptions émises par un autre praticien

**Lésion iatrogène d'une dent autre que la dent soignée : 15 déclarations**
10 au titre de fracture coronaire ou radiculaire d'une dent adjacente ; 3 au titre de fraisage impactant une dent adjacente ; 1 au titre de descellement d'une restauration adjacente ; 1 au titre de luxation d'une dent adjacente

**Actes de parodontologie mis en cause : 9 déclarations**

**Infection et/ou complication (œdème, trismus) consécutive à un soin conservateur : 7 déclarations**
4 au titre d'infection loco régionale secondaire ; 3 au titre d'œdème

**Suspicion d'allergie ou d'intolérance aux matériaux : 6 déclarations**
4 relatives à un matériau utilisé ; 2 relatives à une prescription médicamenteuse

**Complications médicales générales majeures alléguées après intervention dentaire : 5 déclarations**
1 pour infection à distance (hanche) ; 2 pour sphère cranio faciale ; 1 pour atteinte neurologique générale ; 1 pour autre sphère anatomique (hépatique)

**Actes d'occlusodontologie contestés : 2 déclarations**

**Blanchiment : pas de déclaration cette année**

**Focus :** Nous continuons de relever comme les années précédentes, un poste transversal à considérer avec attention : les actes endodontiques allégués non conformes en étiologie de nombreuses déclarations : complications sous prothèse conjointe pour infections apicales liées au traitement prothétique réalisé ou à l'état initial insuffisant non repris, bris d'instruments ou non-conformité de l'obturation à terme sans réalisation de prothèse, faux canaux et perforations radiculaires, dépassements apicaux.
Si nous additionnons ces postes, le total des déclarations est de 422 (351 en 2016), soit 35 % des déclarations hors implant.

**Les traitements endodontiques qui étaient déjà considérés comme une des principales origines des déclarations thérapeutiques formellement constituées, sont en conséquence un critère de hausse significatif de la sinistralité annuelle (plus d'un tiers des dossiers cette fois, hors implant).**

**Groupe des litiges en orthodontie : 78 déclarations**
Soit 6,5 % du nombre des déclarations hors implant. Poste en augmentation de 12 % par rapport à 2016.

**Mise en cause du plan de traitement retenu et appliqué : 46 déclarations**

**Résorption radiculaire : 11 déclarations**

**Récidive : 11 déclarations**

**Suspicion de mortification, d'apparition de carie, de déminéralisation ou de lésion coronaire, de perte de dent : 6 déclarations**

**Problèmes parodontaux ou articulaires allégués en suites de traitement : 4 déclarations**

**Erreur de numérotation lors de la rédaction d'une prescription d'extraction : 0 déclaration cette année**
58 déclarations (75 %) ont été émises par des praticiens à exercice orthodontique exclusif

**Groupe des dommages divers : 39 déclarations**
Soit 3,5 % du nombre des déclarations hors implant

**Coupure tissulaire : 4 déclarations**
2 au niveau lèvre ; 1 au niveau joue ; 1 au niveau plancher buccal

**Brûlure jugale ou labiale : 4 déclarations**
Étiologies relevées : 2 via pièce à main ou contre angle ; 2 via matériau ou produit utilisé

**Inhalation : 1 déclaration**
1 déclaration relative à une couronne

**Décès allégué imputable à une intervention buccodentaire : 2 déclarations**

**Revendications diverses : 17 déclarations**
10 litiges essentiellement financiers (devis absent ou non conforme aux réhabilitations) ; 1 « perte » de prothèse au cabinet ; 1 refus de RV ; 4 refus de suivi à aspect difficultés relationnelles ; 1 mise en cause d'un expert

**Ingestion : 3 déclarations**
2 instruments endodontiques ; 1 couronne

**Accident corporel iatrogène : 7 déclarations**
6 blessures de la sphère cranio faciale en per opératoire ; 1 blessure engendrée par l'équipement technique

**Orthèse : 1 déclaration**

# Actes d'implantologie, soulevé et comblement de sinus : 280 déclarations

La classe des réhabilitations implantaires représente un taux de 19 % de l'ensemble des déclarations effectivement traitées en sinistre thérapeutique.

**Groupe mettant en cause exclusivement la chirurgie implantaire : 110 déclarations**

Soit 39 % de l'ensemble des actes d'implantologie :
- Péri-implantite, absence ou insuffisance d'ostéo-intégration : 54 déclarations
- Douleurs intenses durables, autres complications : 8 déclarations
- Insuffisance de conception, erreur d'axe, de positionnement, lésions nerveuses : 32 déclarations
- CBS, sinusite, implant migré dans sinus : 16 déclarations

**Groupe mettant en cause exclusivement la prothèse implanto-portée : 86 déclarations**
Soit 31 % de l'ensemble des actes d'implantologie
- Restaurations fixes : 45 déclarations

Allégations d'inadaptation sur implant ostéo-intégré ; d'occlusion dysfonctionnelle ; d'insuffisance de l'aspect esthétique ; d'inadaptation d'un appareil complet transvissé ; de non ostéo intégration préalable des implants
- Inadaptation de prothèse amovible stabilisée par attachements type Locator ou barre de conjonction implanto portée : 10 déclarations
- Fracture structurelle prothétique, bris cosmétique de couronne ou bridge : 22 déclarations
- Descellement itératif, dévissage de vis implantaire, de connexion : 9 déclarations

**Groupe avec mise en cause « mixte », à la fois chirurgicale et prothétique : 81 déclarations**
Soit 29 % de l'ensemble des actes d'implantologie
Étiologies techniques cliniques se superposant cette fois, des manquements potentiels cumulés sont allégués dans les deux phases de la réhabilitation.

**Groupe avec mise en cause du matériel lui-même (implant, vis, etc.) : 3 déclarations**
Soit 1 % de l'ensemble des actes en implantologie

**Focus :** cette classe de sinistres présente enfin une baisse significative du nombre global de déclarations spécifiques, de 8 % par rapport à 2016 (304 déclarations) qui s'affichait en outre comme la première année de stabilisation dans cette classe thérapeutique après une progression de plus de 31 % de 2014 à 2015 et un doublement sur une période de 7 ans. Ce résultat est d'autant plus prégnant que nous constatons un contexte de hausse globale du nombre des déclarations (5,7 % pour rappel) : l'effet volume n'a pas concerné les déclarations en implantologie.

Il faudra confirmer cette tendance favorable sur les exercices suivants, ce domaine reste toujours un gisement important de déclarations : il est essentiel de continuer de sensibiliser les praticiens quant au ratio de risque spécifique élevé observé lors de ces réhabilitations. En insistant sur des conseils élémentaires : rigueur absolue dans l'établissement des indications après bilan préopératoire complet ; respect des recommandations de bonnes pratiques ; synergie, concertation permanente et collaboration entre les intervenants lorsque ce cas de figure existe ; sachant surtout que l'implant est au service de la restauration et non l'inverse : ainsi, l'étape chirurgicale est la plus fréquemment contestée y compris pour des implants bien ostéo intégrés mais inexploitables en fonction des critères prothétiques insuffisamment pris en considération.

L'intérêt d'une détermination du contenu d'un cursus fondamental homogène lors des multiples formations initiales et/ou complémentaires est vraisemblablement un axe de réflexion majeur pour cantonner un ratio risque recevable.

CONGRÈS ADF 2018

DU 28 NOVEMBRE
AU 1er DÉCEMBRE

EXPO INTERNATIONALE
PALAIS DES CONGRÈS PORTE MAILLOT PARIS
ADFCONGRES.COM

Sur notre
**stand n° 2L17**

Et sur notre **salon**
**«Digital Academy»**
**n°201**

# **Venez découvrir deux exemples de nouveaux concepts d'implantations**

pour votre cabinet dentaire et les toutes dernières nouveautés High-Tech.

# MSDENTAL

La référence des espaces dentaires.

**Equipements**
**Fournitures**
**Service technique**
**Accompagnement**
**High-Tech**

**NOS AGENCES :**

**MSDENTAL**
**ILE-DE-FRANCE**

**MSDENTAL**
**NORD-CHAMPAGNE**

**MSDENTAL**
**AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

PLANMECA

Oudin Dentaire

a-dec
reliablecreativesolutions

SARATOGA
HEALTH IS A STYLE

NSK

ACTEON

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

Miele
PROFESSIONAL

CATTANI
AIR TECHNOLOGY

DÜRR DENTAL

MELAG
competence in hygiene

zenium

BienAir
Dental

...

**www.msdental.fr**

# DONNEZ UN NOUVEAU SOUFFLE À VOTRE CABINET DENTAIRE

## EN ASSISTANT À NOS ATELIERS ET CONFÉRENCES

**Alice MODOLO**

Chirurgien-dentiste
Vice-championne du monde d'apnée
Record de France de - 88m de profondeur

**Accélérez la performance de votre cabinet. Participez à nos conférences !**

**EXCLUSIF :**
**« Allier le dépassement de soi à son activité professionnelle » animée par Alice Modolo, vendredi 30 novembre sur le stand Julie.**

COM-APADF2018-1806-03-A / www.agence-cwtc.com / Crédit photo : Azur Diving

CONGRÈS ADF 2018

STAND 3L18

Inscrivez-vous dès à présent (places limitées)

**www.congresadf.julie.fr**

Julie -SOLUTIONS-