



FORMATIONS SOP

10^e ANNIVERSAIRE DES JOURNÉES DE LA SOP À MAURICE

10 ans, ça se fête !



DU 28 AVRIL AU 7 MAI DERNIERS, la SOP a fêté le 10^e anniversaire des Journées dentaires de Maurice. Un excellent niveau scientifique, une assistance attentive et motivée, un accueil amical, le plaisir des échanges et un cadre magnifique – variant du vert golf au bleu lagon – ont été les ingrédients du succès de ce rendez-vous de la chirurgie dentaire à l'île Maurice.

Cette 10^e édition était placée sous le double haut patronage de l'honorable Santi Bai Hanoomanjee, ministre de la Santé et de la Qualité de vie de la répu-

blique de Maurice, et de son excellence Jean-François Dobelle, ambassadeur de France en république de Maurice. Pour cette édition, l'un et l'autre ont honoré de leur présence la séance inaugurale du samedi 30 avril, laquelle s'est déroulée dans une ambiance tout à la fois protocolaire et bon enfant. Si le costume et la cravate étaient de rigueur, nul ne s'est départi de son sourire et d'une certaine décontraction propre au climat de l'île. Après que le président du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de l'île Maurice, le D^r Dhaneshwar Beeharry, eut

Toutes les informations,
tous les comptes rendus
in extenso
sont consultables sur
www.sop.asso.fr



... félicité les deux associations que sont la MDA (Mauritius Dental Association) et la SOP pour leurs actions en faveur de la formation continue dans l'île depuis 1993, il les a remerciées pour leur contribution efficace à l'innovation dentaire, synonyme de nouveaux actes et de relance de l'activité. Ensuite, Patrick Vitry Audibert, président de la MDA, est intervenu avec la vivacité, l'humour et le dynamisme qui le caractérisent allant jusqu'à oser une pique en direction de sa ministre de tutelle au sujet des autorisations d'exercice délivrées à des praticiens étrangers n'ayant pas des diplômes du même niveau que ceux des Mauriciens. Et Meyer Fitoussi d'intervenir pour rappeler l'historique de ces échanges et leurs objectifs... « Il nous est toujours très agréable de préciser que cette formidable dynamique de la SOP pour la formation continue des praticiens, essentiellement des om-

nipraticiens, est menée bénévolement. Nous en sommes très fiers et nous y tenons. Cela implique effectivement une certaine générosité dans la démarche de la SOP. J'en profite pour remercier les partenaires de la SOP, qui nous ont accompagnés dans ce voyage congrès en la personne de Serge Mako (Kreussler Pharma), de Marie-Renée et Michel Chevreux (FC Medical Device), et de Thierry Baccouche (Codi-med). Pour parler plus spécifiquement des Journées dentaires à l'île Maurice, c'est grâce à la volonté, plusieurs fois affirmée, des différents présidents des deux associations que se pérennisent, d'une certaine façon, ces rencontres, et nous nous réjouissons de l'intérêt marqué des thèmes demandés par la MDA, qui montre combien les progrès ont été sensibles dans notre profession, liés en cela à des préoccupations éminemment évolutives, en raison des connaissances qui changent, elles aussi. »

Mais s'il y eut un moment de grâce au cours de cette séance inaugurale, nous le devons à notre ambassadeur, son excellence Jean-François Dobelle, tant il prit sous le charme de sa parole une assemblée très vite séduite par la chaleur de son propos et le timbre de sa voix. Il rappela la mission de la France dans cette région, soulignant qu'elle était le deuxième pays investisseur à Maurice, après la Chine. L'influence française, a-t-il ajouté, peut se mesurer objectivement au fait que la république de Maurice est l'un des rares pays dans le monde où la langue française progresse. Évoquant les chantiers auxquels la France a participé dans le domaine culturel, il a encouragé les congressistes à découvrir deux récentes réalisations. « L'aventure du sucre », parcours muséographique au sein d'une raffinerie de canne à sucre réhabilitée qui retrace l'histoire

humaine et technique du sucre à l'île Maurice, d'une part, et le château de la Bourdonnais, demeure coloniale et rumerie du XIX^e siècle implantée au sein d'un jardin tropical et récemment rénovée, d'autre part. Il a conclu sa brillante intervention par un mot délicat à l'attention de son hôte, la ministre de la Santé et de la Qualité de vie de la République de Maurice à qui il laissa le soin de conclure l'ouverture des 10^{es} Journées de chirurgie dentaire.

L'honorable Santi Bai Hanoomanjee a rappelé l'action de son gouvernement en matière de santé bucco-dentaire, puis, répondant directement à l'apostrophe de Patrick Vitry Audibert, lui rappela avec une certaine fermeté qu'elle avait toujours été ouverte à la discussion mais que la reprise récente de ce ministère ne lui avait pas toujours laissé le temps de s'occuper du dossier de la chirurgie dentaire. Confiante dans la réussite de ces Journées de formation, madame la Ministre s'est dite heureuse d'accorder son patronage à cet événement biennal témoignant de la durabilité de la collaboration entre la MDA et la SOP : de tels échanges ne pourront qu'être bénéfiques à la population mauricienne, a-t-elle estimé. Au terme de son intervention, la chaleur de la poignée de main échangée avec l'ambassadeur de France et les sourires irréfutables qui éclairaient leurs visages en disaient beaucoup plus long que leurs discours sur la réelle amitié qui lie les deux pays.

Avant que les conférences ne commencent, des rafraîchissements et une pause avaient été prévus. L'occasion pour les participants mauriciens et français, conférenciers et auditeurs, de prendre part à des conversations improvisées et moins conventionnelles.

Le ton de ces Journées était donné. Jamais il ne se démentit, et ce jusqu'à la magnifique séance de clôture du congrès durant laquelle Patrick Vitry Audibert exprima toute sa verve dans un discours



où l'humour coquin n'était jamais loin. Il avait bien écouté toutes les conférences et, de la difficile pénétration de l'adhésif dans la couche hybride à la flèche laser qui flanche en cours de conférence, un petit compliment était formulé à chacun. Une mention spéciale fut attribuée à Meyer Fitoussi sous une *standing ovation* spontanée de la

salle. C'est dans une émotion contenue que le président de la SOP a partagé avec l'assemblée des confrères mauriciens et des conférenciers le mérite du succès de ces 10^{es} Journées. Le succès d'une grande famille réunissant MDA, SOP et conférenciers dans une même amitié. ■

Marc Roché



SERGE
BOUILLAGUET

Éviter les complications biologiques en restauration dentaire

À L'INSTAR D'ANDRÉ MARMASSE qui considérait « *la pulpe vivante comme la meilleure obturation canalair* », le praticien devra évaluer la symptomatologie clinique, l'étendue des lésions et l'âge du patient afin de préserver la vitalité pulpaire.

Si la symptomatologie clinique représente avant tout l'expression de l'état inflammatoire sous-jacent, l'étendue des lésions devrait renseigner le praticien sur la technique de restauration à mettre en œuvre, au même titre que son âge atteste du potentiel de régénération de l'organe pulpo-dentinaire.

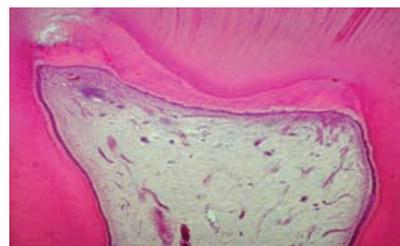
Dès l'instant où la couche d'émail est endommagée (caries, abrasion, érosion, fracture), la pulpe est mise en contact indirect avec le milieu buccal et subit une agression dont l'intensité sera modulée par la dentine interposée. Les bactéries qui envahissent les tubules dentinaires initient une réponse inflammatoire au niveau pulpaire. Simultanément, elles déminéralisent la dentine – ce qui diminue l'épaisseur de la barrière protectrice – mais elles favorisent la sécrétion de facteurs de croissance qui vont se diffuser en direction pulpaire et stimuler la production de dentine réactionnelle. La dentine réactionnelle ou tertiaire (*photo 1*) permet de diminuer la perméabilité du tissu en augmentant son épaisseur au regard du stimulus irritant. Lorsque l'irritation cesse, le métabolisme pulpaire reprend son cours normal.

En présence de caries peu symptomatiques chez l'adulte, une couche d'adhésif correctement polymérisée suffit, à

elle seule, à stopper tout passage d'irritant et à obtenir une guérison pulpaire, quelle que soit l'étendue de la plaie dentinaire. Afin d'éviter toute irritation supplémentaire, il est important de refroidir les fraises (spray) et de respecter les temps de polymérisation des résines composites (irritation thermique). L'imprégnation résineuse protège également pendant les phases intermédiaires nécessaires à la fabrication d'inlays, d'onlays et de couronnes sur dents vitales.

Pour le traitement de lésions carieuses douloureuses chez le jeune, la plaie dentinaire est imprégnée à l'aide d'hydroxyde de calcium pur, et une obturation provisoire étanche est réalisée. Il faudra éliminer l'intégralité des tissus carieux situés dans la zone périphérique de la cavité afin d'assurer une bonne étanchéité de l'obturation provisoire (laissée en place quatre à six semaines). En revanche, il faudra conserver la dentine cariée des parois pulpaires, dont l'ablation totale risquerait de dénuder la pulpe (*photo 2*). Dans un deuxième temps, on procède à une obturation adhésive en résine composite après nettoyage final. L'utilisation de CaOH_2 permet une stimulation des mécanismes de réparation et la disparition de la symptomatologie clinique.

En cas de lésion carieuse perforante, la réalisation d'une biopulpotomie constitue une alternative thérapeutique destinée à conserver la vitalité pulpaire chez l'enfant. Cette procédure n'est pas préconisée pour le patient adulte. ■



Dentine réactionnelle en regard de la lésion carieuse.



Dentine cariée (centre de la cavité) traitée à l'hydroxyde de calcium.

Restaurations de dents non vitales

LE CHOIX DE LA RESTAURATION des dents dévitalisées est dicté par la perte de substance observée et le contexte occlusal. Les dents faiblement délabrées (cavités de classe I ou II à 2 faces) peuvent être restaurées à l'aide de restaurations en composite direct. Des restaurations indirectes type inlay, onlay ou endocrown sont indiquées pour des cavités MOD-trois faces ou lorsque le contexte occlusal est défavorable (guidage de groupe, bruxisme). Les dents fortement délabrées seront restaurées à l'aide d'endocrowns (dents postérieures) ou de couronnes prothétiques (dents antérieures). L'endocrown utilise la chambre pulpaire pour accroître sa surface de collage et faciliter son positionnement lors du scellement. Pour les couronnes, l'emploi de tenons en fi-

bre de verre devient une exception et non une règle. Pour la réalisation d'onlays ou d'endocrowns, les préparations peuvent être adaptées en réponse à des impératifs esthétiques particuliers (diminuer la visibilité des limites de finition) ou encore dans le but de mieux contrôler les contraintes de polymérisation s'exerçant lors de photopolymérisation. L'intrados des inlays-onlays en résine composite doit être conditionné (sablage-silane-adhésif) au même titre que la dentine cavitaire, qui a été protégée par une couche de résine composite mise en place avant la prise d'empreinte (*photo 1*). La dentine est également conditionnée (sablage-silane-adhésif) avant le collage à l'aide d'une résine composite (photopolymérisable ou duale). ■



Cavités avec base composite polymérisée avant l'empreinte.



Inlay 17 et endocrown 16 après collage.

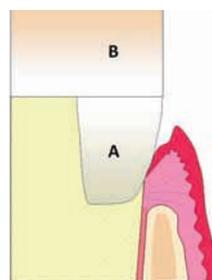
Trucs et astuces en restauration dentaire adhésive

UN DÉFAUT DE COLLAGE augmente les risques de sensibilité postopératoire. Il est recommandé d'utiliser des adhésifs automordançants pour la dentine profonde en association avec l'acide orthophosphorique pour conditionner l'émail. Par ailleurs, il est important de bien imprégner la dentine (couche d'adhésif bien visible et couvrante). La mise en place de la résine composite en couches successives permet de limiter les stress et les décollements liés au retrait de polymérisation.

Lorsque la limite d'une cavité est sous-gingivale, il est difficile d'assurer à la fois l'étanchéité gingivale et la qualité du point de contact. Une stratégie mise en œuvre afin de pallier cet inconvénient consiste à insérer une matrice sectionnelle dans le sillon pour rehausser la limite à l'aide d'une obturation

composite. Il conviendra, dans un deuxième temps, de préparer une cavité pour restauration indirecte adhésive. La réalisation d'une obturation directe est également facilitée lorsque la limite sous-gingivale a été relocalisée au-dessus du sillon gingivo-dentaire.

Les résines de scellement à activation duale favorisent la formation d'excès interproximaux en raison d'un temps de travail assez court. Les résines composites de restauration peuvent être utilisées pour le scellement d'inlays-onlays adhésifs (épaisseur de 6 mm) après un réchauffage permettant de diminuer leur viscosité. Les excès de matériau seront très facilement éliminés (soie dentaire, sonde) avant l'irradiation lumineuse, qui durcit instantanément la résine. ■



Une matrice sectionnelle est insérée dans le sillon afin de rehausser la limite à l'aide d'une obturation composite (A) avant la préparation d'une cavité pour restauration indirecte adhésive (B).



Cavité préparée avec marge réhaussée avant assemblage.

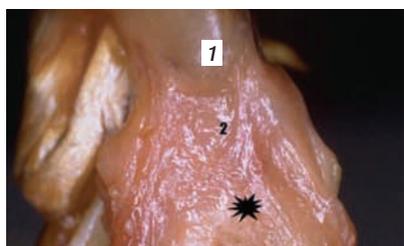


PIERRE
CARPENTIER

Craquements et blocages de l'ATM : comment agir ?



Attache latérale disco-condylienne saine, disque basculé latéralement. 1 : Pôle latéral du condyle - Jonction des bourrelets.



Attache latérale disco-condylienne étirée (2), disque basculé latéralement. 1 : Pôle latéral - Jonction des bourrelets.



Coupe sagittale d'une ATM montrant un néodisque (1) ; Bourrelet post. (2) ; Zone intermédiaire (3) ; bourrelet ant. (4).



La kinésithérapie permet dans certains cas d'atténuer un claquement discal.

LES DÉPLACEMENTS DISCAUX RÉDUCTIBLES et non réductibles sont relativement fréquents chez l'adulte jeune et, en particulier, chez la femme. Traumatisme direct sur la mandibule, serrement dentaire, mastication unilatérale, posture de sommeil défavorable, hyperlaxité sont des facteurs de risque fréquemment associés.

Le diagnostic clinique de ces dysfonctionnements articulaires étant bien codifié, il n'est pas nécessaire de prescrire un examen IRM pour visualiser le déplacement discal, d'autant que les thérapies non invasives sont aujourd'hui recommandées. Malgré cela, il est curieux de constater qu'un bon nombre de patients sont traités en première intention par équilibration occlusale, ce qui constitue une faute thérapeutique.

En effet, dans le cas d'un déplacement discal non réductible unilatéral, la partie dense du disque étant déplacée antérieurement, la zone bilaminaire se trouve interposée entre les surfaces articulaires. Celle-ci étant moins épaisse que la zone dense, des prématurités vont apparaître dans le secteur molaire homolatéral. Si elles sont meulées, la surcharge articulaire et la douleur vont augmenter, ce qui ne va pas du tout dans le sens souhaité.

La transformation de la zone bilaminaire en un néodisque requiert à l'inverse une mise en charge progressive de ce tissu, dont la fibrillation demande autour de 6 à 12 mois. Pendant cette période, le patient devra mastiquer du côté douloureux pour limiter

la compression articulaire et transférer les contraintes du côté non travaillant. Une alimentation souple, puis semi-solide sera proposée et une gouttière de relaxation ou de propulsion sera installée pour favoriser la constitution d'un néodisque. On comprend bien dans ce contexte que le calage dentaire protège l'articulation pendant son remaniement et qu'il ne faut surtout pas meuler les contacts prématurés molaires liés à la perte de hauteur articulaire.

Enfin, dès que la phase de douleur aiguë est résolue, il est impératif d'engager une kinésithérapie en demandant au patient d'exécuter chaque jour devant un miroir les exercices suivants : mouvements de latéralité, droite/gauche sans contact dentaire pendant 30 secondes, en insistant délicatement du côté opposé à l'ATM douloureuse ; mouvements de propulsion et de rétropropulsion, les plus sagittaux possibles, pendant 30 secondes ; ouverture maximale à la limite de la douleur maintenue pendant 6 secondes et répétée à 10 reprises ; soit, au total, 2 minutes d'exercices quotidiens.

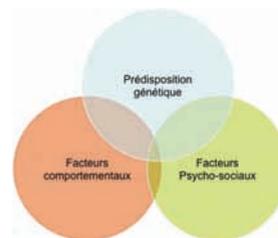
Cette kinésithérapie vise à pousser progressivement la zone dense du disque vers l'avant pour permettre au patient de retrouver à la fois un mouvement d'ouverture non défléchi et une amplitude d'ouverture subnormale. Si la kinésithérapie n'est pas effectuée de façon satisfaisante, des adhérences fibreuses disco-temporales vont s'établir et limiter la mobilité articulaire. ■

Étiologie et thérapeutique des Adam

L'ÉTILOGIE DES ADAM a considérablement évolué au cours de la dernière décennie par la découverte de facteurs génétiques prédisposant certains patients, exposés à un agent stresser, à développer des douleurs myofasciales. La perception de la douleur dans les muscles masticateurs est, en effet, modulée par la libération d'endorphines, laquelle est influencée par le polymorphisme du gène COMT (catéchol-O-méthyl-transférase). Nous ne sommes donc pas égaux face à la douleur chronique, en particulier dans notre capacité à libérer des endorphines impliquées dans les contrôles inhibiteurs descendants, qui filtrent les influx nociceptifs. Il est tentant de rapprocher ces données génétiques des données épidémiologiques rapportant une plus grande prévalence chez la femme des douleurs chroniques (migraines, douleurs myofasciales, fibromyalgies) et de constater que

l'activité de la COMT y est de 20 % à 30 % plus faible que chez l'homme.

En termes de consultation, la prévalence féminine est de 60 % dans les cabinets de ville et de 90 % dans les centres spécialisés. La tranche d'âge prédominante est représentée par des femmes de moins de 50 ans. Le genre et l'âge étant des indicateurs de sévérité, il est vraisemblable que ces douleurs soient médiées par des facteurs autres que l'occlusion. Les revues de littérature et les études épidémiologiques récentes ne permettent pas d'établir un lien quelconque entre les Adam et l'occlusion. Rappelons que toute thérapeutique, y compris occlusale, comporte 30 % à 40 % d'effet placebo, ce qui est considérable sur une douleur chronique. Grâce à l'IRM fonctionnelle, nous savons aujourd'hui que l'analgésie placebo est définitivement une réalité quantifiable biologiquement. ■



Les trois facteurs fortement associés dans les Adam.

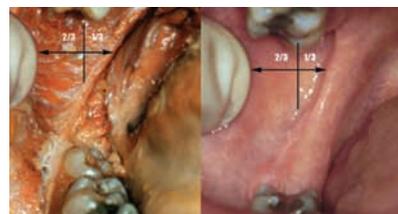


L'occlusion n'est plus considérée comme un facteur majeur. Patient asymptomatique.

Réussir l'anesthésie des dents mandibulaires indépendamment du contexte

APRÈS AVOIR FRANCHI la membrane cytoplasmique du neurone, les anesthésiques locaux bloquent la conduction nerveuse en se fixant sur la partie interne des canaux sodiques. Parmi ces canaux, certains présentent la particularité d'être plus ou moins sensibles à des toxines. Les canaux TTX-résistants, peu sensibles à la toxine du poisson tétrodon, sont spécifiques des neurones nociceptifs. Ils sont plus réfractaires à l'action des solutions anesthésiques, puisque la lidocaïne est quatre fois moins efficace sur ces canaux que sur les autres canaux sodiques. Sous l'effet de l'inflammation, une augmentation de ces canaux a été mise en évidence, y compris dans la pulpe dentaire. Cette plasticité neuronale explique les difficultés anesthésiques rencontrées en présence d'une

pulpite, même lorsque la solution est déposée à distance de la dent causale. Si dans ce contexte inflammatoire, une biopulpectomie est envisagée, la stratégie consiste à associer les techniques anesthésiques. Un bloc du nerf alvéolaire inférieur, réalisé selon la technique anatomique, est systématiquement complété par une anesthésie du nerf buccal, puis un test au froid est pratiqué. Si une sensibilité perdue, un complément est réalisé en utilisant une technique haute de préférence (Akinosi). Si la dent reste sensible, une anesthésie intraligamentaire ou intra-osseuse sera nécessaire. Cette dernière peut être envisagée en utilisant le X-Tip ou le QuickSleeper. Si une pulpotomie est seulement envisagée, l'anesthésie intra-osseuse permettra d'obtenir une analgésie de courte durée. ■



Repères muqueux utilisés dans un bloc du nerf alvéolaire inférieur à confronter aux repères osseux toujours plus fiables.



Une vitesse d'injection de 1 ml/min évite la diffusion de l'anesthésique à distance du nerf alvéolaire inférieur.



DOMINIQUE
MARTIN

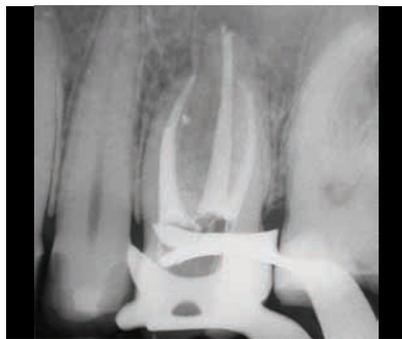
Les nouveautés endodontiques en 2011



Le mouvement réciproque est l'association d'un mouvement de rotation horaire et antihoraire d'amplitudes différentes.



Instruments WaveOne™
(Dentsply-Maillefer).



Retrait d'un instrument fracturé
avec le kit Endo Rescue® (Komet).

LE MOUVEMENT RÉCIPROQUE : UN NOUVEAU CONCEPT DE MISE EN FORME

Le mouvement réciproque est l'association d'un mouvement de rotation horaire et antihoraire d'amplitudes différentes (fig. 1). L'objectif est de garder le principe d'un mouvement de rotation continu en l'associant à un mouvement inverse de plus petite amplitude de façon à limiter le risque d'engagement des spires dans la dentine. Ce concept a de nombreux avantages. Il permet :

- une réduction du risque de fracture instrumentale par engagement des spires dans la dentine (fracture de type 1), ce qui a pour conséquence majeure de réduire la séquence à un seul instrument ;
- une réduction du risque de fracture par fatigue cyclique (fracture de type 2). Il est démontré que le soulagement des contraintes apporté par le mouvement réciproque augmente la durée de vie de l'instrument avant fracture par fatigue cyclique. Les instruments peuvent ainsi être utilisés sans risque et avec plus de sérénité pour mettre en forme au moins six canaux courbes, le recours au même instrument étant adapté à la préparation de tous les canaux d'une molaire, par exemple ;
- d'aller plus loin sur le plan de l'asepsie. En effet, la réduction de la séquence instrumentale à un seul instrument permet de proposer cet instrument sous *blister* stérile pour un usage unique. Il en découle une plus grande rigueur sur le plan de l'asepsie et la suppression du temps consacré au reconditionnement de la séquence.

Deux instruments répondant à ce concept sont actuellement disponibles, à savoir le WaveOne™ (Dentsply-Maillefer) (photo 2) et le Reciproc® (VDW-Dentsply). Ces deux instruments ont des dessins sensiblement différents, mais présentent la caractéris-

tique commune d'avoir été conçus pour le mouvement réciproque. Ils nécessitent tous deux l'utilisation d'un moteur spécifique dont les angles de rotation pourront être programmés.

L'impression la plus évidente lorsqu'on utilise le mouvement réciproque est la facilité d'utilisation : la courbe d'apprentissage est réduite et le gain de temps très sensible comparé à l'utilisation d'une séquence rotative. Cette facilité ne doit cependant pas faire oublier la séquence d'irrigation, laquelle doit intimement être associée à la mise en forme.

RETRAIT DES INSTRUMENTS FRACTURÉS : L'ENDO RESCUE®

Le risque de fracture instrumentale a augmenté ces dernières années avec l'utilisation grandissante d'une instrumentation rotative en nickel titane. Ces fragments, fortement enserrés entre les parois canalaire, sont particulièrement difficiles à retirer. Le kit Endo Rescue® (Komet) est spécifiquement destiné au retrait de ce type de fragments. Le principe d'action reprend celui du trépan pour dégager l'instrument aux dépens des parois dentinaires, mais en apportant un certain nombre de particularités :

- la présence d'un pointeur spécifique, de calibre identique à celui du trépan, dont le rôle est de préparer le travail de ce dernier ;
- la miniaturisation du trépan : le calibre extérieur du trépan est de 0,90 mm, ce qui correspond au calibre d'un foret de Gates n° 3.

L'instrument est simplement libéré des contraintes pariétales et ressort le plus souvent avec le trépan (photos 3 et 4). Lorsque le fragment ne peut être libéré avec le trépan, il est dégagé sur 2 mm et emprisonné dans un tube rempli de composite. Une fois le composite durci, l'instrument ressort avec le tube. ■

Fêlures et fractures longitudinales : du diagnostic au traitement

LES FÊLURES OU FRACTURES LONGITUDINALES concernent principalement les dents postérieures et sont la plupart du temps associées au bruxisme. Les douleurs pulpaires relevant des fêlures coronaires donnent des symptômes, qui peuvent être assez atypiques. La douleur est liée à l'inflammation pulpaire causée par la colonisation bactérienne de la fêlure mais, la charge bactérienne étant faible comparée à celle d'une carie, cet état inflammatoire peut perdurer et les symptômes évoquer une névralgie faciale.

Il est donc essentiel de savoir reconnaître les signes précurseurs qui sont le plus souvent rapportés par le patient comme une douleur intense mais de très courte durée à la mastication de certains aliments. L'objectif est alors de reproduire cette douleur par un test de morsure afin de localiser la dent causale. La transillumination de la dent suspectée complète l'investigation.

Lorsque le patient rapporte des douleurs spontanées, on revient sur les tests de sensibilité pulpaire classiques toujours dans le but de localiser la dent causale. À ce stade, la radiographie n'est d'aucune utilité car la fêlure n'est généralement pas visible. Ce qu'il faut retenir : sur le plan du diagnostic, les fêlures coronaires sur dents pulpées donnent des signes d'appel pulpaires et les fêlures ou fractures radiculaire des signes d'appel parodontaux.

Il existe deux types de traitement des fêlures coronaires : le recouvrement oc-

clusal complet par une couronne périphérique, d'une part, et le collage associé à un composite ou à un onlay, d'autre part. Les recommandations actuelles tendent vers la réalisation systématique d'une couronne périphérique. Cependant, des études prospectives récentes montrent que le collage d'un onlay est un bon moyen de résoudre les symptômes en préservant au maximum la structure dentaire. Lorsque la symptomatologie pulpaire impose de dépulper la dent, le traitement endodontique est réalisé en prenant quelques précautions spécifiques : mise en place d'un cerclage préalable à l'aide d'une bague de cuivre, d'une bague d'orthodontie ou d'une couronne préformée en nickel chrome ; précaution vis-à-vis de l'effet de coin lors de l'obturation ; utilisation de *spreaders* pour le compactage latéral.

Lorsque le patient présente des signes parodontaux, le diagnostic se fait à partir de la radiographie – qui permet d'objectiver la lésion parodontale – et à partir des tests cliniques de vitalité pulpaire, avec une préférence pour le test électrique et le sondage parodontal. La difficulté est d'établir le diagnostic différentiel entre une lésion d'origine endodontique, une maladie parodontale et une fêlure radiculaire.

Lorsqu'une fêlure ou une fracture radiculaire est mise en évidence, le traitement consiste à extraire la dent le plus rapidement possible, avec pour seul objectif la préservation du capital osseux en vue de son remplacement. ■



Fêlure coronaire mésio-distale.



Test de morsure.



Mise en évidence de la fêlure par transillumination.



Signes parodontaux associés à une fracture corono-radicaulaire.



CLAUDE LAUNOIS

Couronne céramo-céramique : la panacée ?



Préparation type d'une incisive pour CCC.



Exemple de chape zircone correcte avec épaulement externe.



Incisive centrale reconstruite par inlay-core.



Rendu esthétique après assemblage d'une CCC base zircone.
Réalisation prothétique : Hervé Maréchal, laboratoire De Bucca Solis.

DANS LE CADRE de nos réalisations prothétiques, les couronnes céramo-métalliques (CCM) rendent encore de nombreux services. Toutefois, dans certaines circonstances, l'armature métallique peut être visible et des phénomènes de corrosion peuvent se produire. La céramique réduisant l'accumulation bactérienne est parfaitement tolérée par le parodonte et l'intégration biologique n'en est que meilleure. Depuis plus de 20 ans, de nouvelles céramiques plus résistantes sont apparues : céramique alumineuse, céramique renforcée à la leucite ou au disilicate de lithium et enfin zircone. Les procédés d'élaboration ont également beaucoup évolué. Le procédé de la cire perdue adapté à la pressée de la céramique et le développement exponentiel de la FAO contribuent au développement des procédés « *tout céramique* », lesquels permettent de traiter presque toutes les situations cliniques.

La réalisation d'un joint céramique-dent dans le cas d'une CCM est difficile et délicat. La couronne céramo-céramique (CCC) représente une simplification appréciable avec la certitude d'une adaptation cervicale inégale. La CCC se décline dans toutes les familles de céramique, pressée, base zircone par CFAO, alumine. Pour les confrères restés fidèles à la CCM, elle présenterait trop de risque de fracture de la base et de la céramique cosmétique. La CCC est exigeante et ne pardonne pas l'approximation lors des différentes étapes de sa réalisation.

Les paramètres de réussite des CCC concernent la forme de la préparation et le protocole d'assemblage de ces éléments. La qualité des préparations est essentielle, et la réussite est assurée par le respect des critères suivants :

- une limite cervicale avec un profil de congé rond ;
- une profondeur de la limite cervicale adaptée aux contraintes mécaniques du matériau de base choisi, de l'ordre de 1,2 mm à 1,5 mm ;

- une réduction axiale respectant l'inclinaison des différents pans de la dent afin d'obtenir une épaisseur de céramique uniforme sur toutes les parois de la couronne ;
- une absence totale d'angles aigus pouvant engendrer des fêlures sources de fractures ;
- une convergence des parois axiales de l'ordre de 10° facilitant la fabrication par FAO et garantissant une fixation optimale (photo 1). La conception de la chape est l'autre paramètre essentiel de pérennité des CCC. La céramique cosmétique aux valeurs mécaniques faibles, de l'ordre de 80 à 100 MPa, mais très résistante en compression, doit être obligatoirement soutenue par un épaulement externe sur toute la périphérie (photo 2). Les supports dentaires sont très différents. La teinte de la dentine peut être peu ou très saturée. La reconstitution coronaire peut être réalisée par matériaux plastiques de teinte identique à la dentine ou par inlay-core métallique de teinte grise, jaune ou céramisé (photo 3). Le comportement lumineux des différentes céramiques doit être pris en compte lors des réalisations prothétiques. Les céramiques renforcées déclinées dans différentes opacités et translucidités sont conseillées pour des restaurations sur dents antérieures et prémolaires pulpées ou reconstruites avec des matériaux de couleur dentine. Les CCC sur base alumineuse ou de zircone pratiquement opaques peuvent être utilisées dans toutes les situations cliniques. Concernant la fixation, les couronnes « *tout céramique* » élaborées avec des céramiques renforcées pressées présentent des phases vitreuses propices au collage après mordantage à l'acide fluorhydrique. Un assemblage par utilisation d'un adhésif M & R associé à une colle fluide est recommandé. Les autres céramiques de haute résistance ne pouvant être mordancées, elles sont assemblées indifféremment avec un verre ionomère modifié à la résine, avec des colles auto-adhésives ou au moyen de matériaux à pouvoir adhésif tels que le Super Bond ou le Panavia (photo 4). ■

L'esthétique en dentisterie quotidienne

L'IMPORTANCE DE L'ESTHÉTIQUE dans la pratique quotidienne est considérable. Entre la fracture coronaire d'une incisive centrale, l'analyse d'un sourire ne satisfaisant plus le patient et une demande de blanchiment, pour ne citer que quelques exemples, nous ne pouvons pas nous contenter d'une seule attitude. Notre arsenal thérapeutique étant considérable, de la restauration par composite à la réalisation de facettes ou de couronnes périphériques, nous devons choisir la solution la mieux adaptée *a minima*. Dans les situations où les références esthétiques cliniques sont partiellement conservées (telles que les fractures coronaires), l'élaboration de composite stratifié ou la réalisation de facette avec ou

sans préparation minimale sont conseillées (photos 1 et 2).

Dans les situations cliniques où les références esthétiques sont à modifier ou perdues (photo 3), l'étape des provisoires ou l'élaboration de « masques » est indispensable. Réalisés selon les critères de référence d'un sourire harmonieux (longueur et diamètre des dents, forme, position, ligne du sourire, etc.), ceux-ci permettent au patient de visualiser son futur sourire, de le tester, de se rassurer et, enfin, de le valider. La réalisation prothétique finale exploite ces données validées et s'en trouve facilitée. Les étapes d'essais esthétiques sont réduites et les sources de conflit diminuées. ■



Incisives centrales fracturées reconstruites par composite.



Dents reconstruites par facettes de céramique collées. Rendu final.

Inlays, onlays et overlays esthétiques : quel choix ?

LES INLAYS, ONLAYS ET OVERLAYS esthétiques font partie de notre arsenal thérapeutique. Ils sont la base de la dentisterie restauratrice, en lieu et place des amalgames. Ils sont également indispensables dans les réhabilitations occlusales avec augmentation de la DVO et s'avèrent très utiles en prothèse fixée comme ancrages partiels de bridge dans les secteurs antérieurs et prémolaires. Le choix du matériau céramique ou composite est toujours délicat. Il se pose essentiellement en dentisterie restauratrice pour des raisons esthétiques, biologiques, mais surtout mécaniques afin d'éviter tout risque de fracture dentaire. L'inlay ne doit pas jouer un rôle de coin. Les cavités doivent être plus larges que profondes et ne pas présenter d'angles vifs.

Dans le cas de fêlure risquant de se transformer en fracture profonde, la cavité doit être aménagée de façon à créer par l'onlay un effet de cerclage des parois. Ce risque de fracture concerne également le matériau de

restauration. Il sera évité si la préparation dentaire permet de respecter les contraintes du matériau. L'épaisseur minimale doit être de 1,2 mm à 1,5 mm, de 2 mm pour les cuspidés d'un onlay et être la plus régulière possible grâce à la mise en place d'un fond cavitaire en verre ionomère (photo 1).

Le mode d'élaboration, artisanale ou par FAO, intervient également dans la mise en forme de la cavité dentaire. Pour la FAO, la conicité des parois axiales doit être plus grande. Le mode de fixation, que ce soit un inlay composite ou céramique est le même : le collage. Dans le cas d'une exposition dentinaire de grande étendue, un collage utilisant un adhésif Sam associé à une colle est préférable. L'imprégnation des boues dentinaires par l'adhésif automordançant réduit les risques de sensibilité postopératoire (photo 2). Dans le cas d'un overlay à fixer sur une surface dentaire composée principalement d'émail, un adhésif M & R associé à une colle duale est conseillé. ■



Préparations pour inlays céramiques. Sur 34, absence de fond de verre ionomère.



Inlays collés. Pour 34, absence de mordantage. Collage avec adhésif Sam et colle duale.



PHILIPPE VIARGUES

Parodonte : greffes épithélio-conjonctives et de conjonctif enfoui

LA PEUR DE PERDRE SES DENTS ou le sentiment d'un sourire peu esthétique amène beaucoup de patients présentant des récessions gingivales à consulter. De plus, il est à présent acquis que le renforcement parodontal préprothétique est souvent une nécessité. Ce sont, entre autres, les raisons qui ont porté le développement des techniques de greffes gingivales, qui furent d'abord épithélio-conjonctives. Bien que souvent délaissées au profit des greffes de tissu conjonctif enfoui, elles conservent encore aujourd'hui un certain nombre d'indications.

Les greffes épithélio-conjonctives doivent toujours – comme toutes les interventions de chirurgie plastique parodontale – être précédées d'une phase de préparation initiale. Elles restent l'indication majeure quand il s'agit d'apporter du tissu kératinisé en hauteur et en épaisseur. L'un des inconvénients de cette technique est l'obtention d'un résultat peu esthétique. Or la majeure partie des indications de recouvrement des récessions est d'ordre esthétique. C'est pourquoi, face à une récession gingivale, l'indication des greffes épithélio-conjonctives se pose aujourd'hui essentiellement à la mandibule, qui concerne des zones peu ou pas visibles.

En présence de poches parodontales, les techniques de déplacement apical des lambeaux sont préférables. Afin de pallier ces mauvais rendus esthétiques et augmenter la fiabilité des résultats dans

les techniques de recouvrement, l'utilisation des greffes de conjonctif enfoui s'est développée. Ces types de greffes, associées ou non à des déplacements de lambeaux, coronaires ou latéraux, sont de plus en plus souvent utilisés. L'ensemble des études cliniques ou des différentes revues systématiques de la littérature concernant ce sujet montre la supériorité des techniques de conjonctif enfoui par rapport à tous les autres procédés de recouvrement radiculaire. Les modifications apportées par les techniques d'enveloppe et de tunnélisation améliorent encore les résultats esthétiques.

Ces techniques, très « opérateurs dépendantes », demandent une bonne connaissance des règles essentielles qui régissent la chirurgie plastique parodontale. Une fois ces règles acquises et après une phase d'apprentissage indispensable, ces techniques de greffe de conjonctif enfoui apportent aux praticiens et aux patients une très grande satisfaction. Il faut être prudent quant aux indications, respecter les règles de base, savoir que les résultats chez les fumeurs semblent moins prévisibles et éviter de commencer par les secteurs antéro-supérieurs où les conséquences en cas d'échec peuvent être délicates à gérer. Une bonne connaissance de l'anatomie de la voûte palatine, lieu de prédilection pour les prélèvements, est également indispensable afin d'éviter tout risque hémorragique. ■



Récession postorthodontique (1992).



Résultat post-opératoire après 8 ans.



Cas avant traitement (décembre 2005).



Limites juxtagingivales (septembre 2009) après greffe de conjonctif enfoui par tunnélisation.

Esthétique et biologie parodontale : les rapports parodonto-prothétiques



Cas avant traitement (avril 2006).



Limites supragingivales (février 2011)
après traitement céramo-céramique 21
et facette céramique 22.



Scellement de 3 éléments céramo-
métalliques. Limites supra
ou juxtagingivales, embrasures ouvertes
6 mois après une greffe de conjonctif.



Résultat après 3 ans.

LA SANTÉ PARODONTALE est l'un des facteurs clés de la réussite esthétique de la prothèse fixée. Celle-ci ne peut s'envisager qu'en présence d'un parodonte sain ou assaini. Mais, aussi bien faite soit-elle, une prothèse fixée constitue toujours un facteur perturbant pour le parodonte. Afin d'assurer la pérennité temporelle ou esthétique des reconstructions prothétiques, il est indispensable d'intégrer un certain nombre de réflexions et de choix à nos décisions thérapeutiques.

Au-delà de la forme ou de la teinte d'une dent prothétique, le rendu esthétique est directement lié à l'absence d'inflammation et à la présence des papilles interdentaires. La tendance de la prothèse actuelle est nettement orientée vers la recherche d'un rendu esthétique maximal, quitte, parfois, à sacrifier certains des principes biologiques chers aux parodontistes. Quand ces conditions ne sont pas remplies, toutes les concessions à la biologie se traduisent par une augmentation du risque de développement d'une pathologie parodontale et, à court terme, par la perte du rendu esthétique qui a motivé lesdites concessions. Le respect de la biologie et de son corollaire – éviter toute source d'inflammation gingivale – permet d'obtenir un résultat au moins aussi satisfaisant et bien plus fiable dans le temps.

Le parodonte superficiel est extrêmement fragile et tout ce qui peut le protéger ou au moins le préserver est à considérer. La première réflexion à prendre en compte concerne la position des limites de préparation. Selon les études les plus récentes, la zone où se situent

habituellement les limites de préparation n'est visible qu'au niveau antéro-supérieur et chez 20 % de la population, même en présence d'un sourire forcé. Face à cette statistique, il est légitime de se poser la question du choix de la position des limites de préparation. Pourquoi enfouir les limites de préparation dans le sillon quand il n'y a aucune obligation de le faire, en sachant que cela ne présente que des inconvénients (agression du sillon et parfois du système d'attache, préparations plus délicates, empreintes plus difficiles et adaptation plus difficilement contrôlable) ? De plus, il est acquis qu'avec les procédés céramo-céramiques, les limites juxtagingivales offrent le même rendu esthétique.

A contrario, ces mêmes études montrent que les embrasures et les papilles sont, quant à elles, visibles dans 80 % des cas. C'est pourquoi la gestion des embrasures reste une question majeure pour l'obtention d'une esthétique correcte. Les solutions proposées, à la suite des travaux de Tarnow, sont fondées sur une idée fautive et ont pour résultat l'obtention d'une papille le plus souvent inflammatoire. Malheureusement, l'échec de toutes les techniques afin de recréer une papille saine oblige dans ces cas à certains compromis. Mais, compromis ne signifie pas « *n'importe quoi* »... La mesure reste de rigueur si l'on souhaite conserver une approche biologique de l'esthétique en prothèse fixée. Tout patient, toute bouche, toute dent sont différents. Chaque cas est un cas particulier et doit donc être abordé en tant que tel. ■



MARC
ROCHÉ

Pourquoi les copings en PAP ?

LORS DU DIAGNOSTIC et avant toute décision thérapeutique irréversible d'avulsion, il y a lieu d'étudier les conditions d'équilibre de la future prothèse amovible à châssis métallique. En effet, des racines courtes ou au faible support paradontal, protégées par une chape métallique (ou *coping*), peuvent encore être conservées sous une prothèse amovible partielle (PAP) en ayant le meilleur des rapports bénéfice/coût. Ces *copings* donnent un complément de sustentation et, par voie de conséquence, de stabilisation à une PAP, tout en conservant une certaine proprioception. Isolés dans le secteur antérieur, ceux-ci permettent d'améliorer l'esthétique. Ne participant pas directement à la rétention, les racines sont moins sollicitées que par un attachement axial.

La déstabilisation mécanique de la dent, support de crochet, est en rapport avec les forces transmises lors de la fonction par le biais de l'occlusion, d'une part, et par celles transmises lors des manœuvres d'insertion et de désinsertion prothétique, d'autre part, surtout quand un axe d'insertion commun à toutes les dents supports de crochets ou d'attachements n'a pas été sélectionné et matérialisé. Le modelé des logettes occlusales doit être tel que les forces occlusales soient dirigées vers le centre des dents selon leur axe longitudinal.

Cela étant, seules les cuspidées – prémolaires et molaires – présentent des surfaces occlusales horizontales offrant cette possibilité. Ainsi, la sustentation d'une prothèse est obtenue par la répartition des appuis dentaires selon un quadrilatère d'équilibre qui permet d'éviter

les mouvements de rotation générateurs de forces obliques nocives pour les dents supports de crochets. Des *copings* sur des racines de deuxième molaire ou de prémolaire peuvent compléter ce quadrilatère. Une canine peut assurer la rétention par le biais d'un bras de crochet vestibulaire, et un *coping* placé sur une racine de première prémolaire permet une sustentation efficace qui soulagera d'autant le groupe incisivo-canin de ce rôle.

La verticalisation des forces est également optimale lorsqu'un guidage occlusal permet la verticalisation finale du cycle masticatoire. Dans le cas contraire, les forces obliques seront plus intenses et le *coping* constitue alors un moyen plus efficace qu'un attachement axial pour limiter les forces obliques transmises aux racines.

À une époque où les paradigmes évoluent du fait de l'apport de la dentisterie adhésive et de l'implantologie, il est intéressant de resituer l'apport de moyens éprouvés, tels que les *copings*, dans le traitement des édentements par la PAP. Ainsi, certains auteurs préconisent à présent l'ajout stratégique de fausses racines pour améliorer le pronostic du traitement de certains édentements. Ces implants peuvent recevoir une couronne support de crochet dans les cas d'espace prothétique faible et quand le calage occlusal doit être renforcé, un attachement axial quand un besoin de rétention et l'esthétique l'imposent ou encore servir de *copings*. Leurs indications relèvent des mêmes principes sur dents naturelles ou sur implants. ■



Motif de la consultation pour cette patiente de 50 ans : « Tout tombe ! » Des bridges extensifs laissent les racines de 47, 46 et 44...



... Et les racines de 37 et 35. 33 est vivante, et 38 égressée.



Les copings sur 35, 44 et 47 et la couronne sur 37 assurent la sustentation.



Prothèse en place.

Réalisation pratique des orthèses d'avancée mandibulaire (OAM)

LA PRISE EN CHARGE des syndromes d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (Sahos) relève de la pluridisciplinarité, et le chirurgien-dentiste est sollicité pour prendre une place dans l'équipe soignante tant dans la détection des Sahos que dans leur traitement. Détection car notre profession est en première ligne lors de l'examen clinique, en particulier lors de l'examen endobuccal pour suspecter des signes évocateurs de cette pathologie. Traitement puisqu'il relève des compétences du chirurgien-dentiste de procéder à la réalisation des OAM qui constituent l'une des propositions thérapeutiques. Ces compétences ont été reconnues au travers des conditions de remboursement des OAM inscrites à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) de la sécurité sociale, conditions qui imposent qu'un chirurgien-dentiste procède à un examen clinique initial et à des contrôles tous les six mois.

En revanche, dans le nouveau contexte créé par l'inscription à la LPPR de l'OAM ResMed-Narval (*photo 1*), puis des OAM Orthosom et Tali, il est nécessaire d'insister sur la relation de collaboration que le chirurgien-dentiste doit instaurer avec le médecin prescripteur de l'OAM. Le médecin spécialiste du sommeil, l'ORL ou le pneumologue a compétence à diagnostiquer un Sahos et à poser l'indication de la réalisation d'une OAM après la mise en œuvre d'arbres décisionnels qui font consensus. Dans son courrier, il doit donner un certain nombre de renseignements (présence d'un obstacle vélaire, rétro-basi-lingual, etc.) qui résultent de l'examen clinique et des éventuels traitements effectués précé-

demment (échec de pression positive continue, chirurgie du voile et des cornets, des amygdales, etc.). Puis il doit interroger sur la possibilité de réaliser une OAM en laissant au chirurgien-dentiste la possibilité de contre-indiquer sa réalisation ou de choisir une OAM non inscrite à la LPPR.

Les contre-indications sont liées, par exemple, à un nombre de dents ou à un support parodontal insuffisants, notion que seul le chirurgien-dentiste est à même d'apprécier en présence du patient tant les exceptions au nombre de six à huit dents (le plus souvent recommandé pour supporter une OAM) infirment cette règle. Des cas cliniques sont montrés dans lesquels trois dents supports d'une prothèse amovible partielle au maxillaire (*photo 2*) et un édentement complet maxillaire (*photo 3*) relativisent cette recommandation. L'indication du type d'OAM dépend de l'importance de la propulsion maximale active, de la classe squelettique, du volume de la langue, du type de respiration (buccale ou mixte), des parafunctions, de l'état de la musculature...

Dans environ 70 % des cas, le choix se portera sur l'OAM bibloc à bielles de Herbst (*photo 4*) à laquelle sera parfois ajoutée une enveloppe linguale. Dans les 30 % restants, le choix portera sur une OAM inscrite à la LPPR ou sur une OAM monobloc pourvue d'un étui lingual.

En tout état de cause, jamais il ne faudra accepter que la prescription médicale inclue la prescription du type d'OAM, dans la mesure où elle relève de la compétence et de la responsabilité du chirurgien-dentiste et non de celle du médecin et du prestataire qu'est le laboratoire. ■



Orthèse ResMed Cad-Cam.



Essayage des gouttières.
Seules 17, 23 et 27 subsistent.



OAM monobloc à étui lingual dans un cas d'édentement unimaxillaire supérieur.



Orthèse d'avancée mandibulaire bibloc à bielles de Herbst.

TP orthèses, chirurgie parodontale : découvrir, comprendre et maîtriser



Pour la première fois, la SOP avait décidé d'organiser deux TP dans le cadre de son voyage-congrès à Maurice.

« J'N'AVAIS PAS MESURÉ COMBIEN CERTAINS patients pouvaient être handicapés par les Sahos, affirme Vincent Bourgault, chirurgien-dentiste mauricien. Cette approche pratique m'a permis de démythifier la réalisation des orthèses, dont les différents modèles me semblaient très complexes. » L'objectif clinique de ce TP, animé par Isabelle Buchet et Marc Roché, consistait à maîtriser toute la chaîne de réalisation des orthèses, de la clinique jusqu'au laboratoire. Avec une marque de fabrique : la convivialité. Une fois les fondamentaux rappelés grâce à un QCM, l'étape suivante a consisté dans l'utilisation d'un articulateur semi-adaptable et d'un arc facial. Puis, en binôme, les participants ont mené en bouche la mesure de la propulsion maximale active (PMA) afin de la corrélérer aux avancées du modèle mandibulaire réalisées sur articulateur. L'avancée est ensuite comparée avec et sans gouttières. Patrice Yan Luk, orthodontiste mauricien participant au TP explique :

« Nous maîtrisons déjà les principaux gestes – prise d'empreinte, mise en articulateur, thermoformage, adjonction de résine... –, et ce TP nous apporte l'expertise qui nous manquait. J'ai maintenant envie de faire une orthèse pour mon premier patient, c'est-à-dire moi-même ! »

Les essayages des gouttières sur l'articulateur, considéré comme fantôme pour cette activité, sont l'occasion de visualiser le contact postérieur inévitable établi par les gouttières quand elles recouvrent toutes les dents afin d'éviter d'éventuelles égressions. Selon Danielle Bazire, autre participante : « Pour la majorité d'entre nous, Mauriciens, ce TP est l'occasion de nous familiariser avec l'orthèse dentaire. Ce type de prestation ne se pratique pas encore dans nos cabinets. »

Par retouche du contact postérieur et adjonction de résine au niveau antérieur, les participants procèdent à l'équilibrage des gouttières. Les manipulations suivantes concernent la titration avec les bielles de Herbst.

Un film vidéo décrit la réalisation des orthèses monoblocs à étui lingual, puis des empreintes de langue sont réalisées sur fantômes à l'aide d'un porte-empreinte

spécifique. Cette empreinte est ensuite traitée jusqu'au thermoformage d'une enveloppe linguale à coller sur la gouttière mandibulaire de l'orthèse bibloc à bielles de Herbst. Imprévu du TP : l'échec du thermoformage en raison de l'incompatibilité de matériels apportés de France et ceux fournis sur place ! L'essentiel est néanmoins bien intégré. Et, alors que l'heure de la fin des travaux pratiques a sonné depuis longtemps, les responsables du TP répondent dans une ambiance très confraternelle aux dernières questions. ■

Greffes et convivialité

2 h 30 de TP pour connaître les gestes principaux en matière de greffe épithélio-conjonctive et de conjonctif enfoui.

La vingtaine de praticiens mauriciens qui aura participé au deuxième TP de la SOP, animé par Philippe et Françoise Viargues, n'aura pas été déçue. Dans une ambiance « très détendue » mais aussi « très studieuse », les participants auront pu se familiariser avec cette technique de greffe, grâce à la mise à disposition de mâchoires animales.