

# SOP

Le  
journal  
de la

LA FORMATION CONTINUE

DE L'OMNIPRATICIEN



DU 17 AU 27 AVRIL 2009

## 9<sup>es</sup> journées de la SOP à l'Île Maurice



Formation SOP  
10 mars 2009  
**Couronne céramique :  
peut-on s'affranchir  
du métal?**



Formation SOP  
1<sup>er</sup> octobre 2009  
**Passez de la théorie  
aux travaux  
pratiques !**

# LABOCAST®

**AFFIRMONS, CHAQUE JOUR, NOTRE IDENTITÉ.**

**PROXIMITÉ**

**HUMANITÉ**



**[www.labocast.com](http://www.labocast.com)**

46-56 rue des Orteaux 75020 Paris

Fax : (+33) 1 53 38 64 86 • E-mail : [labocast@labocast.fr](mailto:labocast@labocast.fr)

**N°Azur 0 811 115 000**

## TRAÇABILITÉ

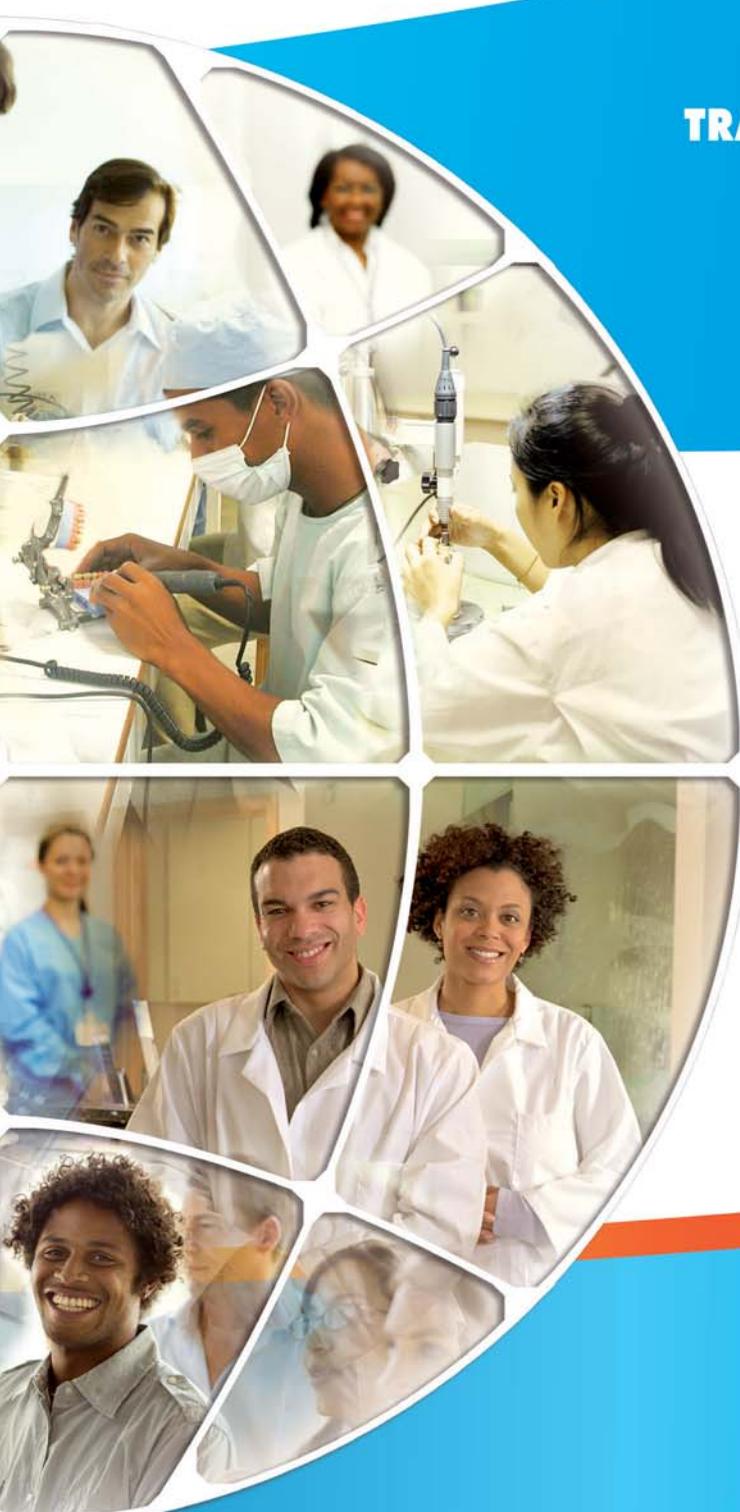
## QUALITÉ

Nous vous délivrons, à chaque commande :

- Une déclaration de conformité
- Une fiche de traçabilité où figurent les matériaux utilisés et leur code CE, les numéros de lots, le nom et la nationalité du fabricant

Nous tenons à votre disposition :

- Une fiche de sécurité
- Une fiche de composition des matériaux



LABOCAST®

La gamme la plus complète  
de prothèses dentaires

# En 2009, devenez membre de la SOP pour 90 €



## 6 raisons d'adhérer à la SOP :

- Recevez en **cadeau** une **clé USB** de 1 Go à retirer lors d'une journée SOP en 2009
- Une remise de **60 €** pour chaque journée de formation de la SOP\*
- Pack 3 formations à **740 €** : économisez jusqu'à 220 €
- Des promotions **exclusives** de nos partenaires
- L'**abonnement** à la Revue d'odonto-stomatologie (trimestriel scientifique bilingue)
- Un service d'**assistance téléphonique**



\* Une remise est également appliquée aux formations des associations membres de la Fédération des sociétés scientifiques odonto-stomatologiques de l'Île-de-France (FSSOSIF).

### Bulletin d'adhésion 2009

À retourner dûment complété et accompagné  
de votre chèque libellé à l'ordre de la SOP à : OU  
SOP - 6, rue Jean-Hugues - 75116 Paris  
Internet : [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr) - E-mail : [secretariat@sop.asso.fr](mailto:secretariat@sop.asso.fr)  
Renseignements : 01 42 09 29 13 - Fax : 01 42 09 29 08



Nom : ..... • Prénom : .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... • Code Postal : .....  
Tél. : ..... • Adresse e-mail : .....

- Cotisation 2009 : 90 €  
 Pack 3 journées 2009 : 740 € (cochez 3 cases)  Mars  Juin  Octobre (TP)  Octobre  
(non remboursable - possibilité de reporter une séance dans l'année)

## FORMATIONS SOP 2009



### > Couronnes céramiques : peut-on s'affranchir du métal?

**mardi 10 mars de 9h à 18h**  
Bulletin d'inscription : p. 11



### > Voyage-congrès île Maurice du 17 au 27 avril 2009

Bulletin d'inscription : p. 14

### > Implant et omnipratique

**jeudi 18 juin de 9h à 18h**

### > Travaux pratiques

**jeudi 1<sup>er</sup> octobre de 9h à 18h**  
Bulletin d'inscription : p. 23

### > L'occlusion sans douleur

**jeudi 15 octobre de 9h à 18h**

## ACTUALITÉS

p. 9 à 19

- Matériaux céramo-céramiques : « Doter le praticien de repères fiables »
- Le programme scientifique des 9<sup>es</sup> Journées dentaires de l'île Maurice
- Formation continue odontologique : entre incertitude et menaces...
- La SOP à l'ADF : science, convivialité et tombola!
- Laëtitia Heuzé, lauréate du prix SOP 2008 de l'Académie

## PRATIQUE

p. 21 à 25

- Système ProTaper® : maîtriser l'enjeu de la mise en forme canalaire
- Facettes de céramique collées : adapter sa préparation au cas clinique
- Exploiter la couronne provisoire jusqu'à ses limites

## L'HISTOIRE CLINIQUE

p. 26

- Jean-Claude Harter : « Pourquoi j'ai jeté mon iconographie clinique aux oubliettes »

### Les rendez-vous de la formation continue odontologique

## Une formation sur les fêlures et fractures verticales

p. 29

- Journée « Fêlures et fractures » : les raisons d'un succès
- Diagnostiquer les fêlures et les fractures dentaires verticales
- Traiter les fêlures coronaires verticales
- Fêlures, occlusion et patients bruxistes
- Bruxisme : gestion des facteurs de risque et prévention des fractures
- Diagnostiquer et prévenir les fractures radiculaires verticales
- Gérer les conséquences parodontales des fractures radiculaires

## BILLET D'HUMEUR

p. 42

- Une Amérique à facettes multiples!

## LE CLUB DES PARTENAIRES

Acteon group – AIREL – AMPLI – Belmont – BISICO France – CNQAOS – CdP Editions : Wolters Kluwer – CODIMED – COLTENE WHALEDENT – DEGRE K – DHT - Dental Hi Tec – DENTSPLY France – DISCUS DENTAL France – ELSODENT – EMS FRANCE – EUROTEC DENTAL - ADEC – FABHER – FC Medical Device – FKG Dentaire – GACD – GC France – GENERIQUE INTERNATIONAL – HENRY SCHEIN FRANCE – IMHOTEA – ITENA Clinical – IVOCLAR VIVADENT France – KAVO DENTAL France – KERR France – KOMET FRANCE – KREUSSLER Pharma – LABOCAST – LABORATOIRE CRINEX – LABORATOIRES EXPANSCIENCE – Laboratoires GABA – MACSF – Made in Labs – McNeil SGP – MEGA DENTAL – NICHROMINOX – NOBEL BIOCARE FRANCE – NSK France – PIERRE FABRE ORAL CARE – PRED – PROMODENTAIRE – PROTLAB – QUICK DENTAL - S.L.B.D. – SEPTODONT – SIRONA DENTAL SYSTEMS – STRAUMANN France – SUNSTAR MEDICADENT PHARMADENT – VET Microscopie Dentaire – ZIMMER DENTAL

## LISTE DES ANNONCEURS

Annuaire Dentaire	p. 36
Bisico France	p. 36
CNO - Lorraine	p. 20
CNQAOS	p. 39
Dentsply France	p. 06
FKG Dentaire	p. 08
GC France	p. 20
Kreussler Pharma	p. 17
Labocast	pp. 02 - 03
MACSF	p. 44
Protilab	p. 43
SOP	p. 04
Sunstar France	pp. 15 - 28

# DENTSPLY

INNOVE



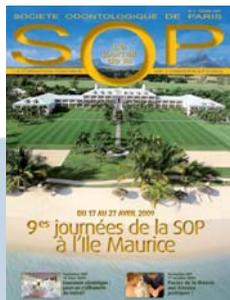
## SmartCem™ 2

Ciment-résine auto-adhésif

La combinaison parfaite  
d'un collage pratique et puissant.



Vous recherchez un ciment  
**pratique** et **performant**.  
Vous aimerez alors la phase gel,  
la seringue **auto-mélangeuse**  
et la force d'adhésion de  
SmartCem™2.



**Société odontologique de Paris**  
6, rue Jean-Hugues  
75116 Paris  
Tél. : 01 42 09 29 13  
Fax : 01 42 09 29 08  
**Tirage et diffusion :**  
40 000 exemplaires  
**Abonnement 1 an**  
(10 numéros) : 10 euros  
**Prix au numéro :** 1,55 euro

**Rédacteurs en chef :**  
Marc Roché, Meyer Fitoussi  
**Rédacteur en chef adjoint :**  
Gérard Mandel  
**Directeur de la publication :**  
Philippe Chalanset  
**Comité éditorial**  
Yvan Bismuth  
Corinne Touboul  
Dominique Martin  
Philippe Safar  
Bernard Schweitz  
**Conception, réalisation :**  
Texto Editions  
**Maquette :**  
Carine Montañier  
**Photos :**  
Fotolia : pp. 1, 11  
Gérard Mandel : pp. 18, 19, 30, 31,  
32, 33, 34, 35, 37, 38, 40 41, 42  
Sébastien Nardot : pp. 21, 22, 23  
DR : pp. 7, 9, 12, 19, 24, 25, 26

**Internet :** www.sop.asso.fr  
**Secrétariat :**  
secretariat@sop.asso.fr  
**Présidence :**  
president@sop.asso.fr  
ISSN : 1285-3933

**Régie publicitaire :**  
Philippe Chalanset  
La Ngampis-Six  
01 42 09 29 13  
ngampis.six@sop.asso.fr

**Impression :** ACTIS  
16-18, quai de la Loire  
BP 294 – 75921 Paris Cedex 19



Philippe Safar

## Nouvelles voies

La crise économique et financière est là, bien présente dans nos esprits et dans les faits. Les médias ne manquent d'ailleurs pas de nous le rappeler. Et pourtant, le congrès de l'Association dentaire française (ADF), à la fin du mois de novembre dernier, donnait l'impression de faire partie d'un monde à part, coupé des réalités économiques. Le foisonnement des rencontres scientifiques, le niveau des communications, la qualité des échanges, la multitude des intervenants, l'afflux des participants aux séances de travail, l'augmentation du nombre des exposants et des visiteurs, la multiplicité des stands et la grande diversité des matériels exposés, tout donnait à penser que cette ruche de professionnels avait en cet instant une vitalité décuplée qui résistait à la morosité ambiante. Tout se passait comme si, dans une miraculeuse euphorie, la profession avait suspendu le temps pour manifester le besoin de se retrouver, pour se serrer les coudes dans l'adversité et ne rien laisser transparaître de ses soucis au quotidien.

Il est vrai que l'exercice de cette profession, hors de son contexte sociétal, est particulièrement enthousiasmant car il touche à une telle diversité de domaines qu'il ne laisse pas indifférent.

L'évolution inéluctable de la CFAO naissante en matière de prothèse, les améliorations constantes apportées aux colles dont on a longuement vanté l'apport révolutionnaire dans la dentisterie restauratrice, l'irruption d'une implantologie orale et d'une parodontologie de plus en plus fondées sur la connaissance de la biologie, les préoccupations médicales nouvelles liées aux stratégies thérapeutiques de lutte contre le diabète, le surpoids et la nutrition déséquilibrée, la biomédecine enfin : toutes ces disciplines ouvrent de nouvelles voies à notre pratique. Elles montrent, à travers des ouvertures sur un monde en repli, que notre profession est douée d'une vitalité insoupçonnée, et que, justement, la pression sociale peut être gommée, au moins dans nos consciences.

De toute évidence, la société donne à penser que la crise est grave et durable. Mais assister à des manifestations comme celle de l'ADF ou de toute autre manifestation importante de formation continue procure un désir irrésistible de réagir à cet environnement prophétique paralysant. Et il nous paraît indispensable d'y participer, ne serait-ce que pour trouver en soi des raisons d'apprendre et de se nourrir des changements.

« LE FOISONNEMENT DES ÉVOLUTIONS LIÉES À NOTRE PRATIQUE MONTRE, À TRAVERS DES OUVERTURES SUR UN MONDE EN REPLI, QUE NOTRE PROFESSION EST DOUÉE D'UNE VITALITÉ INSOUÇONNÉE. »



# LES OUTILS DU SOURIRE

Traitement du canal en rotation continue

## FKG RaCe - NiTi



### POINTE DE SÉCURITÉ ARRONDIE

- Guidage parfait de l'instrument



### ARÊTES DE COUPE ALTERNÉES

- Pas d'effet de vissage/blocage



### ARÊTES VIVES

- Efficacité de coupe optimale



### TRAITEMENT ÉLECTRO-CHIMIQUE

- Métal plus résistant à la torsion et à la fatigue



### SAFETY MEMO DISC

- Pour prévenir la fatigue du métal

2 méthodes de travail possibles,  
Crown-Down ou Single-Length,  
avec un seul jeu d'instruments



FKG EasyRaCe

Essayez-les et appréciez  
la différence!

**FKG**  
FKG DENTAIRE  
Swiss Dental Products



## INTERVIEW

# Matériaux céramo-céramiques : « Doter le praticien de repères fiables »

Entretien avec Jacques Déjou, conférencier de la journée de la SOP du mardi 10 mars 2009.



*Jacques Déjou, conférencier de la journée du mardi 10 mars 2009 axera son intervention autour des différents matériaux et de leurs indications.*

**Les cours de matériaux sont réputés rébarbatifs. Comment former et informer sur les nouvelles céramiques sans lasser l'auditoire ?**

On peut faire une réponse en deux parties en commençant par la formation initiale. Les cours de biomatériaux étant programmés en deuxième année, ils ne peuvent pas être ancrés dans des enjeux cliniques. Les étudiants ont à ce stade tout à apprendre et ne savent pas comment relier les informations sur les biomatériaux à l'odontologie clinique. Ils suivent ces cours sans appréhender leur application concrète et n'en voient donc pas tout l'intérêt. Cet enseignement déconnecté de tout contexte clinique est, c'est vrai, vécu et intériorisé comme une matière rébar-

bative. D'ailleurs, les praticiens en exercice gardent eux aussi le souvenir d'une matière ennuyeuse, ce qu'elle n'est évidemment pas car c'est une discipline importante dans l'omnipratique au quotidien. Du coup, la formation continue apparaît comme une deuxième chance pour les praticiens et... pour cette discipline, qui mérite mieux que sa réputation ! Tout l'enjeu, dans le cadre de la journée de la SOP du mardi 10 mars prochain, consistera à resituer la problématique des matériaux dans un contexte clinique. Si vous démontrez que telle propriété a une influence directe sur le choix du matériau, alors les choses deviennent nettement plus intéressantes pour le praticien !

Pour le reste, il convient, devant un auditoire de généralistes, de nettoyer le langage de tout jargon technique, qui n'a aucun intérêt en pratique quotidienne. En résumé, il faut faire simple, mais précis, et établir un lien entre l'information et son application clinique.

**Les praticiens ne sont-ils pas aujourd'hui un peu perdus dans le dédale des matériaux céramo-céramiques ?**

C'est vrai, mais cela n'est pas propre à la céramo-céramique. Se pose ici en réalité la question des biomatériaux en général et de leur utilisation par les services commerciaux des industriels. Qu'est-ce qui complique la compréhension du praticien ? Eh bien, là où il voit parfois deux matériaux différents, il n'en n'existe souvent qu'un seul, mais sous une dénomination commerciale différente. On délivre des appellations distinctes à des matériaux qui sont rigoureusement les mêmes. Par exemple, des céramo-céramiques zircons portent des noms de marque différents alors qu'ils se classent dans la même famille et sous-famille.

**Que faire pour y voir plus clair ?**

Les praticiens disposent généralement de deux sources d'information : la littérature scientifique et les représentants commerciaux des industriels. Bien sou- ...

... vent, l'omnipraticien s'appuie sur la communication des représentants, mais hélas, sans disposer du « *background* » constitué des informations essentielles, nécessaires à la comparaison. Or, le métier des représentants commerciaux ne consiste pas à aider le praticien à comparer. Nous devons donc, dans le cadre de la formation continue, aider le praticien à se doter de repères solides et fiables, basés sur des données scientifiques. Avec ces repères, il est à même de comprendre et de décrypter le discours du représentant pour comparer et faire ses choix. Comment faire le bon choix lorsque l'on ignore, pour ne prendre que cet exemple, qu'il existe trois grandes familles de céramo-céramique – vitrocéramique, alumine et zircone – avec parfois leurs sous-familles ?

**Cette largeur de l'offre n'est-elle pas trop grande aujourd'hui pour qu'une formation d'une journée suffise à maîtriser les choses ?**

Encore une fois, c'est l'offre commerciale qui s'est élargie, pas l'offre réelle ! Le phénomène s'explique d'ailleurs très bien. Les fabricants estiment stratégiquement important de figurer sur ce marché de la céramo-céramique. Il s'agit d'une avancée technique innovante qui donne à l'industriel une identité dynamique, moderne, à la pointe du progrès. C'est cela qui fait la largeur de l'offre avec cette multiplication de dénominations commerciales. Cela étant, je fais le pari que, d'ici à quelques années, ce marché va se structurer et se concentrer avec comme résultat une offre plus « lisible ».

**Nous utilisons les nouveaux matériaux céramo-céramiques motivés par l'espoir de progrès ou d'améliorations liés aux propriétés des matériaux. Quels sont-ils exactement ?**

C'est là tout l'intérêt qu'aura la journée de la SOP. En premier lieu, on verra que ce n'est pas parce que quelque chose est nouveau sur le marché que tout

ce qui est ancien est obsolète ! Mais une fois posée cette réserve majeure, la restauration en céramo-céramique libère le praticien du métal et de ses contraintes, notamment esthétiques.

Schématiquement, la céramo-céramique est moins « mutilante », plus esthétique et, de surcroît, l'on n'est pas exposé au risque – peu fréquent il est vrai – que l'alliage métallique se corrode avec les conséquences que l'on connaît au niveau biologique. L'inconvénient, c'est que la céramo-céramique ne s'improvise pas et qu'elle a un comportement particulier. C'est un matériau résistant, mais il ne peut pas se déformer de manière « plastique » comme le métal. Ces contraintes limitent les indications car tous les problèmes ne sont pas résolus en biomécanique. Ainsi, le praticien trop enthousiaste qui ferait des compromis mécaniques entrerait dans une impasse clinique assurée ! Au total, se libérer du métal constitue un progrès fondamental, mais il existe des contraintes que l'on doit absolument maîtriser.

**Identifiez-vous, dans la communauté des omnipraticiens, beaucoup d'erreurs d'indication ?**

Oui, il existe un nombre significatif d'erreurs d'indication, notamment entre les différentes familles de céramo-céramique. Je l'attribue, pour l'essentiel, à cette forme d'enthousiasme excessif qui accompagne toujours une avancée technique. Là encore, les choses entreront dans l'ordre d'ici à quelques années.

**Quelles réponses concrètes allez-vous apporter au praticien lors de cette journée ?**

Il s'agira, sans détails inutiles, de clarifier les choses, de bien identifier les matériaux et leurs caractéristiques afin de dominer le sujet. L'objectif est limpide : il revient au praticien, qui est le seul responsable, de choisir sa technique et ses matériaux, pas au prothésiste ou au fabricant. ■

→ **Inscrivez-vous !**

**FORMATIONS  
SOP 2009**

**COURONNES CERAMIQUES : PEUT-ON S'AFFRANCHIR DU METAL ?**  
Mardi 10 mars 2009 – Paris 14<sup>e</sup> – Marriott Paris Rive Gauche Hôtel

Bulletin d'inscription et tarifs en **page 11**

# CCC-CCM

## Quelle solution pour quelle indication ?



**MARDI 10 MARS 2009**  
DE 9 H À 18 H

**ATTENTION !** La journée aura exceptionnellement lieu un **MARDI !**

### COURONNES CÉRAMIQUES : PEUT-ON S'AFFRANCHIR DU MÉTAL ?

➔ Le **MARDI 10 mars 2009**,  
remise du prix  
du **Meilleur Jeune Conférencier**  
**SOP – SUNSTAR France**

**60**  
POINTS  
de FCO

En savoir plus  
sur les **CCC**  
et les **CCM** ?  
Lire notre  
dossier dans  
le **JSOP n° 10**  
déc. 2008



**TARIF SPÉCIAL HÔTEL : 180 €**

Offre réservée aux participants :  
180 euros la chambre **single ou double**  
pour la nuit du 9 au 10 mars 2009  
au **Marriott Paris Rive Gauche Hôtel**  
(nombre de chambres limité).  
Contact : service Réservation  
(préciser Journée SOP)  
Tél. : 01 40 78 78 40  
Fax : 01 40 78 78 04

Établir un état des lieux des dernières évolutions de la céramique. Donner à l'omnipraticien les critères de choix entre le tout-céramique et le céramo-métallique, mais également entre les différentes céramiques. Maîtriser les protocoles d'assemblage et connaître précisément les performances comparées des CCC et des CCM. Tels sont les objectifs de cette journée complète autour des couronnes céramiques.

- **Yves Samama** : Le métal, c'est fini ?
- **Jacques Déjou** : Les types de céramiques et leur choix
- **Jean-Pierre Attal et Gil Tirlet** :  
Préparation et assemblage : les deux clés du succès
- **Christian Moussally** :  
CCC-CCM : les performances comparées



#### BULLETIN D'INSCRIPTION

### JOURNÉE SOP DU MARDI 10 MARS 2009

**MARRIOTT PARIS RIVE GAUCHE HÔTEL**  
17, BD SAINT-JACQUES – 75014 PARIS  
à retourner accompagné de votre règlement\* à : OU  
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris

**PAIEMENT EN LIGNE** [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)  
Société  
Odontologique de  
Paris **LE KIOSQUE**

Nom : ..... • Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : ..... • Adresse e-mail : .....

#### \*Tarifs

Inscription – membres SOP et FSSOSIF : 300 € ; autres : 360 €.

Accepteriez-vous que vos coordonnées  
soient communiquées à nos partenaires ?

Oui  Non

Voulez-vous recevoir  
un fichier réduction ?

SNCF  Air France

# Le programme scientifique des 9<sup>es</sup> Journées dentaires de l'île Maurice

Ci-dessous le programme scientifique complet des 9<sup>es</sup> Journées dentaires qui seront placées sous le haut parrainage du ministère de la Santé de Maurice et de l'ambassade de France à Maurice et conduites par le président du Dental Council of Mauritius.



Joël Dubreuil

- Les doléances en prothèse adjointe totale : doléances psychologiques et blessures (1<sup>re</sup> partie).
- L'instabilité ou la perte de rétention des prothèses maxillaire

et mandibulaire et les doléances fonctionnelles : esthétiques, phonétiques et masticatoires (2<sup>e</sup> partie).

Du point de vue du patient, l'échec en prothèse adjointe totale se matérialise par une ou plusieurs doléances non satisfaites. Celles-ci ont toujours pour origine soit une mauvaise évaluation des attentes du patient, soit des imperfections ou des imprécisions cumulées durant les différentes étapes de la réalisation prothétique.

Cette prothèse d'usage a fort heureusement des possibilités d'évoluer et ainsi, dans la grande majorité des situations cliniques, il est possible de transformer un échec relatif en réussite. Encore faut-il évaluer précisément les problèmes de notre patient, lui apporter les meilleures solutions tout en évitant d'en générer d'autres...



Gilles Gagnot

- Surfaçage radiculaire ou désinfection parodontale?

Comment choisir entre deux méthodes de traitement parodontal : le surfaçage radiculaire avec des curettes manuelles ou la désinfection des poches avec l'instrumentation ultrasonore?

L'objectif de la séance est d'illustrer les fondements des deux méthodes, de décrire les protocoles ainsi que l'opposition des procédures et de comparer les résultats cliniques.

- Instrumentation ultrasonore et implantologie.

Les instruments ultrasonores de chirurgie osseuse simplifient et sécurisent les protocoles, ce qui permet un accroissement extraordinaire du nombre de greffes osseuses réalisées par les odontologistes pratiquant l'implantologie. L'objectif de la séance est d'expliquer le fonctionnement de l'instrumentation et les protocoles d'utilisation selon les différentes applications cliniques en chirurgie pré et péri-implantaire.



Catherine Galletti

- La face cachée de l'orthodontie.

La réhabilitation du sourire fait partie des préoccupations majeures de nos patients. Seule ou au travers d'un traitement pluridisciplinaire, l'orthodontie peut y participer. Pour répondre à cette forte demande esthétique, l'orthodontie linguale s'est développée. C'est avec la CFAO, qui touche aujourd'hui bien des domaines, qu'elle a acquis ses lettres de noblesse.

Nous verrons au travers de cas cliniques comment cette technique, considérée il y a peu comme non fiable, tient aujourd'hui ses promesses en répondant à la demande des patients et des praticiens référents.



Éric Hazan

- Plan de traitement en prothèse et parafunctions occlusales : Que faire?

Les parafunctions sont des pathologies de plus en plus souvent rencontrées chez nos patients.

Dès lors, comment les prendre en considération dans nos plans de traitements prothétiques afin de préserver les reconstitutions prothétiques réalisées? Comment prévenir les parafunctions et accompagner nos patients afin de préserver leurs dents fonctionnelles à long terme?

- Réussir sa prothèse en 2009 : les six points clés.

Afin de pouvoir envisager des reconstitutions prothétiques de qualité et qui pourront perdurer, il nous faudra analyser un certain nombre de points indispensables à la réussite de nos prothèses.

Le but de cet exposé sera de proposer une méthodologie afin de réaliser une « *check-list* » prothétique de six points clés essentiels à toute prothèse réalisée.

**En partenariat avec :**  
**Kreussler Pharma**  
**et Labocast**



### Claude Launois

- Les facettes de céramique collées : le « *Step by Step* ».
- Travaux pratiques réalisés sur un modèle pédagogique (*réservés aux consœurs et confrères mauriciens*).

Depuis une vingtaine d'années, les facettes de céramique collées font partie de l'arsenal thérapeutique du chirurgien-dentiste sans pour autant être intégrées dans sa pratique quotidienne. Le bon choix de la céramique, le respect des critères essentiels des préparations, la sélection du matériau de fixation et la maîtrise du protocole de collage constituent les fondements de la réussite dans cette discipline. Tous ces points seront développés au cours de la conférence et une séance de travaux pratiques sera animée à partir d'un modèle pédagogique.



### Patrick Missika

- La collaboration implantologiste-omnipraticien.

Dans le cadre d'un traitement faisant intervenir plusieurs praticiens, la clé du succès réside dans la conception d'un bon plan de traitement minutieusement coordonné, d'une part, et dans la compétence de chacun des intervenants, d'autre part. Une responsabilité commune incombe aux praticiens s'agissant de la conception du plan de traitement, et la responsabilité individuelle de chacun d'entre eux est engagée en ce qui concerne la réalisation de la partie spécifique du traitement qui lui échoit.

- L'incisive centrale supérieure, un challenge en implantologie.

Le remplacement de l'incisive centrale supérieure par une couronne sur implant constitue le traitement le plus élégant mais souvent le plus complexe. En effet, la perte de la dent s'accompagne le plus souvent d'une perte du volume osseux. Afin de respecter les normes optimales de l'esthétique, à savoir l'alignement des collets, la présence des papilles et le profil d'émergence, il sera le plus souvent nécessaire de réaliser une greffe osseuse pré-implantaire ou une mise en place immédiate après extraction. L'évolution du résultat esthétique dans le temps sera analysée car, pour le patient, ce résultat doit être pérenne.



### Marc Roché

- Diagnostic et plan de traitement en prothèse adjointe partielle.

En dépit des apports décisifs de l'implantologie et de la dentisterie adhésive, la prothèse adjointe partielle constitue toujours une alternative thérapeutique qui peut rendre de grands services aux patients. Encore faudra-t-il poser un diagnostic et un pronostic précis s'appuyant sur l'analyse du plan d'occlusion et de l'axe d'insertion.

Cette conférence constituera l'occasion de démontrer qu'il existe un véritable gisement de travaux préparatoires allant des coronoplasties à la chirurgie en passant par la prothèse fixée, qu'il convient de prendre en considération pour garantir le succès thérapeutique à terme.

- Le Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS).

La mise en évidence du SAHOS n'est que d'apparition récente, mais les incidences de ce syndrome sur l'état général sont telles que la communauté scientifique et les pouvoirs publics ont largement encouragé la prise de conscience des patients.

Comment un simple problème local peut-il avoir de telles conséquences générales? Pourquoi les chirurgiens-dentistes sont-ils impliqués dans le traitement des SAHOS? Quelle est leur place dans l'équipe pluridisciplinaire en charge du diagnostic, du traitement et du suivi? Voilà quelques questions autour desquelles un consensus est, à présent, établi.



### Bernard Schweitz

- Préservation du volume tissulaire après extraction.

La cicatrisation après extraction se traduit invariablement par une perte de volume tissulaire, ce qui peut être problématique lors du remplacement de la dent extraite par une restauration implantaire ou une prothèse conjointe. Lorsque la destruction osseuse a affaibli les tables osseuses, l'utilisation d'un matériau de comblement a montré une certaine efficacité pour limiter l'effondrement tissulaire postextractionnel.

Au travers d'illustrations cliniques, nous aborderons les indications et la mise en œuvre de ces matériaux.

- Techniques de recouvrement des récessions gingivales.

Le recouvrement des récessions parodontales est une entité de la notion actuelle de « *chirurgie plastique parodontale* ». Le déplacement coronaire des tissus gingivaux, associés ou non à l'utilisation du tissu conjonctif, a pris la place des greffons épithélio-conjonctifs en raison de leur aspect cicatriciel souvent disgracieux. Nous illustrerons l'aspect technique des prélèvements de tissu conjonctif et de l'utilisation de ces greffons pour le recouvrement des récessions gingivales unitaires et multiples. ■

## DROITS D'INSCRIPTION

Les droits d'inscription, obligatoires pour tous les participants, comprennent :

- La remise du dossier et du badge (congressiste)
- L'accès aux séances scientifiques (congressiste)
- Les pauses café (congressiste)
- Le programme social

### MEMBRES DE LA SOP OU DE LA FSSOSIF

- Congressistes : **410 €**
- Accompagnants et enfants de plus de 15 ans : **310 €**

### NON-MEMBRES

- Congressistes : **490 €**
- Accompagnants et enfants de plus de 15 ans : **390 €**

### Participants hors voyage

(programme scientifique uniquement, avec les pauses café)

- Membres de la SOP ou de la FSSOSIF : **430 €**
- Non-membres : **510 €**

**Minoration  
Vol de jour  
du 26-4-2009  
→ -100 €**

### Enfants :

Les enfants demoins de 15 ans sont dispensés de droits d'inscription mais n'ont pas l'accès au programme social.

**Une compétition de golf et un tournoi de tennis seront organisés sur place.**

## Préprogramme de voyage

- **VENDREDI 17 AVRIL**  
Départ : CDG/Maurice après-midi
- **DU SAMEDI 18 AVRIL AU DIMANCHE 26 AVRIL**  
Séjour à l'hôtel Sugar Beach Resort  
Participation aux 9<sup>es</sup> Journées de chirurgie dentaire à l'île Maurice
- **DIMANCHE 26 AVRIL**  
Retour : Maurice/CDG  
VOL N° 1 : vol de jour arrivée le 26 avril au soir  
VOL N° 2 : vol de nuit arrivée le 27 avril au matin

## TARIFS ET CONDITIONS GÉNÉRALES

Prix par adulte : • Chambre standard double : **2 950 €** • Chambre supérieure double : **3 350 €**  
Suppl. single : **620 €** Suppl. single : **800 €**

### Ces prix comprennent :

- le trajet PARIS/MAURICE/PARIS sur vol régulier direct (classe vacances) • le transfert aéroport/hôtel/aéroport • le séjour à l'hôtel Sugar Beach Resort dans la catégorie de chambres confirmée • les petits déjeuners buffet • les dîners (sans boissons) • les taxes d'aéroport\* • les taxes et services • l'accès à tous les sports gratuits.

**Enfants :** Les conditions pour les séjours des enfants vous seront adressées sur demande. Possibilité de prolongation de séjour : nous interroger.

### Ces prix ne comprennent pas :

les droits d'inscription au congrès, les excur-

sions facultatives, les dépenses d'ordre personnel, les boissons, les repas non mentionnés au programme.

### Annulation

En cas d'annulation, il sera retenu :

- avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009, une somme forfaitaire de 100 € pour frais de dossier ;
- entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> février 2009, une somme équivalente à 30 % du montant total du voyage choisi ;
- entre le 1<sup>er</sup> février et le 25 mars 2009, une somme équivalente à 50 % du montant total du voyage choisi ;
- après le 25 mars 2009, une somme équiva-

lente à 90 % du montant total du voyage choisi.

### IMPORTANT

- \*Les taxes sur les billets d'avion sont actuellement de 270 €. Elles peuvent être modifiées au moment du voyage.
- L'attribution des places d'avion (retour de jour ou de nuit) ainsi que du type de chambre se fera en fonction des disponibilités au moment de l'inscription.

### Organisation technique :

Chaumont Voyages – Lic. 075950311

## bulletin d'inscription

à retourner à : CHAUMONT VOYAGES – M. PERRAULT  
9, route principale du Port – 92638 Gennevilliers Cedex  
Tél. : 01 47 92 22 40 – Fax : 01 47 99 17 50

Je soussigné(e), Nom : ..... • Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... • Adresse e-mail : .....

Accompagné(e) de : Nom : ..... • Prénom : .....

Nom : ..... • Prénom : .....

Nom : ..... • Prénom : .....

**M'inscris aux 9<sup>es</sup> JOURNÉES DE CHIRURGIE DENTAIRE à l'île Maurice**

Je vous adresse ci-joint un acompte de 1 000 € par personne ainsi que les droits d'inscription, soit :

Acompte : 1 000 € x ..... = ..... €

Je désire résider :

en chambre double  en chambre single

En catégorie :

Standard  Supérieure

Je désire participer au tournoi de :

Tennis  Golf

Je désire effectuer le retour en vol de :

Jour  Nuit

### DROITS D'INSCRIPTION

Congressiste membre de la SOP

ou de la FSSOSIF

Congressiste non membre

Accompagnant

x ..... = ..... €

x ..... = ..... €

x ..... = ..... €

**TOTAL** = ..... €

**TOTAL** - ..... € = ..... €

Si vol de jour (-100 €/pers.)

DATE :

SIGNATURE

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'annulation

**BUTLER** 

# NOVABONE

PERIOGLAS® DENTAL PUTTY

## Nouvelle génération de phosphosilicate de calcium

**NOUVEAU**

Une forme  
innovante  
entre vos mains



et toujours,

- Manipulation exceptionnelle
- Mise en place immédiate
- 100% synthétique
- Ostéostimulateur
- Ostéoconducteur

**SUNSTAR**

FRANCE

16 rue Baudin

92300 LEVALLOIS-PERRET

Tél 01 41 06 64 64 - Fax 01 41 06 64 65

[www.sunstar.fr](http://www.sunstar.fr)

## FORMATION CONTINUE LIBÉRALE (FCL)

# Formation continue odontologique : entre incertitude et menaces...

Le CNFCO se verrait remplacé par un nouvel organisme dans lequel entreraient la Haute Autorité de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie. Face à cette nouvelle donne, la FCL réaffirme un certain nombre de principes.

**D**EVANT UNE CENTAINE DE RESPONSABLES de la formation continue odontologique, un forum de la formation continue s'est tenu dans le cadre du congrès de l'ADF le 26 novembre dernier. De nombreux représentants du réseau Formation continue libérale (FCL), auquel appartient la SOP, y étaient présents et ont ainsi pu interroger le président et les trois vice-présidents du CNFCO, MM. Christian Couzinou, Patrick Hescot, Jean-Claude Michel et Claude Séverin. Que retenir de ces échanges ? Les décrets de 2006 portant sur la formation continue odontologique ne seront fort probablement jamais appliqués. S'y substituera la loi préparée par la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, qui laisserait la possibilité, par le biais des décrets d'application, d'une organisation par profession de la formation continue médicale, et donc d'une formation continue odontologique.

Pour autant rien n'est encore gravé dans le marbre. Dans ce contexte, le CNFCO continue à défendre son bilan et les quatre collèges qui le composent actuellement enten-

dent être confirmés dans le prochain organisme de gestion de la formation continue. Sur ce point, il est d'ores et déjà acquis qu'un cinquième collège avec voix délibérative intégrera ce nouvel organisme. Ce collège sera composé de la Haute Autorité de santé (HAS) et de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

## L'équilibre des comptes sociaux, nouveau vecteur des orientations de la formation continue...

Président sortant du CNFCO, Patrick Hescot, secrétaire général de l'ADF, a exprimé le souhait que la HAS et surtout la CNAM, organisme financeur de la formation continue, soient partenaires et non pas adversaires des quatre autres collèges. Au-delà de ce souhait, une menace plane sur deux collèges du CNFCO puisqu'une directive européenne interdirait aux représentants de la formation continue et à l'Université d'être à la fois organisateurs et dispensateurs de modules de formation continue... Résultat : le futur orga-

## Les quatre principes intangibles de l'organisation de la formation continue

### Un communiqué de la Formation continue libérale.

Le CNFCO, organisme de gestion de la formation continue odontologique obligatoire va être encore modifié.

D'un statut associatif, initialement géré par les quatre collèges de la profession (Ordre, syndicats, Université, formation continue), il était déjà passé sous tutelle de la Haute Autorité de santé (HAS).

La nouvelle donne serait maintenant l'entrée d'un cinquième collège (avec voix délibérative!) et qui serait composé de la Haute Autorité de santé (HAS) et de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Face à ce projet, la formation continue libérale réaffirme avec force :

- Le refus de financement public du praticien, tel qu'il était

pratiqué par la formation continue conventionnelle ;

- Une solidarité des associations et sociétés scientifiques membre de la FCL vis-à-vis des confrères qui éprouveraient des difficultés financières pour faire face à leur obligation de formation continue, avec une journée annuelle offerte ;
- L'organisation de formations selon les données avérées de la science, afin de dispenser des soins conformes à l'intérêt de nos patients ;
- La mise en place d'un fichier national FCL des conférenciers, afin d'aider, au niveau logistique, les sociétés scientifiques adhérentes et de maîtriser les coûts pour qu'ils restent supportables pour les confrères.

nisme de gestion de la formation continue serait limité aux syndicats, au Conseil de l'Ordre, à la HAS et à la CNAM, perspective que le réseau Formation continue libérale (FCL) ne peut évidemment cautionner.

La nouvelle organisation telle qu'elle semble se dessiner supprimerait *de facto* la formation continue conventionnelle, dont les thèmes réapparaîtraient alors sous la forme d'axes prioritaires définis par l'organisme de gestion de la formation continue, donc par l'une de ses composantes, la CNAM ! Le réseau Formation continue libérale (FCL) émet de sérieuses réserves quant aux orientations de la formation continue obligatoire qui pourraient alors être induites par l'équilibre des comptes sociaux plus que par les progrès de la science !

La FCL a toutefois bien noté, lors de ce forum, l'engagement public du CNFCO concernant les fonds distribués par la CNAM, fonds qui devraient être affectés au fonctionnement du prochain organisme de gestion, et non pas être dévolus à la rémunération des praticiens inscrits aux formations continues conventionnelles comme pratiqué jusqu'à aujourd'hui.

Concernant l'attribution de crédits de formation, la FCL a pris note et approuvé la volonté de continuer avec ce

système, seule méthode de contrôle de l'effectivité de l'obligation de formation continue du praticien. Les conseils départementaux de l'Ordre seraient alors chargés de vérifier cette obligation.

### Qui paye commande !

Autre modification : le législateur désirant des retombées concrètes de la formation continue souhaite la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Devant cette nouvelle obligation, la FCL approuve la position du CNFCO qui souhaiterait une évaluation collective et non pas individuelle des pratiques professionnelles. Beaucoup d'incertitudes planent donc encore sur la future organisation, dont celle d'une organisation collective de l'ensemble des acteurs de santé (médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens, etc.).

En l'état actuel du dossier, le point important se situe au niveau de l'entrée officielle de la CNAM comme participant actif au sein du futur organisme de gestion de la formation continue médicale... qui paye commande ! À terme, c'est bien là que réside le risque. ■

Pour la FCL,  
André Heck, Secrétaire général



**Dynexan® 2%**  
crème buccale  
Chlorhydrate de lidocaïne

Kreussler PHARMA

Dynexan® 2%  
Tube de 10 g

*Anesthésique de 1<sup>ère</sup> intention\**

*Traitement symptomatique des lésions douloureuses de la cavité buccale (dès 6 ans)*



*Rapide*



*Efficace*



*Précis*

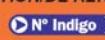
*\*sur prescription médicale*



**DÉNOMINATION** : DYNEXAN® 2%, crème buccale. **COMPOSITION** : Chlorhydrate de lidocaïne : 20,00 mg pour 1g. **FORME PHARMACEUTIQUE** : Crème buccale. **DONNÉES CLINIQUES** : **Indications thérapeutiques** : Traitement symptomatique de courte durée des lésions douloureuses de la cavité buccale. Anesthésie locale de contact avant explorations instrumentales en odontostomatologie. **Posologie et mode d'administration**\* : Adulte et enfant de plus de 6 ans : Application de 0,5 g de crème, 4 fois par jour maximum. **Contre-indications** : Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité à l'un des constituants de la formule, en particulier à la lidocaïne ou aux anesthésiques locaux en général. **Mises en garde**\* : Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 6 ans. **Interactions**\* : En principe, ne concernent pas l'utilisation par voie locale. **Grossesse**\* : Utilisation possible sur une courte période et sans dépasser les doses préconisées. **Allaitement** : Utilisation possible. **Effet sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines** : Pas de données particulières. **Effets indésirables**\* : Des réactions allergiques sont possibles. **Surdosage**\* : Non attendu dans les conditions normales d'utilisation. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES** : **Propriétés pharmacodynamiques**\* : Effet rapide (une minute) et de longue durée (environ une heure). **Propriétés pharmacocinétiques**\* : Métabolisme hépatique et élimination urinaire. **Sécurité préclinique**\* : Ce traitement ne doit pas être administré sur une longue période et au-delà des doses préconisées. **DONNÉES PHARMACEUTIQUES** : **Liste des excipients**\* : Chlorure de benzalkonium, éthanol à 96%, mélange aromatique. **Incompatibilités** : Sans objet. **Durée de conservation** : 3 ans. Ne pas conserver à plus de 25°C. **Nature et contenu de l'emballage extérieur** : 10 g en tube (Aluminium vernis). **ANM** : 352.798-9. LISTE II. Prix : 4,58 €. Remb. Sec. Soc. à 35% - Collect. **DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT** : 25 novembre 2004. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** : 23 février 2006. \*Pour une information complète, consulter le dictionnaire VIDAL.

**EXPLOITANT** : Laboratoire KREUSSLER PHARMA - 18, avenue Parmentier - 75011 PARIS - Fax : 01 43 70 21 06

AP DYN - Primconcept 03/08

 0 825 887 885

CONGRÈS ADF

# La SOP à l'ADF : science, convivialité et tombola!

Le stand de la principale société scientifique de formation continue demeure un rendez-vous apprécié des congressistes où les idées s'échangent et où l'on tente sa chance à la tombola...

**D**ONNER UN ÉCLAIRAGE sur les évolutions scientifiques récentes, accueillir les confrères et répondre à toutes leurs questions, inviter les adhérents à participer à la traditionnelle tombola : tels étaient les trois objectifs de la SOP lors du dernier congrès de l'Association dentaire française (ADF). Les membres du conseil d'administration étaient présents sur le stand, y compris pour recevoir les suggestions des adhérents sur des thèmes de journées de formation. Lieu de convivialité apprécié des congressistes, le stand aura évidemment permis aux membres de la SOP de renouveler leur inscription et aux nouveaux venus de rejoindre notre société et d'obtenir des réponses à leurs questions sur la formation continue en particulier et sur la profession en général. Les adhérents de la SOP ont été nombreux à participer à la traditionnelle tombola dont



les gagnants participeront gracieusement à la journée scientifique de leur choix. Nous publions ci-après la liste des gagnants de cette tombola. ■



## Les gagnants de la tombola 2008

**Tirage du 27 novembre**

Pierre Caquot (Épernay); Philippe Leduc (Le Donjon); Laurent Etzol (Muret); Bruno Spitzmuller (Le Chesnay); Anne Bessat (Saint-Cloud); Sophie Gaborieau-Quivière (Luçon).

**Tirage du 28 novembre**

Delphine Hassid (Paris); Pascale Devie (Witry-lès-Reims); Alain Vitrich (Paris).

**Tirage du 29 novembre**

Chantal Venouil (Versailles); Pierre Dana (Paris); Marie-Pascale Rebourg (Puget-sur-Argens); Bruno Ahres (Argenteuil); Philippe Lapaire (Courlay); Thierry Brothier (Libourne).

## ACADÉMIE NATIONALE DE CHIRURGIE DENTAIRE

# Laëtitia Heuzé, lauréate du prix SOP 2008 de l'Académie

La thèse de Laëtitia Heuzé porte sur les traumatismes en denture temporaire.

Un travail récompensé par la SOP.

LORS DE LA SÉANCE de l'Académie nationale de chirurgie dentaire (ANCD), qui s'est déroulée au palais du Luxembourg le 24 novembre 2008, le prix de la Société odontologique de Paris (SOP) a été décerné à Laëtitia Heuzé pour sa thèse de doctorat en vue de l'obtention du grade de docteur d'État en chirurgie dentaire de l'Université Bordeaux 2. Sa thèse est intitulée « *Les traumatismes en denture temporaire et leurs conséquences* ». Ce prix 2008 de la SOP lui a été remis par le P<sup>e</sup> Louis Verchère, ancien président de l'ANCD et directeur de publication de la *Revue d'odonto-stomatologie (ROS)*, et par le D<sup>r</sup> Yvan Bismuth, vice-président de la SOP et membre de l'ANCD.

Le D<sup>r</sup> Laëticia Heuzé bénéficiera du titre de « *lauréate de l'Académie nationale de chirurgie dentaire* », titre reconnu par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

Dans sa thèse, elle montre que les traumatismes en denture temporaire, fréquents et variés, touchent principalement les incisives du maxillaire supérieur et sont favorisés par différents facteurs, telle une proalvéolie. Les préjudices sont d'ordre esthétique, fonctionnel et psychologique, pouvant être engendrés à la fois sur les dentures temporaires et permanentes. En effet, les germes successionnels sous-jacents sont



De gauche à droite, Laëtitia Heuzé, lauréate du prix SOP, Louis Verchère et Yvan Bismuth.

susceptibles de subir des altérations morphologiques et structurales avec, parfois, des troubles de l'éruption.

La SOP est particulièrement heureuse du choix qui récompense cette candidate et lui adresse ses félicitations les plus vives pour cette brillante promotion. ■

Louis Verchère,  
Ancien président de l'Académie nationale  
de chirurgie dentaire



XXVI<sup>èmes</sup> JOURNEES INTERNATIONALES

12-13-14 mars 2009

Palais des Congrès de Nancy



## Occlusodontie clinique: l'heure des bilans "Consensus ou controverses"

Luc BABEL - Céline BODERE - Daniel BROCARD - Pierre CARPENTIER  
Pierre-Hubert DUPAS - Gérard DUMINIL - Cosme Gay ESCODA - Didier FASS  
Jean-François LALUQUE - Marc LERICHE - Armelle MANIERE-EZVAN  
Jean-Daniel ORTHLIEB - Sandro PALLA - Paul PIONCHON - Daniel ROZENCWEIG  
Jean SCHITTLY - Patrick SIMONET - Michel STEENKS - François UNGER

Contact: [nchateau@wanadoo.fr](mailto:nchateau@wanadoo.fr) [www.occluso.com](http://www.occluso.com)



Un matériau  
haut de gamme  
pour les plus grands  
chefs-d'oeuvre

**Unifast III de GC.**

Une résine acrylique auto-polymérisable  
pour les provisoires à long terme :  
couronnes, bridges, inlays et réparations...



GC FRANCE  
Tél. 01 49 00 17 91  
[info@france.gceurope.com](mailto:info@france.gceurope.com)  
[www.france.gceurope.com](http://www.france.gceurope.com)

**GC**

## ENDODONTIE

# Système ProTaper® : maîtriser l'enjeu de la mise en forme canalaire

Réussir l'étape de l'obturation canalaire passe le plus souvent par une mise en forme des canaux optimisée.

En endodontie, la mise en forme canalaire s'avère déterminante pour assurer la circulation de la solution d'irrigation et parvenir ainsi à une désinfection optimale. Elle joue également un rôle décisif dans la préparation des canaux à l'obturation. *A contrario*, une mise en forme mal maîtrisée peut être à l'origine d'un grand nombre de problèmes rencontrés au moment de l'obturation. En dépit de cette importance, l'enjeu de la mise en forme reste parfois négligé par le praticien.

Après sept ans d'utilisation et plus de 50 millions d'instruments vendus dans le monde, le système ProTaper® est le système actuellement le plus utilisé. Il a été accepté à la fois par les omnipraticiens et par

les spécialistes. Rappelons que le système ProTaper® est un dispositif à conicité variable. Il répond aux exigences générales de la mise en forme canalaire : mise en forme conique continue, préparation coronapicale ou encore maintien de la perméabilité apicale.

Par ailleurs, on soulignera que les mises en forme obtenues respectent parfaitement le trajet canalaire tout en procurant des conicités apicales importantes (de 7 % à 9 %) qui garantissent un bon nettoyage et une obturation facile. Toutefois, afin d'obtenir ces résultats probants et parvenir à un geste maîtrisé, le praticien doit connaître avec précision les protocoles d'utilisation de chacune des familles d'instruments : *shapers* pour la mise



Le système ProTaper®, qui fait l'objet du TP organisé par la SOP, reste le plus utilisé au monde.

en forme coronaire et *finishers* s'agissant de la mise en forme du tiers apical. Le principal atout de ce système est sa simplicité d'utilisation : la séquence est toujours la même, quelle que soit la difficulté du cas, et la mise en forme peut-être réalisée avec un nombre restreint d'instruments (3 ou 4).

Forte de ce constat, la SOP organise depuis plus de sept ans un TP consacré à l'utilisation du système de mise en forme ProTaper®. Objectif : mettre un accent tout particulier sur cette problématique de la mise en forme canalaire. Concrètement, plusieurs ma-

nipulations sur blocs en résine et dents naturelles permettront de sensibiliser les participants du TP à l'importance de la qualité de la mise en forme. L'après-midi, les praticiens pourront s'initier aux techniques d'obturation par compactage de gutta chaude (système B® et système Thermanfill®). Ainsi, au terme du TP, les participants disposeront non seulement de la maîtrise d'un outil leur garantissant la bonne désinfection des canaux, mais également d'une approche pragmatique et documentée afin d'optimiser leur technique d'obturation. ■

## ↓ Évaluez-vous !

- Quelle est la conicité minimale à donner au tiers apical pour optimiser le nettoyage et l'obturation ?
- Combien de temps consacrez-vous à la mise en forme canalaire ?
- Rencontrez-vous des difficultés lors de l'obturation canalaire ?
- Pratiquez-vous les techniques de compactage de gutta chaude ?

## → Inscrivez-vous !

**FORMATIONS**  
**SOP 2009**

**TRAVAUX PRATIQUES**

Jeudi 1<sup>er</sup> octobre 2009 – Paris 14<sup>e</sup> – Marriott Paris Rive Gauche Hôtel

Bulletin d'inscription et tarifs en **page 23**

PROTHÈSE ADHÉSIVE

# Facettes de céramique collées : adapter sa préparation au cas clinique

Afin de bénéficier des avantages de la pose de facettes de céramique collées, le praticien apprend à mieux maîtriser ses choix en fonction des cas cliniques lors du TP interactif de la SOP.

Myolyse, fracture d'angle, dysplasie, abrasion cuspidienne, dysmorphie... Depuis près de 30 ans, la pose de facettes de céramique par collage a trouvé son indication dans le traitement de nombreuses pathologies. Éprouvée dans le traitement des défauts esthétiques de la denture, cette technique présente deux avantages : une absence de risque pour la vitalité pulpaire ; une réalisation n'exigeant qu'une préparation minimale, d'autre part. Mais dans cette discipline, il n'existe pas de préparation type. Seul le cas clinique dicte la forme de la préparation. Afin de donner au praticien les outils nécessaires pour choisir le procédé de réalisation des dents provisoires le plus adap-

té à son traitement, le TP de la SOP privilégie l'interactivité entre participants et responsables. Le TP met l'accent sur la préparation des dents pour le collage des facettes. Dans un premier temps, les praticiens identifient les spécificités de chaque cas clinique abordé (retour lingual, extension proximale esthétique, respect et conservation du point d'occlusion, etc.). Ils font ensuite le point sur les indications des matériaux disponibles et sélectionnent le procédé de réalisation des provisoires *ad hoc* (gouttière thermoformée, moulage avec silicone transparente après wax-up, coquille avec dent du commerce). Est abordé le collage, qui constitue une séquence essentielle



Claude Launois est le responsable scientifique du TP « facettes de céramique collées » depuis de nombreuses années.

dans la réussite des restaurations par facettes de céramique. Plusieurs dents seront ainsi préparées. Cinq facettes provisoires sont réalisées et une facette est collée sur une dent déjà préparée. En fonction du type de céramique sélectionné, les participants pourront choisir entre trois matériaux disponibles. Sur la forme, le TP permet aux participants de mettre leur pratique en question et de la confronter à celle des autres confrères. Réunis en groupe de 20 autour d'une table clinique comprenant un vidéoprojecteur et les produits consommables nécessaires, les praticiens,

sous la conduite de deux animateurs, disposent d'un temps de réflexion de sept à huit minutes pour chacun des cas cliniques abordés, avant qu'un rapporteur ne délivre les réponses avancées par le groupe. S'ensuit un échange d'idées et de concepts entre les participants. La présence d'un prothésiste permet par ailleurs de répondre aux questions techniques plus pointues. Au total, ce TP – qui fonctionne depuis près de 20 ans – constitue une formation efficace pour permettre au praticien d'intégrer définitivement les facettes de céramique collées dans son arsenal thérapeutique. ■

## ↓ Évaluez-vous !

- Les facettes de céramique peuvent-elles être réalisées avec une base en zircone ?
- La réalisation de préparations pour facettes avec un retour palatin pour les dents antérieures maxillaires est-elle systématique ?
- La limite cervicale en forme de congé ovale est-elle préférable à la forme de congé rond ?
- La céramique feldspathique est-elle la plus apte au collage ?

## → Inscrivez-vous !

**FORMATIONS**  
**SOP 2009**

## TRAVAUX PRATIQUES

Jeudi 1<sup>er</sup> octobre 2009 – Paris 14<sup>e</sup> – Marriott Paris Rive Gauche Hôtel

Bulletin d'inscription et tarifs en

page 23

# Passez de la théorie aux travaux pratiques!



**PARTENAIRE  
EXCLUSIF :  
MACSF**

**1<sup>er</sup> OCTOBRE 2009  
DE 9 H À 18 H**

14 travaux pratiques à la carte pour vous perfectionner.  
Au sein de chaque TP, des groupes de 5 à 10 praticiens animés par une équipe d'enseignants. Une formation complète pour vous conduire au geste juste.

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### TRAVAUX PRATIQUES

- TP 1 • Prothèse sur implants**  
Responsable scientifique : Hadi Antoun

---

- TP 2 • Chirurgie implantaire** NOUVEAUTE  
Responsable scientifique : Corinne Touboul

---

- TP 3 • Occlusion**  
Responsables scientifiques :  
Bernard Fleiter, Dominique Estrade

---

- TP 4 • Reconstitutions corono-radicaux** NOUVEAUTE  
Responsable scientifique : Jacques Déjou

---

- TP 5 • Prothèses fixées**  
Responsable scientifique : Hervé Choukroun

---

- TP 6 • Urgence-réanimation** COMPLET  
Responsable scientifique : Thérèse Arvis

---

- TP 7 • Plan de traitement pluridisciplinaire**  
Responsables scientifiques :  
Éric Hazan, Éric Serfaty

- TP 8 • Orthèses mandibulaires**  
Responsable scientifique : Marc Roché

---

- TP 9 • Facettes de céramique collées**  
Responsable scientifique : Claude Launois

---

- TP 10 • Parodontie**  
Responsable scientifique : Bernard Schweitz

---

- TP 11 • Instruments ultrasonores**  
Responsable scientifique : Gilles Gagnot

---

- TP 12 • Blanchiment et pose de digue**  
Responsables scientifiques :  
Jean-Jacques Louis, Richard Kaleka

---

- TP 13 • Endodontie : système ProTaper**  
Responsables scientifiques :  
Pierre Machtou, Dominique Martin

---

- TP 14 • Endodontie : système Race**  
Responsable scientifique : Bertrand Khayat

### TARIF SPÉCIAL HÔTEL 220 €

Offre réservée aux participants : 220 euros la chambre single ou double pour la nuit du 30 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2009 au Marriott Paris Rive Gauche Hôtel (nombre de chambres limité).  
Contact : service Réservation (préciser Journée SOP)  
Tél. : 01 40 78 78 40 – Fax : 01 40 78 78 04

MARRIOTT PARIS RIVE GAUCHE HÔTEL  
17, BD SAINT-JACQUES – 75014 PARIS  
à retourner accompagné de votre règlement\* à : **OU**  
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris

PAIEMENT EN LIGNE [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)  
Société Odontologique de Paris **LE KIOSQUE**

Nom : ..... • Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... • Adresse e-mail : .....

**\*Tarifs**  
Inscription avant le 12 juin 2009 – membres SOP et FSSOSIF : 320 € ; autres : 380 €.  
Inscription après le 12 juin 2009 – membres SOP et FSSOSIF : 360 € ; autres : 420 €.

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires ?  
 Oui  Non

Voulez-vous recevoir un fichet réduction ?  
 SNCF  Air France

## PROTHÈSE PROVISOIRE

# Exploiter la couronne provisoire jusqu'à ses limites

Au travers de sa réadaptation finale, la couronne provisoire valide la qualité de la préparation et prélude à l'empreinte.



16 : À huit semaines postopératoires.



46 : Quart de rond mésial, congé elliptique disto-lingual au-delà de la fracture cuspidienne.



46 : Sertissage métallique de l'angle fracturé.

En pratique clinique, la précocité de la réalisation d'une couronne provisoire est directement en rapport avec l'importance du délabrement de l'organe dentaire à restaurer. Ainsi elle pourra être confectionnée : à la phase prothétique, pour protéger la pulpe lors de préparations sur dents vivantes, ou dès le premier rendez-vous, pour restaurer une cavité d'accès endodontique hermétique à quatre parois, ou encore lors d'une fracture corono-radiculaire, pour guider cicatrisation et maturation des tissus parodontaux après un geste chirurgical d'élongation **1**, tout en permettant de visualiser le sertissage sur toute la périphérie de la dent. Ces diverses situations imposeront que la couronne provisoire soit réadaptée au terme de chaque étape préparatoire où la morphologie de la dent à restaurer aura été modifiée (reconstitution coronaire, modification de la situation de la ligne de finition).

Bien sûr le profil de la ligne de finition est fonction des matériaux de reconstitution choisis mais, quelle que soit l'option thérapeutique, la forme de congé en quart de rond ou en quart d'ellipse est polyvalente. Sa profondeur variera selon le type de restauration. Cependant, notons que la technique céramo-métallique to-

lère le passage d'un congé en quart de rond à une ligne de finition à congé ovalaire qui pourra être d'autant plus fine que le délabrement coronaire (caries, fracture) imposera une situation plus apicale de la ligne de finition **2 3**. Les critères de qualité d'une ligne de finition de préparation sont sa lisibilité, sa continuité, l'adéquation de sa largeur aux matériaux choisis **4**.

La réadaptation de la couronne provisoire qui fait suite à la finition de la préparation et dont l'objectif – en favorisant la santé parodontale – est, à ce stade, d'assurer un accès visuel aisé aux lignes de finition (critère de Bartlett) permet aussi de contrôler ces différents points. Pour ce faire, il faudra que la résine enregistre le profil d'émergence, de la même façon qu'une empreinte de préparation enregistre le profil d'émergence : en allant au-delà de la ligne de finition. Ainsi, travailler la résine acrylique qu'on utilise pour cette réadaptation comme un véritable matériau d'empreinte suppose qu'on exploite les quatre phases (liquide, plastique, élastique et solide) par lesquelles elle passe comme on exploite les propriétés plastique et élastique d'un matériau d'empreinte. La couronne transitoire devient alors une sorte de porte-empreinte individuel, et



16 : Lisibilité et continuité de la ligne de finition de la préparation pour céramo-céramique.



Remarginage du bord de la couronne transitoire à la résine fluide.



16 : Réadaptation sous contrôle de l'occlusion.



Contrôle des lignes de finition et de l'enregistrement du profil d'émergence.



Tracé des limites au crayon graphite qui matérialise les extensions au profil d'émergence.

la résine fluide permet le re-marginage du bord prothétique sans induire de suroclusion du fait de sa très basse viscosité et de l'espacement au niveau des bords donné par les finitions. Il s'agit alors d'une empreinte en deux temps et deux viscosités.

La viscosité de la résine variera pendant ses phases liquide et plastique sous l'influence de deux paramètres : le rapport monomère/polymère et le temps laissé au mélange pour qu'il atteigne la viscosité de travail.

La résine est faite très fluide. Un premier apport à l'état liquide permet de mouiller en fine couche le bord de la couronne. On profite ensuite du court moment où la résine est encore suffisamment fluide pour la déposer sur le bord prothétique en un cordon d'une

épaisseur telle qu'il ne flue pas dans l'intrados <sup>5</sup>. Puis la prothèse est réinsérée au cours de sa phase plastique <sup>6</sup>, mais doit être désinsérée tant qu'elle est dans sa phase élastique. Elle est alors plongée quelques secondes dans un bol d'eau chaude (60-70 °C) pour accélérer sa prise et augmenter son degré de polymérisation. Enfin, elle est remise en place jusqu'à son durcissement complet. Lecture des limites est alors faite dans l'intrados <sup>7</sup>. Elles sont tracées à la mine de graphite de façon à guider les finitions <sup>8</sup> <sup>9</sup> <sup>10</sup>. Le prothésiste lira et soulignera de la même façon ces mêmes limites sur un modèle positif unitaire en plâtre correctement détourné afin de confectionner la prothèse d'usage. ■

Marc Roché



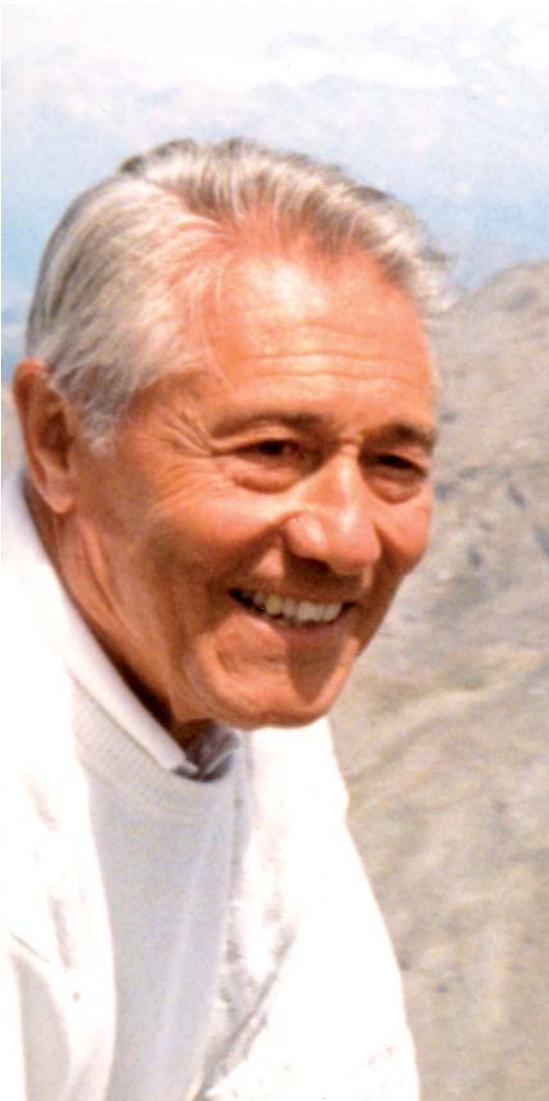
Après ébarbage des surextensions et polissage. Vue vestibulaire.



Couronne transitoire en situation. Vue palatine.

JEAN-CLAUDE HARTER

## Pourquoi j'ai jeté mon iconographie clinique aux oubliettes



À l'âge de 84 ans et après une brillante carrière universitaire, Jean-Claude Harter continue aujourd'hui à exercer en libéral.

**P**AS SIMPLE D'INAUGURER une nouvelle rubrique avec une immense personnalité telle que celle du Pr Jean-Claude Harter. Êtes-vous venu avec l'objectif de l'interroger sur un événement clinique qui aurait radicalement marqué sa vie professionnelle (ce qui constitue rien de moins que le principe même de cette rubrique)? Eh bien vous faites fausse route!

Avec Jean-Claude Harter, et malgré toute sa bonne volonté, vous n'obtenez pas une « *histoire clinique* » mais une « *histoire de la clinique* » contemporaine, un instantané de plus de 60 ans d'évolution en odontologie. Avec, au bout du chemin, cet extraordinaire aveu : Jean-Claude Harter a jeté la totalité de son iconographie clinique !

### « LA RIGUEUR À L'AMÉRICAIN »

Qu'est-ce qui a pu motiver cet acte *a priori* insensé pour qui sait le prix – et tout bon clinicien le connaît – d'une vie d'exercice archivée sur photos et jetée au pilon comme un mauvais ouvrage ? Un acte d'autant plus incroyable qu'à l'âge de 84 ans, après une brillante carrière universitaire, Jean-Claude Harter continue à exercer en libéral.

On pense alors au célèbre poème de Kipling : « *Si tu peux voir détruit l'ouvrage de ta vie / Et sans dire un seul mot te mettre à rebâtir [...] / Tu*

*seras un homme, mon fils.* » Assurément, Jean-Claude Harter est un homme !

Justement, pour comprendre cet acte, il faut saisir l'homme, et remonter à septembre 1956 et à sa rencontre déterminante avec le Pr Robert Dupont. Ce jour-là, c'est tout à fait par hasard que Jean-Claude Harter assiste à son cours sur la prothèse fixée et la céramique. Pour lui, « *c'est la révélation d'une certaine forme de prothèse, et d'un niveau inconnu en Europe : à l'époque, la différence de savoir et de savoir-faire avec les États-Unis était très grande.* »

Robert Dupont arrivait en effet porteur de valeurs et de principes hérités de l'École américaine. Il transmet à Jean-Claude Harter les critères incontournables de la réussite, que celui-ci va par la suite éprouver et bonifier à travers un enseignement de la prothèse fixée basé sur la « *rigueur à l'américaine* ». À cette aune de la qualité, Jean-Claude Harter estime d'ailleurs qu'il existe aujourd'hui un véritable « *manque de rigueur dans la conception de la prothèse implantoportée : il existe peu de praticiens qui soient à la fois talentueux en prothèse et en chirurgie implantaire. Or le raisonnement implantaire est avant tout prothétique. Cela ne se transige et ne se transgresse pas!* »

Du haut de ses plus de 60 ans de présence (et quelle présence !) dans l'odontologie, Jean-Claude Harter estime d'ailleurs que la véritable révolution *ex nihilo* ne fut pas l'implantologie mais... l'avènement de la turbine. « *La turbine est survenue à un moment où la profession avait besoin d'un progrès technique. L'implantologie, quant à elle, est arrivée sur un terrain préparé par la pluridisciplinarité. Elle constitue l'aboutissement d'une réflexion plurifactorielle.* »

#### APPORTS DE L'IMPLANTOLOGIE DANS LA RÉFLEXION PROTHÉTIQUE

D'une certaine manière, Jean-Claude Harter a lui aussi connu ses révolutions dans sa vie professionnelle. La première, nous y revenons, c'est le contact avec l'École américaine. Plus qu'un contact : une mise sous tension avec une pratique basée sur la rigueur scientifique. De jeune praticien brillant mais un peu « *flemmard* » qui exerça à Saïgon après des études à Hanoi, Jean-Claude Harter se métamorphose. Il passe une succession de nombreux concours, puis construit une carrière à l'université. Les principes appris à l'époque pèsent lourd dans l'évolution de sa réflexion, même s'il constate, avec le recul, que l'on « *ne connaissait pas les principes biologiques de la même manière qu'aujourd'hui. On savait comment la pulpe peut réagir à une agression et aux instruments rotatifs. Mais fallait-il dépulper une dent avant de la préparer ? Il faut se souvenir de nos interrogations d'alors.* »

Venons-en à cette autre révolution qui va conduire Jean-Claude Harter, après mûre réflexion, à jeter toute son iconographie. Cet acte

quasi sacrilège, il l'a exécuté pour la simple raison que cette iconographie ne lui paraît plus digne d'être partagée : « *Elle n'avait plus, à mes yeux, qu'un intérêt historique car l'exercice d'aujourd'hui n'a rien de commun avec l'exercice d'il y a peu : un raisonnement prothétique qui n'intégrerait pas l'implantologie ne peut plus aujourd'hui être pris en considération.* »

Et pourtant, tout au début, il s'est défendu contre l'irruption de l'implantologie dans les plans de traitement. Aujourd'hui seulement, parce que tout est mieux codifié, parce que le raisonnement basé sur « *la preuve scientifique* » est mieux validé, l'intégration de l'implantologie est pour lui incontournable. « *Montrer mon iconographie n'aurait qu'un intérêt limité : celui de présenter des traitements basés sur un raisonnement et une mise en œuvre amputés de la dimension actuelle apportée par l'implantologie.* »

#### QUAND L'ENTHOUSIASME PEUT GOMMER LA VÉRACITÉ DES PROPOS

Le poème de Kipling dont nous parlions plus haut est d'autant plus justifié que Jean-Claude Harter, qui n'est tout de même pas le premier venu, a souhaité reprendre ses études pour ainsi dire de zéro ! Il a tenté de se former à l'implantologie auprès des parodontistes, selon lui « *les seuls à appliquer une rigueur basée sur la preuve scientifique, rodés au geste chirurgical et, de surcroît, en mesure d'apporter aux situations cliniques la bonne réponse dictée par la biologie* ». Car aujourd'hui, pour Jean-Claude Harter, la biologie a une implication en parodontologie, en implantologie et en prothèse fixée : « *Le praticien prothésiste*

*va devoir appréhender les cas cliniques de façon tout à fait différente, en incluant l'implantologie comme une des armes possibles – mais pas la seule – pour les traitements qu'il serait amené à entreprendre.* »

Cela étant, selon lui, « *le recul réel concernant la prothèse sur implant n'est que de 12 à 15 ans* », contrairement à la prothèse fixée conventionnelle où les études réalisées depuis longtemps et sur des durées longues convergent pour montrer un taux de survie de sept à neuf ans. À l'inverse, il n'existe pas, pour Jean-Claude Harter, d'études multicentriques dignes de ce nom en prothèse sur implant : « *La prudence doit prévaloir s'agissant de cette discipline finalement assez récente où l'enthousiasme gomme la véracité des propos des implantologistes et le bien-fondé des statistiques.* »

#### BIOLOGIE : L'ANNONCE D'UNE NOUVELLE RÉVOLUTION

Aujourd'hui, Jean-Claude Harter est prêt pour la troisième révolution, celle annoncée par les progrès fulgurants en biologie : « *Tout est imaginable. Grâce à la biologie, si l'on arrive à stimuler une cellule pour reconstruire une dent, ou une partie manquante de dent délabrée, l'implantologie paraîtra peut-être un jour obsolète à son tour...* »

Ce que nous avons découvert, à travers cet entretien, c'est le courage de remettre en question un savoir immense pour s'atteler de nouveau à la tâche. Voilà qui marque assurément le signe d'un authentique grand esprit et d'une vive intelligence. ●

Philippe Safar  
et Corinne Touboul

# PAROEX

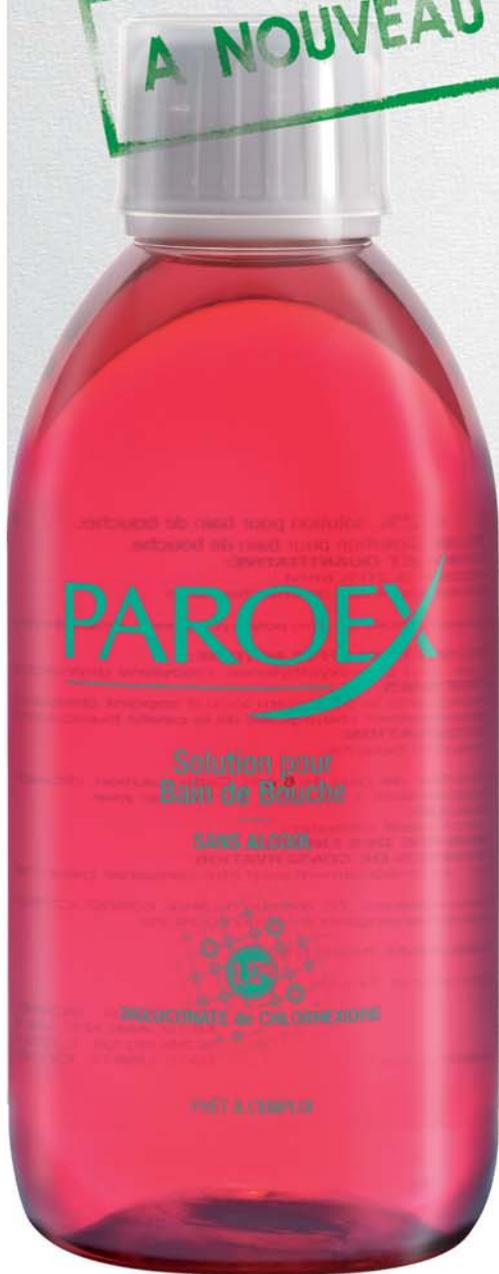
0,12 %

A NOUVEAU DISPONIBLE EN PHARMACIE

Digluconate de chlorhexidine  
la bonne formule !

0,12 %

Sans Alcool

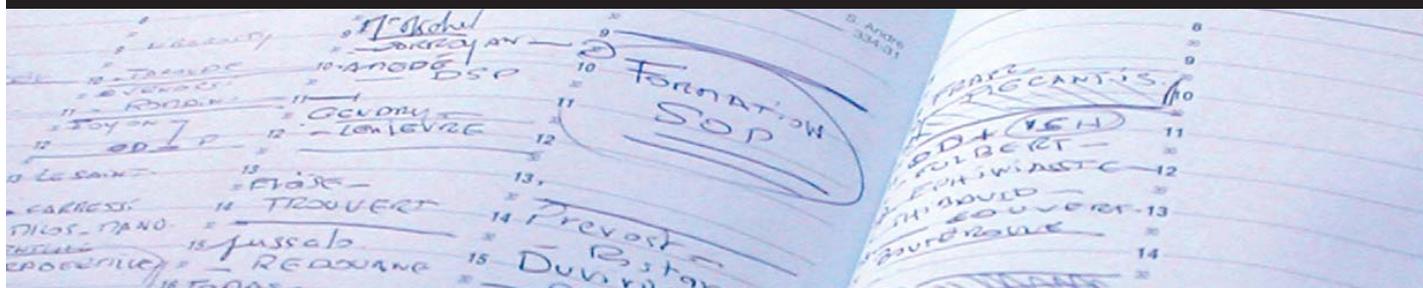


Solution pour bain de bouche  
Remboursé à 35 % par la Séc. Soc.

**PAROEX 0,12 POUR CENT, solution pour bain de bouche.** Flacon de 300 ml avec godet doseur. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Digluconate de chlorhexidine à 20% (m/v) : 0.6360 g (quantité correspondant à Digluconate de chlorhexidine : 0.1200 g) pour 100 ml de solution pour bain de bouche. Excipients : glycerol, acésulfame potassique, huile de ricin polyoxyéthylénée, propylène glycol, azorubine, arôme, eau purifiée. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Solution pour bain de bouche. **DONNEES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie. **Posologie et mode d'administration :** RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bains de bouche. NE PAS AVALER. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser Paroex. Cette solution doit être utilisée pure, non diluée. Pour chaque bain de bouche, utiliser 12 à 15 ml (godet doseur). Le nombre de bains de bouche est de 1 à 3 par jour, d'une minute environ chacun (après le repas et de préférence, après le brossage des dents). **Contre-indications :** Hypersensibilité à la chlorhexidine ou à un autre constituant de la solution. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi :** Mises en garde : L'indication ne justifie pas un traitement prolongé, d'autant qu'il pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne ou fongique (candidose). En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée et une antibiothérapie par voie générale envisagée. Interrompre le traitement en cas de gonflement des parotides. Précautions d'emploi : Ne pas mettre le produit au contact des yeux ou du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions :** L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation). **Effets indésirables :** - Coloration brune de la langue et des dents, réversible à l'arrêt du traitement (particulièrement chez les consommateurs de thé et de café). - Risque de sensibilisation à l'un des constituants de la solution (parotidite, irritation cutanéomuqueuse), nécessitant l'arrêt du traitement. - Occasionnellement dysgueusie ou sensation de brûlure de la langue en début de traitement. - Occasionnellement desquamation de la muqueuse buccale. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES :** **Propriétés pharmacodynamiques :** STOMATOLOGIE / TRAITEMENT LOCAL. A VISEE ANTISEPTIQUE (A : appareil digestif et métabolisme). **DONNEES PHARMACEUTIQUES :** **Durée de conservation :** Avant ouverture du flacon : 3 ans. Après ouverture du flacon : 30 jours. **Nature et contenance du récipient :** 300 ml en flacon (polytéréphthalate d'éthylène) avec bouchon VISTOP (polypropylène et cape (PE)) avec godet doseur (Polypropylène). **PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** AMM 344 6417 : flacon de 300 ml avec godet doseur. Remboursement Sécurité Sociale à 35% - Agrée Collectivités. Prix : 3,99 €. CTJ : 0,16 à 0,60 €. **TITULAIRE DE L'AMM :** SUNSTAR FRANCE - 16, rue Baudin 92300 LEVALLOIS PERRET. **EXPLOITANT DE L'AMM :** CENTRE SPECIALITES PHARMACEUTIQUES - 76 avenue du Midi 63800 COURNON D'ALVERGNE. **DATE DE REVISION DE L'AMM :** Octobre 2008.

TRAITEMENT D'APPOINT DES INFECTIONS BUCCALES ET DES SOINS POST-OPÉRATOIRES EN STOMATOLOGIE

# Les rendez-vous de la formation continue odontologique



## FORMATIONS SOP 2009



> **Couronnes céramiques : peut-on s'affranchir du métal ?**

**mardi** 10 mars de 9 h à 18 h  
Bulletin d'inscription : p. 11



> **Voyage-congrès île Maurice du 17 au 27 avril 2009**  
Bulletin d'inscription : p. 14

> **Implant et omnipratique**  
jeudi 18 juin de 9 h à 18 h

> **Travaux pratiques**  
jeudi 1<sup>er</sup> octobre de 9 h à 18 h  
Bulletin d'inscription : p. 23

> **L'occlusion sans douleur**  
jeudi 15 octobre de 9 h à 18 h

Toutes les informations, tous les comptes rendus *in extenso* sont consultables sur :  
[www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)

## Une formation sur les fêlures et fractures verticales



LES 1 200 PRATICIENS PRÉSENTS lors de la journée du 16 octobre 2008, la qualité et la nouveauté de l'enseignement proposé en une seule séance auront fait de cette journée l'un des grands succès de la SOP. On pourra lire, pages suivantes, la synthèse de cette journée et les thématiques précises abordées par les conférenciers de cette journée. Dominique Martin a dressé un état du diagnostic de la fêlure et du traitement de la fêlure coronaire. Bernard Fleiter a abordé la question du bruxisme et des contraintes occlusales. François Bronnec a, quant à lui, fait le point sur le diagnostic de la fracture radulaire verticale. Enfin,

Bernard Schweitz a axé sa conférence sur la gestion des conséquences parodontales d'une fracture radulaire. L'ensemble des conférences avait pour but, on l'aura compris, d'apporter des réponses précises aux praticiens dont une grande partie connaît des difficultés, notamment en termes de diagnostic mais également de réponses thérapeutiques à apporter aux patients, de plus en plus nombreux à connaître des problèmes de fracture et de fêlure. ■

Le compte rendu de cette formation de la SOP, coordonné par Philippe Milcent et Dominique Martin, a été réalisé grâce au concours de Didier Aronis, Béatrice Brucker, Céline Courtois et Sandrine Dahan.

## Journée « Fêlures et fractures » : les raisons d'un succès

Jamais l'ensemble des problématiques liées aux fractures radiculaire n'avait fait l'objet d'une formation complète. Pour ce faire, la SOP a réuni un plateau de conférenciers de haut niveau pour répondre aux questions que se posent les praticiens sur une pathologie de plus en plus présente dans leur pratique.



**E**N PROPOSANT UNE JOURNÉE COMPLÈTE sur les fêlures verticales, la SOP a su, une fois de plus, innover en abordant un thème jamais encore traité de façon aussi exhaustive. Les praticiens ne s'y sont d'ailleurs pas trompés car c'est à guichets fermés que cette journée a eu lieu, avec 1 200 personnes présentes.

La matinée était consacrée aux fêlures coronaires et l'après-midi aux fêlures radiculaire. Réunir ces deux thèmes dans une journée constituait l'occasion d'en aborder tous les aspects : le diagnostic, le traitement, les facteurs étiologiques et les conséquences à moyen terme. La problématique a été replacée dans son contexte général : la forte diminution de la prévalence de la carie et les progrès de la dentisterie conservatrice ont permis à l'ensemble de la population des pays industrialisés de conserver leur denture jusqu'à un âge avancé. Du coup, les dents subissent les contraintes occlusales sur une durée de plus en plus longue, ce qui entraîne plus d'usure. On voit donc chez nos patients des dents de plus en plus abrasées et présentant des signes de fatigue mécanique comme les fêlures.

Restait, en introduction de cette journée, à éclairer le choix de la SOP de se consacrer exclusivement aux fêlures verticales et non aux fractures horizontales. Le P<sup>r</sup> Pierre Machtou a expliqué que les fêlures verticales se situent le plus souvent sur les dents cuspidées et ont pour origine un trau-

matisme fonctionnel (une dysfonction et/ou une parafunction). À l'inverse, les fractures horizontales sont le résultat d'un traumatisme ponctuel et concernent les dents antérieures. Ces deux entités n'ont donc pas la même étiologie, ne posent pas les mêmes problèmes de diagnostic et n'ont pas les mêmes modalités de traitement. Au rang des sujets qui auront particulièrement retenu l'attention des praticiens, on relèvera évidemment en premier

lieu la question du diagnostic des fêlures verticales. Dominique Martin (*lire pp. 32-33*) a montré que les fêlures verticales représentent à elles seules une entité pathologique à part entière. Elles présentent en effet des symptômes spécifiques et des modalités de traitement particulières. La fêlure n'a pas comme implication la seule fragilisation mécanique de la dent : elle a aussi des effets sur la pulpe et le parodonte. Ces pathologies associées posent alors un réel problème de diagnostic, comme l'a illustré Dominique Martin. Poser à coup sûr un diagnostic de fêlure coronaire est un exercice difficile car les premiers symptômes sont frustes et intermittents. Ils concernent le plus souvent des dents peu ou pas délabrées et ne sont associés à aucun signe clinique ni radiographique aisément identifiable. Une fêlure non diagnostiquée peut entraîner l'apparition d'une douleur chronique qui viendra compliquer la prise en charge du patient.

Autre point abordé par Dominique Martin : la présence d'une fêlure verticale condamne-t-elle l'organe dentaire ? Lorsque la fêlure se limite à la partie coronaire de la dent, une thérapeutique conservatrice peut être entreprise. Dominique Martin en a précisé les modalités. Plusieurs options thérapeutiques sont envisageables. Les thérapeutiques actuelles ont recours au collage et tentent, dans la mesure du possible, d'être moins invasives.

## L'essentiel de la journée sur les fêlures et fractures, 16 octobre 2008

Bernard Fleiter a, quant à lui, proposé un point exhaustif sur la problématique du bruxisme (*lire pp. 34-35*) avec cette question centrale : le bruxisme, constitue-t-il un trouble fonctionnel de plus en plus répandu ? Bernard Fleiter a expliqué que, sans étude épidémiologique sur une longue période, il reste difficile de l'affirmer. Cependant, et c'est là ce qui a passionné la salle au vu des questions posées, le bruxisme est à l'origine de pathologies spécifiques telles que les douleurs musculo-articulaires et les fêlures dentaires verticales. Comme l'a précisé Bernard Fleiter, les dents sont bien les victimes et non la cause du bruxisme. Le bruxisme a une origine centrale dont l'étiologie est encore mal connue et il est difficilement contrôlable. L'objectif ici consistait à donner aux praticiens les moyens d'en réduire les effets délétères sur la denture.

Si les fêlures verticales coronaires ont des effets délétères sur la pulpe, les fêlures radiculaires ont des effets délétères sur le parodonte. Là encore, la question centrale est

le diagnostic. Comme l'a précisé François Bronnec (*lire pp. 37-39*), ces conséquences parodontales peuvent être confondues avec d'autres pathologies d'origine endodontique ou parodontale. Il convient donc de poser un diagnostic à coup sûr car, en cas de fêlure radiculaire, la sanction est irrémédiable : c'est l'extraction...

Cette extraction doit alors être réalisée le plus rapidement possible car, comme l'a montré Bernard Schweitz (*lire pp. 40-41*), les pertes osseuses engendrées par une fêlure radiculaire verticale peuvent être désastreuses, en particulier dans une perspective implantaire ultérieure. Sachant l'organe dentaire condamné, toute l'attention doit se porter sur la préservation du capital osseux dans une optique prothétique et/ou implantaire.

Au total, au vu des réactions enregistrées à l'issue de cette journée – et dont les quelques témoignages publiés ci-dessous donnent un aperçu –, cette formation aura, nous le pensons, su combler les attentes exprimées par les praticiens en termes de diagnostic et de traitement. ■

## CE QUE VOUS EN AVEZ PENSÉ



### « MIEUX ARMÉ POUR DIAGNOSTIQUER »

**Guillaume Rollet,**  
40 ans, omnipraticien  
à Lamastre (07)

« J'ai découvert le programme dans le JSOP et je me suis inscrit pour la première fois à une journée de la SOP. Je ne le regrette pas. Pour moi, les fêlures et les fractures étaient jusque-là difficilement décelables. J'ai obtenu toutes les réponses que je cherchais au niveau du diagnostic. Cette formation va évidemment me servir de manière concrète dans mon exercice.

Avant la formation, j'ai reçu un patient que je suspectais porteur d'une fêlure. Maintenant, je me sens mieux armé pour le recevoir à nouveau et établir un diagnostic précis. Je n'hésiterai pas à me réinscrire aux journées de la SOP. »



### « J'AI PU IDENTIFIER UNE FÊLURE »

**Géraldine Mazuir,**  
43 ans, omnipraticienne  
à Issy-les-Moulineaux (92)

« Participer à cette formation m'a apporté un résultat immédiat et concret. J'attendais la journée avec impatience et, pour être honnête, une de mes patientes également. En effet, je ne disposais pas d'outils concrets pour identifier et traiter la fêlure qu'elle présentait. Grâce à cette formation, je dispose enfin d'un protocole adapté. Depuis, j'ai revu ma patiente. J'ai pu identifier une fêlure coronaire, la rassurer sur la prise en charge de cette pathologie et lui proposer le plan de traitement adéquat.

Sur la forme, les questions de la salle ont permis d'éclairer des aspects souvent méconnus, mais qui intéressent tous les praticiens. »



### « UNE INFORMATION PRÉCISE ET CONDENSÉE »

**Patricia Mansouraty,**  
38 ans, omnipraticienne  
à Sucy-en-Brie (94)

« J'ai le sentiment que, ces dernières années, le nombre de fêlures et de fractures s'est particulièrement développé chez nos patients. Malheureusement, les chirurgiens-dentistes ne sont pas suffisamment informés sur ce sujet et peu de formations y sont consacrées.

La journée de la SOP a permis d'obtenir, en quelques heures, une information précise et condensée, ce qui est rare mais pourtant très utile pour le praticien. Je retiendrai en particulier le sertissage des dents fêlées afin d'éviter la propagation de la fêlure ou encore le test du mordu pour la diagnostiquer. Au total, une journée très positive. »



### « CETTE FORMATION ME FACILITE LA VIE »

**Marie-Valérie Caubrière,**  
43 ans, omnipraticienne  
à Montmain (76)

« Cette formation m'a apporté une vraie classification des problèmes ainsi que des protocoles d'utilisation précis.

Grâce aux bases scientifiques communiquées, je gagne en rapidité d'exécution et en efficacité parce que je sais maintenant ce que je cherche et où je vais.

Avant cette formation, j'intervenais plutôt de manière empirique. Désormais, quand je suis confrontée à une fêlure ou à une fracture, ma prise de décision est plus rapide et je dispose de plus de visibilité sur le pronostic. Bref, cette formation me facilite grandement la vie. »



DOMINIQUE  
MARTIN

## Diagnostiquer les fêlures et les fractures dentaires verticales

Si la fêlure coronaire engendre des signes pulpaires, la fêlure radiculaire génère des signes parodontaux.



Présence d'une fêlure coronaire verticale en distale de la 26.



Test du mordu effectué avec un instrument spécifique. La douleur vive apparaît au relâchement.



La transillumination met en évidence la fêlure, le trait de fêlure arrêtant la diffusion de la lumière.

**N**OUS SOMMES NOMBREUX à avoir déjà reçu des patients qui rapportent une gêne plus ou moins forte survenant lors de la mastication. Mais à l'examen clinique, aucun signe visible de lésion carieuse pouvant être à l'origine de cette plainte n'est détecté. Ce type de douleur intermittente est le signe précurseur du « *cracked tooth syndrom* », syndrome de la dent fêlée.

Les signes peuvent durer de quelques jours à plusieurs années, ce qui a conduit à classer ce type de douleur dans les douleurs chroniques. Plus la douleur est ancienne, plus le diagnostic est difficile. Ces signes commencent par une douleur qui peut être très intense mais de très courte durée à la mastication de certains aliments. La douleur ressentie est liée à la pénétration des fluides directement dans les tubuli dentinaires, qui sont ouverts du fait de cette fêlure. Par la suite, il y a contamination et colonisation bactériennes de ces tubuli, ce qui induit une pulpite chronique. La charge bactérienne étant faible, cet état inflammatoire peut perdurer et les symptômes peuvent alors évoquer une névralgie faciale. Cette pulpite chronique peut également évoluer vers une nécrose pulpaire ; la fissure peut se transformer en fracture verticale et nécessiter en fin de compte l'extraction de la dent.

Les moyens cliniques de diagnostic sont les suivants :

- L'entretien clinique, au cours duquel le patient caractérise ce qu'il ressent : il va tenter de localiser la douleur, de décrire sa durée ainsi que sa fréquence, évaluer son intensité et dire au praticien qui l'écoute les circonstances de déclenchement et les moyens de soulagement.
- La reproduction de la douleur par le test du mordu, qui produit sur une dent fissurée une douleur intense au relâchement, liée au rapprochement des deux fragments. Ce test est fiable à 96 % !
- La transillumination de la dent suspectée complète l'investigation.

Dans les cas où la douleur est spontanée, on revient sur les tests pulpaires classiques :

- Les tests thermiques et le test électrique.
- La vérification de l'intégrité de l'attache épithéliale.

Attention, les examens radiologiques ne permettent pas de déceler les fêlures : le diagnostic est exclusivement établi avec les tests cliniques. Lorsqu'une lésion osseuse est visible sur la radiographie, l'état pulpaire doit être impérativement évalué afin d'établir le diagnostic différentiel avec une lésion d'origine parodontale. 60 % des cas de fêlures surviennent au niveau des molaires mandibulaires. ■

## Traiter les fêlures coronaires verticales

PAR DOMINIQUE MARTIN

Les quatre critères décisionnels et les recommandations actuelles en matière de traitement.

**L**ES OBJECTIFS D'UN TRAITEMENT consistent dans le soulagement rapide du patient, en supprimant la douleur. Il s'agit également d'éviter la propagation de la fêlure en direction apicale et d'assurer l'étanchéité coronaire afin d'éviter une pénétration bactérienne susceptible de provoquer une inflammation pulpaire.

Quatre critères décisionnels vont orienter le choix du traitement :

- La symptomatologie pulpaire.
- Le délabrement coronaire.
- Les contraintes occlusales : parafunctions, bruxisme.
- Le type de fêlure : fêlure de cuspide ou fêlure verticale.

Il existe deux familles de traitement : le recouvrement occlusal complet par une couronne périphérique, d'une part, le collage associé à un composite, à un amalgame ou à un onlay, d'autre part. Les recommandations actuelles tendent vers la réalisation systématique d'une couronne périphérique, mais des études prospectives récentes montrent que le collage d'un onlay s'avère un bon moyen de résoudre les symptômes en préservant au maximum la structure dentaire.

### TRAITEMENT ENDODONTIQUE

On doit prendre la décision de dépulper en présence de douleurs spontanées ou provoquées qui persistent après l'arrêt du stimulus (pulpite irréversible) ou bien d'une nécrose pulpaire liée à la fêlure.

Les conditions préalables sont :

- L'absence de sondage parodontal. Il convient de vérifier l'état parodontal car l'atteinte pulpaire est le signe de la progression de la fêlure en direction pulpaire et donc radicaire.
- La possibilité de restaurer sans ancrage canalaire. L'effet de coin provoqué par la mise en place d'un tenon va écarter les fragments et provoquer une progression rapide de la fêlure en direction apicale.

Les précautions consistent à faire un cerclage préalable à l'aide d'une couronne provisoire, d'éviter l'effet de coin pendant l'obturation, puis d'obturer rapidement la chambre pulpaire par collage ou mise en place d'un ciment verre ionomère. Remarquons que l'ajout de CVI aux entrées canalaires est facilité par l'utilisation de compule aiguille à usage unique (de type Accudose Centrix®).

En conclusion, pour une pulpite réversible, on essaie de conserver la vitalité pulpaire. Dans le cas d'une fêlure cuspidienne, on aura recours à un collage direct avec, de préférence, un recouvrement occlusal complet. Il faut retenir que, dans le cas d'une parafunction, le recouvrement occlusal est systématique. Pour une pulpite irréversible, on réalisera le traitement endodontique avec un cerclage préalable, puis une restauration sans ancrage canalaire. ■



*Lorsque la dent peut être conservée pulpée, le traitement de choix est la réalisation d'un onlay collé.*



*Le trait de fêlure apparaît sur la paroi de la cavité d'accès endodontique.*



*Lorsque le traitement canalaire est nécessaire, un cerclage périphérique doit impérativement être réalisé au préalable.*



BERNARD  
FLEITER

## Fêlures, occlusion et patients bruxistes

Les fêlures sont trois fois plus fréquentes chez les patients bruxistes.  
Le profil du patient bruxiste et les différents types de bruxisme.



Masséter hypertrophié d'un patient bruxiste.

**L**A DENT présentant la plus grande fréquence de fêlure verticale est la seconde molaire mandibulaire. Les facteurs étiologiques sont :

- Iatrogènes : scellement d'inlay, chocs thermiques, expansion retardée des matériaux d'obturation ou corrosion endobuccale ;
- Traumatiques : effet de coin, dysfonctions occlusales, telles que l'absence de guidage antérieur ou le bruxisme.

Il est intéressant de noter que le type d'obturation coronaire n'a pas d'influence sur l'émergence des fêlures. Ce point minimise l'influence des facteurs iatrogènes et met en avant les facteurs traumatiques et plus particulièrement l'effet de coin associé au bruxisme. Les fêlures sont trois fois plus fréquentes chez les patients bruxistes. Qu'est-ce que le bruxisme ? C'est une activité motrice involontaire, continue ou rythmique (Lavigne). Le bruxisme peut-être phasique ou tonique. 8 % de la population française en présente les signes, parmi laquelle 20 % des patients présentent un bruxisme d'éveil et 80 % un bruxisme de sommeil. Il n'y a pas de différence hommes/femmes. Le bruxisme centré provoque des serremments, le bruxisme excentré provoque des grincements.

Comment reconnaître un patient bruxiste au cabinet dentaire ? Il s'agit d'un patient qui présente des usures dentaires, des fractures et des fêlures, une hypertrophie des muscles manducateurs ainsi qu'une raideur musculaire. Il peut également se

plaindre de céphalées, de douleurs aux ATM, de mobilités dentaires et de morsures linguales. Son conjoint rapporte généralement des bruits de grincement.

Comment caractériser le bruxisme ? Est-il lié à une qualité de vie, à l'anxiété, à des troubles articulaires ? Il peut être primaire et sans cause apparente. Il est secondaire lorsqu'il est lié à une prise médicamenteuse ou à des habitudes nocives. Le bruxisme d'éveil peut être lié à l'absorption excessive de café, et à la prise d'amphétamines, d'ecstasy et de neuroleptiques. Les bruxismes d'éveil et de sommeil sont déclenchés par la sérotonine et les antidépresseurs. Le bruxisme de sommeil est déclenché par le café, le tabac et l'alcool.

Le profil type du patient bruxiste est une personne stressée et anxieuse, qui présente des parafunctions nocives (onychophagie, mordillement de stylo, etc.) et peut également présenter des troubles de la déglutition (interposition de la langue). Cliniquement, on observe une perte de la stabilité en occlusion d'intercuspitation maximale, de multiples expositions dentinaires liées à une grande usure, mais qui n'engendre pas de perte de dimension verticale d'occlusion, du fait de la compensation parodontale.

Le bruxisme peut provoquer des manifestations dentaires, parodontales et musculo-squelettiques telles que troubles de la déglutition, contractions bilatérales et simultanées des muscles manducateurs, douleurs des ATM. ■

# Bruxisme : gestion des facteurs de risque et prévention des fractures

PAR BERNARD FLEITER

Une prise en charge prudente aux objectifs précis, mais limités.

## PRISE EN CHARGE SYMPTOMATIQUE DU BRUXISME

Il convient d'évaluer l'activité du bruxisme et de définir les risques. Les objectifs consistent à limiter la douleur, protéger les surfaces dentaires et stabiliser l'OIM. L'entretien clinique permet de connaître la vie du patient, sa prise de conscience et l'identification des conduites délétères. Notre rôle alors consistera à informer, rassurer et éduquer le patient : hygiène de vie, habitudes alimentaires, conduites nocives, relaxation, thérapie cognitivo-comportementale. On peut aussi s'orienter vers la physiothérapie, ou encore les étirements passifs associés à un apport de froid.

Les orthèses occlusales ont pour objectif la protection dentaire, la distribution des contraintes d'une manière plus favorable et la modification du comportement musculaire. Les orthèses de libération (protection) se portent la nuit. Elles peuvent être réalisées au maxillaire ou à la mandibule. Le principe : offrir une occlusion simplifiée avec une désocclusion immédiate. Les orthèses améliorent la mobilité mandibulaire et diminuent les symptômes douloureux chez la plupart des patients.

L'orthèse limite le bruxisme durant quelques semaines, mais il réapparaît ensuite. Une collaboration peut être envisagée avec une équipe pluridisciplinaire : psychologue, neurologue, médecin du sommeil, orthodontiste, parodontologiste, et occlusodontiste.

## LORSQUE LES TRAITEMENTS DENTAIRES SONT NÉCESSAIRES

Il est important de noter que les interventions dentaires sont à haut risque de fait des contraintes occlusales : il sera prudent de n'intervenir qu'en cas d'absolue nécessité et seulement lorsque le patient aura adhéré au traitement après information sur les risques.

En fonction de l'ampleur du traitement prothétique envisagé, après analyse sur articulateur, on procède à une équilibration occlusale préprothétique avec une répartition des contacts sur l'ensemble des arcades par correction des restaurations existantes ou addition de composite sur certaines dents (canines).

On ne peut pas interdire aux patients de bruxer ! Notre ambition est d'augmenter la stabilité et de limiter les conséquences sur le plan biomécanique et musculo-squelettique.

Pour tester cliniquement la stabilité occlusale, on utilise un ruban marqueur de faible épaisseur (de 10  $\mu\text{m}$  à 20  $\mu\text{m}$ ) porté par des pinces de Miller placées simultanément des deux côtés de l'arcade.

Pour dépister les interférences occlusales, on fait venir le patient en latéralité (bout à bout canin), puis revenir en guidant vers l'OIM et l'on observe la perte de guidage du côté mastiquant qui signe la présence d'interférence controlatérale (côté non travaillant) ou homolatérale (côté travaillant).

Les interférences occlusales ne sont pas corrélées avec les algies et dysfonction-



Usure dentaire des incisives et canines chez un patient d'une vingtaine d'années.



Activité musculaire lors de serrement dentaire.



Orthèse occlusale de protection.

nements de l'appareil manducateur (ADAM), mais peuvent compliquer le fonctionnement de l'appareil manducateur en augmentant les contraintes en cas de bruxisme.

La restauration d'un guidage fonctionnel a pour objectif la limitation des contraintes occlusales et la modification des praxies. ■



# Simplifiez-vous les restaurations de classe II



## Composi-Tight 3D

- Rétention maximale de l'anneau
- Adaptation tridimensionnelle de la matrice, quelle que soit la largeur de la cavité
- Universel grâce aux extrémités en silicone
- Force de séparation optimale pour un point de contact de tension idéale
- Rapidité et sécurité de mise en oeuvre
- Anneau renforcé pour une plus grande longévité



## Skippy 1 / Skippy 2

- 5 en 1
- En nitrure de titane
- Ergonomie unique
- Moins d'instruments
- Moins de stérilisation, plus de place
- Gain de temps



Skippy 1



Skippy 2

BP 60 - L'Opéra  
13680 Lançon de Provence  
Tél : 04 90 42 92 92  
Fax : 04 90 42 92 61

**bisico**  
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ

# ANNUAIRE DENTAIRE.COM

## Votre moteur de recherche !

Une nouvelle interface plus intuitive pour trouver en 2 clics un chirurgien-dentiste, un laboratoire de prothèse dentaire ou encore un produit !



Une question ? Plus d'info ? contacter Marie au 01 64 76 64 90

FRANÇOIS  
BRONNEC

## Diagnostiquer et prévenir les fractures radiculaire verticales

Quelles sont les spécificités de la fracture radiculaire verticale ?  
Prévalence, diagnostic, prévention et thérapeutique : le point complet.



Devant l'évidence, l'extraction s'impose.



Image caractéristique en « halo ».

Lorsque l'on parle de dent fracturée, l'extraction de la dent s'impose comme une évidence. Mais, dans un certain nombre de situations cliniques, le diagnostic de fracture radiculaire est moins évident, et le praticien se trouve face à une situation clinique délicate. La fracture est toujours d'origine traumatique <sup>1</sup>, mais hormis dans les cas de traumatismes dento-dentaires violents, chez les adolescents en particulier, où le diagnostic de fracture est simple et où les procédures cliniques sont bien codifiées, il existe un problème diagnostique lié à une terminologie qui résulte d'une mauvaise traduction du lexique anglo-saxon.

Rappelons que la classification de 1997 et de 2008 de l'American Association of Endodontists (AAE) traduit le continuum du processus :

1. Craquelure de l'émail ;
2. Fracture cuspidienne ;
3. Dent fissurée ou fêlée ;
4. Dent fendue, qui est la conséquence directe d'une fêlure coronaire non traitée ;
5. Racine fracturée, dont le point de départ de la fracture verticale peut être coronaire ou radiculaire.

Attention ! Dans la littérature, la « fracture radiculaire verticale » désigne à la fois la dent fendue (propagation de la fracture en direction corono-apicale) et la racine fracturée (propagation de

la fracture en direction apico-coronaire). Face à une dent fracturée (séparation des fragments), il est le plus souvent impossible de connaître l'origine de la fracture (coronaire ou apicale ?).

### PRÉVALENCE DES FRACTURES

Il existe une prédominance de l'apparition des fractures en fonction de l'âge. Elle survient après la troisième décennie (de 40 ans à 70 ans). En revanche, on n'observe aucune différence en fonction du sexe. Les dents les plus touchées sont les prémolaires maxillaires et les molaires mandibulaires, comme pour les fêlures. En ce qui concerne le statut pulpaire, la moitié des dents fracturées, d'après la littérature, sont des dents traitées endodontiquement et prothétiquement (49 % des cas). Pour l'autre moitié, la dent est nécrosée (39 % des cas) ou, plus rarement, vivante, dans 10 % des cas, au moment de la consultation.

### PROBLÉMATIQUE DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic n'est pas évident d'emblée, hormis dans trois situations où l'on a une forte présomption de fracture, décrites ci-dessous :

1. Le patient nous décrit avoir ressenti une douleur vive associée à un bruit de craquement lors d'un repas (mastication d'un aliment dur type cacahuètes, apéritifs, etc.).

3a



3b



3c



Devant un « échec » endodontique inexpliqué, la présence d'un sondage ponctuel est un signe précoce qui, associé à un contexte occlusal de bruxomane, doit fortement évoquer une possible fracture radiculaire verticale.

- ... 2. Le patient consulte pour une perte d'obturation, sans cause carieuse sous-jacente, et il est possible d'écarter les deux fragments ce qui objective la fracture verticale.
- 3. Lors du traitement endodontique d'une dent relativement grêle (par exemple, une incisive mandibulaire), au cours de l'obturation (condensation latérale à froid le plus souvent), on peut percevoir un « pop », bruit correspondant à l'éclatement de la racine sous l'effet des contraintes générées.

Mais dans la majorité des cas, le patient se plaint d'un inconfort à la mastication, d'une douleur sourde et chronique. Lors de l'interrogatoire du patient, il convient de rechercher un épisode douloureux aigu antérieur, dans les semaines ou dans les mois précédant la consultation.

S'agissant des signes cliniques, il n'existe pas de manifestation pathognomonique, contrairement aux fêlures. On observe une prédominance de signes parodontaux (communs à la maladie parodontale et aux complications parodontales de l'infection canalaire). Il pourra s'agir d'une tuméfaction, d'une fistule située plutôt coronairement ou d'un sondage parodontal localisé, éventuellement « en miroir ». Dans la très grande majorité des cas, il n'existe aucun signe pulpaire associé (90 % des dents fracturées sont nécrosées ou dépulpées).

Le test le plus important afin de poser un diagnostic précoce est le sondage parodontal. Dans le cas d'une dent fendue, ce dernier est systématiquement bilatéral, localisé en mésial et en distal. En revanche, en présence d'une fracture radiculaire verticale « vraie », ce sondage, lorsqu'il est présent, pourra être isolé (unilatéral) ou en miroir (bilatéral), mais intéressera toujours les faces vestibulaires et linguales et pour-

ra être associé à un abcès fistulisé. En ce qui concerne les signes radiologiques, ils vont du simple épaississement ligamentaire discret, à la radioclarité latéroradiculaire (sous forme de « halo »), qui est le signe caractéristique de la fracture radiculaire verticale, en passant par l'image d'une lésion d'origine endodontique apicale ou latérale très circonscrite [2]. Enfin, il faut retenir que le trait de fracture n'est visible que dans 20 % des cas. Ces signes radiologiques ne sont pas des signes précoces, mais des signes tardifs des fractures radiculaires et des dents fendues.

### ÉTIOLOGIE DES FRACTURES RADICULAIRES

Les étiologies cliniquement retenues sont : le bruxisme, également principale cause des fêlures coronaires, et la dentisterie iatrogène qui aura causé un délabrement excessif lors de la mise en forme et/ou une contrainte pendant l'obturation du système canalaire. Pour l'étiologie endodontique, la mise en forme conique ne favorise pas l'apparition de fracture radiculaire. En effet, plus la conicité est importante, moins il y a de contraintes au moment de l'obturation et la mise en fonction de la dent. En revanche, on accuse souvent la condensation latérale à froid d'être à l'origine de ces fractures, car elle est associée à une mise en forme qui n'englobe pas l'anatomie canalaire. Elle a recours à l'utilisation d'un *spreader* qui joue un rôle initiateur d'effet de coin, lorsqu'on le fait progresser en direction apicale et d'un mouvement de torque dans les canaux courbes. Cependant, dans la littérature, on s'aperçoit qu'il n'y a pas de différence significative, en termes de stress généré au niveau radiculaire, entre les différentes techniques d'obturation endodontique (latérale à froid et verticale à chaud) lorsqu'elles sont correctement réalisées. La seule

## L'essentiel de la journée sur les fêlures et fractures, 16 octobre 2008

technique générant moins de stress est celle du Thermafil®.

### PRÉVENTION ET THÉRAPEUTIQUE

La prévention passe par le collage lors de l'utilisation de reconstitution coronaradiculaire – l'utilisation systématique d'un tenon doit être proscrite –, le cerclage impératif des dents traitées endodontiquement (sertissage périphérique par la couronne) et le contrôle du facteur de risque occlusal. La fracture radiculaire étant souvent la conséquence d'une fêlure non diagnostiquée, il faut savoir rechercher les signes précoces d'une fêlure coronaire.

Dans les années 1980 et 1990, on proposait de traiter les fractures radiculaires par collage suivi de réimplantation. Ce traitement doit rester anecdotique car il n'existe aucune étude objective à ce sujet et aucun recul clinique.

Une autre thérapeutique (années 1960) consiste dans l'amputation radiculaire. Elle peut être retenue dans certains cas de fracture radiculaire, mais elle n'est pas recommandée chez les patients présentant une parafunction. Enfin, dans la majorité des cas, la seule option thérapeutique disponible est l'extraction précoce avec pour seul objectif la prévention de la perte osseuse

3a 3b 3c ■

## PREMIER CENTRE DE FORMATION DES ASSISTANT(E)S DENTAIRES

CNQAOS

98 Chemin des Bourdons 93221 GAGNY CEDEX

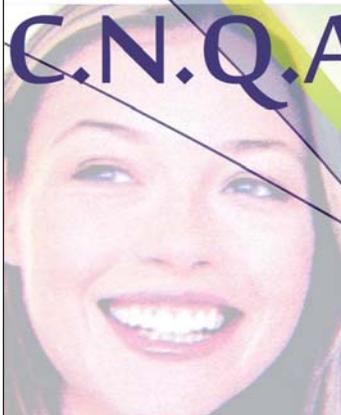
Tel. : 01.41.53.53.53.

Fax : 01.41.53.89.93.

infos.cnqaos@free.fr www.cnqaos.asso.fr

**L'assistante dentaire joue un rôle  
prépondérant au sein de votre cabinet.  
Elle est l'auxiliaire incontournable tant au  
niveau de l'accueil que du plateau technique**

# C.N.Q.A.O.S.

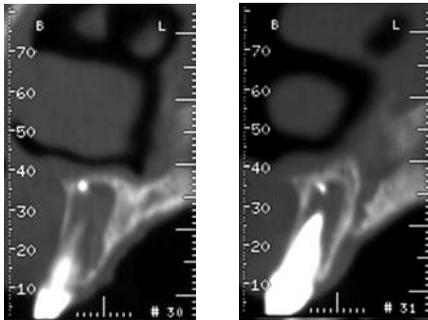




BERNARD  
SCHWEITZ

## Gérer les conséquences parodontales des fractures radiculaires

Le volume de la lésion osseuse est lié à la précocité du diagnostic, d'où l'importance du dépistage des premiers symptômes.



Coupe scanner de la dent à extraire : lésion osseuse volumineuse, tables osseuses très fines (fenestration palatine objectivée cliniquement par la présence d'une fistule).



Extraction atraumatique. On remarque la finesse du parodonte.

UNE FRACTURE RADICULAIRE conduit dans la plupart des cas à l'extraction de la dent concernée. Une destruction osseuse en regard du ou des traits de fracture constitue la conséquence parodontale majeure engendrée par une fracture radiculaire.

### EXTRACTION ET REMODELAGE OSSEUX

À la suite d'une extraction dentaire, il existe des remaniements tissulaires qui se traduisent systématiquement par une perte de volume osseux. Sur le plan histologique, la cicatrisation passe par les événements classiques de la réparation osseuse : le caillot sanguin est remplacé par un tissu de granulation, lui-même remplacé ensuite par une matrice provisoire. Cette matrice permet la constitution d'un os immature qui sera remplacé à son tour par un os lamellaire, médullaire et cortical. Sur le plan de la morphologie de la crête osseuse, on

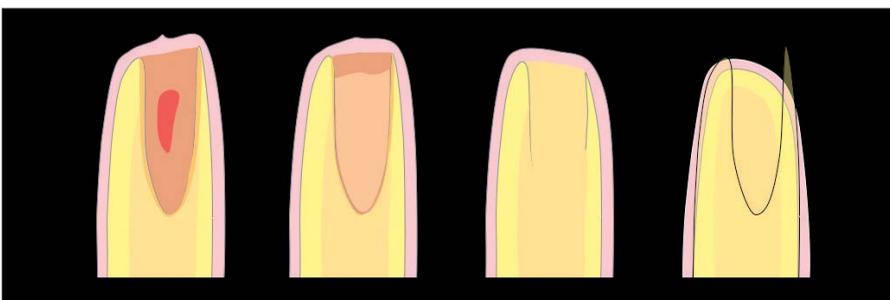
observe très tôt une réduction en hauteur et en volume de la table osseuse vestibulaire. Plus les tables osseuses sont fines, plus la perte de volume sera importante.

Les facteurs influençant cette perte de volume tissulaire sont donc :

- L'épaisseur du parodonte : l'effondrement tissulaire sera plus important dans un cadre de parodonte fin par rapport à un parodonte épais ;
- La localisation dentaire : en fonction de la situation de la dent, les tables osseuses sont plus ou moins épaisses ;
- La hauteur des septa osseux : dans le sens vertical, la cicatrisation osseuse se fera au maximum au niveau des septa tels qu'ils sont avant l'extraction.

### LA FRACTURE RADICULAIRE

L'infection résultant de la fracture radiculaire provoque une déhiscence en regard du trait de fracture qui se situe, le plus souvent, en vestibulaire. Son étendue dépend de la précocité du diagnostic – plus le diagnostic est tardif, plus la résorption osseuse progresse – et de l'épaisseur des tables osseuses. Anatomiquement, les racines qui sont entourées de structures osseuses épaisses présentent peu de risques de provoquer des lésions osseuses importantes. C'est le cas des racines palatines au maxillaire et des molaires mandibulaires, contrairement aux autres racines qui sont très déportées en vestibulaire.



Remaniements tissulaires post-extractionnels.

### EXTRACTION ET PROTHÈSE DENTO-PORTÉE

Il convient d'éviter l'amputation radiculaire dans le cadre de la réalisation d'un nouveau bridge car le risque de fracture secondaire de la racine résiduelle est très élevé. Sous un bridge existant, on peut imaginer réaliser une amputation ou une extraction en conservant le bridge, mais il s'agit d'un traitement de compromis car des fractures des autres piliers sont souvent constatées. Pour des raisons esthétiques et fonctionnelles, on peut préserver le volume tissulaire grâce à un matériau de comblement protégé par une membrane, elle-même protégée du mieux possible par le lambeau qui a permis l'accès à la racine à extraire.

### EXTRACTION ET PROTHÈSE IMPLANTO-PORTÉE

La lésion osseuse limitée est caractérisée par une faible destruction de la table osseuse vestibulaire, soit un défaut osseux sur sa majeure partie à quatre parois. Une reconstruction osseuse correcte est prévisible et l'on peut procéder à une extraction simple. Ces situations concernent la plupart du temps les secteurs molaires ou des fractures linguales et palatines, si le diagnostic n'est pas trop tardif. La lésion osseuse étendue est caractérisée par une destruction osseuse quasi totale de la table osseuse vestibulaire, soit un défaut osseux après extraction à trois parois osseuses. Cette situation est plus fréquente sur les dents monoradiculées et les prémolaires. Les remaniements osseux sont très longs et sont accompagnés d'une réduction progressive du volume de la crête résiduelle. Des techniques particulières pour préserver le volume trouvent alors leur indication au moyen d'un comblement soit par de l'os autogène, soit par un biomatériau d'origine animale (bovi-

ne) ou synthétique. La protection du comblement vis-à-vis du milieu buccal est essentielle pour éviter l'infection du matériau et l'échec de la régénération osseuse.

Pour les dents pluriradiculées, il est raisonnable d'extraire la dent fracturée et d'attendre six à huit semaines afin d'obtenir une fermeture des tissus mous. Ensuite, on peut intervenir pour réaliser le comblement souvent recouvert d'une membrane résorbable et suturer le lambeau pour protéger les matériaux sans laisser d'exposition. Les complications possibles sont l'exposition de la membrane (généralement limitée si l'on respecte les recommandations énoncées ci-dessus) ou l'encapsulation du matériau : radiologiquement, on observe une image radioclaire qui isole le matériau ; il faut alors cureter intégralement le matériau et envisager un second comblement.

Sur les dents monoradiculées, la perte de la table osseuse vestibulaire complique la réalisation du traitement implantaire. La technique de choix consiste à protéger le comblement réalisé le jour de l'extraction par un greffon gingival. Une étude récente montre que la résorption osseuse est moindre lorsque le traumatisme chirurgical de l'extraction est limité, réalisée sans lambeau, avec un matériau de comblement protégé par un greffon gingival libre.

En conclusion, il convient de retenir que le volume de la lésion osseuse est lié à la précocité du diagnostic. D'où l'importance du dépistage des premiers symptômes. Les conséquences sur les tables osseuses sont fonction de leur épaisseur. La gestion de la perte osseuse est fonction de son volume et de la localisation de la fracture. Enfin, le comblement limite la perte de volume osseux et la protection du matériau est essentielle pour obtenir le succès attendu. ■



Comblement de l'alvéole jusqu'au niveau des septa osseux interdentaires.



Fermeture du site par un greffon épithélio-conjonctif.



Maintien du volume osseux. Le très léger déficit dans le sens vestibulo-lingual ne peut jamais être totalement évité.

## Une Amérique à facettes multiples !



André Krief est rédacteur en chef de *L'Actualité dentaire*, « 1<sup>er</sup> journal dentaire en ligne » : [www.lactudentaire.com](http://www.lactudentaire.com)

« Rechercher l'excellence sans tomber dans le travers du « tout » implantaire, esthétique ou céramique... »

EN MATIÈRE DE DENTISTERIE, les États-Unis nous livrent chaque année une tendance. Ainsi a-t-on pu assister, les années précédentes, au « *tout-communication* », puis au « *tout-blanchiment* », puis encore au « *tout-digital* ». De retour du *Greater New York Dental Meeting*, j'ai constaté cette année deux tendances majeures : le « *tout-cone beam* » mais surtout le « *tout-facettes* » ! Hallucinant, cette mode qui consiste à tout traiter avec des facettes : les malpositions dentaires, les sourires inesthétiques, les soutiens de lèvres, les augmentations de dimension verticale, les agénésies de latérales.

L'orthodontie est, quant à elle, reléguée aux calendes grecques, à tel point que chaque conférencier commence son propos en s'inquiétant de savoir si, parmi les auditeurs présents, certains sont encore orthodontistes !

Bien évidemment, ces facettes réalisées en nombre (8 à 10 et souvent 14) obéissent toutes au même diktat de teinte, le « *blanc californien* » que l'on qualifie chez nous de « *blanc lavabo* » ou de « *touches de piano* » !

Certes, les facettes constituent une avancée technologique importante en matière d'esthétique conservatrice des tissus dentaires. Encore faut-il ne point en abuser et en poser l'indication à bon escient en ayant pris le soin de réaliser au préalable un *mock-up* et un *wax-up*.

Il est également primordial d'acquérir en matière de réalisation de facettes, non seulement des principes de base extrêmement précis et rigoureux, mais surtout de s'exercer lors de travaux pratiques parfaitement orchestrés par des équipes formatrices performantes de A comme « *analyse du cas sélectionné* » à Z comme « *zones à ne pas franchir* ».

En effet, une facette « *mal conduite* » peut aboutir à une véritable catastrophe et à un profond

litige en cas de non-acceptation par le patient du résultat final. Cet état de fait peut s'avérer d'autant plus grave que l'esthétique du secteur antérieur ne peut souffrir aucun compromis. Les modes et tendances en matière de dentisterie ont souvent produit l'effet inverse de ce qu'elles promettaient comme bienfaits. Aussi ma réaction à l'encontre de cette « *Amérique à facettes multiples* », qui tente par tous les moyens de sortir d'une crise dans laquelle l'apologie d'une économie virtuelle l'a plongée, constitue une véritable mise en garde contre tous les excès. En matière de dentisterie, la crise outre-Atlantique est profonde, tout comme en France, mais il serait illusoire de prétendre que le renouveau économique se réalise à travers la multiplication de mutilations inutiles !

Bien au contraire, c'est en assurant à nos patients, des travaux de qualité obéissant à des indications parfaitement posées que nous continuerons à les fidéliser et à les inciter à nous faire confiance. Ce discours peut paraître rétrograde pour certains, mais ceux d'entre nous qui sont dento-conscients savent que la qualité et la pérennité de nos traitements conservateurs et de nos réalisations prothétiques constituent notre meilleure vitrine.

En période de crise, il faut investir dans du matériel de qualité en fonction de son propre mode d'exercice, améliorer son système de communication avec des patients souvent plus inquiets qu'en période de croissance économique et surtout s'initier et se former aux techniques nouvelles en recherchant l'excellence sans tomber dans le travers du « tout » implantaire, esthétique ou céramique : notre exercice doit avoir de « *multi-facettes* » mais surtout ne pas « *multiplier les facettes* » ! ●

André Krief



Votre Partenaire Confiance

# La Sécurité plébiscitée !

Utilisation exclusive de matériaux marqués CE

Matériau	Marque	Fournisseur	Pays	CE No.
<b>Céramique</b>				
Céramique sur métal NP	IPS d.SIGN	Ivoclar Vivadent	Etats-Unis	CE0197
Céramique sur métal NP	Ceramco 3	Dentsply	Etats-Unis	CE0086
Céramique sur Zirconium	CZR	Noritake	Japon	CE0119
<b>Alliage non-précieux</b>				
CoCr conjointe	Remanium 2001	Dentaurum	Allemagne	CE0483
CoCr conjointe	Wirobond-280	Bego	Allemagne	CE0197
NiCr conjointe	Gialloy CB/N	Bk Giuliani	Allemagne	CE0297
CoCr adjointe	Remanium GM800+	Dentaurum	Allemagne	CE0483
CoCr adjointe	Wironit LA	Bego	Allemagne	CE0197
Titane	Ti	Orotig	Italie	CE0051
<b>Alliage précieux</b>				
Précieux (Au 50%)	AC3	All dental	Suède	CE0413
Précieux (Au 74%)	IPS d.SIGN 96	Ivoclar Vivadent	Etats-Unis	CE0197
Précieux (Au 85%)	Captex	Precious Chemical Ltd	Etats-Unis	CE0473
<b>Composite</b>				
Inlay/Onlay	GRADIA	GC	Japon	CE0086
Inlay/Onlay	Céramage	Shofu	Japon	CE0044
<b>Résine</b>				
Résine adjointe	Vertex	Vertex	Hollande	CE0044
Résine souple	Valplast	Valplast	Etats-Unis	CE0510
Dents Résine	Cosmo HXL Teeth	Dentsply	Etats-Unis	CE0088

\*Dents en supplément



Réalisation en Laboratoire certifié ISO 9001

**Les Prix** CCM 64 € - Inlay-Core 27 € - Stellite 119 €<sup>®</sup>

**Le Délai** 7 jours porte-à-porte partout en France !  
(enlèvements réguliers et livraisons au cabinet gratuits)

**Le Service** suivi personnalisé par votre prothésiste-conseil dédié

[www.protilab.com](http://www.protilab.com)

PROTILAB - 4 rue Jacques Cartier 75018 PARIS

01 53 25 03 80

N°Azur 0 810 81 81 19

PRIX APPEL LOCAL

# RES - Assurance Vie



**À nouveau 4,65%\* en 2008 !**  
Le RES euros de la MACSF épargne retraite,  
c'est la régularité dans la performance.

\* Taux net de frais de gestion de 0,5% et brut de prélèvements sociaux, pour un encours de provisions mathématiques de 11,2 milliards d'euros, soit un taux net de 4,14% net de prélèvements sociaux. Cet encours représente 88% du total des fonds Euros gérés par MACSF épargne retraite.

Pour contacter votre Mutuelle d'Assurances des Professionnels de la Santé :

[www.macsf.fr](http://www.macsf.fr)



**3233**

ou 01 71 14 32 33

\*Prix d'un appel local depuis un poste fixe FT. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

**Ceux qui se consacrent  
à la santé des autres ont besoin  
que l'on se consacre à eux.**

**MACSF**  
Épargne retraite