



De gauche à droite: **Éric Bonnet**, **Chloé Barbant** (responsable scientifique de la séance), **Dominique Martin**, **Charlotte Pantchenko** et **Marin Pomperski**.

No(s) Limit(es) : retour sur la séance SOP à l'ADF

Originale, unique, inventive et innovante. Telle fut la séance de la SOP lors du dernier congrès de l'ADF, en novembre dernier, intitulée « No(s) Limit(es) ». Un concept en forme de jeu de mots, mais pas seulement. « No limit » signifie qu'il n'y a pas de limite dans la recherche du progrès. Mais les parenthèses de No(s) Limit(es) rappellent que les actes ont leurs frontières au-delà desquelles nous ne pouvons pas aller. Celles de la connaissance, du savoir-faire personnel, de notre compétence propre, mais aussi des techniques qui, même si elles progressent, restent encore et toujours limitées. En cela, les conférenciers ont parfaitement joué le jeu. Sur scène: **Éric Bonnet** en imagerie 3D,

Dominique Martin en endodontie, **Charlotte Pantchenko** en parodontie et **Marin Pomperski** en collage. Ils ont d'abord montré comment l'évolution faisait reculer ces fameuses limites dans leur discipline. Ils ont aussi expliqué que chacun de nous, dans sa formation et son apprentissage, peut aller au-delà de sa zone de confort. Les matériaux, les instruments, les techniques ne peuvent pas tout. Quelles qu'elles soient, nos limites personnelles sont celles de notre compétence. Mais elles peuvent être repoussées par l'expérience, le savoir-faire et notre formation, que nous devons rendre « permanente » afin justement de repousser nos limites... sans limite.

Philippe Milcent

Aperçu de la conférence « L'imagerie 3D, No(s) Limit(es) ! »

Éric Bonnet



Dosimétrie

Plus le champ est grand, plus l'irradiation est importante

Petits champs : 19 à 44 μ S

Grands champs : 368 μ S

Pauwels - 2012

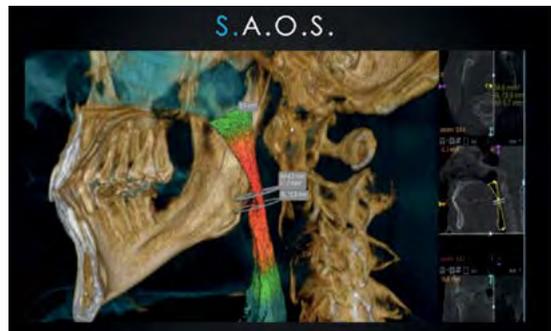
Radiosensibilité thyroïde x4 chez enfant de 10 ans

Theodorakou, 2012

La dosimétrie reste un facteur majeur dans le choix de notre acquisition. Les principes de justification (du choix de notre examen) et d'optimisation (de notre choix d'acquisition dans la taille du champ d'exploration et du niveau de précision) restent les maîtres-mots de l'imagerie 3D.



Nombreuses possibilités des indications de la tomographie volumique numérisée à faisceau conique: si l'implantologie reste l'outil de choix dans les options chirurgicales, il n'en reste pas moins que le cone beam est devenu un outil indispensable en omnipratique. Dès que le doute se révèle en imagerie bidimensionnelle (panoramique et imagerie intrabuccale), l'imagerie 3D nous offre cette 3^e dimension si utile dans nos diagnostics.



Nouvelles limites de l'imagerie 3D: mise en évidence d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) à l'aide d'une acquisition cone beam. L'imagerie permet ici de compléter les examens polysomnographiques en validant le rétrécissement des structures pharyngées. (CS Airway module - Carestream Dental).

Aperçu de la conférence « Retraitement endodontique, No(s) Limit(es) ! »

Dominique Martin



Taux de succès



Ng YL, Mann V, Gulabivala K. A prospective study of the factors affecting outcomes of nonsurgical root canal treatment: part 1: periapical health. Int Endod J. 2011 Jul; 44(7): 583-609.

Les évolutions récentes ont permis de repousser les limites techniques des retraitements endodontiques et d'améliorer la fiabilité des résultats quels que soient les obstacles.

Limites biologiques du retraitement

- Taux de succès
- Résistance mécanique



Les taux de succès rapportés sont aujourd'hui de 80 % quelle que soit la technique utilisée. Les 20 % d'échecs avérés représentent une limite indéniable du retraitement. La valeur mécanique de la dent et les possibilités de restauration constituent également une limite.

COLLOQUE SINGULIER



Accompagnement
Langage
Motiver
Rassurer
Culture
Intentions

Soins
Connaissances

Entourage
Expériences
Valeurs
Emotions
Priorités
Demande

Confiance
Histoire

SYNTHÈSE

La décision de retraiter doit toujours être prise avec le consentement éclairé du patient. L'alternative se formule assez simplement, il s'agit d'éradiquer l'infection canalaire en réintervenant localement ou en extrayant la dent. D'un point de vue médical, la ré-intervention, même si elle ne garantit pas le succès, permet d'offrir au patient une chance de conserver sa dent.

Aperçu de la conférence « La parodontie, No(s) Limit(es)! »

Charlotte Pantchenko



2° Observer et Déjouer les pièges

Morphotype Epais



Tabac



Malheureusement, les signes cliniques d'inflammation gingivale sont parfois discrets. Les morphotypes gingivaux épais font partie des pièges à éviter, tout comme le tabagisme. Chez ces patients, l'inflammation est souvent masquée, et, de ce fait, les destructions profondes ne seront visibles que lorsqu'elles seront déjà avancées.

Quels résultats attendre du traitement non chirurgical ?



Diminution de l'inflammation (indice gingival et %BOP)

Gain d'attache : 0,55 à 1,29 mm

➔

Diminution profondeur de poche : 1,29 à 2,16 mm

Diminution de la perte dentaire de 58%



Sanz et coll. Nonsurgical treatment of periodontitis. J Evid Based Dent Pract. 2012

Le traitement parodontal non chirurgical est un traitement efficace pour soigner les parodontites. Il permet de diminuer sensiblement l'inflammation et de limiter la perte dentaire de 58 %.

«La parodontie, No(s) Limit(es)!» (suite)

Apport des Antibiotiques systémiques ?

Qui	→	PA ou PC sévère (PPD > 6mm)	
Quand	→	Après le débridement parodontal	
Molécules Posologie	↙ ↘	AMOXICILLINE : 500mg matin, midi et soir + METRONIDAZOLE : 500mg matin, midi et soir AZITHROMYCINE 500mg matin	
			7 jours 3 jours

Herrera D et al. Antimicrobial therapy in periodontitis: the use of systemic antimicrobials against the subgingival biofilm. *J Clin Periodontol*, 2008

La prise d'antibiotiques associée au traitement mécanique chez les patients présentant une PCS semble être associée à un gain d'attache supplémentaire de 0,5 mm et à une diminution de profondeur de poche de 1 mm. Il pourrait donc présenter un intérêt clinique.

Aperçu de la conférence « Le collage, No(s) Limit(es)! »

Par Marin Pomperski




L'isolation par la pose d'un champ opératoire (digue dentaire) repousse les limites d'accès aux tissus dentaires et optimise la manipulation de matériaux hydrophobes (adhésifs, colles) dans un environnement lumineux, sec et à l'abri des contaminants (salive, fluide gingival, sang). La maîtrise des techniques d'isolation apparaît incontournable pour la mise en œuvre des protocoles de collages.



Le scellement dentinaire immédiat par collage est désormais bien codifié. La protection immédiate du complexe dentino-pulpaire se fait dès la première séance, limitant ainsi les sensibilités entre les séances. Il autorise parallèlement de s'affranchir pour tout ou partie du concept de rétention prothétique en augmentant largement les valeurs d'adhérence des restaurations indirectes collées.



Les colles duales conventionnelles bénéficient du plus grand recul clinique et restent d'actualité. L'évolution des formes de préparation et la diminution de la rétention des restaurations rendent plus délicate l'étape de l'assemblage. L'utilisation de colles uniquement photo-polymérisables ou de composites de restauration chauffés offre un plus grand confort de travail par augmentation du temps de travail mais ne bénéficie pas encore du même recul clinique.