

**17 octobre 2013
JOURNÉE OCCLUSION**



BÉANCES ET SURPLOMBS

Quelle morphologie pour vos restaurations postérieures ?

2013-2014 : nos cycles longs et notre formation 2 jours

■ **Formation 2 jours**
**« Accédez
à l'implantologie »**
7 et 8 novembre 2013 pp. 14-15

■ **Cycle long
en endodontie**
Décembre 2013 – Juin 2014
pp. 16-17

■ **Cycle long
en parodontie**
Janvier – Juin 2014
pp. 18-19

■ **Cycle long
en dentisterie
esthétique**
Février – Octobre 2014 pp. 20-21

Redonnons le sourire à tous nos patients !

- Une qualité sans précédent!
- La norme iso 13485: 2003
- Un support expert
- Délai: **3j** de labo

50%
de réduction
4 pendant vos
premières semaines
de commandes

Une traçabilité intégrale!



Pour en savoir plus sur la lecture optique pour une traçabilité sans faille, flashez ce QR Code.



CCM
27,50€
au lieu de 55€

Stellite finitions directes

60,00€
au lieu de 120€

E.max
44,50€
au lieu de 89€

Zircone
59,50€
au lieu de 119€



LABORATOIRE
Viadentis

L'EXPERTISE D'UN PARTENAIRE DE CONFIANCE

Les RDV de la SOP

- 6 Votre agenda formation
- 7 Quelle morphologie pour vos restaurations postérieures ?
- 13 2013-2014 : tous les cycles longs et la formation 2 jours

LES REPLAY de la SOP

- 22 L'environnement péri-implantaire en pratique généraliste

LE MAG'

- 33 Un bilan 2012 de la SOP satisfaisant
- 34 Courrier : Hôpital, mode d'emploi
- 35 Parution : *Péri-implantites*
- 36 Christine Muller, Prix du meilleur article de la ROS
- 38 À quand le printemps dentaire ?

NOS ANNONCEURS

VIADENTIS	P. 2
KREUSSLER PHARMA	P. 4
PIERRE ROLLAND	P. 11
SUNSTAR	P. 12
ADF	P. 32
CNQAOS	P. 35
MACSF	P. 40
AMPLI	ENCART

NOS PARTENAIRES

ACTEON GROUP ■ AMERICAN EXPRESS ■ ARSEUS IDF ■ AMPLI MUTUELLE
■ CODIMED ■ CROWN CERAM ■ LABORATOIRES CRINEX ■ DENTSPLY
FRANCE ■ ÉDITIONS CDP : WOLTERS KLUWER ■ FC MEDICAL DEVICE
■ GACD ■ HENRY SCHEIN ■ ITENA CLINICAL ■ KREUSSLER PHARMA
■ LABORATOIRES GABA ■ MACSF ■ MEGA DENTAL ■ NOBEL BIOCARE
■ PHILIPS ■ SUNSTAR ■ VET MICROSCOPIE DENTAIRE

NOS EXPOSANTS

ADF ■ AIREL ■ GC FRANCE ■ GÉNÉRIQUE INTERNATIONAL ■ JOHNSON & JOHNSON ■
KAVO DENTAL FRANCE ■ KOMET FRANCE ■ LABOCAST ■ MADE IN LABS ■ MIS
■ NICHROMINOX ■ PIERRE FABRE ORAL CARE ■ SIRONA DENTAL SYSTEM ■ STOMA



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 : 40000 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, Philippe Milcent, Sylvie Saporta, Bernard Schweitz, Corinne Touboul

Conception, réalisation : Texto Éditions **Création** : Ewa Biejat **Maquette** : Fabrice Roux

Photos : DR : pp. 1, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 35, 38. Gérard Mandel : pp. 22, 23, 25, 33, 36.

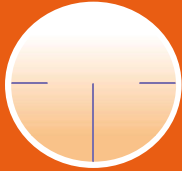
Internet : www.sop.asso.fr **Secrétariat** : secretariat@sop.asso.fr **ISSN** : 1285-3933

Régie publicitaire : Philippe Chalanset 01 42 09 29 13 **Impression** : Imprimerie Léonce Deprez – Zone industrielle – 62620 Ruitz

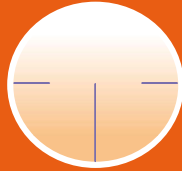
SANS ALCOOL

Dynexan® 2%

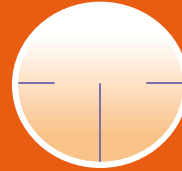
crème buccale



Pré-anesthésies



Appareillages
Prothèses



Détartrages



Extractions

Lésions douloureuses de la cavité buccale

Rapide

Efficace

Précis



Anesthésique de 1^{ère} intention

Pour votre traitement au fauteuil, toute
la puissance anesthésique de la lidocaïne



J.O du 23.02.2011

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, glycérol, 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). **AMM:** 34 009 352 798 97. **LISTE II. Prix:** 4,57 €. **CTJ:** 0,23 à 0,91 €. **Remb. Séc. Soc. à 30% - Collect.**

DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT: 30 Nov 1999/25 Nov 2004. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE:** 02.05.2011.

*Information complète sur le site de l'AFSSAPS.

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

N° Indigo 0 825 887 885

0.150 € TTC / MN



Bernard Schweitz
Président de la SOP

Le pari de l'intelligence

Comment débiter ce premier éditorial en tant que président de la SOP sans évoquer Meyer Fitoussi qui, pour ceux qui l'ignoreraient encore, n'a pas souhaité se représenter à la présidence de notre société? Je prends cette place avec la tâche immense de succéder à un homme qui a marqué l'histoire de la SOP, mais aussi celle de la formation continue et, plus largement encore, de la profession.

Meyer a d'ailleurs lui-même parfaitement pris la mesure de cette mission impossible : il va continuer à accompagner activement la SOP en tant que membre du conseil d'administration, lui-même composé d'anciens présidents et d'administrateurs aguerris à l'organisation d'événements professionnels. Je lui en sais gré! À la lecture de ce numéro du *JSOP*, il n'échappera pas au lecteur attentif que le logo du DPC fleurit désormais dans les bulletins d'inscription de nos formations. On a suffisamment tiré à boulets rouges – à juste titre – sur la lourdeur de ce dispositif, sans qu'il soit besoin d'y revenir.

Le DPC existe et, plutôt que de simplement « faire avec » contrainte et forcée, la SOP doit travailler à une approche plus active de ce dispositif. Derrière sa grisaille admi-

nistrative, il doit exister de l'intelligence et, par conséquent, un véritable potentiel dans le DPC.

Il suffit de naviguer sur les pages Internet de la HAS – avec, certes, quelques efforts de concentration pour dépasser la novlangue des experts de la Haute Autorité de santé – pour croiser des pépites qui parlent directement à notre expé-

rience de praticiens engagés dans une formation continue de qualité.

Pour qui réfléchit aux formes d'enseignement postuniversitaire efficaces et innovantes, les méthodes et modalités de DPC approuvées par la HAS sont loin d'être dénuées d'intérêt : Journées scientifiques, certes, et la SOP sait faire. Mais aussi analyses d'articles scientifiques, analyses de cas, concertations pluridisciplinaires, *e-learning*... Peut-être

une ouverture vers des formats d'acquisition de connaissances et de compétences davantage fondés sur l'échange et l'interactivité. C'est ce potentiel noyé dans cette grisaille qu'il faut valoriser. Si l'intelligence se définit par la faculté d'adaptation, charge à nous de donner de l'humanité et du sens à ce très technocratique DPC.

Bernard Schweitz

.....
Derrière la grisaille

technocratique

du DPC se cache

un véritable potentiel.

À nous de le valoriser

en lui donnant du sens

et de l'humanité.
.....



**17 octobre
2013**

JOURNÉE OCCLUSION

**Béances
et surplombs :
quelles restaurations
postérieures ?**

Programme et inscription pp. 7 à 10

**7-8 novembre
2013**

FORMATION 2 JOURS

**Accédez
à l'implantologie
par la pratique**

Programme et inscription pp. 14-15

**28 novembre
2013**

CONGRÈS ADF

**Séance
des nouveautés
de la SOP**

Entrée libre selon les places disponibles

**Décembre 2013 –
Juin 2014**

CYCLE LONG

**Formation
approfondie
en endodontie**

Programme et inscription pp. 16-17

**Janvier – Juin
2014**

CYCLE LONG

**Formation
approfondie
en parodontie**

Programme et inscription pp. 18-19

**Février – Octobre
2014**

CYCLE LONG

**Formation
approfondie
en dentisterie
esthétique**

Programme et inscription pp. 20-21

**16 janvier
2014**

JOURNÉE TV

**Empreintes
optiques**

Inscription à partir d'octobre 2013

**27 mars
2014**

JOURNÉE

**Démonter
et préserver
sans stress**

Inscription à partir de janvier 2014

17 octobre 2013

JOURNÉE OCCLUSION



BÉANCES ET SURPLOMBS :

Quelle morphologie pour vos restaurations postérieures?

« **I**l faut démythifier l'occlusion! » plaide dans son interview (*lire en page 9*)

Jean-François Carlier, conférencier de la Journée du 17 octobre prochain à la Maison de la chimie. On a, explique-t-il, imposé des « critères extrêmement précis, donc difficilement

applicables, alors même qu'un schéma simple suffit » dans le cas de béance et de surplomb. Voilà un couple de mots, « occlusion/simple », que des générations de praticiens n'ont pas été habitués à conjuguer ensemble! C'est pourtant ce que propose la SOP lors de cette Journée pratique et clinique ▶▶▶

▶▶▶ dont l'intitulé dit tout : « *Béances et surplombs : quelles restaurations postérieures ?* ».

En effet, en matière d'occlusion, on connaît le rôle du groupe incisivo-canin dans le guidage et le centrage de la mandibule. Mais que faire dans ces cas de béance et de surplomb où le guidage antérieur est déficient et ne peut être reconstruit ? Nous sommes alors confrontés à des situations face auxquelles les propositions cliniques constituent souvent des compromis.

L'objectif de la Journée du 17 octobre prochain consistera, après avoir établi un diagnostic complet, à définir des options thérapeutiques graduées auxquelles sera ensuite corrélé un pronostic. Car, au-delà des réponses cliniques, il s'agira de faire en sorte que le praticien possède les éléments lui permettant de déterminer ce qu'il peut et

ce qu'il ne peut pas promettre au patient. Il s'agira donc – à partir des attentes et du degré de motivation du patient – de flécher des parcours cliniques adaptés à chaque situation.

En ouverture de cette Journée du 17 octobre, **Emmanuel d'Incau** identifiera le risque occlusal en partant de situations concrètes où des patients nécessitent une restauration du ou des secteurs postérieurs. Après avoir posé la problématique relative aux conditions optimales d'occlusion, il explorera les premières pistes de réponses.

Daniel Rollet définira ensuite l'apport des traitements orthodontiques ou orthochirurgicaux chez l'adulte. Quel bénéfice peut-on en attendre en fonction de l'équilibre de la face, des praxies, des risques de récurrence ? Il précisera ainsi les limites de cette option et évoquera les moyens simples de prévention chez l'enfant.

Mais que faire lorsque le patient refuse l'option orthodontique, alors même qu'elle est la meilleure thérapeutique ? **Jean-François Carlier** répondra à cette question en présentant les solutions « mini-invasives » qui s'offrent au praticien lorsque le patient soit refuse l'orthodontie, soit présente un cas de contre-indication à cette thérapeutique.

Marcel Le Gall interviendra sur les principes occlusaux qu'il faut appliquer lorsque le guidage antérieur est déficient. Il plaidera pour un guidage molaire et, pour cela, il abordera, cas cliniques à l'appui, le problème de la morphologie occlusale sous l'angle des contacts d'entrée et de sortie de cycle.

Enfin, **Emmanuel d'Incau** et **Marcel Le Gall** concluront la Journée avec les traitements restaurateurs et la communication avec le laboratoire de prothèse. ✓

Le film de la journée

Quand manque le guidage antérieur...

Conférencier : Emmanuel d'Incau

Questions-réponses avec Emmanuel d'Incau

Quand avoir recours aux traitements orthodontiques ?

Conférencier : Daniel Rollet

Questions-réponses avec Daniel Rollet

Quand les plasties coronaires sont-elles réalisables ?

Conférencier : Jean-François Carlier

Questions-réponses avec Jean-François Carlier

Guidage antérieur déficient : quelles références occlusales pour nos restaurations ?

Conférencier : Marcel Le Gall

Questions-réponses avec Marcel Le Gall

Traitement et communication avec le laboratoire de prothèse

Conférenciers : Emmanuel d'Incau et Marcel Le Gall

Questions-réponses avec Emmanuel d'Incau et Marcel Le Gall

Les conférenciers



Emmanuel
d'Incau



Daniel
Rollet



Jean-François
Carlier



Marcel
Le Gall

Les objectifs de la Journée

→ Appliquer une méthode intégrant le risque occlusal

→ Minorer le risque en améliorant les conditions occlusales initiales

→ Réaliser des restaurations s'intégrant à la fonction masticatrice



Jean-François Carlier
Conférencier
de la Journée
Occlusion

« Démythifier l'occlusion ! »

Vous allez intervenir, lors de la Journée Occlusion, sur la réalisation de plasties coronaires. Pouvez-vous nous présenter votre conférence ?

Je montrerai comment, en vue d'un traitement prothétique, on peut optimiser l'occlusion lorsque le patient ne répond pas favorablement au traitement orthodontique proposé. Bien souvent, dans les cas de béance et surplomb, le patient adulte refuse l'option orthodontique, pourtant évidente, mais dont il perçoit mal la finalité. Dans ce cas, pour construire la prothèse, il faut des références. Mon intervention comportera deux axes majeurs : comment « lire » l'occlusion et, une fois cette lecture faite, comment optimiser la fonction à l'aide d'une intervention mini-invasive. Je montrerai comment s'appuyer sur les structures existantes, et en faire des références reproductibles. Je donne souvent à mes patients l'exemple du caillou dans la chaussure. Le patient peut continuer à marcher

avec ce caillou, mais au prix d'un contournement permanent. En prothèse, en laissant ce « caillou », le praticien prend le risque d'un échec prothétique, d'une fracture ou d'un descellement, parce que la construction prothétique subira cette parafonction.

Les praticiens pourront-ils appliquer votre enseignement ?

Bien sûr ! Il faut démythifier l'occlusion ! On a découragé des générations de praticiens en imposant des critères extrêmement précis, donc difficilement applicables, alors même qu'un schéma simple suffit. L'enjeu consiste ici à optimiser la morphologie occlusale pour prendre en charge la fonction déficitaire. Comment ? Premièrement, j'y reviens, le praticien doit décoder l'architecture occlusale. Pour cela, il lui suffit de connaître et d'appliquer un système de lecture. Je vais illustrer mon propos par des exemples cliniques et proposer un arbre décisionnel. L'enjeu : antérioriser la fonction, c'est-à-dire rendre fonctionnelle(s) la ou les dents les

plus antérieures. Il s'agit d'analyser les mouvements, de les décoder. Deuxièmement, il convient de procéder à une simulation des réglages en bouche, et de pratiquer une dentisterie peu invasive. J'ajoute que mon propos s'appliquera aux cas de béance et surplomb, mais aussi à d'autres situations comme celles de patients dont les dents reposent sur un parodonte réduit ou affaibli. La démarche est la même : elle consiste à rechercher la dent la plus apte à supporter la fonction.

Quelles erreurs

les plus fréquentes relevez-vous ?

Avant de restaurer, il faut analyser la fonction de mastication : ce n'est malheureusement pas toujours le cas. Face à un problème d'occlusion, il n'est pas rare de voir des praticiens éliminer les contacts et, de ce fait, déporter le problème sans le résoudre. On va ainsi pratiquer des meulages verticaux quand une couronne ne se met pas correctement en occlusion, alors que, au contraire, il faut accentuer les reliefs. ✓





Évaluez-vous

- ✓ Qu'est-ce que le concept de protection mutuelle ? Est-il toujours d'actualité ?
- ✓ De quoi dépend la morphologie des cycles de mastication ?
- ✓ Pourquoi les récurrences consécutives aux traitements orthodontiques sont-elles plus fréquentes dans les cas de béance que dans les cas de surplomb ?
- ✓ Quelle position de référence mandibulaire autorise la modification des paramètres occlusaux ?
- ✓ Dans la relation avec le laboratoire, quelle technique permet de gérer au mieux les morphologies ?



Le groupe de travail de la SOP

Marc Roché, Meyer Fitoussi, Yvan Bismuth, Joël Dubreuil, Nicolas Lehmann, Bertrand Tervil.



BULLETIN D'INSCRIPTION

JOURNÉE OCCLUSION Béances et surplombs : quelles restaurations postérieures ? 17 octobre 2013

Maison de la chimie
28, rue Saint-Dominique – 75007 Paris

Exposition ouverte aux professionnels

Bulletin d'inscription à retourner accompagné
de votre règlement (voir tarifs ci-contre) à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75016 Paris



Économisez 5 %
Payez en ligne sur www.sop.asso.fr

Nom :
Prénom :
N° Adeli : ou RPPS :
Adresse :
E-mail :
Tél. :

TARIFS
Inscriptions avant le 5 septembre 2013
Membres SOP et FSSOSIF : 240 € ; non-membres : 320 €
(Adhésion à la SOP : 97 €)

Inscriptions après le 5 septembre 2013
Membres SOP et FSSOSIF : 290 € ; non-membres : 370 €

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

Voulez-vous recevoir
un fichet réduction ?
 SNCF Air France

Validez vos formations DPC
avec la SOP.



RISKONTROL®

CONTRÔLE DU RISQUE INFECTIEUX



Depuis 20 ans une certaine idée de la protection des patients
et de l'hygiène en cabinet

Dispositifs médicaux de classe I ou Is (SGS - Stérile by Riskontrol)
Lire attentivement les instructions figurant sur l'étiquetage ou dans la notice -
Toutes les informations indispensables pour un bon usage de ces dispositifs figurent
dans le résumé des caractéristiques du produit disponible sur le site du laboratoire.
Non remboursés par les organismes d'assurance maladie.
Date de création : décembre 2012.

 N°Azur 0 810 811 400
PRIX APPEL LOCAL

PIERRE ROLLAND
ACTEON

CE

17 av. Gustave Eiffel • BP 30216 • 33708 MERIGNAC cedex • FRANCE
Tel + 33 (0) 556 34 06 07 • Fax + 33 (0) 556 34 92 92
E-mail : pierre-rolland@acteongroup.com • www.acteongroup.com

Diabète, santé bucco-dentaire et nutrition :

Interrelations, innovations et interactions

Un symposium certifié CME et CDE

Vendredi 20 septembre 2013

Starhotel Rosa Grand, Milan

Accueil / Petit-déjeuner : 09h00–10h00

Séminaire : 10h00–16h30

Inscriptions sur www.jsdei-seminars.com

Partenaires

SUNSTAR

fdi
FDI World Dental Federation

SlP
Società Italiana
di Parodontologia
e Implantologia


Associazione Igienisti Dentali Italiani

Société Italienne
de diabétologie

SOP 2013-2014

Tous les cycles longs et la formation 2 jours

■ Formation 2 jours

« *Accédez à l'implantologie* »

7 et 8 novembre 2013

page 14

■ Cycle long en endodontie

Décembre 2013 – Juin 2014

page 16

■ Cycle long en parodontie

Janvier – Juin 2014

page 18

■ Cycle long en dentisterie esthétique

Février – Octobre 2014

page 20

2 jours pour accéder à une implantologie sûre !

Les 7 et 8 novembre prochains, la SOP reconduit son cycle court pour intégrer durablement l'implantologie en omnipratique dans deux indications : la pose d'implants en symphyse mandibulaire et en site de prémolaire maxillaire. Outre un nombre de partici-

pants restreint, l'approche sera résolument concrète avec un fort accent porté sur les séquences de travaux pratiques et l'interactivité. Les participants assisteront également en direct à deux interventions dans les conditions du réel. La première journée alternera le rappel des notions essentielles et

des séances pratiques (TP de lecture de scanners, asepsie, incisions et sutures sur des mâchoires animales, etc.). Le second jour sera entièrement consacré aux travaux pratiques et aux interventions en direct de l'équipe pédagogique composée de **Corinne Touboul** et **Hadi Antoun**. ✓

Le film de la formation

Jour 1 – matin

Notions essentielles : bilan pré-implantaire ; ergonomie du cabinet dentaire

Travaux pratiques : lecture de scanners ; utilisation de calques ; incisions et sutures

Travaux pratiques sur mâchoires de porc

Jour 1 – après-midi

Travaux pratiques : asepsie ; habillage ; installation de salle ; préparation du patient

Présentation des systèmes implantaires utilisés

Jour 2 – matin

Travaux pratiques en zone prémolaire : mise en place sur modèle d'un implant ; empreinte ; prothèse scellée sur pilier vissé droit en technique simplifiée et sécurisée

Travaux pratiques en zone symphysaire : mise en place sur modèle de deux implants ; empreinte et manipulation du système Locator®

Jour 2 – après-midi

Deux interventions : pose d'implants en direct

Débriefing de la journée ; forum questions/réponses

Responsables scientifiques



Corinne Touboul



Hadi Antoun

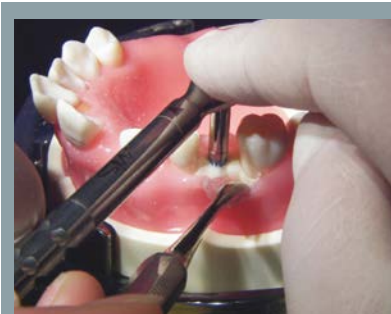
Les objectifs de la formation

- Maîtriser le traitement, de la phase chirurgicale à la prothèse
- Accéder à une pratique sécurisée dans deux indications précises
- Appliquer immédiatement les acquis théoriques et pratiques

NOS FORMATIONS, C'EST VOUS QUI EN PARLEZ LE MIEUX !

« J'ai 25 ans d'expérience en omnipratique et, pendant longtemps, j'estimais ne pas devoir me former en implantologie. J'ai révisé ma façon d'envisager les choses et, du coup, je cherchais une formation avec une garantie de qualité et de sérieux pour me lancer. Je me suis tourné vers la SOP, que je ne connaissais pas, mais dont j'avais un a priori favorable. Cet a priori n'a pas été démenti par les faits ! Ces deux jours ont parfaitement répondu à mes attentes. L'enseignement y est clair et précis. L'état d'esprit est excellent car il est basé sur un échange réel entre les enseignants et les praticiens. Franchement, c'était intellectuellement motivant. Cette formation aura confirmé mon intérêt pour la discipline et m'a mis le pied à l'étrier pour pousser ma formation plus avant. »

Jean-Louis Robert,
Saint-Hilaire des Brethmas (30)



Axée sur les manipulations cliniques (ici, mise en pratique sur modèle de montre avec fausse gencive), l'organisation de la formation en petits groupes permet une écoute attentive et un enseignement personnalisé.



BULLETIN D'INSCRIPTION

Accédez à l'implantologie
par la pratique
7 et 8 novembre 2013

Hôtel Napoléon
40, avenue de Friedland – 75008 Paris

Bulletin d'inscription à retourner accompagné
de votre règlement (voir tarifs ci-contre) à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75016 Paris

Nom :

Prénom :

N° Adeli : ou RPPS :

Adresse :

E-mail :

Tél. :

TARIFS

Inscriptions – Membres SOP et FSSOSIF : 1090 €; autres : 1290 €

(Adhésion à la SOP : 97 €)

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

Oui Non

Payez en ligne sur www.sop.asso.fr

Validez vos formations DPC
avec la SOP.



10 jours de formation en endodontie

La SOP reconduit, à partir de décembre 2013, sa formation approfondie en endodontie en groupe restreint. Axé sur la pratique clinique, ce cycle d'endodontie, sous l'égide de **Dominique Martin** et **Pierre Machtou** comprend cinq modules de deux jours, découpés pour chacun d'entre eux en une jour-

née de cours interactif (sous forme d'enseignement dirigé) et une journée de pratique, au cours de laquelle les participants pourront effectuer de nombreuses manipulations et travaux pratiques, mais aussi assister à des interventions télévisées en direct. Afin de valider chaque module, une évaluation interactive sera

proposée sur le site Internet de la SOP et un forum réservé aux participants sera organisé. ✓

Les intervenants

Laurent Arbona, Sarah Attal, François Bronnec, Grégory Caron, Jean-Yves Cochet, Sandrine Dahan, Pierre Machtou, Dominique Martin, Stéphane Simon.

Le film de la formation

13 et 14 décembre 2013

Diagnostic pulpaire, imagerie, anesthésie, cavité d'accès, prescriptions

31 janvier et 1^{er} février 2014

Anatomie endodontique, nettoyage, mise en forme, irrigation

21 et 22 mars 2014

Gestion des urgences, temporisation, obturation canalaire, étanchéité coronaire

23 et 24 mai 2014

Démontage des structures prothétiques et retraitement

27 et 28 juin 2014

Traumatologie, chirurgie endodontique

Responsables scientifiques



Dominique Martin



Pierre Machtou

NOS FORMATIONS, C'EST VOUS QUI EN PARLEZ LE MIEUX !

« Je travaille dans un cabinet de groupe où chaque associé propose une orientation. Il nous manquait l'endodontie, matière qui m'intéressait a priori. Je cherchais une formation complète avec une garantie de qualité « technique », mais aussi humaine. C'est ce qui m'a poussé à choisir le cycle de la SOP. Franchement, je n'ai vraiment pas été déçu ! Quand je regarde aujourd'hui la façon dont je pratiquais l'endo, j'ai le sentiment que cette formation nous permet vraiment de sortir du lot. L'équipe d'enseignants diffuse une vraie envie de nous voir apprendre et progresser. Mes critiques ? Les cours théoriques sont parfois denses et, passé la quarantaine, il faut savoir se remettre dans le bain ! Non, ma seule véritable réserve est que cette formation a généré une nouvelle attente de ma part car j'aimerais pousser les choses plus loin. J'attends que la SOP propose un cycle 2 ! En attendant, mon orientation se concrétise avec un carnet de rendez-vous de plus en plus rempli par des traitements en endo. »

Renaud Jourdan, Lattes (34), participant au cycle 2012-2013

Les objectifs de la formation

- Maîtriser les techniques endodontiques actuelles
- Accéder à une pratique endodontique sécurisée et reproductible
- Appliquer immédiatement les acquis théoriques et pratiques



De la mise en forme canalairale au démontage des structures prothétiques, la formation approfondie en endodontie privilégie travaux pratiques et manipulations.



BULLETIN D'INSCRIPTION

Cycle long en endodontie Décembre 2013 – Juin 2014

- 13-14 décembre 2013
- 31 janvier-1^{er} février 2014
- 21-22 mars 2014
- 23-24 mai 2014
- 27-28 juin 2014

Hôtel Ampère, 102, avenue de Villiers
75017 Paris (Métro Pereire)

Bulletin d'inscription à retourner accompagné d'un chèque d'acompte de 1200 €. à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75016 Paris

Nom :
Prénom :
N° Adeli : ou RPPS :
Adresse :
E-mail :
Tél. :

TARIFS

Inscriptions – Membres SOP et FSSOSIF : 5250 € ;
autres : 5 650 €
(Adhésion à la SOP : 97 €)

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

Oui Non

Payez en ligne sur www.sop.asso.fr

Validez vos formations DPC
avec la SOP.



9 jours pour maîtriser les traitements parodontaux

Animé par **Sofia Aroca** et **Bernard Schweitz**, le cycle clinique en parodontie de la SOP prépare sa quatrième édition. Axé sur la pratique, il vise à former l'omnipraticien au traitement des maladies parodontales et à la chirurgie

parodontale. Du diagnostic au recouvrement des récessions multiples en passant par la maintenance parodontale ou encore le traitement des lésions osseuses, ce cycle comprend quatre modules *step by step* intégrant approche théorique, dé-

monstration clinique en direct et travaux pratiques. ✓

Les intervenants

Sofia Aroca, Bénédicte Chardin, Gilles Gagnot, Jacques Malet, Michèle Reners, Giovanni Salvi, Bernard Schweitz et Anton Sculean.

Le film de la formation

Module 1 (deux jours : 17 et 18 janvier 2014)

Diagnostic des maladies parodontales (examen clinique, tests complémentaires, relation avec les maladies générales)

Module 2 (deux jours : 14 et 15 février 2014)

Traitement non chirurgical (concepts des traitements actuels, réévaluation et prise de décision, maintenance parodontale)

Module 3 (trois jours : 3, 4 et 5 avril 2014)

Traitement chirurgical (concepts chirurgicaux actuels, lambeaux d'accès, chirurgie préprothétique, traitement des lésions osseuses et interradiculaires)

Module 4 (deux jours : 6 et 7 juin 2014)

Chirurgie plastique parodontale (principes chirurgicaux et cicatrisation, recouvrement de récessions unitaires et multiples)

Responsables scientifiques



Sofia Aroca



Bernard Schweitz

NOS FORMATIONS, C'EST VOUS QUI EN PARLEZ LE MIEUX !

« J'ai créé mon cabinet dentaire voilà cinq ans dans une petite ville dynamique du sud Ardenne. J'étais convaincue par la parodontie en omnipratique, mais je voulais aller plus loin. Je ne connaissais pas la SOP, mais le déroulé de la formation et des modules m'a convaincu. J'en reviens enthousiaste. Les intervenants sont de qualité, leur propos est clair et ils sont résolument tournés vers le partage des connaissances. Ici, il n'y a pas d'intervenants « *Moi je, moi je* » : toute l'équipe est à notre écoute, y compris, d'ailleurs, sur des questions importantes mais périphériques à la formation comme la tarification en omnipratique. Ma pratique a évidemment évolué, de la gestion du dossier des patients à l'approche clinique. Trois mots pour qualifier ce cycle ? Compétence, partage et convivialité. L'ambiance est détendue certes, mais l'état d'esprit est résolument de nous voir progresser. C'est cette exigence et ces allers-retours entre les intervenants et les praticiens que j'ai apprécié. »

Christelle Letteron, Juniville (08),
participante au cycle 2012-2013

Les objectifs de la formation

- Maîtriser le traitement parodontal, du diagnostic à la maintenance
- S'approprier le surfaçage, l'élongation coronaire, la désinfection globale et la chirurgie parodontale
- Améliorer ou modifier immédiatement sa pratique



BULLETIN D'INSCRIPTION

Cycle long en parodontie Janvier - juin 2014

- 17-18 janvier 2014
- 14-15 février 2014
- 3-4-5 avril 2014
- 6-7 juin 2014

Salons de l'Etoile. Hotel Napoléon
40 Avenue de Friedland 75008 Paris

**Bulletin d'inscription à retourner accompagné
d'un chèque d'acompte de 1250 €. à :**
SOP - 6, rue Jean-Hugues - 75016 Paris

Nom :
Prénom :
N° Adeli : ou RPPS :
Adresse :
E-mail :
Tél. :

TARIFS

Inscriptions – Membres SOP et FSSOSIF : 4 550 €; autres : 4 950 €
(Adhésion à la SOP : 97 €)

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

Oui Non

Payez en ligne sur www.sop.asso.fr

Validez vos formations **DPC**
avec la **SOP**.



10 jours pour maîtriser la dentisterie esthétique

Sous la responsabilité scientifique de **Nicolas Lehmann**, la SOP lance, en 2014, la première édition d'un cycle long en dentisterie esthétique. Outre une approche pédagogique qui alterne la théorie, la pratique – sous forme de

TP – et la clinique – démonstrations télévisées en direct et vidéos de réalisation d'actes récents –, la SOP a réuni une équipe de conférenciers renommés, tous experts dans leur domaine. De la prise de vue photographique à la gestion des récessions

gingivales, en passant par les facettes ou encore la céramique, ce cycle a été conçu comme un parcours complet pour acquérir des connaissances dans toutes les dimensions de la dentisterie esthétique ou les approfondir. ✓

Le film de la formation

6, 7 et 8 février 2014

Les critères esthétiques
La photographie et la prise de teinte
L'éclaircissement dentaire

11 et 12 avril 2014

Les restaurations composites par stratification
Les inlays-onlays esthétiques

20 et 21 juin 2014

Les facettes
Les couronnes céramo-céramiques

9, 10 et 11 octobre 2014

La chirurgie plastique parodontale

Responsable scientifique



Nicolas Lehmann

Les objectifs de la formation

- Connaître les indications des thérapeutiques esthétiques
- Maîtriser les techniques de dentisterie esthétiques actuelles
- Appliquer immédiatement les acquis théoriques et pratiques

Évaluez-vous

- ✓ Connaissez-vous les indications des facettes?
- ✓ Maîtrisez-vous les indications des différentes familles de céramiques dentaires?
- ✓ Connaissez les protocoles de collage d'une facette ou d'un onlay céramique et composite?
- ✓ Avez-vous été formé aux techniques de stratification de composite antérieur et postérieur?
- ✓ Maîtrisez-vous les techniques de chirurgie muco-gingivales esthétiques?
- ✓ Connaissez-vous les concentrations et les produits d'éclaircissement qu'il est possible d'utiliser au cabinet?
- ✓ Savez-vous réaliser un projet esthétique dans le cadre d'une réhabilitation globale esthétique?



Le cycle SOP de dentisterie esthétique est une formation associant cours théoriques et travaux pratiques permettant d'acquérir les principes techniques de la discipline.



BULLETIN D'INSCRIPTION

Cycle long en dentisterie esthétique Février - Octobre 2014

- 6-7-8 février 2014
- 11-12 avril 2014
- 20-21 juin 2014
- 9-10-11 octobre 2014

Hôtel Napoléon
40, avenue de Friedland – 75008 Paris

Bulletin d'inscription à retourner accompagné d'un chèque d'acompte de 1300 €, à :

SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75016 Paris

Payez en ligne sur www.sop.asso.fr

Nom :
 Prénom :
 N° Adeli : ou RPPS :
 Adresse :
 E-mail :
 Tél. :

TARIFS

Inscriptions – Membres SOP et FSSOSIF : 4900 €; autres : 5300 €
 (Adhésion à la SOP : 97 €)

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

Oui Non

Validez vos formations DPC
avec la SOP.





Étienne Waltmann

Les facteurs d'une situation péri-implantaire idéale

PP. 24-25



Isabelle Kleinfinger

Analyser méthodiquement la situation d'extraction

PP. 26-27



Hadi Antoun

Les sites édentés avec défauts osseux et muqueux modérés associés à la pose d'implants

PP. 28-29



Patrice Margossian et Philippe Russe

Les dogmes et leur valeur scientifique

PP. 30-31

11 avril 2013

L'environnement péri-implantaire

L'environnement péri-implantaire en pratique généraliste

La Journée du 11 avril dernier, proposée par la SOP et intitulée « *Environnement péri-implantaire : le rôle crucial de l'omnipraticien* », a constitué la démonstration que la question péri-implantaire ne doit pas être le domaine réservé des spécialistes. Tout au long de cette Journée très riche, les cinq conférenciers ont administré la preuve, exemples cliniques à l'appui, qu'il convenait précisément de désanctuariser l'environnement péri-implantaire et de l'ouvrir pleinement à la pratique généraliste de l'implantologie. L'objectif de la SOP et des conférenciers consistait en effet

à montrer à quel point la prise en compte de l'environnement péri-implantaire, par l'omnipraticien, impactait chaque étape du processus implantaire dans toutes ses phases, de l'extraction à la pose de prothèse.

En ouverture de cette Journée, **Étienne Waltmann** s'est attaché à établir l'ensemble des facteurs d'une situation implantaire idéale.

Isabelle Kleinfinger a ensuite proposé une méthode d'analyse de la situation d'extraction intégrant la dimension implantaire. **Hadi Antoun** a présenté quant à lui des cas de sites édentés avec un défaut osseux modéré

et un biotype gingival défavorable. Enfin, en clôture de cette Journée, **Patrice Margossian** et **Philippe Russe** ont dressé de manière vivante un état de la littérature scientifique afin de voir quels étaient les dogmes qui restaient valables et quels étaient ceux qui ne résistaient pas à l'épreuve des faits. ✓

*Le compte rendu des conférences, pages suivantes, coordonné par **Marc Roché** et **Sandrine Dahan**, a été réalisé grâce au concours de **Ralph Badaoui**, **Mikhaïl Nossyrev**, **Sylvie Saporta**, **Laure-Maïa Siberchicot**, **Bao Truong** et **François Tixier**.*



Ce que vous en avez pensé



Sylvie Klein
(Neuilly, 92)

« C'était une super-journée clinique avec une iconographie particulièrement soignée. J'en suis ressortie avec les idées beaucoup plus claires, par exemple sur les différents temps opératoires. J'ai apprécié la dernière conférence consacrée aux dogmes et à leur valeur réelle. Les conférenciers ont su rendre vivant leur état des lieux basé sur la littérature scientifique. Un mot sur l'organisation : parfait. »



Maurice Février
(Pagny, 39)

« J'assiste à toutes les Journées de la SOP : elles sont un stimulant qui me permet de me situer dans ma pratique. Je ne réalise que la prothèse sur implant, mais cette Journée mettait pas mal de choses en perspective, à commencer par les extractions, que l'on doit placer dans un contexte d'anticipation pour d'éventuels futurs traitements en implantologie. Ne serait-ce que pour l'information du patient et le lien de confiance, c'est précieux. »



Guillaume Auber
(Paris, 75)

« J'ai particulièrement apprécié l'intervention d'Étienne Waltmann, qui a évoqué avec une grande honnêteté ses erreurs passées. Isabelle Kleinfinger était impressionnante de rigueur et d'efficacité, et l'approche d'Hadi Antoun très originale. La conférence de MM. Russe et Margossian était vraiment utile et m'a permis de réévaluer certaines de mes habitudes. C'était une formation conforme aux Journées de la SOP, avec une organisation rigoureuse et carrée. »



Bruno Hinard
(Rouen, 76)

« Les conférences ont atteint un niveau très élevé. Bien que ne pratiquant pas ces disciplines, je prends beaucoup d'intérêt à voir les prouesses des confrères. L'un des intervenants a cité le cas de confrères se targuant d'avoir un maximum de succès... après avoir écarté de ses patients les fumeurs, les diabétiques, etc. En somme, à soigner les bien-portants, la médecine deviendrait déjà plus facile... Les gens qui perdent leurs dents ne seraient-ils pas des malades ? La « *maladie parodontale* » serait-elle une formule utilisée pour avouer qu'on ne sait pas où se cache, en réalité, la faille dans le métabolisme ? Encore bravo à nos conférenciers, mais si, en parallèle, des recherches entre métabolisme et santé parodontale pouvaient être développées, qui pourrait s'en plaindre ? »

11 avril 2013 *L'environnement péri-implantaire*

Les facteurs d'une situation péri-implantaire idéale

Étienne Waltmann



Cliché panoramique d'un homme de 30 ans. On observe les agénésies des prémolaires maxillaires, avec persistance des molaires lactéales 55 et 65 rhizalysées. Que ce soit au niveau osseux ou coronaire, les espaces disponibles sont insuffisants pour la mise en place de quatre prémolaires sur implants. Un traitement d'orthodontie doit être envisagé.



Les aménagements orthodontiques aboutissent à la création des espaces requis, pour la mise en place de quatre implants en lieu et place des racines des prémolaires.



Le positionnement adéquat des implants dans l'espace édenté autorise la construction de couronnes transvisées directement dans les implants. Ce type de construction permet de travailler les émergences de manière idéale, avec restitution d'un feston muqueux à la fois fonctionnel et cosmétique.



Cliché panoramique d'une femme de 45 ans qui demande le remplacement de la deuxième molaire mandibulaire droite (47) par une couronne sur implants. La patiente est adressée au spécialiste pour avis chirurgical et mise en place de la racine artificielle. Plusieurs autres dents sont absentes et non remplacées. Des déplacements dentaires conséquents sont observés, notamment les égressions des 16 et 17.

En passant systématiquement en revue tous les éléments à prendre en compte lors de la prise de décision thérapeutique, Étienne Waltmann a exposé les facteurs locaux qui déterminent une situation implantaire idéale. Ces différents facteurs, tout comme l'ostéo-intégration, sont aujourd'hui bien connus et codifiés. Ses propos ont été largement illustrés par des images d'échecs permettant d'objectiver l'importance de chaque point traité.

Les objectifs thérapeutiques en implantologie sont communs à l'odontologie en général. Ils consistent à rétablir la fonction et l'esthétique tout en permettant la prophylaxie. En premier lieu, les contre-indications absolues et relatives de l'implantologie sont celles de toute chirurgie. Ensuite, l'âge du patient est à prendre en considération : il faut savoir différer un traitement du secteur antérieur, la croissance faciale continuant au-delà de 25 ans et pouvant se poursuivre jusqu'à 35 ans.

Le grand âge, quant à lui, n'est pas une limite au traitement implantaire s'il répond à la demande du patient, et dans la mesure où l'environnement buccal et général n'est pas difficile à gérer. Mais il faut savoir renoncer si l'environnement implantaire est complexe.

Ce préambule posé, Étienne Walt-

mann a détaillé les facteurs liés à l'environnement dentaire, muqueux et osseux qui, bien évidemment, interagissent mais qui, pour les besoins pédagogiques de la présentation, sont traités successivement.

Au niveau coronaire, l'espace prothétique est à aménager en amont de la pose de l'implant. L'analyse radiologique de l'espace coronaire ainsi que de l'espace radulaire est complétée par un montage directeur qui permettra de valider le traitement et de préparer l'environ-



RETROUVEZ LA VIDÉO de la conférence d'Étienne Waltmann ainsi que l'intégralité des formations de la SOP sur www.sop.asso.fr

nement adjacent et antagoniste de la zone à implanter, en ménageant un espace coronaire nécessaire et suffisant pour la future dent artificielle. Espace nécessaire et suffisant, car l'excès de place est aussi difficile à gérer que le manque de place. Le montage directeur permettra de valider l'espace coronaire, mais il faudra bien veiller à ce qu'il y ait un espace radulaire disponible suffisant pour l'insertion de l'implant. Il faut donc penser l'aménagement de l'espace coronaire ET osseux.

Au niveau cervical, une distance minimale de 3 mm entre deux cols implantaire sera la règle pour placer les implants à 7 mm les uns des autres lorsqu'ils sont côte à côte. Le respect de ces données permet de faciliter l'hygiène buccale du patient. Leur non-respect est rapidement sanctionné par des problèmes de papilles et de cratérisation, l'entretien péri-implantaire devenant problématique pour le patient. Lors de l'analyse coronaire, il faudra prendre en compte l'ensemble de la cavité buccale du patient, de ses prothèses fixes ou amovibles ainsi que de ses éventuelles para-fonctions (bruxisme). La muqueuse péri-implantaire n'ayant pas la même structure histologique que celle qui entoure la dent, ses capacités de défense sont

dans un continuum afin de mener à bien l'ensemble de la thérapeutique dans une économie d'interventions et de temps. Il est toujours possible de modifier une muqueuse présentant un déficit esthétique ou fonctionnel après la pose de l'implant, mais il faudra alors multiplier les interventions. L'environnement osseux se doit de respecter des règles également bien codifiées. Quantité d'os au niveau du col implantaire, position de ce col par rapport aux dents adjacentes, axe et ancrage primaire constituent les critères de choix qui devront être aménagés avant la pose de l'implant. L'ostéo-intégration ne nécessitant pas l'enfouissement de l'implant, la pose d'un élément cosmétique ou provisoire lors de la mise en place



moindres, la maladie péri-implantaire se développe plus rapidement et est plus difficile à gérer. La prophylaxie à adopter est identique à celle à mettre en œuvre au niveau des dents naturelles, la flore bactérienne étant la même. D'où l'importance d'une muqueuse et d'une papille de qualité. La gestion de la muqueuse péri-implantaire est à anticiper avant la pose de l'implant. Les reconstructions prothétiques sont à réaliser

de l'implant va permettre d'optimiser la cicatrisation gingivale en la guidant. La longueur et le diamètre souhaitables de l'implant ont été également abordés, en mettant l'accent sur l'importance de la position du profil d'émergence par rapport au volume osseux et à la gencive attachée. L'anticipation est donc le maître mot de cette présentation plaidant pour un positionnement d'emblée « idéal » de l'implant. ✓



Un implant a été incorporé en 47 par le praticien, sans qu'aucune correction des malpositions soit envisagée. Après ostéo-intégration, une couronne sera installée par l'omnipraticien.



Cinq ans après la mise en place de l'implant, la patiente retourne vers le chirurgien pour avis, suite aux dévissages récurrents de la couronne. Un nouveau cliché panoramique permet de constater une perte sévère du niveau osseux autour de l'implant. La zone exprime du pus à la pression digitale.



L'observation clinique montre qu'aucun aménagement des espaces n'avait été mis en œuvre pour restaurer l'espace naturel de la couronne de 47. L'égression de 17 occupe la place de 47. La patiente a conservé les modèles de travail. La mise en place de la couronne sur ce modèle montre que la couronne de 47 n'est pas dans le plan d'occlusion adéquat. Ni la position du point de contact ni le profil des embrasures sont en conformité avec les exigences fonctionnelles et prophylactiques les plus élémentaires. La fracture de la céramique et le développement d'une péri-implantite en sont les conséquences inévitables.



La situation péri-implantaire idéale est réalisée lorsque l'espace prothétique et le volume osseux résiduels permettent de placer la racine artificielle dans une situation qui favorise la construction d'une couronne dont les contours répondent à toutes les caractéristiques d'une dent naturelle, à savoir l'émergence gingivale, les embrasures, la face occlusale, les angles de transition et les points de contact.

Analyser méthodiquement la situation d'extraction

Isabelle Kleinfinger



Évaluation radiographique initiale.



Extraction atraumatique. Noter la préservation du septum.



Implantation immédiate.



Radiographie postopératoire.

L'extraction dentaire a longtemps été considérée comme un acte banal de la dentisterie, éliminant les foyers infectieux pour laisser place à une cicatrisation osseuse aléatoire. Aujourd'hui, avec l'implantologie, les chirurgiens-dentistes sont amenés à anticiper leurs gestes chirurgicaux afin de faciliter la prise en charge implanto-prothétique.

Avant chaque thérapeutique implantaire, plusieurs caractéristiques essentielles à la réussite du traitement devront être évaluées. Hygiène, âge, perte osseuse, biotype parodontal, projet prothétique constituent autant de critères à prendre en compte avant l'extraction de la dent puisqu'ils conditionnent la technique chirurgicale qui permettra le remodelage osseux postextractionnel le plus favorable.

La résorption osseuse est plus importante sans comblement osseux, mais s'observe également au cours de la première année suivant l'extraction (Van der Weijden). Infections, parodontopathies et traumatismes vont aussi majorer la résorption osseuse, ce qui aura une incidence sur nos choix thérapeutiques.

Dans le secteur antérieur en particulier, ce problème doit être appréhendé durant l'analyse

parodontale pré-implantaire, afin de diriger – si possible – la thérapeutique vers une implantation immédiate avec comblement osseux vestibulaire, avec ou sans greffe de conjonctif enfoui, pour préserver le capital tissulaire et anticiper la perte osseuse physiologique.

Après l'examen clinique initial, trois solutions s'offrent au chirurgien-dentiste :



RETROUVEZ LA VIDÉO de la conférence d'Isabelle Kleinfinger ainsi que l'intégralité des formations de la SOP sur www.sop.asso.fr

- Extraction – Curetage – Temporisation pour remodelage postextractionnel ;
- Extraction – Comblement – Temporisation pour une reconstruction osseuse ;
- Extraction – Implantation – Temporisation et préservation du capital tissulaire.

Dans tous les cas, les extractions, pré-implantaires ou non, doivent être atraumatiques :

- Des points d'appui au niveau des tables osseuses sont essentiels, et un curetage minutieux est réalisé ;
- Une instrumentation adaptée est utilisée : bistouri lame

15 C pour la syndesmotomie, périotome et élévateurs fins (par exemple Luxator® 2 S ou 3 S) pour la luxation, curettes de Lucas et, enfin, des Piezotome® ou Luxator® LX pour les dents difficiles à luxer.

L'implantation et la mise en charge immédiate avec une provisoire permettent une meilleure gestion de la maturation tissulaire péri-implantaire. Dès que cette thérapeutique peut être mise en œuvre, elle doit être privilégiée. C'est le cas des traumatismes antérieurs avec fracture radiculaire et absence d'infection, comme chez cette patiente jeune qui présente une ligne de sourire assez haute. Le biotype est fin, le parodonte sain et aucune infection n'est présente. La décision d'extraction, implantation immédiate et mise en esthétique est indiquée pour préserver les tissus environnants. Le protocole débute par une extraction atraumatique, conservant la table osseuse vestibulaire. Puis le forage, déporté en palatin, permettra une émergence de l'implant au niveau du cingulum de l'incisive centrale et la réalisation d'une prothèse transvissée. Un comblement de l'alvéole en vestibulaire est réalisé afin de maintenir le plus possible le volume vestibulaire. Enfin, une greffe de conjonctif enfoui permettra d'épaissir le parodonte fin, dans le but de pérenniser l'implantation.

Les caractéristiques essentielles de la réussite d'un traitement implantaire immédiat et temporisation immédiate sont :

- Une bonne stabilité primaire ;
- Un couple de serrage d'au moins 35 Ncm ;
- L'absorption par le patient d'une alimentation molle pendant toute la durée de la cicatrisation ;
- Une inocclusion de la provisoire.

Sur le plan de la littérature scientifique, les études de Grütter ont montré un taux de survie de ces thérapeutiques à cinq ans de 96,7 %. Il faut toutefois relativiser : il s'agit bien ici de taux de survie et non de succès. De Nouk montre qu'en l'absence de temporisation immédiate les récessions parodontales s'observent de 2,5 à 3 fois plus fréquemment que dans les cas de mise en esthétique immédiate.

Ainsi, le chirurgien-dentiste doit être capable de reconnaître les cas d'extraction et d'implantation immédiate favorables et garder à l'esprit qu'un niveau d'exigence pour chaque étape du protocole opératoire est indispensable. Si une complication survient lors de l'une des étapes, la pose d'implant est reportée pour laisser la cicatrisation tissulaire s'opérer. Chaque étape conditionne la suivante !

Il est donc essentiel de se poser d'abord la question de la pertinence de l'implantation immédiate. À chaque fois qu'elle est indiquée, le chirurgien-dentiste se posera une deuxième question : peut-on mettre en place une temporisation immédiate pour potentialiser la cicatrisation guidée? ✓



La fistule gingivale objective une perte osseuse qui contre-indique l'implantation immédiate.



Un comblement osseux postextractionnel associé à une greffe épithélio-conjonctive permet la préservation alvéolaire.



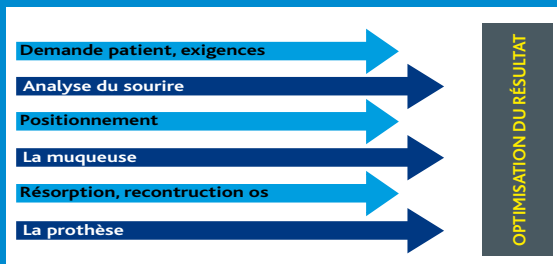
Cicatrisation à trois mois. L'architecture des tissus mous a été conservée.



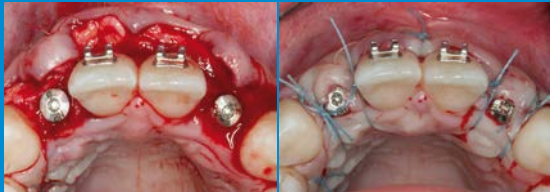
Situation clinique un an après la pose de la prothèse d'usage.

Les sites édentés avec défauts et muqueux modérés associés

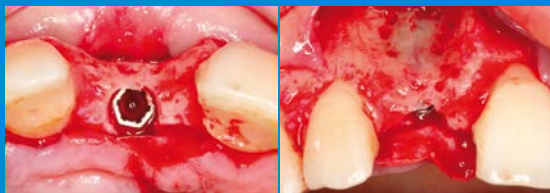
Hadi Antoun



La gestion des défauts osseux et muqueux participe à l'optimisation du résultat qui lui-même devrait passer par différentes étapes : la demande du patient, ses exigences et celles du praticien; l'analyse du sourire; le positionnement des implants; la muqueuse péri-implantaire; la résorption osseuse et les différentes approches de reconstruction osseuse; la prothèse.



Un cas d'agénésie d'incisives latérales maxillaires. La mise en place d'implants de petit diamètre associée à une greffe conjonctive enfouie a permis de compenser une crête osseuse de volume réduit.



La mise en place d'un implant va nécessiter une augmentation du volume osseux et muqueux, devenue incontournable pour optimiser le résultat esthétique.



Jeune patient ayant perdu son incisive centrale après extraction et deux mois de cicatrisation. La réentrée puis la pose d'un implant ont entraîné une déhiscence importante recouverte de Bio-Oss® et d'une membrane Gore-Tex® non résorbable sans aucun apport d'os autogène.

Les objectifs du traitement implantaire répondent à quatre exigences :

- Le gain fonctionnel;
- L'amélioration esthétique;
- L'obtention de la satisfaction du patient;
- La pérennité du traitement.

Pour contrôler les facteurs d'échec, il faut choisir la technique appropriée – qui dépend du niveau d'exigence du patient et du praticien –, mais aussi limiter les facteurs de risques tels que le tabac, le diabète, la plaque dentaire, etc.

Hadi Antoun présente, à l'aide de cas cliniques, ses choix au maxillaire et à la mandibule en fonction de la classification de Cawood, c'est-à-dire selon la forme des procès alvéolaires après extractions dentaires. Seules sont traitées les pertes osseuses vestibulo-palatines modérées et non les pertes verticales.

Cas de classe IV au maxillaire : agénésies latérales

On peut utiliser le traitement orthodontique pour créer des espaces. Une ROG (régénération osseuse guidée) n'est réalisée que si la stabilité primaire implantaire et le positionnement de l'implant dans le couloir prothétique sont possibles. La technique du rouleau est très utile pour redonner de l'épaisseur gin-

givale par une désépithélialisation de la muqueuse de la crête sans toucher les papilles, puis la découpe d'un lambeau (désépithélialisé et vascularisé), que l'on roule en vestibulaire. Si la taille du défaut est importante, on utilise une membrane Gore-Tex® (associée ou non à de l'hydroxyapatite d'origine bo-



RETROUVEZ LA VIDÉO de la conférence d'Hadi Antoun ainsi que l'intégralité des formations de la SOP sur www.sop.asso.fr

vine), plus sensible à l'infection qu'une membrane résorbable. La ROG est une technique très documentée qui stabilise le caillot et diminue la résorption de la greffe. Reste que la membrane idéale n'existe pas.

Cas de classe V au maxillaire : degré de résorption observé souvent lors d'extractions anciennes. Les procès alvéolaires sont de forme pyramidale.

Pour améliorer l'apport de cellules, la pose d'implant est suivie d'une perforation de la corticale associée à une greffe autogène recouverte d'une membrane fixée par des miniclous en titane pour son immobilisation. On peut aussi

osseux à la pose d'implants

réaliser une expansion osseuse pour ce genre de défaut.

À la mandibule postérieure, les corticales sont épaisses, et la résorption observée est plus lente qu'au maxillaire. Les alvéoles sont classés selon les pertes osseuses horizontales et verticales postextractionnelles.

Classe IV mandibulaire

Une greffe osseuse à l'aide d'un matériau de substitution, recouverte ou non d'une membrane, est nécessaire dans les cas de classe IV mandibulaire dans la mesure où les défauts sont importants et l'enveloppe osseuse défavorable.

Le cas particulier du maxillaire postérieur : les défauts modérés sont consécutifs à une résorption très rapide par voie crestale et à une pneumatisation du sinus maxillaire.

- Si la crête présente une hauteur ≥ 6 mm, une bonne épaisseur et une bonne densité osseuse, la greffe sinusienne n'est pas nécessaire. L'intervention se fait en un seul temps chirurgical, et la pose d'implant(s) a lieu après insertion de biomatériaux grâce à un soulevé de sinus par voie crestale. C'est l'insertion du biomatériau qui va soulever la membrane sinusienne. On utilise des trépan et des ostéotomes pour combler le sinus par à-coups avec un biomatériau. Sur la radiographie postopératoire, on

observera un « dôme » sinusien. La technique du ballon, gonflé au sérum physiologique, peut aussi être utilisée pour soulever la membrane sinusienne.

Avec les implants courts, la stabilité primaire est difficile et les études réalisées mélangent les implants courts mandibulaires ou maxillaires, unitaires ou pluraux. Les moyennes de survie des implants ne sont donc pas fiables.

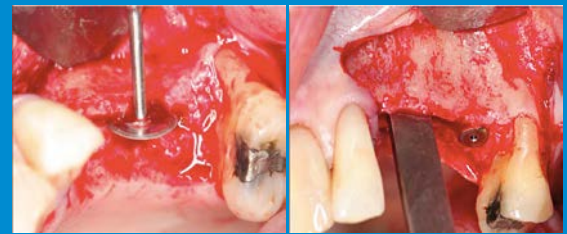
- Si la crête présente une hauteur < 6 mm mais > 2 mm, la greffe de sinus est nécessaire. La pose d'implants se fera dans la séance, après le soulevé de sinus. L'obtention d'une stabilité implantaire primaire est une condition *sine qua non* du succès implantaire.

- Si la crête osseuse présente une hauteur < 2 mm, la pose d'implant(s) se fera en deux temps chirurgicaux. Tout d'abord une greffe de sinus, le praticien différant la pose des implants au cours d'une séance ultérieure qui se déroulera plusieurs mois plus tard.

Synthèse

Après évaluation du sinus, la technique est choisie en fonction des différents types de défauts osseux.

Une combinaison de traitements est privilégiée selon la taille du défaut, l'enveloppe osseuse et l'objectif esthétique. ✓



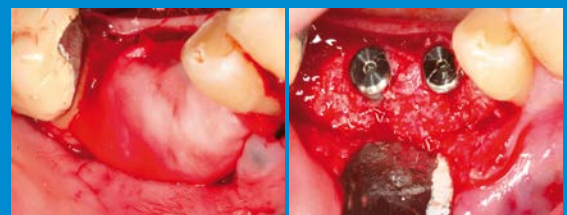
Un défaut osseux traité par expansion. Un disque diamanté permet de réaliser l'ostéotomie et de séparer les deux corticales V et P à l'aide d'un ciseau à os.



La pneumatisation du sinus maxillaire après extraction nécessite dans certains cas de réaliser une augmentation osseuse qui se fait ici par ostéotomie avec ou sans mise en place simultanée d'implants.



Un cas clinique montrant les limites entre l'ancien plancher du sinus maxillaire et le niveau d'augmentation osseuse obtenue à l'aide d'ostéotomes et d'un biomatériau d'origine bovine.



Résultat d'un cas clinique après régénération osseuse guidée à l'aide d'un biomatériau et d'une membrane collagénique résorbable.

Les dogmes et leur valeur scientifique

— Patrice Margossian, Philippe Russe —



Utilisation d'un Procera® Implant Bridge Zirconia direct pour garantir l'intégration esthétique et biologique sur cet édentement antérieur mandibulaire.



La bonne position tridimensionnelle de l'implant est sans doute l'élément le plus important de la réussite prothétique et du maintien dans le temps des tissus péri-implantaires.

Les patients

Le tabac : il est recommandé d'en proscrire l'usage, même s'il ne constitue pas une contre-indication absolue sur le plan médico-légal.

La maladie parodontale majore la péri-implantite et la perte osseuse.

Les biphosphonates représentent un risque réel.

La vitamine D aurait un rôle essentiel dans la cicatrisation. Il est nécessaire de supplémenter les patients âgés de plus de 65 ans.

Pour **le cholestérol**, le LDL est responsable d'un retard de cicatrisation.

Quel implant poser ?

Les implants courts sont dits « à risque », mais cela n'est pas vérifié par la littérature. Le taux de survie augmente avec la longueur, mais pas avec le diamètre. Il est recommandé d'éviter les forces obliques et les implants courts en titane lisse.

Les implants angulés ont un bon pronostic selon la littérature.

Les petits diamètres seront utilisés pour le remplacement des incisives mandibulaires ou des latérales maxillaires.

Les microspires limiteraient la perte osseuse marginale, mais cette hypothèse n'est pas corroborée par la littérature. Les études montrent qu'elles augmentent la concentration de stress dans l'os.

Pour le type de **connexion**, si on considère les avantages et les in-

convénients, la différence entre les connexions internes et externes n'est pas importante. Ce qu'il faut retenir, c'est que le dévissage est plus important si on n'utilise pas de clé dynamométrique.

Quelle technique chirurgicale ?

La position de l'implant : le point d'impact doit respecter les distances de sécurité et le volume osseux. L'émergence de la vis doit se faire au niveau de la table occlusale. Le col de l'implant doit être juxta ou légèrement infra-osseux.

Un temps ou deux temps : selon la littérature, il n'y a pas de différence significative entre les deux techniques. Cependant, c'est la deuxième phase qui permet de gérer l'optimisation des tissus mous. D'autre part, s'il n'y a pas de bonne stabilité primaire ou si le patient est porteur d'une PAP, mieux vaut choisir la technique en deux temps. En cas d'operculisaiton, il faut anticiper la phase 2.

La mise en charge : il y a 30 ans, selon le dogme, il fallait attendre six mois avant de mettre en charge. Aujourd'hui, la mise en charge immédiate ne pose pas de problème à la mandibule. En revanche, au maxillaire, il y a une insuffisance de niveau de preuve.

L'empreinte

Le porte-empreinte : selon le dogme, il convenait d'utiliser un porte-empreinte ouvert. Ouvert ou fermé,

il est aujourd'hui recommandé d'utiliser le porte-empreinte le plus rigide possible.

Les transferts : plus ils ont une forme anguleuse, meilleurs sont les résultats.

Les matériaux : plus la rigidité après prise est importante, meilleurs sont les résultats.

Les piliers

Selon le dogme, les piliers devaient être en titane. Une étude de 2008 affirme que les deux matériaux de choix sont le titane et la céramique. Les études récentes montrent une convergence sur l'intérêt des implants *platform switchés*. Démontrer plusieurs fois les piliers de cicatrisation déstabilise la néoadhésion. Il faut donc éviter la manipulation des composants sous-gingivaux et utiliser un pilier unique.

Les études attestent que des piliers de forme concave en vestibulaire préservent une épaisseur néces-

saire de tissu. La dent sous contraintes s'enfonce beaucoup plus que l'implant. La meilleure solution est le bridge implanto-porté pur. Si l'on doit réaliser un bridge dent/implant, les recommandations actuelles préconisent de lier très rigidement les dents et les implants. En cas de désolidarisation, l'axe de rotation doit être sur l'implant.

Il n'y a pas de lésions osseuses notables sur les implants supportant un *cantilever* mais, pour des raisons mécaniques, il faut préférer les solutions avec plusieurs implants quand elles sont envisageables.

Il faut avoir une occlusion axée sur le centre de la dent et exercer les contraintes de guidage par des fonctions de groupe sur les dents naturelles.

Le rapport inversé racine/couronne n'augmente pas le taux d'échec. Il est recommandé de solidariser les



RETROUVEZ LA VIDÉO
de la conférence
de **Patrice Margossian**
et **Philippe Russe**
ainsi que l'intégralité
des formations
de la SOP sur
www.sop.asso.fr

saire de tissu. Au palais, la forme droite est la plus adéquate et la plus aisée pour le nettoyage. En proximal, le but est de maintenir les papilles, et les formes anatomiques à dominance concave sont donc à favoriser.

On remarque que, pour la prothèse scellée, les complications sont plutôt d'ordre biologique et, pour la vissée, plutôt mécanique. Il est conseillé de se diriger vers la vissée lorsque les restaurations sont étendues. Lorsque l'on utilise une prothèse scellée, il faut se concentrer sur l'élimination des excès de ciment.

implants contigus lorsque le rapport est défavorable et de ne pas dépasser un rapport de 2 pour 1.

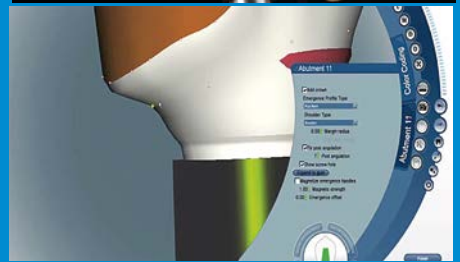
Il est donc conseillé de solidariser les implants dans les cas d'implants courts, de parafonction, d'os de faible densité et de restauration de grande étendue.

Il n'y a pas de contre-indications à prendre des clichés peropératoires dès lors qu'ils sont justifiés.

Pour se prémunir de l'éruption continue, il faut faire attention à la fin du traitement orthodontique. Un guidage antérieur correct et une anticipation sont nécessaires. ✓



L'utilisation des implants étroits (NobelActive® 3.0) permet une meilleure optimisation des espaces pour les latérales maxillaires ou les incisives mandibulaires. Davantage d'os est ainsi ménagé autour des implants, et des piliers plus anatomiques qui améliorent la réponse tissulaire peuvent être obtenus.



L'utilisation du profil d'émergence, validé sur le provisoire, va permettre de transférer les informations sur les formes de contour de la prothèse d'usage grâce à la technologie CFAO ProCera®.

SOIF DE FORMATION ? VALIDEZ VOTRE DPC AVEC L'ADF

TROIS RENDEZ-VOUS SCIENTIFIQUES D'EXCEPTION,
UNE OFFRE DPC INÉDITE, 14 SÉANCES EN INTERPRÉTATION SIMULTANÉE...
LE PLUS GRAND ÉVÉNEMENT DENTAIRE EUROPÉEN VOUS ATTEND !

AFFIRMONS NOS COMPÉTENCES

CONGRÈS ADF 2013

DU 26 AU 30 NOVEMBRE 2013 / Palais des Congrès / Porte Maillot
DU 27 AU 30 NOVEMBRE 2013 / Exposition internationale



Assemblée générale

Un bilan 2012 de la SOP satisfaisant



En 2012, l'affluence moyenne aux Journées de la SOP s'est élevée à 580 participants.

Comme chaque année, la SOP était doublement présente au congrès annuel de l'ADF *via* son stand et sa séance des nouveautés, organisée au grand auditorium du Palais des congrès.

En 2012, la SOP a remis quatre prix : celui du meilleur auteur SOP-Dentsply (Philippe Lesclous), du meilleur conférencier SOP-Dentsply (Sofia Aroca), du meilleur jeune conférencier SOP-Sunstar (François Bronnec) et le prix SOP de l'Académie nationale de chirurgie dentaire (Arnaud Anstett). La bourse de recherche Michel-Degrange, créée et soutenue par la SOP en collaboration avec la Société francophone des biomatériaux dentaires, a été décernée en 2012 à Julian Leprince.

Enfin, la revue trimestrielle scientifique de la SOP, la ROS, désormais dirigée par Patrick Simonet, a procédé à un renouvellement de ses comités de rédaction et de lecture, tandis qu'une nouvelle formule du JSOP était lancée début 2012. Le site Internet de la SOP n'a quant à lui cessé de s'améliorer afin de participer au mieux à l'information et à la formation des membres de la SOP.

Gérard Mandel

Secrétaire général de la SOP

(1) Journée télévisée de parodontie, Journée sur les lésions non carieuses, Journée TP, Journée sur les risques, les règles et les complications en omnipratique, Journée gérodentologie.

Dans un contexte d'incertitude autour de la formation continue, au regard du taux de fréquentation observé lors de ses différentes Journées, la SOP s'est affirmée en 2012 comme un pôle de référence en matière de formation postuniversitaire.

Lors de son assemblée générale annuelle, le 13 juin dernier, la SOP a présenté le bilan de ses activités en 2012. Au cours de l'année passée, notre société aura organisé au total cinq Journées à la Maison de la chimie ⁽¹⁾, enregistrant une moyenne de 580 participants par Journée. Un chiffre que l'on

peut regarder comme très positif tant il s'inscrit dans un contexte de morosité et d'incertitude sur la formation continue odontologique. Rappelons qu'en 2012 la fin annoncée du CNFCO ajoutée aux doutes quant à l'efficacité du DPC ne plaçait pas la formation continue dans les meilleures conditions.

En 2012, la SOP a fêté la 11^e édition de ses Journées à l'île Maurice. Notre société a également pérennisé ses cycles longs de formation, consacrés à l'endodontie et à la parodontie, ainsi que sa formation de deux jours dédiée à l'accès à la chirurgie implantaire. Un diplôme GSU 2 était également organisé, ouvert aux praticiens ayant obtenu le GSU 1, dans le cadre du TP « Urgences ».

B.NEXT

Communicate™ de 3Shape TRIOS®

Descriptif

**La prise d'empreinte TRIOS® au cœur de la communication !
Présentation**

Le système de prise d'empreinte optique sans poudrage 3Shape TRIOS® évolue continuellement, surprenant sans cesse praticiens et prothésistes !

Avec sa dernière mise à jour, TRIOS® renforce encore la communication entre praticien et laboratoire ! Grâce à Communicate™, l'empreinte optique est réceptionnée en quelques

minutes par le laboratoire, qui peut immédiatement commencer son travail. En temps réel, praticien et prothésiste peuvent alors échanger et partager les images de conception et présenter au patient le résultat esthétique final. De quoi favoriser une prise de décision éclairée !

Toutes les informations sont alors disponibles via l'application Communicate™, accessible à partir du TRIOS® ou de n'importe quel ordinateur, tablette ou smartphone.



B.NEXT

8, rue des Cailles
68270 RUELISHEIM
Tél : 03 67 26 00 26
info@bnext-online.com
www.bnext-online.com

Les plus produit

- Une communication interactive et en temps réel
- Une solution intégrée au TRIOS®, système sans poudrage, ouvert et de haute-précision

PIERRE FABRE SANTÉ

Remboursement de l'ELUDIL PERIO

ELUDRIL PERIO à 0,20 % (chlorhexidine), flacon de 200 ml solution pour bain de bouche, a été inscrit sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux par arrêté du 14 juin 2013 paru au JO de ce jour.

Pierre Fabre Santé
mon partenaire santé

Pierre Fabre Santé
29 Avenue du Sidobre
81106 CASTRES

LABORATOIRE CROWN CERAM

Fabrication 100 % française

Descriptif

Crown Ceram, des prothèses dentaires de fabrication 100 % française.

Présentation

Au sein de leur laboratoire alsacien, les prothésistes de Crown Ceram utilisent les logiciels CFAO, l'usinage et l'impression 3D pour concevoir, réaliser et fabriquer des prothèses :

- d'une précision optimale : limites cervicales et points de contact occlusaux et proximaux sont identifiés avec exactitude ;
- d'une qualité constante : stabilité numérique alliée à des matériaux d'une qualité reconnue et irréprochable ;
- à la traçabilité par-

faite : DMSM et suivi détaillé de la chaîne de production.

La fabrication 100% française, c'est chez Crown Ceram, le leader français de la CFAO, une large gamme d'éléments prothétiques, qui bénéficie de la précision numérique au service d'un savoir-faire traditionnel.

Les plus produit

- Fabrication 100% française
- Une gamme variée : couronnes céramo-céramique et e-max®, pilier implantaire anatomique, etc.

Laboratoire Dentaire
CROWN CERAM
14 rue du Luxembourg
68310 Wittelsheim
Tél : 03 89 57 67 22
info@crownceram.com
www.crownceram.com

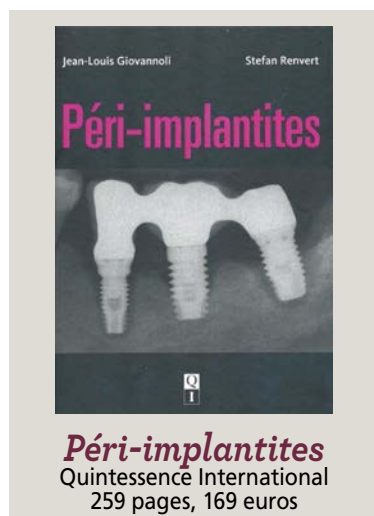


Jean-Louis Giovannoli, Stefan Renvert

Péri-implantites

Le développement considérable de l'implantologie et l'augmentation du nombre d'implants posés ont fait surgir une pathologie spécifique, la péri-implantite, qui s'apparente à la parodontite, mais s'en distingue également. Cette réaction inflammatoire a fait l'objet d'un livre sobrement intitulé «*Péri-implantites*», écrit par deux auteurs reconnus et expérimentés, Jean-Louis Giovannoli et Stefan Renvert.

Il comprend, bien entendu, les chapitres incontournables sur l'étiopathogénie et le diagnostic. On relèvera le chapitre sur les facteurs de risque, très richement illustré et particulière-



ment intéressant. Quant à celui consacré au traitement, il aborde toutes les thérapeutiques possibles, et le lecteur constatera d'une part que le traitement des péri-implantites ne fait pas l'objet d'un consensus et, d'autre part, qu'il a le plus souvent vocation à maintenir les implants en place avec une perte osseuse souvent irréversible.

L'annexe proposant une revue de la littérature sur les modalités de traitement est également remarquable. Au total, un livre très bien écrit et documenté avec une iconographie excellente, qui devrait être lu par tout implantologiste consciencieux. **Patrick Missika**

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.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.



Prix SOP-Dentsply

Christine Muller, Prix du meilleur article de la ROS

L'édition 2012 du prix SOP/Dentsply a récompensé l'auteure d'un article remarquable sur le traitement orthodontique, trop peu connu, des malpositions incisives mandibulaires de l'adulte.

« Deux événements majeurs ont marqué la France en 2012 : l'élection d'un président normal et la nomination d'un nouveau rédacteur en chef de la Revue d'odontostomatologie, votre serviteur. » C'est avec une pointe d'humour que Patrick Simonet décernait donc, pour la première fois, lors de la Journée de la SOP d'avril dernier, le prix 2012 du meilleur article paru dans la ROS. Ce prix SOP-Dentsply est revenu à Christine Muller pour son article « *Malpositions incisives mandibulaires de l'adulte : réponse orthodontique* »⁽¹⁾.

L'humour n'excluant pas l'élégance, Patrick Simonet a associé à cette remise de prix Philippe Viargues, son prédécesseur, puisque « *ce remarquable article a été publié sous sa direction* ».

Avant de remettre son prix à la lauréate, Elisabeth Ducouret (Dents-

ply) a renouvelé l'attachement de sa société à ce prix de la SOP, qui couronne le meilleur « papier » paru dans le trimestriel de la SOP : « *Nous sommes particulièrement fiers de contribuer à encourager le travail et l'engagement de tous les passionnés soucieux de faire progresser la pratique de l'art dentaire.* »

Christine Muller a quant à elle rappelé le contexte, lui-même passion-

malentendu. En effet, l'idée reçue voudrait que ces malpositions ne participent pas à l'esthétique, qu'elles ne se voient pas. Et pourtant : la demande des patients pour corriger ces malpositions est fréquente. »

Cet article clinique illustre en image le rôle de ces dents, les plus petites, non pas lors du sourire, mais de la phonation. « *Finale-*

ment, s'est interrogée Christine Muller, *passé-t-on plus de temps à sourire ou à parler ? Prendre à la légère cette demande, c'est aussi négliger l'inquiétude de nos patients quant au caractère évolutif des malpositions. L'orthodontie associée à une contention permanente est une réponse peu connue et particulièrement appropriée à cette situation, et il était important de la faire connaître. Merci à la SOP de l'avoir permis.* »

Christine Muller est spécialiste qualifiée en orthodontie par le Cecsmo de Paris V-Descartes, titulaire d'un diplôme universitaire d'orthodontie linguale de Paris V-Descartes, membre titulaire du Collège européen d'orthodontie et de la Société européenne d'orthodontie linguale. Elle pratique l'orthodontie adulte en exercice libéral. ✓



Christine Muller a expliqué le contexte de l'article qui lui a valu son prix en plaidant pour une meilleure prise en compte des malpositions incisives mandibulaires chez l'adulte.

nant, de cet article sur les malpositions incisives mandibulaires de l'adulte : « *Le sujet nous avait semblé original dans la mesure où leur impact esthétique fait l'objet d'un*

thodontie linguale. Elle pratique l'orthodontie adulte en exercice libéral. ✓

(1) Paru dans le numéro spécial « *Orthodontie* » de la ROS daté de février 2012.

BOURSE DE RECHERCHE

MICHEL DEGRANGE

SFBD/SOP

3^e édition



Créée à l'initiative de la société francophone de biomatériaux dentaires (SFBD) et de la SOP, la bourse Michel Degrange récompense chaque année des travaux de recherche sur les biomatériaux dentaires.

Sont éligibles les étudiants en chirurgie dentaire, chirurgiens-dentistes et chercheurs francophones.

Pour cette 3^e édition, le dépôt des candidatures doit impérativement être retourné avant le 31 octobre 2013 à l'adresse suivante :

SOP - 6, rue Jean-Hugues - 75116 Paris ou par mail à secretariat@sop.asso.fr

Renseignements : www.sop.asso.fr/ rubrique « prix »
ou www.cfbid.asso.fr/ rubrique « prix »



AVEC LES PARTENARIATS DE :

KerrTM

bivico
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ

coltène
whaledent

ivoclar
vivadent
passion vision innovation



GC
FIRST IS QUALITY

3M ESPE

SDI

dexter
Vecteur de Progrès

Colgate **GABA**
Votre partenaire en santé bucco-dentaire

André Krief

Rédacteur en chef de *L'Actualité dentaire*,
« 1^{er} journal dentaire en ligne » www.lactudentaire.com

À quand le printemps dentaire ?

Les vieux nous disent « qu'avant c'était mieux », Bertrand (Delanoë) nous dit que le vélo, c'est mieux que la voiture, Christine (Boutin) nous dit que quand on est homo, faut pas se marier, Brigitte (Bardot) clame haut et fort que les animaux prévalent sur les enfants, Jérôme (Cahuzac) dit qu'il n'aime que les lingots de chocolat suisse, Valéry (Gisgard D'Estaing) fantasme sur les princesses, Bernard (Tapie) ne veut pas qu'on lui retire le jackpot, Jean-Marc (Ayraud) se croit encore maire de Nantes, Arnaud (Montebourg) se prend pour Jean-Paul Gautier, Nicolas (Sarkozy) repasse chaque jour devant l'Elysée et François (Hollande), qui croule sous les emmerdes, nous laisse croire que tout va aller mieux fin 2017, c'est-à-dire juste avant son éventuel départ.

Le point commun à toutes ces personnes est qu'elles vivent dans le passé, nostalgiques d'un temps révolu qui ne reviendra plus. Mais, me direz-vous, quel est le point commun avec les chirurgiens-dentistes en particulier et les professionnels de santé en général ? Il est évident dans la mesure où, tous ceux qui n'ont pas « techniquement informatisé leur cerveau » en ne pensant qu'à hier et aujourd'hui sans intégrer les notions de demain et d'après-demain, sont « psychologiquement morts ». Les notions de composites directs, de couronnes périphériques mutilantes, de bridges prenant appui sur des dents saines, de prothèses amovibles « balladeuses » et d'inlays core « assassins pour les parois radiculaires », sont autant d'éléments qu'il va falloir bannir de notre arsenal thérapeutique aux dépens d'une dentisterie sereine, apaisée, a minima. Le printemps dentaire est en marche au sein de l'industrie et devrait l'être aussi dans la tête des praticiens qui, quel que soit leur âge, se doivent d'intégrer les « nouveautés » dans leur disque dur cérébral... Croire que l'on peut continuer à exercer des années durant en répétant à l'infini les mêmes gestes qu'il y a 10, 15, 20, 30, 40 ans est une hérésie. La France a besoin de mouvement, de bouillonnement, d'idées nouvelles, de moteurs... Si Black se réveillait en 2013, il demanderait pardon à toute la profession pour toutes les extensions prophylactiques qu'il a préconisées. Comme dirait une starlette de la télé-réalité :

« Allo quoi t'es dentiste et tu mutiles les dents en faisant



des extensions et en plaçant des inlays core ? Allo quoi c'est comme si t'étais un assassin ? » La modernité, c'est une philosophie de pensée et une méthodologie de conception des plans de traitement : ce n'est ni un gradient ni une pensée unique !

Nous sommes l'une des rares professions de santé à disposer de tout un arsenal de matériaux, de méthodes et de matériels parfaitement codifiés pour nous permettre de réussir nos traitements. Ne subissons

plus bêtement les diktats, les obligations et les impératifs d'économie que l'on nous impose selon le bon vouloir de technocrates qui n'ont jamais su ce que SOIGNER voulait dire !

Rebellons nous contre tout ce qui nous est dicté en dépit du bon sens et de la santé de nos patients. Faisons enfin prendre conscience à ceux qui ont, par exemple, décidé de ne pas rembourser une facette économe de tissus, mais de continuer à rembourser une couronne périphérique mutilante. Interpellons ceux qui croient encore que l'on peut « accrocher » une couronne implanto-portée remboursée sur un implant « fantôme » non pris en charge !

Les printemps de la rébellion se succèdent de par le monde avec plus ou moins de succès, mais ils ont le mérite d'avoir lieu et de renverser les pouvoirs établis. Nous autres, chirurgiens-dentistes, avons cette faculté de tenter de faire admettre que les incohérences de pensée et de décision appartiennent à des années révolues. Encore faut-il que ceux à qui nous confions des mandats au sein de notre profession nous consultent et nous suivent... mais j'aborde là un point épineux qui donne des boutons à tous ceux pour qui il ne faut surtout rien changer, surtout pas la façon de soigner. Dommage... Mais un jour viendra où nos enfants et petits-enfants demanderont des comptes aux « immobiles », aux « figés de la cafetière », à tous ceux qui ont toujours « entendu siffler le train » sans jamais le voir passer !

André Krief

Un billet d'humeur doit s'entendre comme un exercice dans lequel s'expriment les réflexions du billetiste. Il laisse parler ses états d'âme librement, au gré des effervescences d'une pensée en mouvement. Sur un ton familier, quelquefois grinçant, il traite de l'actualité, il égratigne, déchaîne des clameurs. Le but est de sortir le JSOP de la routine et d'établir avec le lecteur un lieu de rencontre habituel qui invite à réagir. Les colonnes du JSOP sont, bien sûr, ouvertes aux éventuelles réponses suscitées par le billet d'humeur.

En 2013

AVEC LA SOP DONNEZ TOUTE SA CHANCE À VOTRE FORMATION!

Les meilleurs
conférenciers

Des tarifs
préférentiels :
Journée du 13 juin
à 120 € pour les
membres. Inscription
avant le 1^{er} mai 2013
(180 € après)

L'accès privilégié
à toutes
les formations
sur internet

Un abonnement
à la Revue
d'odonto-stomatologie

LES JOURNÉES DE LA SOP

Jeudi 10 janvier 2013

Trois actes de dentisterie
restauratrice en direct

Jeudi 11 avril 2013

Environnement
péri-implantaire

Jeudi 23 mai 2013

12 travaux pratiques
à la carte

Jeudi 13 juin 2013

Urgence traumatique
de la dent permanente

Jeudi 17 octobre 2013

Occlusion et prothèse

LES FORMATIONS

**7, 8 novembre 2013
(2 jours)**

Accéder à l'implantologie
par la pratique

LES CYCLES

**Décembre 2013 - juin 2014
(10 jours)**

Endodontie

BULLETIN D'ADHÉSION 2013

- Oui, j'adhère à la SOP**
 Je renouvelle ma cotisation en 2013

et je vous adresse un chèque de **97€**

À retourner dûment complété et accompagné
de votre chèque libellé à l'ordre de la SOP à :
SOP - 6, rue Jean-Hugues - 75116 Paris

Ou payez en ligne sur www.sop.asso.fr
et bénéficiez d'une remise supplémentaire de 5%

Nom :

Prénom :

Tél :

e-mail :

Adresse :

Ville :

Code postal :



Cette année, nos produits d'Épargne retraite, reconnus par la presse financière, sont toujours parmi les meilleurs du marché.

- La gestion efficiente et avisée d'un acteur mutualiste
- L'un des meilleurs taux du marché sur le fonds en euros RES de nos contrats d'assurance vie : 3,50%⁽¹⁾ net pour 2012

Prenez contact avec un conseiller [au 3233^{\(2\)}](tel:3233) ou sur macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.



RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE PROTECTION JURIDIQUE - EPARGNE RETRAITE PREVOYANCE - SANTE - LOCAL PROFESSIONNEL - HABITATION - AUTO - FINANCEMENT

(1) Taux net de frais de gestion de 0,5 % et hors prélèvements sociaux, pour un encours de provisions mathématiques au 31/12/2012 de 16,77 milliards d'euros qui représente 95 % du total des provisions mathématiques en euros gérées par MACSF épargne retraite. RES Multisupport et RES sont des contrats d'assurance vie de groupe à adhésion facultative souscrits par l'AMAP auprès de MACSF épargne retraite. (2) Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé. MACSF épargne retraite, Société Anonyme d'assurance sur la vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré, enregistrée au RCS de Nanterre sous le numéro 403 071 095 - Siège social se situe : cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX. Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 60300, 92919 LA DEFENSE CEDEX/France.