

Les spécialistes en chirurgie orale fondent leur société

Peter Jäger

La «Société suisse pour la chirurgie orale et la stomatologie (SSOS)» a vu le jour à Berne le 27 février 1999; le 19 juin, sa première assemblée générale a examiné les statuts, les a approuvés, puis elle a nommé son comité directeur. Peter Jäger a demandé au D^r Hans-Caspar Hirzel, président de la SSO, au D^r Marc Baumann, président de la SSOS, et au professeur Daniel Buser, secrétaire général, quels buts se proposait la nouvelle association professionnelle.



D^r Hans-Caspar Hirzel, D^r Marc Baumann, Professeur Daniel Buser

Pendant des décennies, les spécialistes en chirurgie orale ont formé un groupement suisse pour l'étude de la chirurgie maxillo-faciale et de la stomatologie. Pourquoi cette soudaine création de la SSOS?

Baumann: Précisons tout d'abord que le groupement en question est une association à vocation strictement professionnelle réunissant notamment, en plus des médecins-dentistes, des oto-rhino-laryngologistes et des dermatologues – autrement dit, tous les médecins s'occupant de la pathologie ou de la thérapie des organes buccaux. Deux professeurs d'université, Messieurs Held et Obwegesser, en sont les principaux promoteurs et les cofondateurs. Le groupement suisse pour l'étude de la chirurgie maxillo-faciale et de la stomatologie vise en premier lieu à informer les praticiens, lors de congrès de formation continue, sur les recherches cliniques en cours.

Par ailleurs, la décision de fonder une association professionnelle pour la chirurgie orale remonte à l'assemblée des délégués de la SSO de 1972. Nos collègues Eugen Ettl, Walter Hofer et Benedikt Maeglin avaient alors chaleureusement soutenu un tel projet, lequel s'était heurté à des résistances et avait fini au fond d'un tiroir. Mais c'est surtout dans le contexte actuel des accords bilatéraux que cette association professionnelle a ressurgi.

Qu'en est-il du titre de «spécialiste en chirurgie orale et en stomatologie»? Quel est votre calendrier?

Baumann: Il faut tout d'abord garder présent à l'esprit qu'il s'agit avant tout de pro-

diguer des soins spécialisés et non de créer simplement un titre de spécialiste. Les accords bilatéraux nous poussent assurément à introduire un tel titre, mais le meilleur accueil que la SSO réserve aujourd'hui aux spécialistes joue aussi en notre faveur. J'ajouterais que les spécialistes en chirurgie orale sont partout organisés, sauf en Suisse, du moins jusqu'ici.

Hirzel: Mentionnons aussi la transformation totale de l'environnement professionnel: ainsi la stomatologie revêt une importance bien plus grande qu'autrefois.

Extrait des statuts de la SSOS

Art. 2 But et activités de l'association

La SSOS encourage le développement de la chirurgie orale et de la stomatologie sur le plan de l'enseignement, de la recherche et de la formation complémentaire et continue.

Elle s'investit pour garantir la qualité dans cette spécialité.

Elle vise à l'introduction et au maintien, en Suisse, d'une formation de spécialiste en chirurgie orale et en stomatologie et à la création d'un titre de «spécialiste en chirurgie orale et en stomatologie SSO».

Elle représente les intérêts professionnels des médecins-dentistes actifs en Suisse dans le domaine de la chirurgie buccale, tant au sein de la SSO qu'à l'extérieur.

Elle collabore avec les représentants de la spécialité voisine: la chirurgie maxillo-faciale (Société suisse de chirurgie maxillo-faciale, SSCMF).

Elle entretient de bonnes relations avec les associations professionnelles partageant les mêmes opinions.

La SSO dispose des moyens suivants pour atteindre ses objectifs:

La commission centrale pour la formation complémentaire et continue.

Le règlement sur l'obtention du titre de spécialiste.

L'organisation de journées scientifiques et de cours de formation continue, avec

Buser: Les médecins-dentistes procèdent aujourd'hui au tri des patients dans le domaine de la stomatologie. Mais à l'avenir, les praticiens généralistes bénéficieront eux aussi de cette science grâce à un accroissement de la formation continue.

Baumann: Quant à la formation des spécialistes, la commission centrale se chargera d'élaborer un règlement et d'arrêter des dispositions transitoires. Les titulaires d'une chaire de chirurgie buccale des quatre centres de médecine dentaire en détermineront le contenu.

Buser: Dans un premier temps, des dispositions transitoires, encore à préciser, devraient aboutir à la nomination de 30 à 40 spécialistes. Ces collègues sont, pour la plupart, les actuels ou anciens premiers assistants des départements concernés.

Quels sont vos rapports avec la Société suisse de chirurgie maxillo-faciale?

Baumann: Avant de créer la SSOS, nous avons entretenu des contacts très réguliers avec la SSCMF, afin de trouver un

la collaboration éventuelle d'autres associations professionnelles actives en Suisse ou à l'étranger.

La collaboration avec la SSO.

Art. 3 Catégories de membres

Membres ordinaires, spécialistes:

– Médecins-dentistes, spécialistes en chirurgie orale (membres SSO, chirurgie orale SSO).

Dans la période transitoire, le classement des membres par catégorie est déterminé par le règlement de spécialiste.

– Spécialistes FMH en chirurgie maxillo-faciale, inscrits comme membres SSO.

Membres ordinaires, praticiens généralistes:

– Médecins-dentistes au bénéfice d'une formation continue en chirurgie orale et en stomatologie et membres de la SSO.

Membres extraordinaires:

– Médecins-dentistes ne remplissant pas les conditions pour être membres ordinaires

Membres correspondants:

– Nommés par le comité directeur

Membres libres:

– Membres ordinaires ayant remis leur cabinet

Membres d'honneur:

– Nommés par l'assemblée générale, sur proposition du comité directeur, en raison de services particuliers rendus à l'association.

consensus. Nous recherchons une collaboration constructive pour éviter à tout prix les rapports conflictuels observés dans d'autres pays. Or nous constatons aujourd'hui que la SSCMF, par la voix du prof. H. Sailer en particulier, soutient les objectifs poursuivis par la SSO.

A combien s'élèvent les cotisations?

Baumann: Les membres versent une cotisation annuelle de 100 francs.

Quels services offrez-vous à vos membres?

Baumann: Nous gérons tout d'abord le titre de spécialiste. La formation continue, elle aussi, est très importante: nous la concevons, de plus, en tant que promotion, sur le plan professionnel, de praticiens généralistes et de non-membres de la SSO. Par le biais de cet engagement, nous aspirons enfin à garantir la qualité.

Buser: les questions de politique professionnelle, abordées dans le cadre de la SSO, concerneront la loi sur l'assurance-maladie et les tarifs. Nous voulons alors faire, autant que possible, front commun avec la SSCMF.

Quelles tâches concrètes vous attendent dans les mois à venir?

Buser: La commission centrale se charge, nous l'avons déjà dit, des questions touchant à la spécialisation. Le comité directeur se soucie, pour l'instant, de l'apparence extérieure de la SSO, mais par la suite il veillera surtout à dresser le programme de la formation continue. La première réunion prévue se combinera, le 20 mai 2000 à Berne, à l'assemblée générale de la SSO. ■

FACTS et les médecins-dentistes

Le 8 janvier 1998, FACTS a publié, avec forte publicité, un article sur les médecins-dentistes ainsi qu'une liste des «120 médecins-dentistes top de Suisse». Cette liste a provoqué de violentes réactions dans le public et surtout dans le cercle des médecins-dentistes. Les projecteurs ont été braqués particulièrement sur le professeur Lang que l'article présentait comme le chef du jury responsable de cette liste des «120 médecins-dentistes top de Suisse».

Suite à cela, la SSO a porté plainte auprès du tribunal de district de Zurich contre la société TA Media AG (éditeur du magazine FACTS). Le procès a été liquidé par une transaction contraignant FACTS à accepter de publier une explication (voir au dessous), à payer les frais de procédure et à verser à la caisse d'entraide de la SSO un montant de Fr. 10 000.–.

Le professeur Lang a également attaqué FACTS en justice. Cette procédure a elle aussi été réglée par transaction.

En outre, FACTS a publié en septembre/octobre 1999 une série en trois parties sur les spécialités médico-dentaires suivantes: parodontologie, orthodontie et prothèses dentaires. Ces textes étaient accompagnés de la liste SSO des spécialistes de ces domaines.

«LITIGE LIQUIDÉ

Le 8 janvier 1998, FACTS a publié dans une série en médecine dentaire une liste des «120 médecins-dentistes top de Suisse». Selon la Société Suisse d'Odonto-stomatologie SSO, la publication de FACTS constituait une concurrence déloyale. Pour sauvegarder l'intérêt de ses membres, elle a déposé plainte auprès du tribunal de district de Zurich.

Entre-temps, le litige a été liquidé par une transaction conclue entre les deux parties. FACTS a admis que la liste en question pouvait avoir donné partiellement une fausse impression et précise que:

1. la liste des «120 médecins-dentistes top de Suisse» ne se basait pas sur une étude scientifique couvrant la Suisse entière et pouvait donc susciter une fausse impression au lectorat.
2. cette liste n'a pas été établie par un jury d'un commun accord. Ce sont au contraire 20 experts qui, chacun individuellement, en ont proposé, par écrit, des parties. Dans cette situation, il n'était pas approprié d'indiquer comme chef du jury le professeur Niklaus Lang, directeur de clinique à l'Université de Berne.

La rédaction de FACTS regrette que sa liste de médecins-dentistes ait pu incommoder la SSO et ses membres.»

Les normes de qualité: un atout pour nous, médecins-dentistes

Giovanni Ruggia

Suite à mon article dans le numéro de septembre, j'ai reçu de nombreuses réactions de la part de mes collègues. Comme des questions très intéressantes ont surgi, je m'exprime à nouveau sur les normes de qualité. Le manuel en question «Normes de qualité pour les travaux en médecine dentaire» a été retravaillé et envoyé à tous les membres, au début de ce mois.

La nouvelle classification en A, +, B, C à la place de l'ancienne A, B, C, D n'a rien changé de substantiel aux normes de qualité, cela ressemble plutôt à une mesure cosmétique qui ne peut pas satisfaire les critiques.

Ce n'est qu'une impression qui peut naître lors d'un examen superficiel. Les modifications sont subtiles mais signalent un changement de perspective significatif. Le seuil le plus important est celui qui marque le passage de A (bon, objectif

à atteindre) à B (insuffisant). L'exemple à suivre n'est plus un maximum théoriquement possible mais une bonne qualité normalement pratiquée en Suisse.

Certains spécialistes du management de la qualité ont critiqué les critères SSO qui n'appliquent pas rigoureusement les principes et la terminologie en usage aujourd'hui dans la gestion de la qualité, en créant de la confusion plutôt que de la clarté.

Nos normes forment un mélange de ce que les spécialistes de la gestion de la qualité appellent qualité des processus et qualité du résultat. C'est vrai, mais notre manuel se veut être un manuel d'auto-évaluation et non pas un règlement de certification.

Notre approche non orthodoxe de la thématique de la qualité des soins veut souligner le fait que la médecine n'est pas une prestation de services comme les autres. La qualité d'une prestation sanitaire en pratique privée (contrairement peut-être au milieu hospitalier ou à une clinique) dépend encore, en bonne partie, de la motivation et de l'engagement du praticien, plutôt que du degré d'organisation et de division du travail.

Nous n'avons pas non plus de lignes directrices indiquant comment tenir une fiche clinique ou comment informer les

patients, par exemple. Il est possible que dans le futur nous devions nous occuper aussi de cela, le temps nous le dira, c'est un début et tout ce qui est bon est perfectible.

Beaucoup de collègues ne voient pas encore l'utilité de cette emprise et voient surtout le risque que ces critères de qualité soient utilisés contre nous-mêmes.

Il ne faut pas confondre qualité avec accomplissement du mandat ou erreur professionnelle. Par exemple, un traitement endodontique fait avec tout le soin possible peut aboutir à une prestation classée insuffisante sans qu'il y ait faute professionnelle. On sait que l'anatomie radiculaire peut être très compliquée et on ne peut pas garantir qu'il n'y aura pas de complications. Mais le patient a droit à l'information si des complications interviennent: ce n'est pas en lui cachant les faits qu'on en obtient la confiance. Si le patient est particulièrement critique, une fiche clinique complète lui indique que l'intervention a été effectuée avec toutes les capacités requises; en cas de litige le praticien peut montrer toute une série de cas résolus positivement, il peut prouver qu'il a suivi une formation continue adéquate: en cela la situation juridique en présence de critères de qualité ne se différencie pas de l'actuelle sans critères de qualité.

Mais d'autre part les directives de qualité sont une protection du praticien contre des litiges injustifiés. Prenons, par exemple, le patient infecté qui prétend avoir été contaminé au cabinet du médecin-dentiste qui l'a soigné. Son avocat peut trouver aujourd'hui une pléthore de publications qui préconisent des mesures d'hygiène que le médecin-dentiste n'aurait pas respectées; le juge devra donc décider si ces mesures auraient été efficaces et adéquates dans le cas particulier et demander une expertise, il y aura ensuite un procès au tribunal avec une issue incertaine. Or, s'il existe des directives SSO établies en commun avec les écoles dentaires suisses, l'issue pourrait être réglée d'emblée: si les directives sont respectées il n'y aura même pas de procès.

Certes les collègues qui, dans beaucoup de cas, ne remplissent pas les critères minimum devront s'y soumettre et cela coûtera quelque chose; toujours moins – sans doute – que les dédommagements dus à un patient infecté. Et que l'on n'oublie pas que les normes d'hygiène ne sont pas seulement une protection du praticien en cas de litige, elles sont sur-

tout une protection de la santé du patient (primum nihil nocere: ne nous a-t-on pas accusés d'avoir oublié les principes déontologiques?), du personnel, du médecin-dentiste même et de sa famille.

Moi, je vois plutôt des risques dans le cas où la SSO devait décider de ne pas se donner des normes de qualité. Il y aurait alors une prolifération sauvage de critères sectoriels établis par les différentes sociétés de spécialisations, sans que les praticiens généralistes n'aient plus un mot à dire. La SSO aura perdu la tête de la corporation odontologique. Et il y aura alors très probablement vraiment les médecins-dentistes de série A et B: les membres actifs des sociétés de spécialisations et les autres.

Vous ne pouvez pas nier que classer la qualité des prestations médico-dentaires résulte d'une conception artisanale plutôt que médicale du médecin-dentiste.

L'art de notre profession ne consiste pas à tailler une dent ou à modeler une obtura-

tion, cela c'est de l'artisanat, du métier, de haut de gamme bien-sûr, mais toujours de l'artisanat.

L'art dans notre profession est de savoir considérer, au-delà des dents, la personne, savoir aller à la rencontre des désirs et des attentes inexprimées des patients, savoir conquérir leur confiance et construire un rapport de fidélité qui dure, savoir proposer un plan de traitement qui soit le plus proche possible de celui que le patient lui-même aurait choisi s'il possédait lui-même notre science odontologique.

Les normes de qualité ne sont pas là pour imposer des solutions préconfectionnées valables dans toutes les situations et ne diminuent en rien notre dignité professionnelle. La définition des objectifs et du plan de traitement restent l'apanage de la concertation entre le patient et son médecin-dentiste.

Finalement beaucoup de collègues restent toujours convaincus que cette histoire de

normes de qualité n'est rien d'autre qu'une atteinte supplémentaire à notre liberté professionnelle. La fondation de la Société helvétique des médecins-dentistes est un des récents symptômes de ce malaise.

La liberté professionnelle ce n'est pas faire ce qu'on veut sans rendre de compte à personne. Nous avons une responsabilité envers nos patients. C'est leur confiance, leur libre choix du praticien qui garantit notre liberté professionnelle. Dans la situation politique actuelle, il ne faut pas s'attendre à des améliorations législatives, au contraire. La radicalisation des fronts politiques joue contre nous. Ni la gauche, ni la droite populiste ne défendront jamais une profession libérale. Nous pouvons seulement compter sur notre capacité à conquérir les patients dans un libre marché, faire le maximum pour obtenir tout ce qui est possible en termes de concurrence loyale et transparente. Les normes de qualité sont un pas important dans cette direction. ■

Collection BonaDent

Anonyme (Allemagne du Sud/Autriche): «Sainte Apollonie»

Mirjam Neumeister (Bonn)

Ce portrait peint évoquerait une femme élégante de son époque si l'on négligeait son attribut déconcertant: une pince refermée sur une dent arrachée. L'inconnue représentée est donc sainte Apollonie, la protectrice des personnes souffrant de maux de dents. Le petit format nous renseigne de plus sur le rôle attribué à la peinture présentée aujourd'hui.

Sainte Apollonie apparaît sur un fond sombre brun olive. Elle est placée au bas du tableau dont le cadre interrompt ses jambes en dessous des genoux. Les vêtements luxueux de la sainte attirent l'attention. Un corselet de brocart d'or garni de bijoux enserre sa robe bleu foncé. Les manches blanches bouffantes de sa chemise et le décolleté de son corselet sont richement bordés de dentelle. De ses épaules tombe une cape rouge aux plis abondants qui contraste fortement avec l'arrière-fond sombre. La sainte porte un diadème et un cordon de perles prolongé par de longs rubans roses qui retiennent avec art ses cheveux. Une perle de prix pend à son oreille et un triple collier de corail orne son cou. Sainte Apollonie jette un regard pensif à son attribut personnel, la pince serrant une dent arrachée, qu'elle tient dans sa main gauche. La palme de martyr, dans son autre main,

évoque la glorieuse récompense céleste que lui vaut son inébranlable foi chrétienne.

Le petit format de la peinture suggère son utilisation privée. Il pourrait s'agir d'une image votive, œuvre réservant au saint protecteur invoqué une place centrale. En effet, l'image et le texte se chargent d'habitude de rappeler le motif de l'offrande. Ainsi la peinture comporte d'une part le donateur, souvent muni d'un chapelet ou d'un cierge allumé, et d'autre part la situation critique à l'origine de l'offrande. L'inscription «ex voto», accompagnant généralement l'indication de l'année, précise encore la destination de ce type d'œuvres, réalisées après avoir échappé de catastrophes naturelles ou de maladies.

Manifestement, la population de jadis comptait moins sur l'assistance médicale que sur le secours divin: elle s'en assurait en invoquant suivant la circonstance un saint particulier. Les saints jouaient le rôle privilégié d'intercesseurs des hommes auprès de Dieu. Ils ont en effet la particularité de maintenir leur propre âme auprès de Dieu et de pouvoir ainsi plaider la cause des fidèles. Les croyants reconnaissent notamment aux martyrs un rapport étroit avec Dieu, car ces témoins par le sang avaient subi la mort par fidélité à leur foi chrétienne. Comme leur corps les maintenait en contact avec le monde terrestre, les saints établissaient un rapport particulièrement étroit entre le ciel et la terre, conformément à la croyance chrétienne en l'unité du corps et de l'âme. On prêtait à leur dépouille un pouvoir mi-

raculeux, si bien que l'endroit de leur sépulture devenait généralement un lieu de pèlerinage.

La fonction d'intercesseurs, donnée aux saints, apparaît aussi dans les arts plastiques. Des images de dévotion ou des retables d'autel illustraient leur vie et leur mort et incitaient les spectateurs à se plonger dans la contemplation et à ressentir au fond d'eux-mêmes la présence divine. Ils pouvaient en même temps solliciter l'intercession des saints par la prière. Cela dépendait à la fois de l'importance accordée au saint – Marie occupait le premier rang parmi les saints invoqués – et de la protection spécifique qu'il accordait. Le développement de la vénération portée aux saints protecteurs eux-mêmes accompagne une spécialisation des saints, car des fonctions protectrices liées à leur existence ou à leur martyre leur étaient prêtées. C'est ainsi que le martyr de sainte Apollonie a fait d'elle, dès le XIII^e siècle, la sainte protectrice en cas de maux de dents et l'a chargée d'une importante fonction d'intercession. De plus, son martyre la transformait en modèle de patience et de persévérance dans les plus grands tourments. De là vient l'idée que Dieu enverrait les maladies aux hommes pour qu'ils subissent l'épreuve de vérité. Semblables en cela aux martyrs, les malades anticipaient dans leur vie terrestre les souffrances de l'enfer et, comme eux, ils étaient directement admis au ciel à leur mort. Le présent tableau servait probablement d'image de dévotion privée dans une niche sacrée.

Le costume de la sainte, dont le corselet et le décolleté s'ornent de dentelles, ses manches bouffantes et sa coiffure permettent de dater la peinture vers le milieu du XVIII^e siècle.



Huile sur toile (doublée); 30,1×24 cm.

Provenance: Vente Weidler, Nuremberg, 25–27 juin 1992

Les personnes intéressées par cette œuvre en obtiendront, à un prix modique, la reproduction grandeur nature, sous la forme d'une lithographie offset en quadrichromie. Prière d'adresser vos demandes d'information et vos commandes à:
BonaDent S. à r. l., Berner Strasse 28,
D-60437 Francfort/M.
Téléphone 0049 69 507 40 85
Téléfax 0049 69 507 38 62
Internet: <http://www.bonadent.de> (à voir aussi: la Petite Galerie «BonaDent-ART»)
E-mail: bonadent@-online.de

Prix Rudolf Hotz 2000

Promotion en faveur de jeunes chercheuses et chercheurs de Suisse travaillant dans le domaine de la pédodontie.

Ce prix commémoratif Rudolf Hotz a été créé en 1988 par l'Association Suisse de pédodontie ASP/SVK. Il est doté de Fr. 3000.-. Sont pris en considération des travaux provenant du domaine de la pédodontie.

Les dispositions exactes peuvent être demandées auprès de la secrétaire de l'ASP/SVK:

M^{me} Thalia Jacoby, D^r méd.-dent.
Rue Barthélemy-Menn 19
1205 Genève
tél. 022/382 91 48

Le délai de remise des travaux est fixé au 31 mai 2000

RASSEGNA MULTIMEDIALE



Protesi

Bassi F, Carossa S, Gassino G, Menicucci G, Mozzati M, Pera P, Previgliano P, Schierano G, Preti G: Advances in Clinical Prosthodontics
250 pag., 133 fig., Piccin editore, Padova (1999). ISBN 88-299-1300-6

Quattro anni dopo la pubblicazione dei Progressi in Protesi a coronamento delle seste Giornate di Aggiornamento Culturale di Clinica Protesica, Giulio Preti, titolare della cattedra di protesi dell'università di Torino e organizzatore di queste manifestazioni, ritenta quella fortunata esperienza dando alla stampa la raccolta delle lezioni tenute in occasione delle ottave Giornate.

È opportuno rilevare immediatamente che i contributi degli autori non sono la mera trascrizione delle lezioni tenute in quell'occasione, bensì rappresentano una loro versione rielaborata ed arricchita alla luce dei risultati emersi durante il convegno.

Il libro, in veste tipografica di qualità e corredato da una ricca iconografia, è suddiviso in dieci capitoli. Apre la serie il professor J.W. Mc Lean (Londra) con un capitolo dedicato alle ceramiche dentali moderne: si tratta di una presentazione sintetica ma essenziale, accompagnata da una valutazione critica delle varie ceramiche nella prospettiva di un passaggio prossimo (?) dalla tecnologia metallo-ce-

ramica a quella ceramica senza supporto metallico: nonostante infatti che la corona metallo-ceramica si dimostri, come sottolinea l'autore, clinicamente molto valida e, grazie ai miglioramenti apportati durante l'ultimo decennio, non sia dal punto di vista estetico sensibilmente inferiore alla corona ceramica pura, il trend verso l'eliminazione della componente metallica continua senza sosta. All'orizzonte si staglia infatti la prospettiva di un

approccio più conservativo al restauro dei denti.

Il secondo capitolo è pure dedicato allo stesso argomento. A. Hüls e S. Rinke (Göttingen) descrivono l'uso sistematico dei restauri ceramici all'università di Göttingen, imperniato essenzialmente sull'impiego dell'In-Ceram per la confezione delle corone anteriori e posteriori e per i ponti anteriori, e dell'Empress per quella degli intarsi, delle corone parziali e delle veneer: contemporaneamente vengono sperimentate le tecnologie Cerec e Celay. Da notare come gli autori sottolineino l'importanza della preparazione e della cementazione al fine del conseguimento di un restauro affidabile.

L. Krejci, R. Boretti e F. Lutz (Zurigo) firmano il terzo contributo dedicato ai «nuovi concetti nella odontoiatria restaurativa»: una presentazione molto stringata ma ben illustrata della scuola zurighe- se sia a livello di redentistry che di minimally invasive restorations (quest'ultimo presentato come concetto chiave della restaurativa moderna). Conclude un interessante paragrafo sugli standard di qualità che avrebbe potuto essere trattato un po' più estesamente.

Nel quarto capitolo J. Beumer e E. Sung (Los Angeles) discutono l'esperienza della UCLA in tema di impianti nei sestanti posteriori di edentuli parziali. Si tratta di una presentazione molto approfondita, che, seppur talvolta di carattere un po' episodico, rappresenta un contributo di notevole interesse clinico.

Cette année, les Health Professionals d'Amnesty International fêtent leur 25^e anniversaire

A cette occasion, le groupe des professionnels de la santé de Suisse romande organise une conférence-débat le 15 décembre 1999, au Palais de Beaulieu, à Lausanne (Salle Roma, 320), dès 20 heures.

Les thèmes seront: les Droits de l'Homme au seuil du 3^e millénaire. Importance de l'éducation aux Droits humains et rôle des professionnels de la santé dans la lutte pour le respect de ces droits.

Interviendront: le Professeur Albert Jacquard, généticien, Paris; le Docteur Stanislas Tomkiewicz, pédopsychiatre, Paris; Madame Rosette Poletti, infirmière, enseignante et rédactrice, et Denis Müller, professeur d'éthique à la Faculté de théologie de Lausanne.

Une grande place sera réservée aux échanges entre le public et les intervenants.

Cette réunion vise à renforcer le lien entre les organisations actives dans le domaine des droits de la personne et les institutions de formation des professionnels de la santé. Elle vise aussi à marquer la volonté des GPS de susciter un sentiment de responsabilité collective auprès des professionnels de la santé concernant les abus des droits humains.



R. Airoidi (Zurigo) offre nel capitolo successivo una bella presentazione della perio-overdenture secondo Palla: sintetica, chiara(!) e ben illustrata.

Nel sesto capitolo J. A. De Boever, A. L. De Boever e L. Van den Berghe (Gent) offrono, sulla base di un'estesa rivisitazione della letteratura, una panoramica abbastanza aggiornata dell'evoluzione della diagnostica dei disturbi temporo-mandibolari sull'arco di trent'anni.

E veniamo a Carlo Merlini (Milano), autore di uno dei più interessanti contributi di questo libro. L'argomento trattato da questo autore concerne gli aspetti psicologici del miglioramento estetico del profilo facciale: egli affronta questo argomento sia rivistando criticamente un'estesa bibliografia in proposito che apportando i risultati della propria notevole esperienza chirurgica. L'approccio del Merlini è profondamente medico-scientifico e non improntato al misticismo morfo-psicologico (a la Rufenacht, tanto per intenderci). Che senso ha, si chiede l'autore, perdersi in esercizi retorici di ricerca della bellezza ideale, quando i problemi estetici del paziente sono in realtà essenzialmente psicologici ed il paziente ha una visione spesso molto personale della propria deformità dento-facciale? La risposta clinica non è semplice, ma Merlini presenta un quadro diagnostico, che, seppur ricavato dalla pratica chirurgica, può rivelarsi di notevole interesse ed aiuto anche per l'odontoiatria protesica.

L'ottavo capitolo è curato da Jean-Marc Botta (Lione), psicanalista e esperto in psicologia medica: egli offre la sua visione del trattamento dell'edentulo totale, una visione, inutile sottolinearlo, molto differente da quella del protesista, spesso più concentrato sul tentativo di ridare abilità masticatoria e di conferire una apparenza esteticamente piacevole al paziente che non ad aiutare il paziente a ricostruirsi un'identità soddisfacente. Testo

molto breve e conciso, ma degno di meditazione.

Nel nono capitolo S. Gossweiner, R. Ewers e F. Watzinger presentano la riabilitazione chirurgica dei mascellari superiori fortemente atrofizzati con la tecnica dell'osteotomia LeFort 1 in combinazione con impianti endossei IMZ in uso presso la scuola viennese.

Conclude col decimo capitolo la scuola torinese di Giulio Preti che, con il prezioso contributo dei suoi migliori allievi, offre una descrizione molto dettagliata del proprio approccio all'implantoprotesi ibrida (implant-retained overdenture). Indicazioni e controindicazioni, tecnica di confezione, igiene, aspetti biomeccanici, considerazioni neuroanatomiche e trattamento chirurgico dell'atrofia mandibolare estrema sono i capitoli in cui è articolata questa presentazione che non solo si rivela di notevole interesse didattico, ma altresì illustra i grossi contributi della scuola torinese a questo ramo della protetica che si va sempre più affermando come la terapia d'elezione nella fase terminale dell'edentulismo.

Ercole Gusberty, Lugano

Rigenerazione ossea

Lorenzetti M, Mozzati M, Campanino P P, Valente G:
Bone augmentation of the inferior floor of the maxillary sinus with autogenous bone or composite bone grafts: a histologic-histomorphometric preliminary report

Int J Oral Maxillofac Implants 13: 69-76 (1998)

Le caratteristiche ideali di un materiale d'innesto sono: 1) fungere da matrice osteoconduttiva, 2) contenere i fattori osteoinduttivi che presiedono ai vari stadi dei processi riparativi dell'osso, 3) contenere cellule osteogeniche e 4) esibire un'integrità strutturale. Gli innesti di osso autologo sono, tra i vari materiali d'innesto, quelli che maggiormente soddisfanno questi requisiti. Secondo la letteratura tre sono le tecniche d'innesto più diffuse per il mascellare superiore: a) l'innesto di tipo inlay sul pavimento sinusale, b) il posizionamento dell'innesto tipo onlay sulla cresta alveolare e c) il posizionamento dell'innesto osseo come inlay sui pavimenti delle fosse nasale e dei seni mascellari dopo osteotomia Le Fort I. Parecchi studi si sono occupati del tasso di successo delle varie tecniche, ma relativamente pochi studi hanno affrontato

l'esame dei vari materiali e tecniche d'innesto dal punto di vista istologico e istomorfometrico.

Scopo di questo lavoro è pertanto di studiare con l'ausilio di analisi istologiche e istomorfometriche la neoformazione ossea conseguente all'innesto di vari materiali nell'ambito di interventi mirati all'aumento volumetrico del mascellare superiore.

Materiali e metodi

Tredici pazienti furono suddivisi in 4 gruppi: 1) quattro pazienti ricevettero un rialzo del seno mascellare bilaterale eseguito con blocchi di osso autogeno prelevati dalla cresta iliaca: il tempo di guarigione precedente l'inserimento degli impianti fu limitato a 6 mesi al fine di minimizzare il riassorbimento dell'innesto; 2) tre pazienti ricevettero un rialzo del seno mascellare unilaterale eseguito con blocchi di osso compatto autogeno prelevati dalla zona mentoniera: il periodo di guarigione precedente la chirurgia implantare fu di 8-12 mesi al fine di garantire una sufficiente rivascularizzazione e vitalità dell'innesto; 3) tre pazienti subirono un rialzo del seno mascellare unilaterale usando innesti particolari prelevati a livello della sinfisi mentoniera: il tempo di guarigione fu ridotto in questi casi a 4 mesi presumendo che l'osso particolare vada incontro ad un riassorbimento volumetrico più veloce che l'osso in blocco; e 4) tre pazienti infine subirono un rialzo del seno mascellare unilaterale con l'innesto di osso corticale autogeno particolare prelevato in sede mentoniera e miscelato in parti eguali a granuli di idrossiapatite porosa (Interpore 200, Interpore International): come consigliato per questo tipo d'innesto il tempo di guarigione fu protratto a 12 mesi per permettere la neoformazione di osso.

Tutti gli interventi rappresentavano la prima fase di un intervento in due stadi (il primo volto all'aumento volumetrico del letto osseo e il secondo all'inserimento degli impianti). Dopo la guarigione degli innesti furono posizionati gli impianti (impianti Braenemark, lunghi 10-18 mm, del diametro di 3,75-4,0 mm). Biopsie furono eseguite sia all'atto dell'innesto che all'atto dell'inserzione degli impianti, prelevando carote d'osso con l'ausilio di frese trephine.

L'esame istologico era essenzialmente mirato a valutare quantitativamente il tessuto mineralizzato, il numero degli osteoblasti, la vitalità dell'osso, espressa come numero di osteociti, e il numero dei vasi sanguigni dello stroma.

L'analisi istomorfometrica era eseguita con l'ausilio di un microscopio ottico su sezioni scelte a caso, misurando la frazione d'area occupata dalle trabecole ossee.

Risultati istologici

L'osso prelevato in blocco dalla cresta iliaca manteneva dopo 6 mesi la sua struttura trabecolare, caratterizzata da trabecole fini ed da un alto numero di osteociti nelle lacune ossee. Tessuti mineralizzati e tessuti molli si equivalevano quantitativamente. Nei blocchi di osso mentoniero il tessuto osseo prevaleva ancora sul tessuto molle dopo il periodo di guarigione. L'osso era ancora compatto, ma la vitalità risultava parzialmente compromessa: infatti l'osso esibiva zone caratterizzate dall'assenza di osteociti. Vasi sanguigni erano reperibili in maggior numero nei blocchi iliaci che non in quelli mentonieri.

Gli innesti di osso particolato autogeno esibiva dopo i 4 mesi di guarigione una neostruttura trabecolare con un gran numero di osteoblasti (> che nei blocchi di osso mentoniero), di osteociti e di vasi sanguigni (> che nei blocchi ossei): il tessuto mineralizzato era dal punto di vista quantitativo leggermente superiore al tessuto molle.

Negli innesti misti di osso autogeno particolato e di idrossiapatite porosa il tessuto molle prevaleva nettamente sul tessuto mineralizzato. Dodici mesi dopo l'innesto i granuli di idrossiapatite non erano ancora integrati nel neoosso. In alcune zone essi erano circondati da tessuto connettivo in stato di leggera infiammazione.

Risultati istomorfometrici

Il contenuto di tessuto mineralizzato all'atto dell'innesto era del 60% per l'osso iliaco e del 65,6% per quello mentoniero. Durante il periodo di guarigione queste percentuali si riducevano in media del 7% per l'osso iliaco e di circa il 3% per l'osso mentoniero particolato; quella dell'osso mentoniero in blocchi aumentava per contro di circa il 4%.

Per quanto concerne le biopsie, dopo la guarigione la percentuale di tessuto duro dell'osso mentoniero (gruppi 2 e 3) era del 66%, quella dell'osso iliaco (gruppo 1) del 53%. La percentuale di tessuto duro presente nell'osso mentoniero in blocchi (gruppo 2) era del 69,3% e quella dell'osso mentoniero particolato (gruppo 3) del 62,6%. La percentuale di tessuto duro nell'osso composito (gruppo 4) era la più bassa (43,6%).

In memoriam: le Professeur Arthur-Jean Held

Giorgio Cimasoni, Giuseppe Fiore-Donno



Une poignée d'amis et d'anciens élèves, qui lui étaient restés fidèles, ont accompagné le Professeur A.-J. Held à sa sépulture, sous un ciel gris d'octobre, dans le cimetière de Nyon. Ils ont voulu exprimer leur reconnaissance au Maître qui a profondément marqué la médecine dentaire pendant les décennies d'après-guerre.

D'origine bernoise, le Professeur Held est né en 1905 et a accompli ses études de médecine-dentaire et de médecine à Genève. Il a rapidement gravi les échelons de la carrière académique et acquis très tôt une renommée internationale. Au sein de

l'Université il a grandement contribué à donner à la médecine dentaire la place qu'elle occupe aujourd'hui. Il l'a fait avant tout en stimulant la recherche, soit dans le domaine de la carie, à une époque où cette maladie faisait encore chez nous des ravages, soit dans celui des maladies parodontales, méconnues alors. Il a été un des premiers en Europe à donner, en tant que jeune privat-docent, un cours spécifique de parodontologie aux étudiants et à mettre sur pied un enseignement clinique de cette discipline. Il fut, avec quelques personnalités françaises, allemandes et autrichiennes, le fondateur, en 1932, de l'ARPA internationale (Association des recherches sur les parodontopathies), association qu'il présida pendant de longues années.

Les étudiants le côtoyaient chaque matin à la «policlinique» qu'il dirigeait d'une main ferme, et apprenaient, directement du patron, les gestes d'une chirurgie simple et les premières notions pratiques de stomatologie.

De nombreux professeurs ont été formés dans son service ou ont pu grâce à lui se perfectionner à l'étranger, et l'Université lui a décerné, en 1981, à l'occasion du centenaire de l'École de Médecine-dentaire, la rare distinction qu'est la Médaille de l'Université.

En dehors de l'Alma Mater, le Professeur Held a aussi rempli de nombreuses tâches. Il a collaboré avec l'O.M.S. pour des missions en Inde et en Iran. Il a su garder de solides relations avec la profession et accéda même à la présidence de la S.S.O., dont les membres ont pu apprécier son style et sa contribution en tant que rédacteur de la Revue Mensuelle.

Son éducation germanique se ressentait dans l'exigeante discipline qu'il imposait à lui-même et à ses étudiants, une discipline si cruciale dans notre profession.

La profession, les anciens élèves et tous les patients ayant bénéficié de son œuvre lui doivent beaucoup et lui rendent hommage.

Ils expriment à sa veuve, Yvonne Held-Chalanset, à ses enfants et à leurs familles une reconnaissante sympathie.

Commenti

Il numero limitato di pazienti non consente ovviamente un'analisi statistica dei risultati. Comunque i risultati delle due analisi confermano essenzialmente i risultati degli altri studi sull'argomento. In particolare gli AA. sottolineano la notevole vitalità degli innesti corticali in blocco di origine endocondrale (iliaca), che vengono rapidamente vascolarizzati e popolati da cellule osteoprogenitrici, anche se tutto ciò comporta una maggior tasso di riassorbimento; per contro gli innesti corticali in blocco di origine membranosa sono caratterizzati da un numero nettamente inferiore di cellule osteo-

progenitrici e possono richiedere da 1 a 2 anni per una guarigione completa.

Gli AA. ricordano che studi animali hanno evidenziato una correlazione diretta fra attività osteoclastica e rivascularizzazione. Altri studi hanno altresì evidenziato il fatto che la rivascularizzazione avviene più rapidamente negli innesti prevalentemente spongiosi (endocondrali) che in quelli corticali (membranosi). Il che può aiutare a comprendere la diminuzione di tessuto mineralizzato negli innesti di osso iliaco.

Pure da rilevare è il comportamento degli innesti particolati che pure evidenziano una forte rivascularizzazione dopo pochi

mesi, probabilmente per l'assenza dell'effetto barriera della corticale: il che rende il comportamento dell'osso (corticale) particolare analogo a quello dei blocchi di osso spugnoso. Non bisogna comunque sottacere il fatto che quando

l'osso particolato autogeno viene miscelato all'idrossiapatite, la neoformazione ossea è ritardata e il periodo di guarigione viene di conseguenza prolungato.

Ercolo Gusberti, Lugano

Avant la GTR, la moyenne d'attache clinique se situait à env. 10,8 mm, le sondage à 8,8 et le pourcentage de support osseux résiduel à 32%. Un an après la GTR, une amélioration significative ramenait ces chiffres respectivement à env. 5,4 mm (attache clinique), 2,5 mm (sondage), 62% (support osseux résiduel). Les deux premières valeurs ne diffèrent guère lors des visites à long terme, alors que le sondage devait augmenter de 1 à 2 mm chez certains patients.

Il fut ainsi montré que les piliers prothétiques présentant d'importants cratères osseux peuvent être traités avec succès par GTR et les bénéfices cliniques se maintiennent dans des périodes allant jusqu'à 8 ans.

Tous les participants de cette étude étaient non fumeurs, présentaient une bonne compliance en matière d'hygiène bucco-dentaire et suivaient avec régularité la phase de maintien. Les auteurs concluent que des patients présentant des cratères osseux sur des dents piliers potentiels de prothèse fixe sont une indication pour une GTR, dans la mesure où les paramètres de coopération sont respectés.

Michel Perrier, Lausanne

REVUES



GTR – dents piliers

Cortellini P et al.: Long term clinical outcomes of abutments treated with guided tissue regeneration

J Prosthet Dent 81: 305–311 (1999)

La stabilité des résultats à long terme est déterminante dans le traitement parodontal, en particulier au niveau de supports prothétiques. Bien que l'augmentation tissulaire guidée (GTR) se soit révélée très favorable sur des dents naturelles, les résultats obtenus n'ont pu encore être extrapolés à des dents piliers. Le but

de cette étude longitudinale a été d'évaluer prospectivement et à long terme le comportement de piliers prothétiques traités par GTR.

16 participants sains, non fumeurs et présentant une parodontite avancée participèrent à ce travail. Les pertes de support osseux furent traitées par GTR en utilisant des membranes non résorbables. Après l'intervention GTR, la mise en place de prothèses fixes provisoires précéda pendant 1 an l'insertion de constructions définitives. Un contrôle clinique et radiographique fut pratiqué au départ, à une année et lors du suivi entre 4 et 8 ans après la GTR.

Impressum

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen: Schweiz Monatsschr Zahnmed
Innerhalb der Zeitschrift: SMfZ
Pour les indications dans les bibliographies: Rev Mens Suisse Odontostomatol
Dans la revue: RMSO

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

Monatsschrift für Zahnmedizin, Postfach, 3000 Bern 8
Für Express- und Paketpost: Postgasse 19, 3011 Bern
Telefon 031 312 03 77, Telefax 031 311 35 34
E-Mail-Adresse: info@sso.ch

Redaktion / Rédaction «Acta Medicinæ Dentium Helvetica»

Chief Editor/ Chefredaktor / Rédacteur en chef:
Prof. Dr. Jürg Meyer, Abteilung für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie, Zahnärztliches Institut der Universität Basel, Hebelstr. 3, CH-4056 Basel

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belsler, Genf; Prof. Dr. Peter Hotz, Bern; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Zürich

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»
Anna-Christina Zysset, Bern
Deutschsprachige Redaktoren:
Prof. Dr. Theo Brunner, Oberglatt; Prof. Dr. Daniel Buser, Bern

Responsables du groupe rédactionnel romand:

D^r Michel Perrier, rédacteur adjoint, Lausanne
D^r Susanne S. Scherrer, rédactrice adjointe, Genève

Freie Mitarbeiter / Collaborateurs libres:

Dott. Ercolo Gusberti, Lugano; D^r Serge Roh, Sierre; Thomas Vauthier, Nyon/Bâle

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren sind in der SMfZ 1/99, S. 40 (Acta S. I–VI) aufgeführt. Les instructions pour les auteurs de la RMSO se trouvent dans le N° 1/99, p. 42. Instructions to authors see SMfZ 1/99, p. 45.

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
Präsident / Président: Dr. med. dent. Hans-Caspar Hirzel, Horgen
Sekretär: Dr. iur. Alexander Weber, Münzgraben 2, 3000 Bern 7
Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Förlibuckstrasse 10, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 01 448 86 73, Telefax 01 448 89 38

Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Insertionsstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

Délai pour la publication des annonces: le 15 du mois précédant la parution.

Tarifs des annonces / Exemplaires de la Revue: sur demande au Service de la publicité et des annonces.

Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben ab.

L'éditeur décline toute responsabilité quant aux informations dans les annonces publicitaires.

Gesamtherstellung / Production

Stämpfli AG, Hallerstrasse 7, Postfach 8326, 3001 Bern

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

Stämpfli AG, Postfach 8326, 3001 Bern, Tel. 031 300 63 40

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 269.05*
Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants Fr. 61.40*
Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 30.70*

* inkl. 2,3% MWSt / 2,3% TVA incluse
Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 280.–
Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 30.–

+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 302.–

Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildungen, auch in Auszügen und Ausschnitten, ist nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung der Redaktion und des Verfassers gestattet.

Toute reproduction intégrale ou partielle d'articles et d'illustrations est interdite sans le consentement écrit de la rédaction et de l'auteur.

Auflage / Tirage: 5250 Exemplare
ISSN 0256-2855