

Tous ensemble, nous sommes la SSO

Beat Wäckerle est le plus récent membre élu au Comité de la SSO. Il ne saurait envisager sa vie professionnelle sans un engagement actif dans la vie associative. Écoutons-le: «Tous ensemble, nous sommes la SSO! C'est elle qui représente et défend nos intérêts professionnels. C'est elle qui lutte pour la bonne santé buccodentaire de la population suisse. Sans elle, nous en serions depuis longtemps dans une situation semblable à celle qui règne dans les pays voisins». Notre rédactrice s'est entretenue avec lui à l'issue de ses cent premiers jours au Comité.

Anna-Christina Zysset, rédactrice

RMSO: «Pourquoi vous engagez-vous au sein de la SSO?»

Beat Wäckerle: «J'ai toujours été actif dans la vie associative professionnelle depuis les débuts de mon activité professionnelle. C'est passionnant que d'être «au contact» et de pouvoir contribuer à notre politique de la santé. De plus, on bénéficie d'une longueur d'avance en étant informé des changements à venir. Et puis les activités dans le domaine de la politique professionnelle font un contre-poids bienvenu à l'exercice de notre métier. Par ailleurs, j'appartiens à cette génération qui a encore vécu dans des conditions paradisiaques, c'est-à-dire sans vaines contraintes et chicanes

constantes de l'administration et des autorités. Par mon engagement, j'essaie de rendre quelque chose à notre statut professionnel et, dans toute la mesure du possible, sans rajouter une couche de contraintes inutiles.»

«En fait, je voulais me limiter à l'exercice de ma profession pendant les six ou huit années qui me restent à pratiquer. Mon métier me procure beaucoup de satisfactions. Ce sont des incitations (tout particulièrement venues du côté de la Suisse romande) qui m'ont donné l'élan nécessaire pour faire le pas vers le Comité central. Ce n'allait pas de soi pour quelqu'un de Zurich! Alors j'ai fait le saut pour passer au niveau national.»



Beat Wäckerle: «Par mon engagement, j'essaie de rendre quelque chose à notre statut professionnel et, dans toute la mesure du possible, sans rajouter une couche de contraintes inutiles.» (Photo: Marco Tackenberg)

«Que signifie la SSO pour vous personnellement?»

«Tous ensemble, nous sommes la SSO. J'attache la plus grande importance à la fois à notre profession et son statut, et à mes confrères et consœurs. À côté des sections cantonales de notre association, c'est la SSO qui représente nos intérêts au libre exercice de notre profession et ceux de la santé buccale en Suisse. Sans elle, sans son engagement depuis de longues années, nous nous trouverions dans des conditions semblables à celles qui règnent dans les pays qui sont nos voisins.»

Priorité au travail d'équipe

«Vous avez été élu au Comité de la SSO à l'unanimité lors de l'Assemblée des délégués. Quelle somme d'expériences apportez-vous de votre temps à la présidence d'une section?»

«Comme je l'ai dit au début, je me suis également engagé dans la vie associative tout au long de ma vie professionnelle. Ces douze dernières années, j'ai présidé l'Association des médecins-dentistes de Zurich. Il va de soi que j'ai accumulé ainsi de l'expérience! J'essaie maintenant de la mettre à profit au plan national. Pendant ces douze ans et bien au-delà des frontières zurichoises, j'ai pu me constituer un excellent réseau de relations. Il ne manquera pas de faciliter mon travail au sein du Comité.»

«Que représente le passage de la présidence de la section qui compte le plus grand nombre de membres à une équipe de sept personnes?»

«Tout d'abord, je n'assume plus une trop lourde responsabilité. D'autre part, la quantité de travail ne m'accable plus au jour le jour, mais elle se répartit désormais en fonction des séances. Les absences pendant les horaires de travail sont plus nombreuses. Je ne suis plus en mesure de gérer tout cela tout seul. Elles interviennent en dehors de mon horaire de travail. Pour ce qui est de l'équipe, c'est très facile pour moi. Je suis un sportif dans un sport d'équipe. Toujours actif en hockey sur glace. J'ai toujours apprécié en pratiqué le travail d'équipe, déjà lorsque j'étais président de section!»

«A quel point le Comité de la SSO est-il consensuel?»

«Il est parfait dans sa composition actuelle. Il compte des confrères qui s'engagent à fond, qui étudient de manière approfondie avant les séances, même des dossiers qui ne sont pas de leur domaine propre, et qui contribuent à leur trouver des solutions. Nous faisons preuve de respect et de compréhension vis-à-vis des besoins particuliers de chaque région. Nos décisions sont



Dans le contexte de la féminisation croissante de la profession, nombreuses sont les femmes qui peinent à dominer un obstacle majeur: concilier famille, métier, et engagement en politique corporative. (Photo: iStockphoto.com)

généralement pragmatiques. Elles sont prises à l'unanimité, même si les débats ont parfois été intenses.»

«Quels sont les questions que vous souhaitez aborder au sein du Comité de la SSO?»

«Je dois d'abord me mettre au courant des dossiers qui me sont confiés pour pouvoir ensuite faire de mon mieux. Il importe tout d'abord de faire la connaissance des structures et des procédures au plan national, ne serait-ce que pour être

en mesure de formuler des objectifs. Les questions les plus importantes à mon avis sont: la communication avec la base, la restructuration et la simplification de la SSO et de tous ses organes. Nous sommes sur la bonne voie.»

«Ce qui me préoccupe tout particulièrement, ce sont les changements constants dans notre contexte professionnel. D'une part, les femmes sont de plus en plus présentes, mais, d'autre part, elles ne sont pas facilement en mesure d'agir de manière appropriée dans le domaine de la poli-

tique professionnelle: à côté du cabinet dentaire, il y a la famille et éventuellement la progéniture. Le budget «temps» encore disponible est donc très limité. Mais il est important que de plus en plus de femmes s'engagent. C'est en effet de leur propre avenir qu'il s'agit et elles doivent contribuer à la forme qu'il prendra! De nouveaux modèles vont s'imposer: des cabinets dentaires collectifs avec des consœurs travaillant à temps partiel, notamment. Il faut absolument voir ce qui se passe en Scandinavie, en Finlande surtout. Il faut aussi que se créent de nouvelles structures de jour pour les enfants, comme encore en Finlande. C'est ainsi que sera rentabilisée pour la société la coûteuse formation des médecins-dentistes femmes. C'est ainsi que les médecins-dentistes suisses, hommes et femmes, pourront garantir les soins en médecine dentaire pour toute la population de notre pays.»

La prophylaxie compromet la réussite économique

«Une autre question me préoccupe: les exigences théoriques accrues posées à nos universités vont toujours plus au détriment de la formation pratique. En même temps, le volume de travail a parfois considérablement diminué dans les cabinets dentaires. Ceci en raison d'une part de l'immigration massive de médecins-dentistes allemands en Suisse. D'autre part, en raison du recul de la carie chez les jeunes: 80% des personnes de moins de trente ans nées en Suisse n'ont que deux «dents à problèmes» jusqu'à l'âge de soixante ans, grâce aux efforts accomplis par notre profession dans le domaine de la prophylaxie. Ces facteurs ont contribué par ailleurs à la diminution du nombre de postes d'assistants dont il y a un besoin urgent pour assurer la formation pratique des diplômés de l'examen d'Etat. A ceci s'ajoute le fait que les places de formation postgrade sont très difficiles à trouver dans des services dirigés par des professeurs allemands dans les quatre établissements de formation pour les jeunes médecins-dentistes suisses.»

«Vous héritez de votre prédécesseur du Département de l'économie. Pourrez-vous y donner le «la?»

«Je n'ai pas à donner tel ou tel ton. Je joue de mon instrument dans un orchestre composé d'excellents musiciens. La bonne musique sans dissonances naît du jeu de tout l'orchestre. Le Département de l'économie est très complexe, même pour quelqu'un actif dans la vie associative professionnelle depuis de longues années! Je commence par me mettre au courant. Mes confrères de la commission des affaires économiques et notre secrétaire ne manqueront pas de m'y aider efficacement.»

S'ouvrir de nouveaux horizons

«J'étais désireuse de nourrir encore mes petites cellules grises et de mettre mes capacités intellectuelles au défi! Les études pour l'obtention du Master of Public Health (MPH) de structure modulaire étaient tout à fait compatibles avec mes autres tâches: famille, fonction dirigeante à la Clinique de médecine dentaire scolaire ainsi qu'avec diverses autres de mes activités. En plus de maints savoirs nouveaux directement applicables, j'ai pu faire la connaissance de nombre de gens intéressants issus des domaines les plus divers de la santé», a raconté Teresa Leisebach Minder, récemment diplômée MPH, à la rédactrice de la RMSO.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

RMSO: «Vous avez achevé avec succès le cursus du MPH. Quels étaient vos objectifs en abordant ces études universitaires?»

Teresa Leisebach Minder, D^r méd. dent., MPH: «Les débouchés professionnels sont plutôt limités avec les seules études de médecine dentaire. J'ai eu la chance d'obtenir le poste de directrice du Service de médecine dentaire scolaire, mais je voulais élargir encore mes horizons. D'une part, je voulais conforter mes compétences dans le poste que j'occupais. D'autre part, je voulais me donner la possibilité de travailler un jour dans un domaine différent de celui de mon métier initial. C'est pourquoi j'ai examiné différentes possibilités de formation postgrade en relation avec ma mission en tant que directrice de la Clinique de médecine dentaire scolaire et du Service de médecine dentaire scolaire, mais des possibilités qui ou-

viraient des portes vers de nouveaux horizons: je voulais nourrir mes petites cellules grises et mettre au défi mes capacités intellectuelles. Et puis, en fin de compte, le choix du domaine d'étude avait aussi un aspect tout à fait pratique: comment concilier vie de famille, fonction dirigeante à la clinique et diverses autres tâches? Des études organisées en modules étaient tout à fait compatibles avec ces conditions.»

Etudes de santé publique: un élixir de vie

«Vos attentes ont-elles été satisfaites?»

«Oui, dans une grande mesure. J'ai non seulement acquis nombre de savoirs à la fois nouveaux et directement applicables, mais aussi fait la connaissance de nombreuses personnes intéressantes dans les domaines les plus divers de la santé. La communauté de la santé publique est

riche en réseaux. Les échanges avec ces gens m'ont fait progresser et m'ont inspirée dans mon activité professionnelle. Et puis, mes petites cellules grises ont eu maints défis à relever. Apprendre à mon âge, ce n'est plus aussi facile qu'en nos jeunes années, je peux vous le garantir! D'un autre côté, en raison du grand nombre de thèmes abordés, il ne m'a pas été possible d'approfondir tel ou tel sujet particulier. C'est pourquoi j'ai toujours du plaisir à aborder des thèmes relevant de la santé publique. C'est un domaine qui est devenu en quelque sorte mon élixir de vie», explique Teresa Leisebach Minder avec un grand sourire.

«Que pouvez-vous nous dire de votre mémoire de maîtrise?»

«Le titre de mon mémoire est quelque peu prolix: «Existe-t-il des indicateurs simples pour mesurer les résultats des soins dentaires scolaires? Etude pilote en ville de Winterthur – Partie III: suivi, économie et égalité des chances dans le domaine de la santé¹. Je m'explique: deux doctorants ont, sous la direction du professeur Lussi, dressé un état des lieux des soins dentaires scolaires autour d'un groupe de jeunes de Winterthur sortant de l'école. Pour ce faire, ils ont évalué leurs radiographies au terme de leur scolarité. Deux ans plus tard, une enquête a été conduite sur des aspects des soins dentaires scolaires en termes de satisfaction et de durabilité. En ce qui me concerne, j'ai procédé au relevé de toutes les données administratives: nombre d'années de soins scolaires à Winterthur, médecins-dentistes scolaires, coûts des traitements, montants des subventions, coûts des examens annuels, enseignement de la prophylaxie et toute l'administration pour l'ensemble de la scolarité de ces jeunes. J'ai ensuite comparé ces données avec les résultats obtenus par les doctorants afin de se prononcer sur l'ampleur de l'encadrement médico-dentaire scolaire, sur son caractère économique et sur l'égalité des chances dans ce domaine de la santé publique. Les formules que j'en ai tirées devraient désormais servir d'instrument de mesure pour d'autres communes et constituer une sorte de banc d'essai (benchmark). Le professeur Brägger a suivi mes travaux, puisqu'il s'agit également d'une étude d'inspiration économique.»

Tenir compte également des aspects de santé publique

«En quoi pouvez-vous mettre à profit ce programme de formation postgrade dans



«Apprendre à mon âge n'est pas aussi aisé qu'en nos jeunes années, je peux vous le garantir!», s'exclame Teresa Leisebach Minder. (Photo: Landbote/Peter Würmli).

¹ Titre original allemand: *Gibt es einfache Indikatoren, um das Outcome der Schulzahnpflege zu bewerten? Eine Pilotstudie in der Stadt Winterthur – 3. Teil: Monitoring, Wirtschaftlichkeit und gesundheitliche Chancengleichheit.*



«Les soins dentaires scolaires sont un exemple parfait de programme de santé publique», dit M^{me} Leisebach.

vos activités en tant que directrice du Service de médecine dentaire scolaire et de la Clinique de médecine dentaire scolaire?»

«Les soins dentaires scolaires sont un exemple parfait de programme de santé publique. Les différentes méthodes et théories scientifiques dans le domaine de la santé publique qui m'ont été enseignées, je peux d'une part les appliquer dans mon travail de tous les jours (théories sur la pauvreté, les modes de vie et la santé, «Health Literacy», comportement du point de vue de la santé, gestion de projets en relation avec la promotion de la santé, mesures fondées sur des preuves, épidémiologie et statistique, droit de la santé, etc.). En ma qualité de directrice du Service de médecine dentaire scolaire à Winterthur, je suis en relations étroites avec les différents acteurs dans les domaines de la formation, de la santé et de la famille. Ce sont des contacts et des instances que je peux mettre à contribution dans une perspective de santé publique.»

«Votre maîtrise MPH vous aide-t-elle dans votre fonction d'institutrice dans le curriculum de formation postgrade à la Clinique de

médecine dentaire conservative, de médecine dentaire préventive et de pédodontie?»

«Certainement. Beaucoup des connaissances acquises entrent au séminaire des assistantes et assistants suivant un enseignement postgrade. La pédodontie inclut nombre d'aspects de psychologie sociale. D'une part, une grande partie de la pédodontie consiste à traiter et à encadrer des enfants, souvent très jeunes et dont la dentition est dans un état déplorable. Ces cas se situent la plupart du temps dans des contextes sociaux et économiques difficiles (pauvreté, manque de formation, flux migratoires, etc.). J'intègre volontiers ces savoirs dans mon enseignement. De plus, nous lisons et nous débattons autour de publications scientifiques, souvent sur des thèmes de santé publique dentaire. Nous analysons mes méthodes appliquées et leurs résultats. Je pense qu'il importe que les médecins-dentistes soient en mesure d'interpréter des statistiques et d'évaluer la valeur intrinsèque de telle ou telle étude. J'accordais peu de confiance à ces éléments d'enseignement avant de suivre cette nouvelle formation. Au long des nombreux modules dispensés par des enseignantes et des enseignants

très divers, j'ai pu acquérir nombre de connaissances didactiques et méthodologiques pour mon enseignement. J'en profite, et j'espère que les assistantes et les assistants en profitent également!»

A la base de la santé orale

«D' Leisebach, vous vous êtes engagée depuis des années pour la médecine dentaire au service des enfants. Quelles sont ses particularités?»

«C'est précisément cette question que je pose aux assistants en formation postgrade lors de l'examen final du séminaire sur la médecine dentaire infantile. Entre autres aspects, son encadrement des enfants constitue le fondement même de leur future santé buccodentaire. C'est dire qu'elle joue un rôle déterminant. La relation avec le patient, l'enfant, se situe toujours dans un rapport triangulaire. Dans ce triangle, les parents jouent un rôle essentiel. Le désir d'un traitement ou l'autorisation donnée pour un traitement, la discussion autour des plans de traitement et les coûts de celui-ci sont en général du ressort des parents, et parfois cela ne se fait pas à l'avantage de l'enfant.

C'est là un aspect qui peut être parfois très frustrant! En ce qui concerne la planification du traitement, il faut tenir compte à la fois du développement de la dentition et de la maturité psychique de l'enfant. Le quotidien d'une clinique de médecine dentaire scolaire ou d'un cabinet de pédodontie est fait de patients en pleurs qui refusent de se faire soigner. Il existe des enquêtes qui ont montré que les médecin-dentistes pédodontistes présentent des symptômes de stress nettement plus marqués que chez les médecins-dentistes qui traitent des adultes. C'est la raison pour laquelle l'exercice de la pédodontie est une activité particulièrement exigeante.»

«Maintenant que vous êtes titulaire d'un MPH, envisagez-vous de nouveaux projets ou de nouveaux réseaux dans le domaine de la pédodontie?»

«Je voudrais enfin pouvoir, au moins pour la ville de Winterthur, réaliser un projet pertinent sur la prévention précoce de la carie, en particulier pour les groupes à risques. Je suis convaincue qu'il nous faut ici adopter une approche entièrement novatrice et j'ai d'ores et déjà des idées à ce sujet.

Peut-être vais-je trouver quelques compagnons d'armes, hommes et femmes?»

«Pourquoi le statut des prestations médicales destinées aux enfants est-il inférieur à celui des prestations destinées aux adultes (pédiatres, pédopsychologues, pédodontistes)?»

«La réponse à cette question est relativement simple en ce qui concerne la pédodontie. Ce sont les parents qui doivent payer eux-mêmes les prestations de médecine dentaire, à l'exception des cas où interviennent éventuellement l'aide

sociale ou des allocations pour soins dentaires à l'intention des familles à faibles revenus. Nombreuses sont les familles qui ne peuvent tout simplement pas payer les soins dentaires. Si les tarifs étaient relevés, il y aurait encore moins de gens disposés à donner leur accord pour des traitements, notamment de la dentition de lait. Pour ce qui est des prestations médicales qui sont couvertes par les caisses maladie, je n'ai pas d'explication, sinon celle-ci: la différence est peut-être due au degré d'estime dans laquelle nos enfants sont tenus dans notre société!»

Nouveau médecin-dentiste cantonal à Zurich

La Direction de la santé publique du canton de Zurich vient de nommer Madame Teresa Leisebach Minder, D^r méd. dent., au poste de médecin-dentiste cantonal. Elle succédera à Werner Fischer qui se retire pour raisons d'âge.

Teresa Leisebach Minder dirige la Clinique de médecine dentaire scolaire de Winterthur depuis 1998. Elle a fait ses études aux universités de Fribourg et de Berne et a soutenu sa thèse de doctorat à l'Université de Berne. Elle y a assumé en 1992 une charge d'enseignement en médecine dentaire scolaire. Le titre de *Master of Public Health* lui a été décerné en mai 2011. Werner Fischer, ancien médecin-dentiste cantonal, se retire pour raisons d'âge après vingt-sept ans au service du canton de Zurich et prend une retraite bien méritée. Teresa Leisebach Minder entrera en fonction le 1^{er} février 2012.



L'encadrement médico-dentaire du jeune enfant est le fondement de sa santé buccodentaire future.

Entre deux mondes

Les tout jeunes patients et patientes sont souvent stressés et vivent dans la crainte du médecin-dentiste. Visitant le cabinet de médecine dentaire pédiatrique de Juliane Leonhardt Amar à Genève, on découvre immédiatement que les enfants et les adolescents y reçoivent plus qu'un impeccable traitement de médecine dentaire: ils peuvent aussi se sentir bien et se détendre!

Felix Adank, Service de presse et d'information de la SSO (photos: mäd)

Juliane Leonhardt Amar a toujours été désireuse de tenir un cabinet dentaire familial pour soigner aussi bien des adultes que des enfants. Elle gère son cabinet de Genève depuis maintenant six ans. Cette femme médecin-dentiste expérimentée et titulaire du certificat de formation postgrade en médecine dentaire pédiatrique le sait fort bien: sa mission première ne relève pas de la médecine dentaire! Il s'agit d'abord et avant tout de gagner la confiance de ses petits patients et patientes. Tout commence par l'aménagement vaste et généreux du grand salon qui sert de salle d'attente: les murs s'ornent d'images d'animaux, des girafes en bois tendent leur long cou à côté de la cheminée, des livres d'enfants et des jouets invitent à la lecture et à la détente. Les couleurs chaudes et une «cheerful atmosphere» sont aussi très importantes pour les enfants et les adolescents, souligne-t-elle. Un écran plat et des écouteurs sont installés dans la salle de traitement au-dessus du fauteuil: pendant les soins, les enfants peuvent regarder un film ou écouter de la musique. Le traitement dentaire devient ainsi un événement culturel grâce au «home cinema».

Plus de crainte d'un traitement dentaire

Juliane Leonhardt Amar a accumulé et accumule encore de l'expérience en médecine dentaire pédiatrique depuis vingt ans à la Clinique universitaire de pédodontie à Genève, à l'UCLA en Californie et à l'Université de Zurich au sein du «Study Group» en pédodontie que dirigent le Dr Hubertus van Waes et le Dr Richard Steffen. Elle travaille toujours deux jours par semaine à la Clinique dentaire de la Jeunesse à Genève, soignant enfants et adolescents tout en poursuivant la formation de collaborateurs et de confrères. C'est elle qui y a introduit les traitements au gaz hilarant, réduisant ainsi considérablement le stress subi par les enfants et les adolescents. Dans son propre cabinet dentaire, ces traitements sont passés à l'arrière-plan grâce au recours à de nouvelles méthodes d'anesthésie locale, une combinaison d'autres techniques de traitement ainsi que de nouvelles stratégies comportementales: aujourd'hui, elle anesthésie ses patients à l'aide d'un système assisté par ordina-

teur (*The Wand*) qui n'insensibilise pas les lèvres et les joues et qui est moins douloureux en raison de l'emploi d'aiguilles très fines. Notre spécialiste en pédodontie fait tout ce qui est possible pour que les enfants et les adolescents, mais aussi les adultes qu'elle traite dans son cabinet dentaire n'aient aucune crainte à éprouver du fait de leur traitement.

L'équipe du cabinet dentaire face à de multiples exigences

La clientèle de la Clinique dentaire de la jeunesse est socialement très différente de celle de son cabinet privé, nous explique la spécialiste en médecine dentaire pédiatrique. Elle vit ainsi dans deux mondes bien distincts: les rapports avec les jeunes et les adolescents issus de milieux moins favorisés l'aident à rester au contact des réalités. En effet, les enfants et leurs parents soignés à la Clinique de l'état de Genève doivent être soigneusement instruits en prophylaxie, car ils ne possèdent souvent pas les connaissances indispensables en la matière. Les traitements sont souvent de véritables défis: caries étendues, communication malaisée avec des étrangers, faible disponibilité à la coopération. Ces facteurs rendent plus difficile l'accomplissement de sa mission.

Par contre, sa clientèle du cabinet privé est le plus souvent au courant de ce que les maladies de la dentition peuvent être évitées par des mesures de prévention. Malgré tout, de très jeunes enfants, souvent craintifs, lui sont adressés à la suite de traumatismes, en raison de pathologies particulières, ou pour une coopération difficile. La clientèle est internationale: de bonnes connaissances linguistiques sont donc essentielles dans son cabinet dentaire, particulièrement en anglais. A ceci s'ajoutent d'autres exigences posées à l'équipe du cabinet: les rapports avec des enfants anxieux et souvent en pleurs exigent à la fois de la patience, de l'empathie et du talent pédagogique! La bonne combinaison d'amabilité et d'autorité n'est pas facile à trouver, estime Juliane Leonhardt Amar. Le cabinet traite également des enfants et des adolescents handicapés. Nombreux sont les enfants qui viennent au cabinet dentaire accompagnés de leurs parents. Les mères et les pères (moins souvent) observent le traitement ou aident à calmer leur progéniture. Le va-et-vient est constant, car les intervalles de rappel sont plus courts en pédodontie qu'en médecine dentaire générale. Ceci signifie que l'assistante dentaire doit être très attentive lors de la fixation des rendez-vous.

Des dents exemptes de caries jusqu'à l'adolescence

Juliane Leonhardt Amar voit ses petits patients au moins tous les six mois. Elle attache une grande importance à la prophylaxie: les enfants et les adolescents doivent le plus tôt possible assumer la coresponsabilité du maintien en bonne santé de leur dentition. L'objectif de la spécialiste en pédodontie: des dents exemptes de carie jusqu'à l'adolescence, et encore après... Nombreux sont parmi ses jeunes patients ceux qui ont déjà vécu des expériences traumatisantes dans des cabinets dentaires. Il faut du temps et de la patience pour



Une visite détendue au cabinet dentaire: ce dessin de la jeune patiente en dit plus que mille paroles!

Juliane Leonhardt Amar

Juliane Leonhardt Amar est née à Munich et a émigré à l'âge de cinq ans avec sa famille à San Diego en Californie. C'est là qu'elle a fait sa scolarité, ainsi que 2 ans à UCSD avant de rentrer en Suisse titulaire d'un diplôme de *High School*. Après sa maturité à un gymnase de Fribourg, elle a fait ses études de médecine dentaire à l'Université de Genève et réussi l'examen d'État en 1989. Elle a obtenu le certificat postgrade en pédodontie en 2008. Elle a été présidente de l'ASP pendant 5 ans et elle est actuellement membre de la commission scientifique de l'ASP. Elle gère depuis six ans à Genève son propre cabinet privé doté d'une équipe de trois collaboratrices: une hygiéniste dentaire, une candidate assistante en prophylaxie et une femme médecin-dentiste assistante.

Juliane Leonhardt Amar est mariée et mère de deux adolescents de dix-huit et vingt ans. En plus de son diplôme de médecin-dentiste, elle possède également un diplôme de pianiste. Elle compense le stress de son quotidien professionnel avec la natation, le yoga et la musique



Juliane Leonhardt Amar dans le salon et salle d'attente de son cabinet dentaire à Genève (Photo: Felix Adank)

restaurer la confiance: Juliane Leonhardt Amar le sait d'expérience! Les parents posent moult questions, et il faut être prêt à faire face à des réactions imprévues!

Initialement, Juliane Leonhardt Amar voulait se spécialiser en orthodontie, ayant elle-même vécu un traitement dont elle est aujourd'hui encore reconnaissante envers celui qui l'a soigné. Après ses études de médecine dentaire, elle s'est finalement décidée pour la médecine dentaire pédiatrique: elle était à la recherche d'une approche globale pour le traitement des enfants et des adolescents. La pédodontie demande en effet une approche psychologie différente, nous dit-elle. Les adultes ont des facultés cognitives plus développées; les enfants réagissent plutôt à des ambiances, à des sensations et à des sentiments. Le traitement des dents de lait, le traitement et l'observation de la dentition en développement posent d'autres exigences techniques que le travail sur des patients adultes. Avec ces derniers, elle peut travailler plus calmement tout en faisant appel à tout son savoir-faire en médecine dentaire. Certes, elle

est heureuse de travailler avec des enfants, mais c'est beaucoup plus exigeant. Il faut aller parfois très vite, car la patience des tout jeunes patients est vite épuisée.

Amabilité et optimisme

Quiconque désire se spécialiser en pédodontie doit avoir une fibre pédagogique: «Il faut aimer travailler avec des enfants et des adolescents, puis les suivre jusqu'à l'âge adulte», souligne Juliane Leonhardt Amar. Si l'on veut convaincre des adolescents de pratiquer des mesures de prophylaxie, il faut rayonner d'amabilité et d'optimisme. La prévention des traumatismes psychiques est ainsi tout aussi importante que la prévention de la carie. L'alpha et l'oméga, c'est de libérer les tout jeunes patients et patientes de la peur du médecin-dentiste. Ce n'est qu'ainsi que pourra se construire une relation au long cours avec les patients.

Jusqu'en septembre 2011, trente-trois médecins-dentistes membres de la SSO, hommes et femmes, ont acquis le certificat postgrade en pédodontie. Toutefois, ceci ne signifie pas que seuls des spé-

cialistes certifiés peuvent soigner enfants et adolescents: «Il y a de nombreux médecins-dentistes généralistes qui s'occupent de familles entières en s'engageant pleinement.» C'est la raison pour laquelle l'intérêt pour les congrès de l'Association suisse de médecine dentaire pédiatrique (ASP) ne se dément pas, à tel point que les intéressés doivent parfois même être refusés en raison du nombre limité de places. Juliane Leonhardt Amar constate un intérêt croissant pour ce domaine de spécialisation.

Exigences accrues

Juliane Leonhardt Amar constate que la société est en mutation: il y a vingt ans, on se préoccupait moins qu'aujourd'hui des traitements sans douleur, des rapports avec les patients ou de l'aspect esthétique d'un traitement de médecine dentaire. Si, autrefois, le dentiste était une personne détentrice de l'autorité, nombreux sont ceux qui se voient aujourd'hui remis en question. Les exigences des parents ont augmenté: ils veulent pour leur progéniture des explications, des traitements indolores dans une atmosphère conviviale. Le médecin-dentiste traitant se doit d'accepter le style d'éducation de la mère et du père: «Ce n'est pas au cabinet dentaire que nous pouvons éduquer les enfants», constate-t-elle sobrement: «Nous devons nous accommoder du comportement de l'enfant.» Le fait que les traitements de médecine dentaire soient devenus plus doux est à l'avantage de toutes les parties: les enfants qui ne subissent aucun traumatisme chez le médecin-dentiste reviendront plus volontiers, et leur traitement en sera d'autant plus facile.

Juliane Leonhardt Amar entrevoit différentes évolutions dans l'avenir proche de sa discipline: poursuite du développement des méthodes d'anesthésie et de sédation, des matériaux d'obturation, du traitement des traumatismes dentaires, du contrôle des caries, et des nouvelles thérapies laser. Le nombre croissant de caries des dents de lait chez les jeunes enfants (*Early Childhood Caries* – ECC) résultant des boissons sucrées dans le biberon, le lait maternel, et du grignotage d'aliments sucrés constitue un défi supplémentaire.

L'ASP et des congrès internationaux de pédodontie s'occupent souvent de questions de prévention, de sédation des patients et d'aspects interdisciplinaires de la pédodontie. Elle est convaincue que les méthodes diagnostiques de la carie vont continuer à s'affiner: y participent la radiologie et d'autres techniques de diagnostic telles que, par exemple, la fluorescence infrarouge induite par laser, le *Diagnodent* ainsi que de nouvelles générations de diagnostic laser. On peut y ajouter le *Caries Risk Assessment*, la typification des patients en vue de la planification des traitements prophylactiques subséquents et des intervalles de

rappel. Par ailleurs, la recherche en *Stem Cell Engineering* est passionnante et ouvre de nouvelles possibilités d'influer sur le développement des dents («faire pousser les dents!»). Pour les traitements complexes de patients souffrant de troubles du développement tels que fentes palatines, trisomie, autisme, ou syndromes divers Juliane Leonhardt Amar entrevoit une collaboration accrue entre les médecins spécialistes, les orthodontistes et chirurgiens maxillaires et les spécialistes en médecine dentaire pédiatrique pour une prise en charge globale du patient. Le dentiste pédiatrique a le rôle du suivi régulier dans les domaines de la prophylaxie et les soins dentaires.

Rentabilité au banc d'essai

D'autre part, les besoins en prophylaxie et en médecine dentaire sociale vont augmenter, prophétise Juliane Leonhardt Amar: les cliniques dentaires scolaires dont les moyens sont limités vont devoir développer des programmes de prophylaxie individualisés, s'engager dans le domaine du conseil diététique. Les cantons devront être mieux associés à ces missions. Cependant, eux aussi font des progrès en matière de promotion systématique des mesures de prévention: elle est convaincue que le succès sera là d'ici vingt ans.

Un médecin-dentiste spécialisée en médecine dentaire pédiatrique doit se préoccuper de la rentabilité de son cabinet dentaire, souligne-t-elle: il faut prendre plus de temps pour expliquer, discuter avec les parents, ce que ne prévoit pas le tarif dentaire! De plus, le traitement des enfants et adolescents handicapés s'accompagne d'une grande quantité de travail administratif que personne ne rémunère. Le traitement des dents de lait est insuffisamment compensé. Et, en général: «Nous avons besoin de plus de temps pour ce que nous faisons.» C'est pourquoi il ne faut jamais perdre de vue les aspects d'efficacité économique.

Dans toute l'Europe: des besoins toujours plus nombreux

Malgré tout, Juliane Leonhardt Amar ne renoncera pas à ses priorités: c'est avec une grande



Les parents et les frères et sœurs peuvent observer le déroulement du traitement. Juliane Leonhardt Amar, médecin-dentiste spécialiste en médecine dentaire pédiatrique, en plein travail

satisfaction qu'elle voit revenir avec plaisir les parents et leurs enfants. C'est la plus grande marque de reconnaissance de son travail. Ce qui l'inquiète surtout, ce sont les soins dentaires de demain à l'intention des enfants et des adolescents: «Il nous faut plus de médecins-dentistes, hommes et femmes, au bénéfice d'une formation postgrade structurée en médecine dentaire pédiatrique», en est-elle convaincue. Actuellement, seuls les centres de médecine dentaire de Zurich et de Berne proposent une telle formation postgrade. C'est insuffisant, et la Suisse romande n'en est pas encore là. Elle se réjouit toutefois que la SSO apporte son soutien au certificat de formation postgrade en pédodontie. Ce qui est maintenant indispensable, c'est la certification de cabinets dentaires spécialisés en mesure de former les médecins-dentistes intéressés. A long terme,

elle milite en faveur de la création d'un titre reconnu au niveau fédéral: «Médecin-dentiste spécialiste en médecine dentaire pédiatrique.» On constate en effet dans l'Union européenne une tendance forte en faveur du renforcement de la pédodontie. Les besoins de médecins-dentistes dans cette discipline ne manqueront pas de s'accroître, elle en est convaincue.

Aucun doute: l'engagement de Juliane Leonhardt Amar contribuera à la poursuite de développement l'ancrage de cette discipline en Suisse, dans les cliniques dentaires scolaires aussi bien que dans les cabinets privés. Les deux sont nécessaires: engagement social d'une part et approche entrepreneuriale d'autre part pour que les enfants et les adolescents bénéficient de conditions optimales pour le suivi du développement et les soins à leur dentition.

Association suisse de médecine dentaire pédiatrique (ASP)

L'ASP est une société de discipline de la Société suisse d'odontostomatologie (SSO). Elle a pour objectif de promouvoir médecine dentaire pédiatrique en Suisse ainsi que les soins dentaires aux écoliers et aux adolescents. L'association est désireuse que tous les enfants et adolescents de l'âge du nourrisson jusqu'à la fin de l'adolescence puissent bénéficier d'un suivi adéquat en médecine dentaire. Elle encourage la formation professionnelle continue et postgrade de ses membres par le biais de réunions, d'exposés, de cours et de publications, ainsi que d'échanges d'expériences entre confrères et consœurs. L'ASP collabore étroitement avec les divisions médecine dentaire pédiatrique des universités ainsi qu'avec les cliniques dentaires scolaires dans toute la Suisse.

Certificat de formation postgrade SSO/ASP

Les médecins-dentistes intéressés peuvent devenir titulaire du certificat de formation postgrade SSO/ASP en médecine dentaire pédiatrique. Cette formation postgrade structurée dure trois ans et intervient selon le programme mis au point par l'ASP. Cette formation doit être accomplie principalement dans une institution de formation postgrade où exerce un responsable de programme reconnu par l'ASP et où l'on est assuré que le programme de formation postgrade réponde aux exigences de l'ASP.

Source: Association suisse de médecine dentaire pédiatrique (ASP).

Pour de plus amples informations: www.kinderzahn.ch.

Karr Dental est le distributeur exclusif des produits dentaires de Geistlich en Suisse

«Des médecins-dentistes au service des médecins-dentistes»

«Karr Dental tient un assortiment réduit de produits exclusifs qui présentent à la fois des avantages et de la valeur ajoutée. Ils doivent s'insérer dans notre concept», souligne Daniel Gander. L'assortiment exclusif de Geistlich est au cœur des affaires de Karr Dental.

D^r Phil. Werner Catrina (texte et photos)

Assortiment exclusif

Il règne encore comme une atmosphère d'improvisation, et l'odeur de peinture fraîche est omniprésente! Rien d'étonnant à cela: il n'y a que quelques semaines que Karr Dental a déménagé de la Zugerstrasse 56 à Horgen (ZH) pour entrer dans ses nouveaux locaux au 9 de la Böhnrainstrasse dans la ville voisine de Thalwil.

«Nous étions trop à l'étroit dans notre siège précédent, peu commode», nous explique le directeur, Daniel Gander, dans la lumineuse salle de conférence avec sa table et ses huit sièges. «Cette table pourrait réunir tous nos collaborateurs», ajoute l'économiste d'entreprise, marié, père de deux jeunes enfants. C'est avec un enthousiasme communicatif qu'il nous conte l'histoire de la société, bien qu'il n'y travaille que depuis un an. La société Karr Dental S.A. a été fondée en 1947 pour être ensuite reprise en 1987 par le D^r Hans-Peter Grimm, médecin-dentiste.

Le nom d'origine que les initiés associaient à un fournisseur de produits dentaires de haute qualité a été conservé. Mais c'est une toute nouvelle gamme de produits qui a été proposée. Hans-Peter Grimm est resté médecin-dentiste praticien tout en dirigeant Karr Dental en s'entourant de collaborateurs compétents. Il a noué des contacts

très étroits avec la société Geistlich en Suisse centrale. Il s'en est suivi un échange de savoir-faire tout à l'avantage des deux parties. Le joker de l'assortiment sont, aujourd'hui comme hier, les biomatériaux de Geistlich, dont Karr Dental est le distributeur exclusif pour les médecins-dentistes et les universités suisses depuis le début des années quatre-vingt-dix.

«Nous sommes distributeur exclusif de tous les produits qui composent la palette de notre offre», précise Daniel Gander: «Notre devise, c'est «Petits mais excellents».

Depuis lors, la société a été reprise par l'un des fils de Hans-Peter Grimm: Andreas Grimm, médecin-dentiste également.

Les médecins-dentistes exigent des produits de qualité

Les près de quatre mille médecins dentistes qui exercent en Suisse sont tous clients potentiels de produits tels que Bio-Oss de Geistlich, un granulé obtenu à partir de la partie minérale d'os de bovins. Il est disponible en différentes granulométries et peut être mélangé soit avec le sang du patient, soit avec une solution de chlorure de sodium. Il contribue ainsi à la régénération naturelle de l'os, par exemple après l'extraction d'une

dent. Ce produit est également disponible en bloc et peut être divisé en fragments au moyen d'un scalpel, par exemple. Le Bio-Oss de Geistlich a certes des concurrents: il y a d'autres produits sur le marché. Mais il reste le leader de son marché en Suisse. L'efficacité des biomatériaux de Geistlich a été attestée par des centaines d'études. La palette de produits comprend aussi le Bio-Gide: il s'agit d'une membrane de collagène lissée et résorbable qui s'utilise notamment en présence de défauts des parois osseuses. Les membranes de 25×25 mm sont au prix de CHF 189.-, celles de 30×40 mm coûtent CHF 291.-. «Ce matériau naturel de substitution osseuse contribue dans une grande mesure au processus naturel de régénération», ajoute Daniel Gander.

Il existe également dans l'assortiment un «Combi-Kit collagène» comprenant une membrane Geistlich Bio-Gide et du matériau de substitution osseuse Geistlich Bio-Oss, le tout au prix notablement réduit de CHF 242.-. Ces produits de haute qualité ne sont certes pas bon marché, mais ils se sont imposés sur le marché précisément en raison de leur haut niveau qualitatif. Leur fabrication est coûteuse (ce sont des produits suisses), et c'est ce qui justifie leur prix. «L'impératif premier, c'est la qualité qui doit absolument être impeccable. En effet, les médecins-dentistes suisses ont des exigences toujours très élevées, et la régénération osseuse ne doit être exposée à aucun risque», indique le directeur qui ajoute: «Lorsqu'un produit a réussi à les convaincre, ils lui restent fidèles. Geistlich Bio-Oss a été utilisé jusqu'à ce jour dans le monde entier sur plus de quatre millions de patients. De plus, il est le produit de substitution osseuse de loin le mieux documenté au monde avec plus de sept-cents études. On estime qu'en ce moment, il est appliqué toutes les trente secondes!» On comprendra dès lors que l'assortiment exclusif de Geistlich soit au cœur des affaires de Karr Dental.



Daniel Gander, directeur de Karr Dental, présente la gamme des produits.



Le service d'expédition travaille avec efficacité sur le même étage que la direction.



Les collaborateurs s'activent dans de vastes bureaux. Il reste de la place pour de futures expansions!



Au nouveau siège de la société à Thalwil

Passage de témoin

Hans-Peter Grimm a remis la société à son fils, Andreas, médecin-dentiste également. Il est désormais le propriétaire et le CEO de cette entreprise familiale tout en étant titulaire à Horgen d'un cabinet dentaire privé axé sur l'implantologie. Par ailleurs, il est instructeur à l'Université de Zurich, tout à l'avantage des compétences au sein de son entreprise. Karr Dental collabore également avec les instituts correspondants des universités de Berne, de Genève et de Bâle.

Le D^r Andreas Grimm a constitué en plus de dix-neuf ans d'activité un vaste réseau de spécialistes praticiens privés et d'universités dans différents domaines de la médecine dentaire. «C'est grâce à ce réseau que nous sommes en mesure d'améliorer en permanence nos prestations et nos produits», estime Daniel Gander qui ajoute: «Un exemple: notre *Dentist Helpline* qui est gratuite (0800 727 000). Ce numéro vous met en relation avec différents spécialistes qui répondent avec compétence aux questions de nos clients. La devise de la société *Des médecins-dentistes au service des médecins-dentistes* n'est donc pas une annonce publicitaire vide de sens!»

Service d'expédition efficace, organisation ramassée

Les nouveaux locaux de Karr Dental à Thalwil sont vastes, et il y a des réserves pour l'expansion future. Chaque région de la Suisse est traitée par un collaborateur attitré qui connaît personnellement nombre de ses clients. Les commandes qui arrivent avant quinze heures par courriel, par télécopie ou par téléphone sont traitées encore le jour même et expédiées en franchise de port dès cinq-cents francs. Les commandes express doivent être passées par téléphone. La saisie des commandes

est très rapide, de sorte que les marchandises commandées arrivent chez le client le jour suivant déjà. Près de 15% des ordres sont passés sur la WebShop, et la tendance est à la hausse: les commandes passées en ligne sont franches de frais de port dès deux-cents francs.

Les universités ont à leur disposition ce que l'on nomme un «stock en consignation» fixe que Karr Dental facture périodiquement selon l'emploi qui en est fait, et qui est complété automatiquement. Ce stock diminue rapidement car la rotation des produits est rapide. D'autres possibilités de stockage sont disponibles en sous-sol.

A côté des produits Geistlich, l'assortiment de la société comprend également d'autres produits dont elle est aussi le distributeur exclusif. Citons par exemple la gamme Parodontosan intégralement produite en Suisse, du bain de bouche à la solution de rinçage jusqu'au dentifrice. S'y ajoute le produit américain The Wand qui permet des anesthésies parfaitement localisées en tirant parti de la porosité des os maxillaires et qui amène l'anesthésique directement à l'apex des dents. On utilise ainsi une quantité d'anesthésique réduite. L'assortiment comprend également le periochip, une plaquette en gélatine développée en Israël, qui permet l'administration contrôlée et locale de chlorhexidine directement dans les poches du parodonte. Elle contribue à la lutte contre l'infection bactérienne aussi bien des dents que des implants. «Karr Dental tient un assortiment réduit de produits exclusifs qui présentent à la fois des avantages et de la valeur ajoutée. Ils doivent s'insérer dans notre concept», souligne Daniel Gander.

L'organisation est devenue encore plus ramassée avec l'arrivée de Daniel Gander en tant que nouveau directeur et avec le déménagement dans le

nouveau siège. C'est ainsi par exemple que la comptabilité a été confiée à une entreprise externe afin d'en réduire les coûts.

«Certes, le contrôle des coûts est important, mais on n'économisera que là où le client ne s'en apercevra pas. C'est pourquoi nous investissons en permanence dans notre service à la clientèle et que nous le développons sans cesse», affirme le directeur: «Pour nous, le service à la clientèle est essentiel. Si nécessaire, nous passons certaines questions à des spécialistes externes qui se chargeront d'y répondre.»

Programme de formation en collaboration avec Fortbildung Zürichsee GmbH (FZ)

Fortbildung Zürichsee (Formation continue, Lac de Zurich) a été fondée par le D^r Andreas Grimm en 1997 déjà. Sa philosophie repose sur le haut niveau qualitatif de ses manifestations qui ne seraient parfois pas possibles sans le soutien d'entreprises partenaires de l'industrie.

Daniel Gander: «Karr Dental apporte son soutien à un grand nombre de formations continues. Nous participons à des manifestations des associations professionnelles (SSO, SSP, SSIO) ainsi qu'à des manifestations d'autres organisateurs privés.»

En Suisse, le secteur dentaire est à la fois petit et transparent. Nombre de ses acteurs se connaissent bien. Les exposés et les exercices pratiques qui figurent au programme sont confiés à des orateurs expérimentés, professeurs et médecins-dentistes qui s'engagent au service de la formation continue, de la recherche et du développement.

Congrès / Journées scientifiques

Compte-rendu du Congrès annuel 2011 de la Société Suisse pour la Chirurgie Orale et la Stomatologie SSOS du 1^{er} septembre à Berne

Chirurgie préservatrice des dents

Quelles méthodes chirurgicales nous permettent-elles de préserver le plus longtemps possible les dents naturelles? Cette question était au centre de la réunion annuelle de la Société Suisse pour la Chirurgie Orale et la Stomatologie SSOS le 1^{er} septembre 2011 au Kursaal de Berne. Les possibilités sont en effet nombreuses comme l'ont démontré les différentes présentations de spécialistes chevronnés. C'est l'actuel président de la SSOS, le **Professeur Andreas Filippi**, UZM Bâle, qui a eu le plaisir de souhaiter la bienvenue aux quelque 190 participants réunis à Berne, à la veille du 2^e Congrès suisse d'implantologie.

Thomas Vauthier, rédacteur (texte et photos)

Perte de dents et maladies systémiques

Prof. Dr Thomas Dietrich, The School of Dentistry, Université de Birmingham

Après une grande vague d'excitation au début des années 2000 – qui avait même engouffré la presse grand public («Floss or Die!») – concernant des liens supposés entre la perte de dents suite à des maladies parodontales et les risques de mortalité, notamment en raison de maladies cardiovasculaires, les interactions entre les pathogènes buccaux et certaines maladies systémiques sont su-

jettes depuis à des études plus objectives. Si les liens entre les bactéries parodontopathogènes et les maladies parodontales entraînant la perte de dents en cas d'absence de traitement adéquat sont désormais bien établis, de telles relations avec les maladies cardiovasculaires sont plus difficiles à démontrer. Il convient à ce sujet de différencier entre les effets directs (bactériémie) et indirects (inflammation systémique, p. ex. élévation de la CRP, *C-reactive protein*). Le Prof. Dr Thomas Dietrich, premier conférencier de cette journée

scientifique, est auteur de nombreuses publications dans ce domaine.

Si l'on considère que la surface totale de la plaie en cas de parodontite généralisée correspond à celle de la paume d'une main, et que cette plaie est ouverte d'une part en direction de la cavité buccale et par conséquent à la contamination constante du milieu extérieur, et d'autre part vers l'intérieur de l'organisme, en raison de la vascularisation riche des muqueuses buccales, on ne s'étonnera guère que le niveau d'attache parodontale est directement proportionnelle au taux de la CRP. Paradoxalement, le risque relatif (RR) de maladies cardiovasculaires, ainsi que les taux de CRP sont élevés même chez les patients complètement édentés. D'un autre côté, il a été démontré que des extractions représentent en elles-mêmes un risque pour des événements cardiovasculaires, en particulier au cours des quatre premières semaines après l'intervention.

Chirurgie mucogingivale

Dr Rino Burkhardt, cabinet privé, Zurich

L'expression «chirurgie mucogingivale» fut introduite par FRIEDMAN en 1957, pour qualifier les interventions de nature à améliorer les rapports entre la gencive et la muqueuse alvéolaire. Dans les 30 dernières années, la chirurgie mucogingivale classique s'est distancée, petit à petit, de la problématique traditionnelle du traitement de la poche, pour évoluer vers une acception de méthode de plastie chirurgicale pour la gestion des problèmes parodontaux, péri-implantaires et muqueux. Le terme a été rebaptisé depuis lors en «chirurgie plastique parodontale», qui est actuellement définie comme les traitements chirurgicaux visant à prévenir ou corriger des défauts de la gencive, de la muqueuse et/ou de l'os par le recouvrement radiculaire, l'élongation coronaire, la frénectomie, ou l'augmentation de gencive en hauteur et/ou en épaisseur.

Tandis que dans les années 1970 et 80, les auteurs de l'époque étaient quasi unanimes à stipuler que seule une largeur minimale d'environ 2 mm de gencive kératinisée était garante de santé parodontale et d'absence de récessions, ce dogme traditionnel n'a plus cours à l'heure actuelle. En effet, de nombreuses études scientifiques ont démontré que les dents avec une zone étroite de gencive possèdent à même résistance à la perte d'attache que celles avec une zone large de gencive. En fait, le critère décisif pour le maintien des structures parodontales est non pas la largeur, mais l'épaisseur de la gencive. Par conséquent, les techniques de la chirurgie plastique parodontale visent à restituer, voire à créer une bande de gencive suffisamment épaisse. Dans certains cas, des greffes de tissu conjonctif peuvent être indiquées pour la stabilisation des tissus.



Le Prof. Dr Thomas Dietrich, Birmingham (à gauche), et le Dr Michael Bornstein, PD, ZMK, Berne, secrétaire de la SSOS



Deux spécialistes de la chirurgie parodontale: le Dr Rino Burkhardt, Zurich (à gauche), et le Prof. Anton Sculean, ZMK, Berne

Chirurgie parodontale

Prof. Anton Sculean, Clinique de parodontologie, ZMK, Université de Berne

Les acquis de la chirurgie parodontale moderne ne sont plus à démontrer. Alors que les techniques résectives permettent d'atteindre des taux de succès de l'ordre de 93%, tous les efforts actuels se concentrent dans le domaine des techniques régénératives. Celles-ci doivent être mises en œuvre dans le cadre d'un concept thérapeutique global, chez des patients sélectionnés et sur des dents avec un pronostic favorable. L'arsenal des matériaux pour la thérapie parodontale régénératrice s'est considérablement élargi ces dernières années. Après les membranes et les greffes d'os autologue, certains matériaux allogènes, comme l'allogreffe d'os déminéralisé lyophilisé (DFDBA, *DeminerIALIZED freeze dried bone allograft*) et les protéines dérivées de la matrice amélaire (EMD, *enamel matrix protein*) ont fait une entrée remarquable dans le domaine et ont permis d'augmenter considérablement les taux de succès. Une attention particulière doit être attribuée aux techniques de suture: seuls les matériaux de suture comme le e-PTFE ou les fils monofilament permettent de minimiser l'accumulation de plaque. Le recours à l'agrandissement optique par des loupes ou le microscope opératoire et à des instruments chirurgicaux adaptés en conséquence rend possible des sutures filigranes, le moins traumatisantes possibles, pour obtenir un recouvrement étanche de la plaie, en veillant à éviter toute tension excessive.

Sans entrer dans les détails, les recommandations actuelles favorisent l'application de protéines déri-

vées de la matrice amélaire dans les poches profondes mais étroites et, selon la situation, différentes combinaisons d'os autologue, de membranes, de minéraux osseux naturels (NBM, *natural bone mineral*), d'EMD ou de DFDBA sont à envisager. Il va de soi que la maîtrise du risque infectieux est impérative, non seulement dans la phase postopératoire mais également à long terme.

Réimplantation intentionnelle

Dr Hubertus van Waes, Clinique d'orthodontie et de pédodontie, ZMZ, Université de Zurich

Les indications pour une réimplantation intentionnelle sont l'allongement de piliers, respectivement le traitement de dents ankylosées après un traumatisme, le repositionnement de germes dentaires, ou en tant qu'alternative à une résection apicale. Les facteurs de succès sont l'avulsion préservant une surface intacte de la dent, la présence d'un col gingival serré, l'absence de toxines provenant de l'endodonte et l'instauration d'une thérapie antirésorptive. Alors que les réimplantations après avulsion accidentelle ne posent rarement problème, les traumatismes compressifs sont plus difficiles à maîtriser. Le risque de résorptions post-traumatiques intervient à partir d'une lésion dépassant 2 millimètres de la surface dentaire, respectivement radiculaire.

En cas d'avulsion accidentelle, la dent doit immédiatement être placée dans une boîte de sauvetage de dents (Dentosafe®), de préférence avec adjonction d'1 mg de doxycycline et d'1 mg de dexaméthasone. L'application de protéines dérivées de la matrice amélaire (Emdogain®) lors de la réimplantation augmente sensiblement le taux

de succès, de même que la couverture simultanée par une tétracycline après des dislocations graves ou des avulsions. En effet, la tétracycline réduit le risque de résorptions infectieuses, elle inhibe la mobilité des ostéoclastes et l'activité de la collagénase. En cas de fractures radiculaire cervicales proches de la limite émail/cément, on peut soit envisager une extrusion orthodontique, soit la transplantation intra-alvéolaire. La réimplantation intentionnelle permet également de rompre une ankylose post-traumatique et de réséquer la zone osseuse en cause.

Révision endodontique ou chirurgie apicale?

Dr Matthias Zehnder, PD, PhD, Division d'endodontologie, ZMZ, Université de Zurich

Qui eût été mieux habilité à soumettre à une comparaison critique les deux modalités thérapeutiques de la révision endodontique et de l'endochirurgie que Matthias Zehnder, spécialiste chevronné dans les deux domaines? En présence d'une lésion péri-apicale persistante, les options thérapeutiques vont de l'attitude de ne pas intervenir («supervised neglect» [N. LANG] jusqu'à l'extraction. Force est de constater qu'en l'absence de réintervention malgré un traitement endodontique non optimal, 30% des foyers apicaux peuvent guérir spontanément. Dans la même étude longitudinale de KIRKEVANG et coll. (2006), sur 304 dents avec lésion apicale persistante, 42 ont été retraitées endodontiquement, sans que la révision n'ait eu d'effet sur les foyers.

En tant que hypothèse de travail, Zehnder propose de ne retraiter des dents présentant des lésions péri-apicales que pour autant qu'une nouvelle restauration soit envisagée, que le patient ait des douleurs ou qu'il développe une maladie systémique.

Un autre travail de KVIST & REIT (1999) est arrivé à la conclusion qu'en comparaison directe, la chirurgie apicale montre une meilleure guérison radiologique après 12 mois, mais qu'après 24 mois, il n'y a pas de différence par rapport au retraitement endodontique orthograde. Le désavantage majeur de l'endochirurgie est la morbidité plus élevée pour le patient. La modalité thérapeutique de choix est le retraitement endodontique orthograde, en respectant bien entendu les préceptes en la matière, et en veillant à respecter la morphologie des canaux. En effet, lorsque la morphologie est violée, le taux de succès chute de 86% à 48% seulement.

Les indications pour la chirurgie apicale sont la présence d'un tenon radiculaire massif, la suspicion d'une lésion d'origine non inflammatoire, une fracture radiculaire (en cas de dent fêlée [*cracked tooth*], il est préférable de procéder par voie orthograde) ou lorsqu'il est impossible d'assécher

complètement le canal (infection extraradiculaire). Il est important de noter que la chirurgie apicale avec préparation et obturation rétrograde permet d'atteindre un taux de succès d'environ 96%, alors qu'après résection apicale seule, ce taux n'est que de 52% (CHRISTIANSEN et coll. 2009).

Transplantation dentaire

Prof. Andreas Filippi, Division de chirurgie orale, UZM, Bâle

La transplantation dentaire est une autre option thérapeutique pour la préservation, respectivement la reconstitution d'arcades dentaires complètes. Les indications peuvent être la perte prématurée de dents définitives par des caries ou avulsions traumatiques ou encore en cas d'agénésies. Les dents candidates à une transplantation peuvent être des deuxièmes ou troisièmes molaires ou des prémolaires avec une formation radiculaire de 50 à 70%, ou des canines de lait. La transplantation dentaire doit toujours être réalisée en tant que travail d'équipe (chirurgie, orthodontie, endodontologie, restauration). Après l'avulsion ménageant les tissus tant du greffon que du lit receveur, la dent à transplanter est conservée dans une solution assurant la prévention contre la résorption (boîte de sauvetage de dents de type Dentosafe® ou Curasafe®, avec adjonction de 1 mg de tétracycline et de 1 mg de dexaméthasone). Après la transplantation, le greffon doit être stabilisé pendant une durée variable par une attelle non rigide.

Pour illustrer les possibilités des transplantations dentaires, le spécialiste bâlois a montré une série de cas impressionnants de différents types de transplantations, qui sont par ailleurs classés SAC (*Straightforward, Advanced, Complex*) selon le

schéma en vigueur pour tout le domaine de la chirurgie orale et de l'implantologie. Le cas le plus spectaculaire, classé difficulté C, était la transplantation d'une prémolaire dans la région d'une incisive centrale supérieure, avec une restauration subséquente en composite!

Dents incluses, options thérapeutiques

D^r Jean-Paul Schatz, PD, SMD, Université de Genève

En fait, la présentation du spécialiste genevois s'est limitée aux possibilités d'alignement des canines incluses. Parmi les étiologies les plus plausibles, on trouve l'encombrement ou au contraire un excès de place, ainsi que les troubles du chemin d'éruption. Différents auteurs ont proposé des combinaisons d'exposition chirurgicale et d'éruption spontanée, voire d'alignement orthodontique. D'autres favorisent la traction orthodontique différée avec traction amovible ou fixe. Or, des travaux de PARKIN et coll. (2008) et un autre de SCHMIDT & KOKICH (également 2008) sont arrivés à la conclusion que pour les canines incluses palatines, les deux techniques sont équivalentes en ce qui concerne les résultats.

Suivant la situation individuelle, il est possible d'envisager un traitement interceptif par extraction des canines temporaires, bien que l'évolution soit moins souvent favorable (POWER & SHORT, 1993). En tant que méthode plus interventionniste, SCHATZ & JOHO (1992) ont proposé l'auto-transplantation par repositionnement chirurgical immédiat. Cette option a été confirmée par la suite par LANG, POHL & FILIPPI (2003) et PATEL et coll. (2010) qui estiment cependant que l'auto-transplantation chirurgicale devrait être réservée à des patients sélectionnés, notamment en cas de

malpositions sévères sans espoir raisonnable d'alignement orthodontique. Selon les circonstances, notamment en cas d'agénésie des incisives latérales, il peut être préférable de viser une fermeture orthodontique des espaces plutôt qu'une solution prothétique avec ou sans alignement des canines.

Concours pour le prix de la relève SSOS

Deux présentations de jeunes chercheurs étaient en lice pour le prix de la relève de la Société Suisse pour la Chirurgie Orale et la Stomatologie SSOS. La première, «Evaluation par tomographie volumétrique numérisée de kystes naso-palatins», de la D^r Valérie Suter, Clinique de chirurgie orale et de stomatologie, ZMK Berne, est arrivée à la conclusion que ce type de kyste, le plus fréquent des kystes non odontogènes, montre une forme sphérique typique à l'imagerie cone-beam. Il n'y a pas de corrélation entre le diamètre de la lésion et la symptomatologie, sauf en cas d'expansion dans la cavité nasale. La prévalence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes et l'âge typique se situe aux alentours de 50 ans. Pour l'instant, aucune étiologie concluante n'est connue.

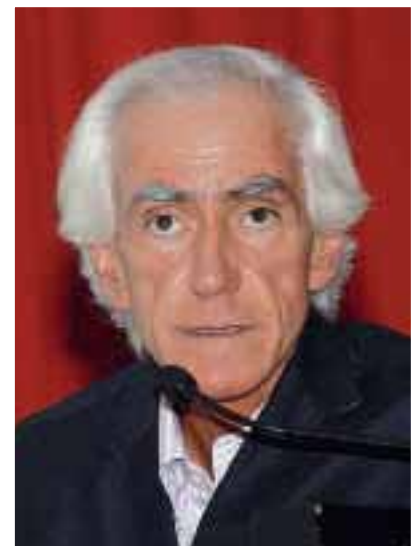
Dans son travail sur les «Modifications thermiques intra osseuses lors de l'utilisation in vitro d'embouts piézo-chirurgicaux», le D^r Silvio Schütz, Clinique de chirurgie orale et de stomatologie, UZM Bâle, a évalué l'influence in vitro sur l'élévation de la température d'ostéotomies par trois types de scies piézo-chirurgicales. Dans ses essais, il a démontré que la largeur de la scie et la température du liquide de refroidissement sont les facteurs essentiels des modifications thermiques, mais que la température mesurée était inférieure au seuil



Le D^r Matthias Zehnder, PD, PhD, ZZM, Zurich: la chirurgie apicale n'est pas forcément supérieure à la révision orthograde.



Le Prof. Andreas Filippi, UZM, Bâle: brillante démonstration des possibilités de la transplantation dentaire



Le D^r Jean-Paul Schatz, PD, SMD, Genève: la technique d'alignement des canines incluses doit être adaptée au cas individuel.



Les lauréats du prix de la relève SSOS 2011: le D^r Silvio Schütz, UZM, Bâle (à gauche), et la D^r Valérie Suter, ZMK, Berne



A la bonne vôtre!: le Prof. Andrea Mombelli, Genève (à gauche), et le Prof. Daniel Buser, Berne (à droite), en compagnie de l'invité d'honneur, M. Andreas Rickenbacher, conseiller d'Etat et directeur du Département de l'économie publique du canton de Berne

critique de 47 °C pendant 1 minute qui entraîne des lésions osseuses irréversibles. Compte tenu de l'excellente qualité des deux travaux, le D^r Michael Bornstein, PD, Clinique de chirurgie orale et de stomatologie, ZMK Berne, a finalement donné deux premiers prix ex æquo à la candidate et au candidat du concours – félicitations.

Conclusion

La journée commune des Congrès annuels de trois sociétés spécialisées – en effet, outre la SSOS, la Société Suisse de Parodontologie SSP et la Société Suisse de Médecine dentaire Restauratrice SSRD tenaient également leurs assises la veille du 2^e Congrès suisse d'implantologie – s'est

conclue par un moment convivial sous forme d'un apéro commun. Avec trois programmes scientifiques en parallèle, les participants avaient l'embaras du choix, mais on peut présumer que tous auront trouvé réponse(s) aux questions qui les préoccupent au quotidien.

Compte-rendu du 2^e Congrès suisse d'implantologie, les 2 et 3 septembre 2011 à Berne

Sommet suisse d'implantologie – bis

Après le grand succès du premier Congrès suisse d'implantologie en 2008, la Fondation Implants Suisse et les quatre sociétés professionnelles SSIO, SSOS, SSP et la SSRD avaient convié spécialistes et praticiens à un deuxième sommet de l'implantologie qui a eu les 2 et 3 septembre 2011 au Kursaal à Berne. Une nouvelle fois, le but de cette réunion scientifique était de présenter aux participants des concepts éprouvés et de nouvelles technologies du domaine de l'implantologie – la prévention, les possibilités de la CFAO et la prévention des complications, tant techniques que biologiques étant en ligne de mire cette année.

Thomas Vauthier, rédacteur (texte et photos)

Ce congrès de deux jours était combiné avec les assemblées annuelles de la Société Suisse de Chirurgie Orale SSOS, de la Société Suisse de Parodontologie SSP et de la Société Suisse de Médecine Dentaire Reconstructive SSRD, qui avaient lieu la veille. C'est le Professeur Daniel Buser, président du conseil de fondation de la Fondation Implants Suisse, qui avait le plaisir de souhaiter la bienvenue aux quelque 1000 participants de cet événement réunis dans l'Arène du Kursaal. Le programme

principal, sous le titre «Concepts éprouvés et nouvelles perspectives en implantologie», était complété par deux blocs de présentations brèves et à la fin d'une table ronde interactive concernant la planification de cas avec des experts connus.

Premier bloc thématique: Prévention

Sous le titre «Diagnostic, et prévention en relation avec les nouveaux designs d'implants», le D^r Norbert Cionca, SMD, Université de Genève, a



Malgré ce regard un peu sceptique, le Professeur Daniel Buser, hôte du 2^e Congrès suisse d'implantologie, n'a pas de soucis à ce faire: cet événement est désormais une institution ...

d'abord discuté les avantages et inconvénients relatifs des implants avec pilier ajusté («platform match») et de ceux avec pilier décalé, respectivement en retrait par rapport au corps implantaire («platform switching»). Différentes études, notamment celles de CANULLO et coll. (2009, 2010 et 2011) sont arrivées à la conclusion que bien que le comportement des tissus mous péri-implan-

Le D^r Norbert Cionca, SMD, Université de Genève.

Le Prof. Giovanni Salvi, ZMK, Université de Berne.

Le D^r Roland Jung, privat-docent, ZKM, Université de Zurich.

taires soit similaire, un léger avantage concernant le maintien du niveau osseux existe pour les implants avec platform switching. Or, la prévention commence avec une planification adéquate, peu importe le type d'implant.

Dans sa revue critique, «Complications biologiques – opinions et faits», le Prof. Giovanni Salvi, ZMK, Université de Berne, a notamment examiné l'état actuel des connaissances en matière de péri-implantite. La disparité des définitions et des seuils pour la définition des complications biologiques autour des implants rend difficile, voire impossible une comparaison pertinente entre les différentes études publiées. Ce qui est certain, en revanche, c'est que les patients avec différents profils de risques ou différents systèmes d'implants ne devraient pas être inclus dans une même étude.

Les principaux facteurs de risque pour des complications péri-implantaires ont été identifiés et certains – antécédents de parodontite, tabagisme et hygiène bucco-dentaire insuffisante – sont désormais fondés sur des preuves. Il est intéressant de noter que dans des essais de mucosite expérimentale, l'accumulation de plaque est plus importante sur les dents naturelles que sur les implants. En revanche, la réaction gingivale est plus marquée autour des implants que sur les dents.

«La prévention commence dès la chirurgie, voire avant»

«La prévention commence dès la chirurgie», estime le D^r Roland Jung, privat-docent, ZKM, Université de Zurich. Il est auteur d'un nombre impressionnant de travaux concernant différentes techniques pour la prévention des pertes tissulaires, tant après des avulsions que lors de l'implantation et de la mise en charge des implants. Plus précisément, la prévention devrait commencer même *avant* la chirurgie, lors du diagnostic

et de la planification thérapeutique. Le spécialiste zurichois a d'ailleurs étayé ses propos par une série d'illustrations d'échecs dus à la non-observation de ces règles. Pour la préservation de la crête alvéolaire, une étude du groupe de Ronald Jung, pas encore publiée, a montré une nette tendance à moins de changements de volume des tissus durs et mous après extraction lors de l'utilisation d'une greffe de matériau à résorption lente recouvert d'une greffe de muqueuse autologue prélevée à l'emporte-pièce ou d'une membrane en collagène.

En présence d'une largeur de gencive kératinisée de moins de 2 mm, les données récentes de la littérature favorisent une augmentation préopératoire pour réduire le risque de récessions. Concernant la question d'une antibiothérapie préopératoire, il a été démontré que l'administration de 2 g d'amoxicilline 1 h avant la pose d'implants réduit significativement le risque d'échecs implantaires, tandis que l'indication à une couverture antibiotique postopératoire est moins certaine.

Dans un exposé plus théorique, le D^r Anton Wetzel, spécialiste en parodontologie, St-Gall, a notamment constaté que la sévérité de la perte osseuse associée à la parodontite et la péri-implantite montre de grandes différences interindividuelles avec une évolution non linéaire.

Expert renommé en la matière, le D^r Gérald Mettraux, praticien privé à Berne, a passé en revue les différents types de laser et leurs indications en médecine dentaire. Outre le laser CO₂, particulièrement utile pour la chirurgie des tissus mous, c'est notamment le laser à diodes qui est indiqué, soit seul, soit sous forme de stimulateur pour la thérapie photodynamique, pour la décontamination et le maintien des tissus péri-implantaires, bien que le consensus actuel estime qu'il soit indiqué qu'à titre d'adjuvant dans le traitement non chirurgical péri-implantite qui ne saurait se passer d'une intervention plus radicale.

Deuxième bloc thématique: Controverses en chirurgie implantaire Imagerie ...

Le premier exposé concernant la radiologie et l'imagerie, «Images 2D vs. 3D: procédés conventionnels», de la D^r Dorothea Dagassan-Berndt, UZM Université de Bâle, a passé en revue les indications et le rôle actuel de l'imagerie par coupes transversales («cross-sectional imaging»), dont l'orthopantomogramme demeure la méthode de choix. Or, l'OPT n'est guère utile pour la détermination du volume osseux ou de la qualité de l'os. Par contre, l'OPT permet de mettre en évidence la topographie et les relations des structures osseuses par rapport aux éléments anatomiques importants de la sphère oro-maxillo-faciale.

Parmi les inconvénients de la méthode, il faut tenir compte des différences – selon l'appareil utilisé – de la couche «nette», des déformations, des superpositions et du facteur d'agrandissement (entre 10 et 30%!). Pour des mesures précises et reproductibles en implantologie, il est essentiel de réaliser le cliché avec des éléments de référence, en d'autres termes des corps radio-opaques de taille connue (billes ou cylindres métalliques), placés en bouche. Sous cette réserve, l'OPT convient parfaitement pour la planification thérapeutique et la détermination de la position optimale des implants.

Pour les implants unitaires, un cliché rétro-alvéolaire conventionnel livre suffisamment d'informations, en particulier sur la hauteur de l'os disponible. L'imagerie par coupes transversales n'est indiquée dans cette situation qu'en cas de proximité du nerf alvéolaire inférieur, notamment dans les régions postérieures de la mandibule, ainsi qu'en présence de pertes ou de défauts importants d'os ou lors d'implantations dans la région antérieure du maxillaire supérieur. Elle est également indiquée pour les implantations dans les maxillaires complètement édentés, où elle livre en



La Dr^e Dorothea Dagassan-Berndt, UZM Université de Bâle.



Le Prof. Jean-Pierre Bernard, SMD, Université de Genève.

un seul cliché une vue d'ensemble des structures anatomiques pertinentes. En raison des déformations intrinsèques, l'OPT ne convient pas pour les contrôles postimplantation; un cliché apical est généralement la méthode de choix, à moins qu'il faille réaliser plus de cinq radiographies, situation dans laquelle l'OPT est à préférer pour des raisons d'irradiation moins importante.

Dans le deuxième volet consacré à l'imagerie, le Dr^e Michael Bornstein, privat-docent, ZMK Berne, a passé en revue les indications et les limitations des «Images 2D vs. 3D: tomographie numérique en implantologie orale». Après avoir illustré les aspects techniques de la technologie cone-beam, le spécialiste bernois a attiré l'attention sur les considérations de protection contre les rayonnements ionisants, résumées sous le terme ALARA (*as low as reasonably achievable*). Le recours à l'imagerie cone-beam devrait se limiter aux situations où il existe une indication claire et un bénéfice réel pour le patient ou pour l'opérateur.

Fait fondamental, l'imagerie cone-beam (tomographie volum[étr]ique numérisée) doit être pré-

férent au CT-scan conventionnel en raison non seulement de la dose d'irradiation nettement inférieure, mais également de la disponibilité plus large des installations, souvent dans des cabinets privés et non dans des instituts de radiologie. Le cone-beam est considéré actuellement comme étant une méthode adjuvante indispensable dans le domaine de l'implantologie. En effet, elle complète les examens radiologiques conventionnels dans les cas d'anatomie complexe et d'indications chirurgicales particulières, notamment avant toute surélévation du plancher du sinus maxillaire.

A ne pas oublier non plus, l'imagerie cone-beam est la base pour les différentes techniques de chirurgie implantaire guidée – dont traitaient les exposés suivants.

... et chirurgie guidée

Dans un premier bloc de présentations brèves sur trois systèmes pour l'implantologie guidée, le Dr^e Sebastian Köhl, UZM Bâle, a d'abord illustré le système coDiagnostiX[®] de Straumann, alors que le Dr^e Pierre Magnin, praticien privé, Bienne, a

présenté le système med 3D, de la société du même nom à Heidelberg. Pour finir, le Dr^e Roberto Sleiter, praticien privé, Egerkingen, a résumé le fonctionnement du concept NobelGuide[™]. Chacun des trois systèmes fait appel à un logiciel spécifique pour la planification et permet la réalisation de gouttières pour la pose d'implants.

Par la suite, le Prof. Jean-Pierre Bernard, SMD, Université de Genève, a également passé en revue les avantages de l'imagerie 3D et les systèmes actuels pour la chirurgie guidée. Sous le titre «Chirurgie guidée: où en sommes nous actuellement?», il a notamment attiré l'attention sur les sources possibles d'erreurs inhérentes à la technologie. Nonobstant les imprécisions possibles, la chirurgie guidée permet la planification et l'insertion des implants en fonction de la future restauration ainsi qu'un temps opératoire réduit. Parmi les inconvénients, il convient de tenir compte de l'irradiation plus importante et des coûts plus élevés. Pour ces raisons, il est nécessaire de bien préciser les indications de la chirurgie guidée. En accord avec le Consensus de l'EAO de 2009, et basée sur ses propres expériences, la philosophie de la Section de Médecine Dentaire de Genève est de limiter les interventions par chirurgie guidée aux cas d'anatomie complexe, de désir de procéder par chirurgie mini-invasive, aux cas d'esthétique délicate et de mise en charge immédiate avec des restaurations préfabriquées.

Chirurgie sans ouverture de volet et implantation immédiate

Dans un exposé teinté d'autocritique, le Dr^e Claude Andreoni, praticien privé à Zurich et président de la Société Suisse d'Implantologie Orale SSIO, a passé en revue les «indications, possibilités et limites de la chirurgie sans ouverture de volet (flapless surgery)». L'idée est attrayante, puisqu'elle promet un gain de temps, des interventions chirurgicales limitées en nombre et dans le



Le Dr^e Michael Bornstein, privat-docent, ZMK Université de Berne.



Le Dr^e Claude Andreoni, Zurich, président de la Société Suisse d'Implantologie Orale SSIO, et le Dr^e Gérald Mettraux, praticien privé à Berne (à droite).

temps, le ménagement des tissus durs et mous, donc moins de cicatrices, et une morbidité réduite pour le patient. Pourtant, ce type d'implantation est un «produit de niche», puisqu'il doit être strictement limité aux situations de volume d'os et de muqueuse kératinisée optimales. Il faut notamment que la lamelle d'os vestibulaire ait une épaisseur minimale de 1,5 à 2 mm, ce qui est rarement le cas dans la région des dents antérieures. En cas de non-respect de ces conditions, l'échec est programmé d'emblée, comme l'a illustré le spécialiste zurichois à l'aide d'une documentation clinique sur cinq ans. Lorsqu'un tel désastre survient, quelles sont les options thérapeutiques pour y remédier? La plus radicale, c'est l'explantation suivie d'une reconstruction des tissus par des greffes d'os et de tissus mous; la moins interventionnelle est une greffe de tissu conjonctif et le recouvrement par un volet de repositionnement latéral. Enfin, quelque part entre ces deux extrêmes, le démontage de la reconstruction prothétique et, après un délai d'attente d'environ quatre mois, une implantoplastie combinée avec une greffe conjonctive.

L'épineux problème de l'implantation immédiate après extraction continue à préoccuper bon nombre de chercheurs. Fondé sur les travaux d'ARAÚJO & LINDHE (2005), de MALMGREN et coll. (1994), d'ANDERSSON et coll. (2003) et de SALAMA et coll. (2007), qui attribuent la résorption alvéolaire à l'absence du desmodonte, respectivement qui ont démontré que la préservation de la racine dentaire évite les processus de résorption, le Prof. Markus Hürzeler, Munich, a proposé en 2010 une nouvelle technique consistant à préserver la partie vestibulaire de la racine dentaire lors de l'implantation immédiate. Après des résultats provisoires prometteurs, on attend avec grand intérêt la publication de séries de cas plus importants et surtout de résultats à plus long terme.

«Does size matter?»

Si l'auditoire, déjà un peu fatigué en fin d'après-midi, avait tendance à s'assoupir après cette longue journée de conférences, le D^r Rino Burkhardt, praticien privé à Zurich, a subrepticement capté l'attention des participants en introduisant le dernier exposé, « L'influence de la longueur et du diamètre des implants sur le succès à long terme », en citant des résultats de différentes études de la fin des années 1990. En effet, vu de nos connaissances actuelles, les chiffres évoqués avaient de quoi semer le doute, puisque les travaux de l'époque avaient montré que les implants courts avaient des taux de survie cumulés inférieurs à celui des implants longs. Or, toutes ces études concernaient des implants à surface usinée lisse de type Brånemark ou les premiers implants ITI de Straumann.

À la lumière des résultats publiés depuis, cette conclusion n'a cependant plus cours, du moins pour les implants aux surfaces perfectionnées. Sur le plan biomécanique, nous savons actuellement que la longueur de l'implant n'a aucune influence sur la localisation du stress dans l'os, que le maximum de stress se situe au niveau du col implantaire et que les stress à l'intérieur même de l'implant est inférieur pour les implants courts que celui pour les implants longs. De même, le rapport couronne/implant (crown to implant ratio) ne semble pas avoir d'influence, ni sur l'os alvéolaire marginal, ni sur le taux de complications techniques. Sur le plan anatomique, il faut tenir compte du fait que la survie des implants est moins favorable dans le maxillaire supérieur qui se caractérise souvent par la présence d'os de qualités III et IV. En conclusion, le spécialiste zurichois est d'avis que pour les implants à surface rugueuse, ni la longueur, ni le design n'influence significativement le taux de survie.

Troisième bloc thématique: Controverses en prothèse implantaire Céramo-métallique vs céramo-céramique

C'est la D^r Susanne Scherrer, privat-docent, SMD Université de Genève, qui avait le privilège d'ouvrir le programme scientifique de la deuxième journée du congrès, par sa présentation «Céramo-métallique vs céramo-céramique: une évaluation critique». Dans une revue systématique publiée en 2007, IRENA SAILER et coll. avaient démontré que le taux de survie cumulé sur cinq ans était de 88,6% pour les reconstructions tout céramiques, contre 94,4% pour les céramo-métalliques, et que les taux de complications, comme les fractures d'armature ou de la céramique cosmétique étaient significativement plus élevés pour les travaux céramo-céramiques durant la même période.

Le métal se caractérise par une ténacité élevée, une capacité de déformation et une haute conduc-

tivité thermique, alors que la céramique est un matériau fragile avec une ténacité faible qui ne subit pas de déformation et dont la conductivité thermique est également faible. Les procédés de fabrication, de même que le design des éléments prothétiques, des armatures et des connexions devront impérativement tenir compte de ces propriétés intrinsèques. Pour les connexions céramo-céramiques à l'intérieur d'un pont de 5 éléments, STUART (2007) recommande un diamètre minimal de 5 mm ou une surface de 19 mm². D'autres études ont montré l'importance d'avoir un rayon de courbure large au niveau des embrasures.

Des fissures d'origine thermique peuvent survenir lorsqu'il y a incompatibilité au niveau des coefficients d'expansion ou de contraction thermique entre l'armature et la céramique de recouvrement, ou des procédés erronés des cycles de cuissons. D'autres sources d'échecs sont des rainures de surface suite à un traitement par fraisage non adéquat au laboratoire et des contacts occlusaux mal équilibrés. Il est très important de soutenir la céramique cosmétique par l'armature, et d'éliminer les contacts occlusaux au niveau des crêtes mésiales et distales.

Il faut aussi savoir que la zircone est un mauvais conducteur thermique. Si l'on procède à un refroidissement trop rapide lors du dernier cycle de cuisson, on va incorporer des tensions résiduelles thermiques de 20 à 450 MPa sous la surface occlusale. Le refroidissement doit se passer lentement autour de la température de transition du verre (T_g) indiqué sur les bouteilles de porcelaine. Par la suite, le D^r Joannis Katsoulis, ZMK Berne, a présenté les différences entre les «Suprastructures implantaires coulées vs celles réalisées par CFAO». Selon les résultats préliminaires d'une étude pas encore publiée de l'intervenant et de son équipe du Département de prothèse des ZMK Berne, les restaurations implantoportées coulées montrent les résultats les moins favorables et les plus variables pour les critères de la précision d'adaptation verticale (60–190 µm) et de l'assise passive. Pour les ponts de longue portée, la coulée en un bloc n'est pas recommandée, il faut toujours procéder par segmentation et réassemblage par brasage ou soudure au laser. Parallèlement à l'avènement de nouveaux matériaux comme le titane et la zircone, de nouveaux procédés de fabrication se sont imposés: d'une part le système dit Wax/CAM, fondé sur le modelage des éléments prothétiques en cire, l'enregistrement mécanique ou par scanner, des modifications éventuelles par CAO et finalement l'usinage – fraisage effectué par FAO, en général dans des centres spécialisés. D'autre part, la fabrication de A à Z par CFAO, où toutes les étapes sont effectuées en numérique. Les deux technologies permettent d'atteindre des précisions de l'ordre de 10 µm pour les ponts à



La D^r Susanne Scherrer, privat-docent, SMD Université de Genève.



La D^r Christina Luzi, UZM Université de Bâle.



Le D^r Norbert Enkling, ZMK Université de Berne.

trois éléments, de 20 µm pour les ponts à cinq éléments sur trois implants et de 30 µm pour les reconstructions d'arcades complètes sur six implants.

Sous le titre «Suprastructures vissées vs suprastructures scellées», la D^r Christina Luzi, UZM Bâle, a présenté un argumentaire fort élégant pour ou contre les deux solutions. Première constatation: le scellement est grevé d'un risque non négligeable de péri-implantite. Dans une étude prospective de Wilson (2009), 81% des 42 implants examinés par endoscopie présentaient des excès de ciment de scellement et des signes inflammatoires en conséquence. 30 jours après l'élimination des excès, 74% des sites étaient retournés à un état exempt de symptômes. Pour parer à cet inconvénient, différents auteurs ont proposé de munir les suprastructures de petits orifices (un diamètre de 0,75 mm est suffisant) servant d'évents lors de la cimentation. Si ces événements permettent effectivement de réduire les excès de ciment dans la région marginale des couronnes, ils entraînent un risque d'affaiblissement de la céramique. Pour les suprastructures vissées, il faut suivre strictement les indications du fabricant, en particulier en ce qui concerne le coupe (torque) maximal. Compte tenu des différents aspects intervenant dans la décision de sceller ou de visser les suprastructures, en particulier la possibilité de réintervention, le maniement clinique et les complications biologiques évoquées, la spécialiste bâloise est de l'avis qu'il faut préférer autant que possible les solutions vissées.

Empreintes conventionnelles ou numériques?

Dans le domaine des empreintes pour les reconstructions implantoportées, l'étalon-or continue à être l'empreinte en polyéther dans un porte-empreinte individuel ouvert, a expliqué le D^r Norbert Enkling, ZMK Berne. Il a ensuite passé en revue les exigences et les performances des différents élastomères utilisés en prothèse fixée et

en prothèse sur implants. Sans entrer dans les détails, force est de constater qu'en ce qui concerne la précision de reproduction, tous les matériaux actuellement utilisés produisent des résultats similaires et de qualité comparable. Dernier venu dans le domaine, le vinylsiloxanéther (combinaison de α , ω -divinylpolydiméthylsiloxane et α , ω -divinylpolyéther), nom commercial: Identium[®]) promet d'associer les propriétés des polyéthers (tolérance à l'humidité) et des A-silicones (excellente capacité de retour). En ce qui concerne la solidarisation des transferts lors des empreintes de plusieurs implants, les résines autopolymérisantes de type Duralay[®] sont grevées de l'inconvénient de la rétraction (risque de déformation[s]) et de la diffusion de chaleur (risque de répercussion sur l'interface implant/os) lors de la polymérisation.

En tant qu'alternative pour la solidarisation des piliers, le spécialiste bernois propose l'utilisation d'un matériau silicone à dureté Shore élevée (Futar[®] D Slow, dureté Shore D = 43).

Le Prof. Urs Belser, Genève, ayant dû s'excuser en dernière minute pour des raisons de santé, le programme scientifique du 2^e Congrès suisse d'implantologie s'est terminé par trois présentations brèves sur les empreintes numériques pour les reconstructions prothétiques sur des implants. Le D^r Dominik Mahl, UZM Bâle, a d'abord résumé le système Encode[®] (Biomet 3i) qui permet la prise d'une empreinte directe (en méthode conventionnelle, par un matériau de type polyéther ou vinylsiloxane), sans enlever le pilier de guérison ou placer un pilier de transfert. Les codes gravés sur la surface occlusale de la vis de cicatrisation Encode indiquent la hauteur de l'implant, l'orientation de l'hexagone, le diamètre de plateforme et le type de connexion. Les piliers en titane ou en zircone sont ensuite usinés par CFAO dans un centre spécialisé. Le D^r Stefan Hicklin, ZMK Berne, a ensuite illustré le système iTero (Straumann), un système d'empreinte optique sans poudrage. Le temps de réalisation du fichier numérique pour le secteur de préparation, son antagoniste et leurs rapports fonctionnels est encore relativement long, même pour un opérateur entraîné. Et pour finir, le D^r Andreas Bindl, privatdocent, ZMK Université de Zurich, a présenté le système CEREC Connect (Sirona). Les empreintes sont prises directement dans la bouche du patient au moyen de la caméra Bluecam. Les données



Les pauses café et les buffets de midi, ainsi qu'une partie de l'exposition, ont eu lieu dans le chantier (en voie de finition) du nouveau Foyer Arena du Kursaal.

sont ensuite converties en modèle 3D et transmises en ligne au laboratoire pour la réalisation des suprastructures par CFAO.

De l'aveu même des trois intervenants, tous ces systèmes laissent encore une marge non négligeable pour de futurs perfectionnements. L'avenir nous dira donc si le futur appartient vraiment à l'empreinte numérique...

Conclusions

Force est de constater que fidèle au titre «Concepts éprouvés et nouvelles perspectives en implanto-

logie», le 2^e Congrès suisse d'implantologie, les 2 et 3 septembre 2011 à Berne, était un parfait mélange d'acquis solides et de matériaux et méthodes susceptibles de marquer l'implantologie de demain. Reflet pertinent de l'idée fondamentale de cette réunion scientifique de haut niveau, l'exposition représentative de l'industrie et du commerce dentaire qui, avec quelque 44 exposants, était l'occasion idéale de prendre connaissance et de discuter avec les spécialistes présents sur les stands les développements les plus récents dans le domaine de l'implantologie.

Et – last but not least – la magnifique soirée de gala – par ailleurs le dernier événement d'envergure à l'arène du Kursaal, un cadre au charme définitivement défraîchi et passé. En effet, ce vénérable endroit s'apprête à subir une cure de jouvence... Entouré d'un dîner délicieux, le spectacle extraordinaire de *Massimo Rocchi* n'a pas manqué d'aborder à la façon «comédien» quelques situations du monde dentaire. Et la soirée s'est terminée agréablement avec la chanteuse de jazz, de soul et de gospel *Bernita Bush* et son orchestre.

Revue

Piliers sur implants

Keenan AV & Levinson D:

Are ceramic and metal implant abutments performances similar?

Evid based Dent 11: 68–69, 2010

<http://www.nature.com/ebd/journal/v11/n3/full/6400731a.html>

Le choix des produits associés aux implants dentaires oblige le médecin-dentiste à évaluer des critères comme la longévité et l'acceptabilité esthétique. Les moignons métalliques ont été utilisés depuis beaucoup plus longtemps que les moignons en céramique plus récemment apparus. La documentation est ainsi beaucoup plus abondante en ce qui concerne les premiers. Cette étude portant sur 29 cas suivis pendant 3 ans est une méta-analyse sur le succès à long terme et les complications associées à ces deux types de

moignons, ainsi que leur adéquation respective par rapport aux demandes esthétiques des patients.

Les taux de survie à 5 ans pour des moignons métalliques et céramiques s'élevaient respectivement à 97,4% et 99,1%. L'incidence des complications techniques atteignait 15,9% et 6,9%, la plus fréquente étant le dévissage de la vis de maintien (5,1%). Les taux de fractures étaient similaires, et les complications biologiques atteignaient 7,7% pour le métal et 5,2% pour la céramique. Les moignons métalliques étaient plus fréquemment associés à des complications esthétiques.

Les restaurations entièrement en céramique représentent des matériaux nouveaux, et peu d'études à ce jour ont suivi leurs performances. Bien que les études d'observation apportent de bonnes informations en analysant différentes variables, les études de cohortes peuvent mieux cerner les dé-

fauts et autres facteurs inattendus. Plusieurs études n'ont d'une part pas inclus de groupe contrôle et d'autre part multiplié les cas abandonnés.

L'examen des 29 cas n'a pas révélé de différence significative entre les deux types de moignons, en termes de performance. Cette conclusion doit être prise avec prudence au vu de la brièveté du suivi (4,8 ans pour les moignons métalliques, 3,7 ans pour les moignons céramiques). Il faut savoir que seuls 166 moignons céramiques furent inclus dans l'étude qui comprenait 5683 moignons métalliques.

17 couronnes céramiques sur moignons métalliques furent perdues à la suite de fractures, sans explication plausible. Ces événements n'apparurent par contre sur aucun des moignons céramiques. Ces derniers présentaient quant à eux davantage de récession gingivale que leurs homologues métalliques, sans qu'une explication puisse être fournie.

Les problèmes esthétiques furent plus manifestes avec les moignons métalliques, sans pour autant avoir une valeur statistiquement significative.

Michel Perrier, Lausanne

Wir operieren mit Vorsicht.

Die Versicherung der Schweizer Ärzte wurde 1926 gegründet und verfolgt seit über 80 Jahren das gleiche Ziel: maximale Sicherheit für unsere Kunden. Bei uns werden Sie automatisch Genossenschafter und können die Zukunft der VERSA zusammen mit Ihren Kollegen mitbestimmen. Verlangen Sie noch heute Ihre ganz persönliche Offerte.

Länggassstrasse 8 • 3000 Bern 9 • Tel. 031 301 25 55 • www.versa.ch



Versicherung der
Schweizer Ärzte Genossenschaft