



JADC

Journal de l'Association dentaire canadienne

Vol. 70, N° 2

Février 2004



Peinture de la Dre Ratna Kali-Roy

Le consentement éclairé personnalisé

**L'effet des barrières de prévention de l'infection
sur l'efficacité des lampes à polymériser**

**La participation du personnel dentaire
à la désaccoutumance au tabac en Ontario**

L'améloblastome récurrent du maxillaire supérieur

Point de service : FAQ sur l'endodontie

Revue dentaire du Canada révisée par des pairs

• www.cda-adc.ca/jadc •

Johnson & Johnson

présente

NOUVEAU

Une percée dans l'évolution de la soie dentaire

Le Porte-soie quotidien REACH® ACCESS^{MC}

rend l'utilisation de la soie aussi facile que de brosser ses dents !

La solution idéale pour 78 % des foyers canadiens qui n'utilisent pas la soie dentaire ou le font rarement.*

De fait, 80 % des personnes qui l'ont essayé ont indiqué qu'ils l'**UTILISERAIENT CHAQUE JOUR !****

CARACTÉRISTIQUES

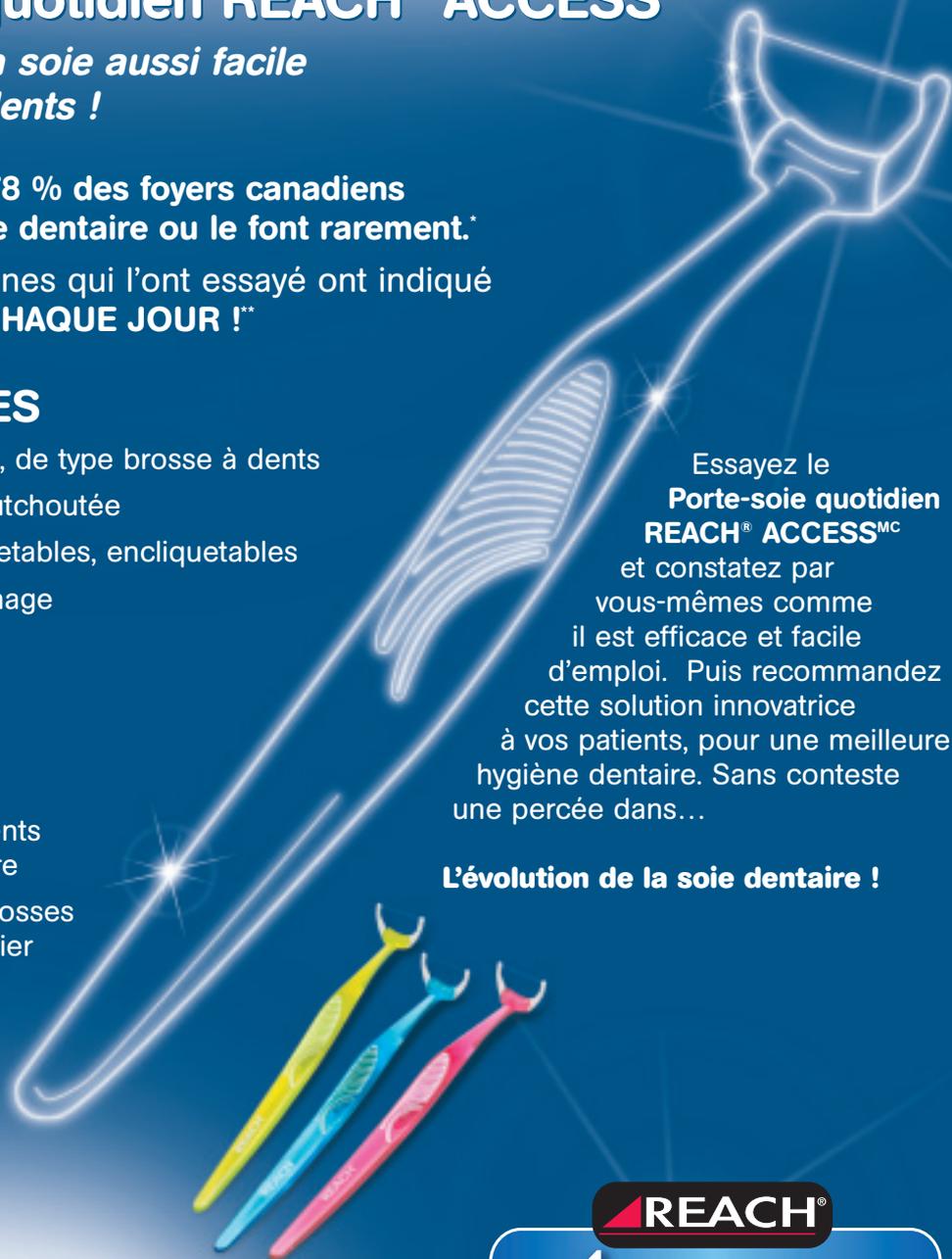
- Manche angulaire unique, de type brosse à dents
- Prise anti-dérapante caoutchoutée
- Têtes de remplacement jetables, encliquetables
- Soie résistante à l'effilochage

AVANTAGES

- Pratique à utiliser
- Facile à manier
- Idéal pour nettoyer les dents arrière difficiles à atteindre
- Se place dans le porte-brosses à dents pour ne pas oublier de l'utiliser tous les jours

Essayez le Porte-soie quotidien REACH® ACCESS^{MC} et constatez par vous-mêmes comme il est efficace et facile d'emploi. Puis recommandez cette solution innovatrice à vos patients, pour une meilleure hygiène dentaire. Sans conteste une percée dans...

L'évolution de la soie dentaire !



Pour obtenir le Porte-soie quotidien REACH® ACCESS^{MC} pour votre bureau ou votre clinique, communiquez avec votre distributeur local.

Questions? Communiquez avec nous en composant le 1-866-983-5677

* Données sur les consommateurs A.C. Nielson 2002.

** Source : Étude des besoins des consommateurs BASES 2002.



Conçu pour être utilisé



JADC

Journal de l'Association dentaire canadienne

Directeur général de l'ADC
George Weber

Rédacteur en chef
Dr John P. O'Keefe

Rédacteur principal/éditeur
Harvey Chartrand

Révisseure adjointe
Natalie Blais

Coordonnatrice de la
traduction française
Nathalie Upton

Coordonnatrice des publications
Rachel Galipeau

Rédactrice des médias électroniques
Melany Hall

Chef de la conception et
de la production
Barry Sabourin

Conceptrice graphique
Janet Cadeau-Simpson

Rédacteurs associés
Dr Michael Casas
Dre Anne Charbonneau
Dre Mary McNally
Dr Sebastian Saba

Les collaborateurs assument l'entière responsabilité de leurs opinions et des faits dont ils font état et ceux-ci n'expriment pas nécessairement les vues de l'Association dentaire canadienne. Le rédacteur en chef se réserve le droit de corriger les textes soumis pour publication dans le *Journal*. La publication d'une annonce commerciale ne signifie pas nécessairement que l'Association dentaire canadienne en appuie ou en endorse le contenu.

Le *Journal de l'Association dentaire canadienne* est publié dans les deux langues officielles à l'exception des articles scientifiques qui sont publiés dans leur langue d'origine. Les lecteurs peuvent recevoir le *Journal* dans la langue de leur choix.

Le *Journal de l'Association dentaire canadienne* est publié 11 fois par année (juillet-août ensemble) par l'Association dentaire canadienne. Copyright 1982 par l'Association dentaire canadienne. Entente d'envoi de poste-publications n° 40064661. Enregistrement n° 10597. Retour des envois non distribuables aux adresses canadiennes à : l'Association dentaire canadienne, 1815, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6. Port payé à Ottawa (Ontario). Veuillez nous prévenir le 10 du mois de tout changement d'adresse pour recevoir le *Journal* à votre nouvelle adresse le mois suivant. Un abonnement vaut pour 11 numéros et coïncide avec l'année civile. Tout abonnement pour 2004 est payable à l'avance en devises canadiennes. Au Canada — 71,96 \$ (+TPS), aux États-Unis — 105 \$, partout ailleurs — 130 \$. Membre : American Association of Dental Editors et Office canadien de vérification de la diffusion

- Pour obtenir d'autres renseignements, appelez l'ADC au : 1-800-267-6354 (au Canada seulement)
- Partout ailleurs : (613) 523-1770 • Télécopieur : (613) 523-7736 • Courriel de l'ADC : reception@cda-adc.ca • Site Web : www.cda-adc.ca

ISSN 1481 2320
Imprimé au Canada

Énoncé de mission

L'Association dentaire canadienne est le porte-parole national officiel de la dentisterie, voué à la représentation et au progrès de la profession à l'échelle nationale et internationale, ainsi qu'à la réalisation d'une santé buccodentaire optimale.

Conseillers de rédaction

Dre Catalena Birek

Dr Jeff Coil

Dr Pierre C. Desautels

Dr Terry Donovan

Dr Robert Dorion

Dr Robert V. Elia

Dr Joel B. Epstein

Dr Kenneth E. Glover

Dr Daniel Haas

Dr Robert J. Hawkins

Dr Claude Ibbott

Dre Aleksandra Jokovic

Dr Asbjørn Jokstad

Dr Richard Komorowski

Dr Ernest W. Lam

Dr James L. Leake

Dr William H. Liebenberg

Dr Kevin E. Lung

Dre Debora C. Matthews

Dr Alan R. Milnes

Dr David S. Precious

Dr Richard B. Price

Dr N. Dorin Ruse

Dr George K.B. Sàndor

Dr Benoit Soucy

Dr Gordon W. Thompson

Dr David Tyler

Dr Robert S. Turnbull

Dr Peter T. Williams

Conseil d'administration de l'ADC

Président

Dr Louis Dubé

Sherbrooke, Québec

Président-désigné

Dr Alfred Dean

Sydney, Nouvelle-Écosse

Vice-président

Dr Jack Cottrell

Port Perry, Ontario

Dr Michael Connolly

Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Dr Craig Fedorowich

Hamiota, Manitoba

Dr Wayne Halstrom

Vancouver, Colombie-Britannique

Dr Gordon Johnson

North Battleford, Saskatchewan

Dr Robert MacGregor

Kentville, Nouvelle-Écosse

Dr Wayne Pulver

Willowdale, Ontario

Dr Jack Scott

Edmonton, Alberta

Dr Robert Sexton

Corner Brook, Terre-Neuve et Labrador

Dr Darryl Smith

Valleyview, Alberta

Dre Deborah Stymiest

Fredericton, Nouveau-Brunswick

Une résine qui vous amène où bon vous semble.



Maintenant offerte en deux grandeurs :
Capsules Applicap^{MC} et Maxicap^{MC}

Nous ne faisons que vous rendre la route plus belle et plus facile.

Fini le stockage de différents ciments permanents! La résine autoadhésive universelle Unicem **RelyX** fait presque tout. Des essais cliniques concluants ont démontré que cette résine est idéale pour les restaurations métalliques et non métalliques, sauf pour les facettes prothétiques. Comme elle est **autoadhésive**, cette résine **nécessite moins de temps et d'efforts puisqu'il n'y a aucune étape d'apprêt, de mordantage et de liaison**. Alors, adoptez la résine autoadhésive universelle Unicem **RelyX**, qui est solide et fiable. Facile à choisir. Facile à utiliser.

Pour commander, veuillez communiquer avec votre distributeur autorisé de produits dentaires 3M ESPE. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez appeler au 1 800 265-1840, poste 6229.

« 3M », « ESPE » et « RelyX » sont des marques de commerce de 3M ou de 3M ESPE AG., utilisées sous licence au Canada.
© 3M ESPE 2004. Tous droits réservés.
0312-MG-18707F



Universelle

3M ESPE

TABLE DES MATIÈRES

Journal de l'Association dentaire canadienne

CHRONIQUES

Éditorial	75
Le mot du président	77
Courrier	78
Index des annonceurs	79
Actualités	80
Sommaires cliniques	113
Images cliniques	118
Point de service	120
Nouveaux produits	128
Les petites annonces	129

Toute demande touchant le *Journal* doit être adressée au : Rédacteur en chef, *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 1815, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6. Courriel : rgalipeau@cda-adc.ca.

- Sans frais : 1-800-267-6354 •
- Tél. : (613) 523-1770 •
- Télécopieur : (613) 523-7736 •

Toute demande touchant les **petites annonces** doit être adressée à : Mme Beverley Kirkpatrick a/s L'Association médicale canadienne, 1867, prom. Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6

- Sans frais : 1-800-663-7336, poste 2127 •
- Tél. : (613) 731-9331, poste 2127 •
- Télécopieur : (613) 565-7488 •

Toute demande touchant la **publicité** doit être adressée à : Mme Marg Churchill a/s Keith Health Care Inc., 104-1559, rue Hurontario, Mississauga (Ontario) L5G 4S1

- Sans frais : 1-800-661-5004 •
- Tél. : (905) 278-6700 •
- Télécopieur : (905) 278-4850 •

La publication d'une annonce commerciale ne signifie pas nécessairement que l'Association dentaire canadienne en appuie ou en endosse le contenu.

DÉBAT

L'éthique dentaire : Notre avenir repose sur des comités d'éducation et de déontologie	85
---	-----------

Barry Schwartz, DDS

SUJETS PROFESSIONNELS

Le formulaire de consentement personnalisé : un outil libre, mais éclairé!	89
---	-----------

Cyndie Dubé-Baril, DMD, LLM

Les services de désaccoutumance au tabac offerts par les professionnels dentaires d'un bureau de santé rural de l'Ontario	94
--	-----------

Douglas J. Brothwell, DMD, MSc
Karen A. Armstrong, MA, DPH

PRATIQUE CLINIQUE

Recurrent Desmoplastic Ameloblastoma of the Maxilla: A Case Report	100
---	------------

Rejeev Sivasankar Pillai, BDS
Ravikiran Ongole, BDS
Auswaf Ahsan, MDS
Raghu Anekal Radhakrishnan, MDS
Keerthilatha Muralidhar Pai, MDS

RECHERCHE APPLIQUÉE

Effect of Disposable Infection Control Barriers on Light Output from Dental Curing Lights	105
--	------------

Barbara A. Scott, BSc
Corey A. Felix, BSc, MSc
Richard B.T. Price, BDS, DDS, MS, FDS RCS (Edin), FRCD(C), PhD



Oral-B®

Une étude indépendante* a permis de conclure que la technologie d'oscillation / de rotation, une innovation d'Oral-B, est la plus efficace pour réduire la plaque et la gingivite.

* Pour obtenir de plus amples renseignements et lire les extraits publiés, visitez le site Web de la Cochrane Collaboration à www.update-software.com/toothbrush.

Veillez jeter un coup d'œil à notre publicité sur la page opposée à l'éditorial.

Que faire lorsqu'il a été conclu lors d'une analyse indépendante que vous offrez la technologie électrique la plus efficace ?

Vous la perfectionnez.



Encore plus de mouvements d'oscillation à la minute pour une sensation exceptionnelle

La nouvelle minuterie professionnelle émet un signal toutes les 30 secondes pour favoriser un nettoyage allant d'un quadrant à l'autre

Le nouvel indicateur de charge clignote jusqu'à recharge complète

Voici la nouvelle Oral-B ProfessionalCare^{MC} série. Technologie éprouvée. Conception perfectionnée.



Moins de plaque • gencives plus saines • aussi sûr que le brossage manuel



Appelez le 1 800 268-5217 pour de plus amples renseignements.

Nouveau look. Nouvelle sensation. Et un tout nouveau nom. Oral-B ProfessionalCare^{MC} série 7000 est la nouvelle version dynamique, modernisée et perfectionnée de notre brosse à dents électrique vedette, la 3D Excel. Elle fait appel à l'action rotative oscillante qui a été considérée comme plus efficace que le brossage manuel ou « sonique » pour réduire la plaque et la gingivite dans le cadre d'une analyse indépendante.¹ De plus, c'est notre meilleure brosse à dents électrique. Jusqu'à présent.

Oral-B[®]
précisément

¹ Heanue M, et al, Brossage manuel par rapport au brossage électrique pour la santé bucco-dentaire (analyse Cochrane). Dans : The Cochrane Library, numéro 1, 2003. Oxford : Update Software. Rapport complet en ligne à www.update-software.com/toothbrush. BRAA32111 © 2003 Oral-B Laboratories

Éditorial

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET RESPECT MUTUEL



Le Dr John P. O'Keefe

J'ai toujours été intéressé par la façon dont la culture populaire dépeint la médecine dentaire et les dentistes. Je suis donc allé voir *The Secret Lives of Dentists* dans une salle de cinéma locale. Dans l'ensemble, le film avait reçu des critiques honorables (voir www.rottentomatoes.com); je m'attendais donc à une belle soirée.

Le film porte sur la désagrégation d'un couple de dentistes qui partagent un cabinet et une famille. L'interprétation des personnages est réaliste, quoique peu flatteuse. L'homme est méticuleux et ennuyant, tandis que la femme est passionnée, distraite et désenchantée par son couple. La tristesse prédomine dans ce film illustrant un couple qui a de la difficulté à communiquer, tant sur le plan domestique que professionnel.

Certaines scènes nous montrent l'homme dentiste dans des situations cliniques, aux prises avec un patient «infernale». Ce dernier débite des phrases prévisibles sur les dentistes, à savoir qu'ils

demandent trop d'argent, que tous les dentistes critiquent le travail de leurs confrères et qu'il était sûr qu'un autre dentiste allait refaire le travail dans les 5 prochaines années.

J'ai été surtout frappé par 1 scène durant laquelle le dentiste propose un traitement au patient en question. Ce dernier semble, à mon avis, vouloir peser les avantages et les désavantages du traitement proposé lorsque l'assistante dentaire applique un anesthésique topique au moyen d'une tige de coton, ce qui a pour effet de taire le patient et de débiter le traitement. Si j'étais lui, j'aurais l'impression de ne pas avoir donné mon consentement éclairé pour ce traitement. Dans le contexte actuel, je pense que nous ne pouvons être perçus comme des personnes qui forcent leurs patients à subir des traitements qu'ils ne souhaitent pas avoir ou pour lesquels ils ne sont pas prêts.

Dans ce numéro du *JADC*, la Dre Cyndie Dubé-Baril aborde le sujet du consentement éclairé et nous informe qu'il s'agit d'un point de plus en plus important pour les dentistes dans la société de consommation d'aujourd'hui. Elle propose un formulaire de consentement personnalisé sur lequel le dentiste et le patient peuvent tous 2 inscrire, en leurs propres mots, leur compréhension du traitement qui a fait l'objet d'une entente et qui est sur le point de commencer. (On peut télécharger le formulaire à partir de la version électronique de l'article à www.cda-adc.ca/jadc.)

Avant qu'un consentement éclairé soit donné, il est essentiel que le dentiste explique, en des termes que comprendra le patient, les options de traitement disponibles et leurs ramifications. À titre de chef de l'équipe dentaire, il incombe au dentiste de régler lui-même les questions de consentement éclairé. Bien sûr, il est parfois pratique de déléguer certaines tâches techniques à d'autres membres du personnel, mais le fondement de la relation dentiste-patient, qui se fonde sur la confiance et le respect mutuel, ne peut être délégué.

D'après la littérature médicale, il existe 3 modèles théoriques de prise de

décisions possibles pour le dentiste et le patient : le type paternaliste, le type informé et le type partagé (voir *Ressources connexes* dans la version électronique de l'éditorial). Dans le premier cas, le dentiste a tous les atouts en main, il contrôle essentiellement le flux de l'information et prend les décisions cliniques. Ce modèle est défendable si le patient dit à son dentiste : «Faites le nécessaire, docteur. Vous avez toute ma confiance.» Dans le deuxième cas, le dentiste donne les renseignements et les options possibles, mais laisse au patient la décision d'aller de l'avant avec le traitement.

Pour ce qui est du modèle de prise de décisions partagée, on part du fait que le dentiste possède l'expertise technique et que le patient détient un savoir-faire tout aussi valable (quoique différent) : la connaissance de ses propres valeurs et préférences sur le plan de la santé. Ils partagent tous 2 l'information, et la décision relative au traitement est prise conjointement.

Dans la vie de tous les jours, la prise de décisions cliniques ne cadre pas soigneusement ou entièrement avec l'un ou l'autre de ces modèles. Bien que certains patients préfèrent laisser le soin au dentiste de prendre les décisions nécessaires, d'autres souhaitent être des participants plus actifs dans le processus. Selon les recherches, un patient qui est jeune et viable sur le plan financier, et qui est une femme a plus tendance à vouloir être un partenaire dans la prise de décisions.

Lorsque vous réalisez des procédures, et surtout celles qui sont électives, écoutez attentivement les préférences de votre patient. Ne croyez surtout pas qu'un seul plan de traitement est possible et n'ayez pas peur d'attendre que le patient soit à l'aise avec une décision clinique. Tout comme un mariage durable, le compromis – basé sur le respect mutuel – est la recette d'une relation saine entre le dentiste et le patient et d'une prise de décisions cliniques relativement paisible.

John O'Keefe
1-800-267-6354, poste 2297
jokeefe@cda-adc.ca



Est-ce que le dentifrice que vous recommandez disparaît dès la première bouchée ?

Pas s'il s'agit de Colgate Total.* La plupart des dentifrices n'offrent aucune protection contre la plaque après le brossage. Encore moins après la consommation d'aliments et de boissons, alors que les dents deviennent plus sujettes aux attaques bactériennes. Colgate Total* est différent. Il fait adhérer le triclosan (un agent antibactérien) aux dents pour une protection qui dure même après le boire et le manger. Des épreuves cliniques ont démontré que Colgate Total aide à combattre la gingivite, la plaque, la carie, les calculs supragingivaux et l'halitose.



Se brosser les dents 2 fois par jour pour une protection totale. Protège même après la consommation d'aliments et de boissons.

Colgate : Le choix des dentistes et des hygiénistes.†

Le mot du président

IL NE FAUT JAMAIS CESSER D'APPRENDRE



Le Dr Louis Dubé

Leurs journées de travail étant bien remplies, les dentistes ont du mal à trouver le temps de participer à des programmes de formation continue (FC), et ce, même si les organismes de réglementation dentaire (ORD), les sociétés dentaires locales et les cercles d'études offrent de plus en plus de programmes chaque année.

Je suis d'avis que la FC est essentielle à la prestation de soins dentaires de haute qualité. De nos jours, il est inexcusable de ne pas maintenir cette qualité de soins. Les ORD offrent des cours pratiques qui permettent aux dentistes de se tenir à jour. Des cours certifiés sont aussi offerts par des fournisseurs multimédias dans l'Internet et sur DVD. Toutefois, il existe une source d'apprentissage et de FC qui, à mon avis, surpasse toutes les autres : le congrès annuel de l'Association dentaire canadienne (ADC).

Chaque année, l'ADC collabore avec une association membre pour élaborer le programme d'un congrès pouvant offrir une excellente formation. Du 4 au 6 mars 2004, l'ADC se joint à la Conférence dentaire du Pacifique (CDP) et à l'Association des chirurgiens dentistes de la Colombie-Britannique (ACDCB) pour présenter aux dentistes et à leur équipe des conférenciers venus du monde entier pour discuter de sujets cliniques et de gestion d'avant-garde.

La plupart des ORD exigent un cumul annuel de 30 crédits. Une personne peut obtenir, au cours de cette seule conférence, près de la moitié des crédits annuels exigés, essayer les nouveaux matériaux et instruments présentés dans la salle d'exposition et même acheter quelques articles essentiels.

L'ADC et les représentants de l'ACDCB se feront un plaisir de vous accueillir à ce grand événement qui se tiendra à Vancouver. Vous pouvez vous inscrire à la conférence et aux ateliers de FC sur place. Votre participation à la CDP sera une excellente occasion d'échanger des idées avec des collègues, de rencontrer des amis et de visiter une des plus belles villes du Canada. Vous aurez même l'occasion d'appuyer une bonne cause en participant au Tournoi de golf d'Aurum Ceramic/Classic dont les profits seront versés au Fonds dentaire canadien.

En plus de souligner l'importance de votre participation à la conférence annuelle de l'ADC, j'encourage tous les dentistes à participer aux diverses réunions et conférences provinciales qui ont lieu tout au long de l'année. Il ne faut pas non plus sous-estimer le rôle des sociétés dentaires locales dans la formation continue des dentistes. Il y a quelques années, j'ai participé à la préparation et à la coordination de programmes de FC au sein de ma société dentaire locale. Je peux témoigner de l'engagement des dentistes bénévoles qui ne ménagent ni leur temps ni leur énergie pour faire en sorte que nous demeurions à jour quant aux divers modes de gestion et de pratique

dentaire. N'hésitez pas à assister à ces conférences ou à collaborer à leur organisation. Pourquoi ne pas en donner une vous-même ou participer à un échange de groupe dans le cadre d'un cercle d'études?

Une fois encore, tous en profitent – les ORD et les associations, les dentistes praticiens et leur équipe dentaire – mais, finalement, ce sont les patients qui en profitent le plus en ayant accès à des soins dentaires de renommée internationale.

L'ADC s'engage à promouvoir la FC comme un moyen de permettre aux dentistes canadiens de conserver leur leadership dans leur profession, en continuant d'offrir des soins buccodentaires optimaux. Une fois la CDP terminée, et je vous assure qu'elle connaîtra un grand succès, l'ADC ne s'assiéra pas sur ses lauriers. Elle participera à l'organisation d'un autre événement d'importance : le Congrès 2005 de la Fédération dentaire internationale qui aura lieu au Palais des congrès nouvellement rénové de Montréal, du 24 au 27 août. Le congrès s'adresse à tous les membres de l'équipe dentaire. Il accueillera le plus grand salon de la dentisterie de l'année au Canada, ainsi qu'une soirée de gala et une soirée thématique canadienne. Plus de 15 000 délégués du monde entier y sont attendus, et de nombreuses organisations dentaires affiliées y tiendront leurs réunions.

Cet événement promet d'être passionnant! Entre-temps, il y a toujours la CDP. Comme j'ai déjà participé à de nombreux congrès internationaux au fil des ans, croyez-moi lorsque je dis que le programme de formation de la CDP 2004 peut aisément rivaliser avec les meilleurs. Au plaisir de vous voir à Vancouver!

À la prochaine... dans la merveilleuse Colombie-Britannique!

Louis Dubé, DMD
president@cda-adc.ca

Courrier

Commentaire du rédacteur en chef

La rédaction du *Journal* invite les lecteurs à lui écrire sur des sujets qui appartiennent à la profession dentaire. Les lettres font foi des opinions de l'auteur et ne traduisent pas nécessairement les vues ou les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne. Idéalement, les lettres ne doivent pas compter plus de 300 mots. Si 300 ne suffisent pas, nous vous invitons à rédiger un article pour la chronique Débat.

Hausse de la carie

J'ai lu la lettre du Dr Harold H. Punnett¹ dans le *JADC* de novembre 2003 au sujet de la hausse de la carie chez les enfants des familles aisées. Il s'agit d'une tendance que j'ai observée dans mon cabinet de pédiatrie. Le Dr Punnett est d'avis que les boissons gazéifiées sont à blâmer, mais je pense que le problème se trouve dans les barres énergétiques, les barres céréalières, les pâtes de fruits déshydratés et toute autre collation collante semblable. Croyant ces aliments nutritifs, les gens en mangent souvent sans se rendre compte combien ils sont nocifs pour les dents. Je dis à mes patients qu'ils sont pires que les bonbons, étant donné qu'ils restent dans la bouche longtemps après que les enfants pensent les avoir avalés. Je crois que les enfants prennent goût à ces aliments et que ceux-ci feront partie de leur régime alimentaire. J'ai également été frappée par la progression rapide des caries. Comme mon cabinet reçoit bon nombre de patients qui y sont adressés, il est sans doute normal qu'ils aient des taux de carie plus élevés. Il est donc intéressant de voir que cette tendance a été observée dans un cabinet de dentisterie générale.

*Dre Darlene Postello
Nanaimo (C.-B.)*

Référence

1. Punnett HH. Hausse de la carie. *J Can Dent Assoc* 2003, 69(10): 634.

Évolution dans le Nord

Dawson City, Territoire du Yukon, la Ruée vers l'or de 1898 – l'appel de l'aventure dans le Nord pour ceux qui connaissent tant soit peu l'histoire du Canada.

Aujourd'hui, c'est toujours une petite ville très spéciale d'environ 2000 habitants qui se donne des airs de métropole avec l'arrivée, chaque été, de jeunes gens de toutes conditions sociales qui y sont attirés par un esprit d'aventure et l'espoir de trouver un emploi d'été.

C'était mon cas. Arrivé à Dawson City en 1979, j'ai ouvert un petit cabinet de dentisterie générale – seulement une assistante et moi-même.

Environ 40 % de mes patients sont des gens des Premières Nations. Revenant sur mes quelque 25 années d'expérience, j'ai observé un changement dans leur attitude à l'égard de la dentisterie.

Au début, la plupart de mes patients autochtones venaient me voir seulement quand ils souffraient. Ils me paraissaient timides, presque indifférents. La communication était difficile, et nous les traitions souvent pour des extractions, préparant inévitablement la voie pour des prothèses complètes. L'hygiène buccale était pauvre, parfois nulle.

Fait surprenant, une évolution spectaculaire a eu lieu au cours des 10 dernières années dans la population autochtone de Dawson City. Le changement le plus évident semble avoir été une confiance plus grande en soi, se traduisant par un intérêt accru pour les options de traitement, les questions touchant l'hygiène buccale et les soins d'orthodontie. Chose intéressante à signaler, c'est aux femmes autochtones que l'on doit en grande partie ce changement.

Aujourd'hui, on parle beaucoup de stratégies en matière d'hygiène buccale. Pour donner à ces idées un essor pratique, je crois que le moment est opportun pour lancer un programme d'éducation à l'intention des adultes des localités éloignées (et surtout autochtones) du Canada. On aiderait ainsi les

autochtones à comprendre les avantages sanitaires et financiers à long terme d'une bonne hygiène buccale et de la prévention.

*Dr Helmut Schoener
Dawson City (T.-Y.)*

Éditorial spécial

Le *JADC* d'octobre 2003 a non seulement attiré mon attention, mais m'a fait aussi bouillir de rage! L'éditorial spécial¹ d'Andrew Jones m'a suffoqué quand j'ai réfléchi au message sous-entendu dans la phrase suivante : «Si l'ADC ne s'était pas exprimée avec force au cours des débats sur la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRP/DE)*, la loi n'aurait peut-être pas été adoptée ou le gouvernement fédéral aurait peut-être cédé à ceux qui, dans le milieu de la santé, ne veulent pas que la *LPRP/DE* visent les renseignements médicaux.» Êtes-vous vraiment fiers de cela? L'ADC veut-elle sa mort? L'ADC s'enorgueillit-elle de toujours mal juger ses coups? L'ADC, pour laquelle j'ai œuvré pendant plus de 40 ans, semble ne jamais rater une occasion de rater une occasion.

Vous voilà allant clopin-clopat, dépendant principalement de l'appui des dentistes des provinces où l'adhésion est obligatoire pour pouvoir exercer. Je me déssole parce que nous avons besoin d'un porte-parole puissant et viable (que j'appuie d'ailleurs). Mais si je dois compter sur des initiatives telle une «trousse d'introduction», je ne suis pas sûr de pouvoir bien dormir. Heureusement, je suis un membre du Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario (CRCDO) qui a proactivement créé une trousse «clé en main» à un coût minime. De plus, le CRCDO a promis son appui aux membres qui se conforment au règlement et qui se prennent dans la toile de cette loi qui risque d'être draconienne. Je dors mieux maintenant!

*Dr Marvin Klotz
Rédacteur en chef de l'Alumni Today
Toronto (Ont.)*

Référence

1. Jones A. Protégez les renseignements personnels. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(9):555.

Réponse

L'ADC est en faveur d'une loi qui protège les renseignements médicaux personnels des patients contre les abus et les mauvais usages quand ils sont dévoilés en dehors de la relation dentiste-patient, mais est contre une loi fédérale sur la vie privée qui alourdit encore le fardeau administratif des dentistes.

Les dentistes travaillent tous à l'intérieur d'une structure législative provinciale exigeant la protection des renseignements sur les patients. L'ADC sait que les dentistes ont une excellente réputation quand il s'agit de la protection des renseignements personnels et que point n'est besoin de changer les meilleures pratiques actuelles.

Pendant les débats législatifs sur la *LPRP/DE*, de nombreux experts en la matière craignaient que les institutions financières aient accès à des renseignements médicaux dévoilés antérieurement en prenant des décisions sur des questions comme l'assurance-vie et l'approbation des prêts. La *LPRP/DE* interdit clairement ce genre d'activités et, à notre avis, cette disposition donne aux patients un sentiment de sécurité plus grand quand ils divulguent des renseignements aux dentistes ou à d'autres professionnels de la santé.

L'ADC a soutenu que les Canadiens méritent de savoir et de contrôler qui a accès à leurs renseignements personnels. Nous sommes heureux que les Canadiens soient maintenant protégés contre les mauvais usages que des sociétés d'assurance échappant au contrôle de la relation patient-dentiste pourraient faire de leurs renseignements médicaux personnels.

Cet automne, l'ADC a consacré ses ressources pour forcer le gouvernement fédéral à donner des informations qui aideront les dentistes à comprendre leurs obligations en vertu de la *LPRP/DE* et non simplement pour obtenir un autre avis juridique sur son application aux dentistes. L'ADC était membre à part entière d'un groupe de travail d'associations de fournisseurs qui

s'est réuni régulièrement avec les fonctionnaires du Bureau du Commissaire à la protection de la vie privée ainsi que des ministères de la Justice, de la Santé et de l'Industrie du Canada. Ces rencontres ont permis de produire le document final pour l'interprétation de la *LPRP/DE* par le gouvernement fédéral.

La «trousse d'introduction» mentionnée dans le *JADC* d'octobre 2003 est devenue une section du volet réservé aux membres de notre site Web (www.cda-adc.ca), leur donnant aisément accès à l'interprétation que le gouvernement fédéral donne de cette loi. Une série de questions et de réponses simples aide à préciser les exigences reliées à l'obtention du consentement, à la divulgation des renseignements médicaux personnels aux sociétés d'assurance privées, aux mesures de protection dans les cabinets et aux demandes visant à modifier des renseignements dans un dossier dentaire. Et ce sont là seulement quelques-uns des points couverts.

L'ADC s'est évertuée à établir des pratiques raisonnables qui seraient qualifiées conformes à la *LPRP/DE* par le Bureau du Commissaire à la protection de la vie privée et Justice Canada. En fin de compte, nous espérons que tous les organismes qui utilisent des renseignements médicaux personnels les tiennent en haute estime tout comme les dentistes – quand cela se produira, vraiment oui, nous dormirons tous mieux!

Andrew Jones
Directeur des relations générales et
gouvernementales de l'ADC

Sondage de l'ACID joint au présent numéro

Le questionnaire du 8^e sondage annuel sur l'avenir de la dentisterie de l'Association canadienne de l'industrie dentaire (ACID) est joint au présent numéro du *JADC*. Nous espérons que vous pourrez participer à cette importante étude qui définira quels produits et services dentaires seront offerts à l'avenir. ♦

INDEX DES ANNONCEURS

3M ESPE Dental Products	72
Adhésion à l'ADC	117
Assemblée annuelle de l'ADC	82
Association canadienne des assistantes dentaires	132
CareCredit	84
CDSPI	82, 86, 104, 111, 135
Colgate-Palmolive Canada Inc.	76
CULEASE Financial Services	98
Fonds de l'ADC	125
GlaxoSmithKline	88, 93, 99
Jasper Dental Congress	112
Johnson & Johnson Inc.	70
Laboratoires Oral-B	73, 74
Nobel Biocare Canada Inc.	87
Patterson Dentaire Canada Inc.	133
Pfizer Canada Inc.	136
Pharmascience	83, 134
Plaquettes du SISD	126-7
Strathcona Pharmacy	110
Tri Hawk Dental Burs	99
Zoom Airlines	92

Actualités

Contrôle des infections en milieu dentaire : nouvelles directives des CDC

Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont publié, fin décembre, des *Directives pour le contrôle des infections en milieu dentaire, 2003*. En 10 ans, il s'agit de la première mise à jour des recommandations formulées à ce sujet.

Ces nouvelles directives utilisent un terme plus général, parlant de «précautions standards» qui sont des protocoles visant à se protéger contre les expositions au sang et aux autres liquides organiques (dont la salive, les membranes muqueuses et les lésions cutanées), au lieu de «précautions universelles» qui sont des mesures conçues uniquement pour prévenir les expositions au sang.

Plusieurs points non spécifiquement traités dans les éditions antérieures sont couverts, y compris la gestion des expositions professionnelles aux microorganismes infectieux transmis par contact avec le sang et les autres liquides organiques; la qualité de l'eau des unités dentaires; la sélection et l'utilisation des appareils dentaires munis de dispositifs conçus pour prévenir les piqûres avec des aiguilles et toute autre blessure avec des objets tranchants; les produits d'hygiène pour les mains, dont l'alcool à friction; l'hypersensibilité au latex; la radiologie dentaire; et l'évaluation des programmes. En outre, les nouvelles directives comprennent les besoins en matière de recherche ainsi que la gestion des questions liées à la santé et à la sécurité du personnel dans les cabinets dentaires.

On trouvera la version intégrale du rapport à www.cdc.gov/mmwr. ♦

L'OMS présente un site Web sur la santé buccodentaire

Le Programme de santé buccodentaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé un nouveau site Web à l'adresse http://www.who.int/oral_health/en/index.html (en anglais seulement).

Vous y trouverez le Rapport mondial sur la santé buccodentaire 2003 de l'OMS, les profils des pays en matière de santé buccodentaire (avec des données de plus de 130 pays), les stratégies de prévention des maladies buccodentaires et de promotion de la santé, les événements à venir, des renseignements sur les risques encourus par les voyageurs et les précautions qu'ils doivent prendre, et plus encore. ♦

Iressa pourrait aider à combattre le cancer de la bouche

Selon des chercheurs du Japon, Iressa, un nouveau médicament approuvé pour traiter le cancer des poumons, pourrait être également utile pour traiter les cancers de la bouche.

Ce médicament permet d'inhiber une molécule appelée récepteur du facteur de croissance épidermique (R-EGF) qui est superactive dans plusieurs types de cancer. Des expériences de laboratoire démontrent que Iressa triple la susceptibilité des cellules cancéreuses à la radiothérapie en bloquant l'aptitude de la tumeur à réparer les dommages à l'ADN après un traitement.

De fait, «cette nouvelle stratégie thérapeutique faisant appel au rayonne-

ment et à l'inhibiteur R-EGF pourrait aider à vaincre le cancer de la bouche sans chirurgie», suggère le Dr Satoru Shintani, chercheur en chef. Le Dr Shintani et ses collègues à la Faculté de médecine de l'Université Ehime en sont venus à cette conclusion après une série d'expériences sur des souches cellulaires prélevées sur des humains ayant le cancer de la bouche.

Cette étude a été publiée dans l'édition du 23 décembre 2003 de l'*International Journal of Cancer*. ♦

Conférence sur l'alphabétisation et la santé

La Deuxième Conférence canadienne sur l'alphabétisation et la santé servira de tribune nationale pour discuter des contributions actuelles à l'amélioration de la santé des Canadiens peu alphabétisés. Cet événement, qui se tiendra à Ottawa du 17 au 19 octobre, réunira des professionnels de la santé, des éducateurs et des spécialistes en alphabétisation de partout en Amérique du Nord pour présenter les perspectives les plus récentes sur ce qui touche l'alphabétisation et la santé.

Les thèmes proposés pour la conférence comprennent l'amélioration des services de santé, le

ARTISTE VEDETTE

L'artiste vedette de ce mois-ci est la **Dre Ratna Kali-Roy** de Grande Prairie (Alberta). Intitulée *Lumières dansantes*, son huile sur toile traduit sa fascination pour les aurores boréales. «La première fois que je les ai observées, c'était à Hay River, dans les Territoires du Nord-Ouest, et elles sont devenues l'un des mes sujets favoris», a-t-elle déclaré à la rédaction. Se décrivant elle-même comme une peintre amateur, la Dre Kali-Roy a commencé à peindre il y a 3 ans et se plaît également à l'acrylique et à l'aquarelle. Quand elle n'examine pas les dents, elle perfectionne ses aptitudes en photographie.

Diplômée de l'Université de Calcutta en 1982, la Dre Kali-Roy a enseigné à la Faculté de médecine de Manipal (Inde méridionale), puis est devenue fellow en chirurgie dentaire du Collège royal des chirurgiens de Londres. Après quelques années en Angleterre, elle a émigré au Canada en 1997, passant quelques temps dans les T.N.-O. où elle a peint *Lumières dansantes*. ♦



perfectionnement des aptitudes à la lecture et à l'écriture, l'accentuation sur le langage et la culture, l'apprentissage par la recherche et l'élaboration d'une politique publique saine. La date limite pour soumettre des sommaires est le 14 mai.

Pour en savoir plus sur *Maintenir le cap – L'alphabétisation et la santé : première décennie* (Deuxième Conférence canadienne sur l'alphabétisation et la santé), communiquez avec l'Association canadienne de santé publique, 400-1565, avenue Carling, Ottawa ON K1Z 8R1; tél. : (613) 725-3769; téléc. : (613) 725-9826; courriel : literacyandhealth_conf@cpha.ca; site Web : www.cpha.ca/alphabétisation. ♦

Les endodontistes se retrouvent en Australie

La quatrième Conférence transpacifique des endodontistes, portant le thème *Élargir ses horizons au paradis*, se déroulera les 4 et 5 septembre à Port Douglas (Queensland), en Australie.

«Voilà un événement que les endodontistes canadiens ne voudront pas manquer, en raison de son programme scientifique stimulant, regroupant de grands conférenciers du Canada et de l'Australie», déclare le Dr Wayne Pulver de Willowdale (Ontario), qui aide à organiser la conférence. Les praticiens généralistes sont également invités à participer à la conférence.

L'Académie canadienne d'endodontie (ACE) tiendra son assemblée générale annuelle lors de la conférence, parrainée par l'ACE et la Société australienne d'endodontologie.

Pour obtenir plus de renseignements, communiquez avec le Dr Pulver à waynepulver@rogers.com ou visitez les sites www.ifea2004.im.au et www.caendo.ca. ♦

Hommage à un grand enseignant

Grâce à la création d'une bourse rentée à l'intention des cliniciens en dentisterie restauratrice, la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill rend hommage au Dr Ernest R. Ambrose pour ses contributions à l'enseignement dentaire.

Afin de l'honorer, un comité de diplômés a décidé de faire appel à la générosité de ses nombreux collègues et amis et des diplômés de l'Université McGill de 1955 à 1979 en ayant pour objectif de créer un fonds de dotation de 500 000 \$. Ce fonds servira à financer les activités pédagogiques et cliniques du récipiendaire qui travaillera à la clinique d'enseignement du premier cycle de la Faculté de médecine dentaire à l'Hôpital général de Montréal, site du Centre de santé de l'Université McGill. Il s'agira de la toute première bourse rentée à l'intention des cliniciens à l'Université McGill.

Le Dr Ambrose a été professeur et doyen à la Faculté de médecine avant de prendre sa retraite en 1977. Il a transmis à des milliers de jeunes gens son enthousiasme pour l'exercice de la dentisterie et ses normes élevées d'éthique professionnelle. En créant ce poste spécial, la Faculté tient à maintenir la tradition de dévouement, de compassion, de sens commun et d'excellence dont le Dr Ambrose a fait preuve durant longtemps avec un zèle extraordinaire. Bien qu'il ait quitté l'Université de la Saskatchewan où il a également été doyen, le Dr Ambrose sert toujours la profession à titre de consultant. Il fait également partie du Cercle d'études en dentisterie restauratrice de Saskatoon.

La Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill invite tous ceux qui l'ont connu à contribuer à l'institution de cette bourse. Non seulement rendront-ils ainsi hommage à un grand homme, mais aideront-ils aussi l'Université McGill à préserver une tradition d'excellence séculaire en enseignement clinique, et ce, pour le bienfait des futures générations d'étudiants en médecine dentaire.

Quiconque désire faire un don est prié de joindre Debbie Larocque au (514) 398-7203, poste 4165. Les chèques à l'ordre la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill peuvent être adressés à : Debbie Larocque, Faculté de médecine dentaire, Université McGill, 3640, rue Université, pièce M30, Montréal, QC H3A 2B2. ♦

Distinctions de l'Académie Pierre Fauchard de 2004

La cérémonie de remise des distinctions et des titres de fellow de l'Académie Pierre Fauchard de 2004 se déroulera le vendredi 5 mars à l'hôtel Pan Pacific de Vancouver pour honorer la Dre Marcia Boyd, récipiendaire de la Distinction pour services émérites, et M. Brian Henderson, récipiendaire du titre de fellow honoraire de l'APF. La cérémonie comprendra également l'intronisation des fellows de 2004 et les participants au Programme Dentsply des cliniciens étudiants. Pour obtenir plus de renseignements, écrivez à drdolman@sympatico.ca. ♦

D É C È S

Burgman, Dr George E. : Le Dr Burgman, consultant retraité en odontologie médico-légale de Niagara Falls (Ontario), est décédé le 13 janvier. Diplômé de l'Université de Toronto en 1949, le Dr Burgman a reçu la Distinction pour services émérites de l'ADC en 1997.

McMurray, Dr Gordon L. : Diplômé de l'Université de l'Alberta en 1950, le Dr McMurray de Qualicum Beach (C.-B.), est décédé le 9 octobre à l'âge de 85 ans. Il était membre à vie de l'ADC.

Shillington, Dr Richard M. : Diplômé de l'Université de l'Alberta en 1983, le Dr Shillington est décédé le 12 décembre à l'âge de 50 ans.

Turner, Dr Thomas Charles (Tim) : Le Dr Turner, endodontiste de Toronto et membre de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Toronto, est décédé le 11 décembre à l'âge de 80 ans. Il a obtenu son diplôme en médecine dentaire au Collège Trinity de l'Université de Toronto en 1949 et a terminé sa maîtrise en médecine dentaire à l'Université de la Californie du Sud en 1952. ♦

Pour accéder directement aux sites Web mentionnés dans les Actualités, consultez les signets du JADC de février à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-70/issue-2/index.html>.

RÉUNION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE COMPRENANT L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

Le vendredi 23 avril 2004

AVIS DE CONVOCATION

VEUILLEZ NOTER qu'une réunion de l'assemblée générale de l'Association dentaire canadienne, comprenant l'assemblée générale annuelle (AGA) et une séance interactive, se déroulera le vendredi 23 avril 2004 à l'hôtel Fairmont Château Laurier, au 1, rue Rideau, Ottawa (Ontario), à 9 h.



George Weber
Directeur général et secrétaire
Association dentaire canadienne

FORUM STRATÉGIQUE

Le samedi 24 avril 2004

AVIS DE CONVOCATION

VEUILLEZ NOTER qu'un forum stratégique de l'Association dentaire canadienne se déroulera le samedi 24 avril 2004 à l'hôtel Fairmont Château Laurier, au 1, rue Rideau, Ottawa (Ontario), à 9 h.



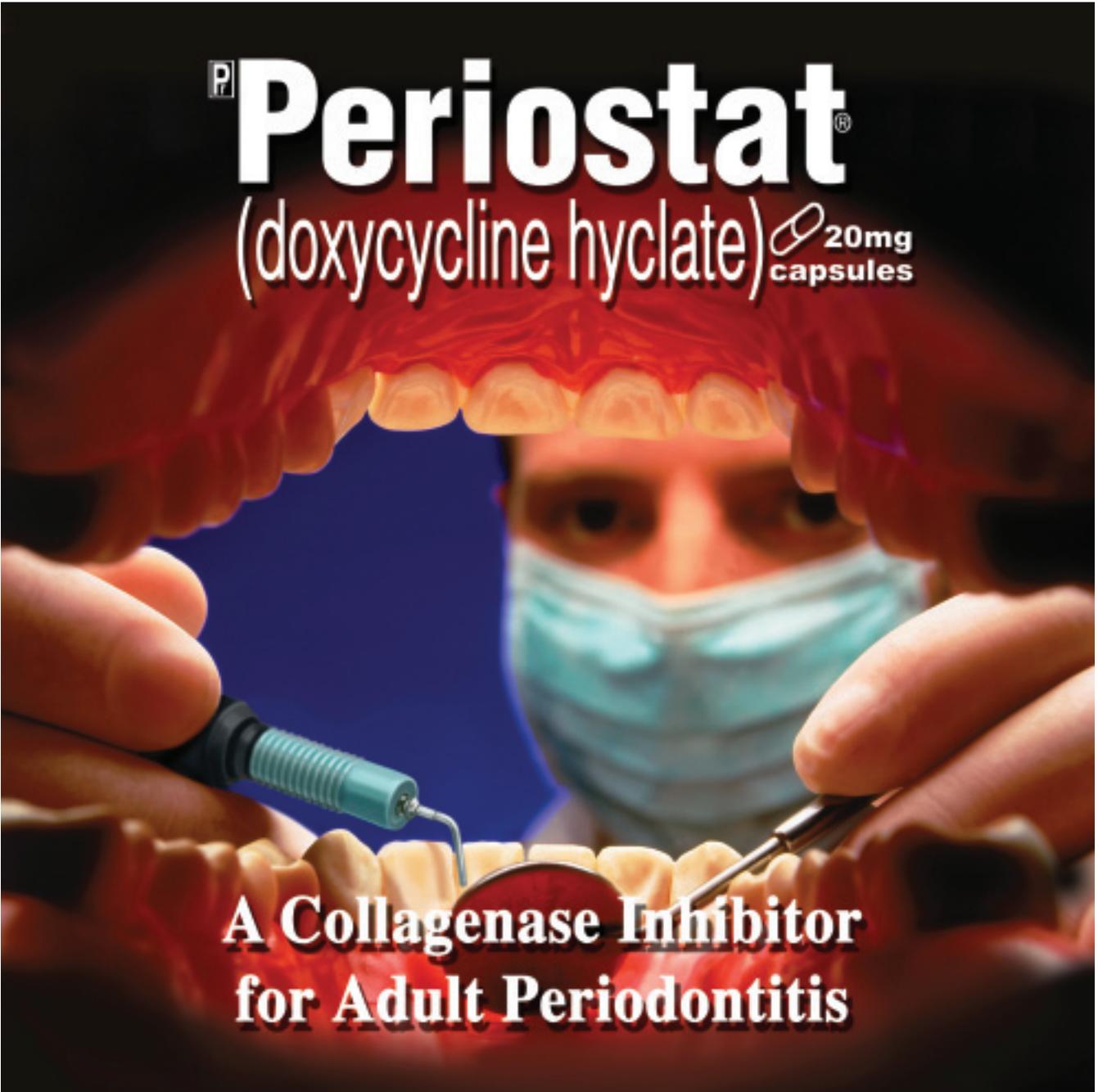
George Weber
Directeur général et secrétaire
Association dentaire canadienne



* Le nombre représentant le pourcentage à payer en frais de chargement, d'initiation et d'opérations courantes, imposé par le RER de l'ADC.

Pour en bénéficier, appelez dès maintenant le **1 877 293-9455**, poste 5021.

P Periostat® (doxycycline hyclate) 20mg capsules



A Collagenase Inhibitor for Adult Periodontitis

Indicated for use as an adjunct to scaling and root planing to promote attachment level gain and to reduce pocket depth in patients with adult periodontitis*

Periostat® is contraindicated in people who have shown hypersensitivity to any of the tetracyclines and in patients with myasthenia gravis. The use of drugs of the tetracycline class during tooth development (last half of pregnancy, infancy and childhood to the age of 8 years) may cause permanent discolouration of the teeth (yellow-grey-brown). Tetracycline drugs, therefore, should not be used in this age group and in pregnant or nursing women unless the potential benefits may be acceptable despite the potential risks. Patients exposed to direct sunlight or ultraviolet light should be advised that an exaggerated sunburn reaction can occur with tetracycline drugs.*



* Periostat® Product Monograph

For further information about Periostat®, please call 1-866-340-GUMS



No Interest Payment Plans *Now Available*



A Welcome Sign

Practices currently offering CareCredit™ have found that patients welcome and appreciate the ability to pay for recommended treatment with No Interest payment plans. Now introducing, for your patients' dental needs, 3, 6, & 12 Month No Interest Payment Plans from CareCredit.

CareCredit, a division of GE Capital, is the leading patient financing programme in North America, and the only one exclusively selected for their members by the ADA,* AGD, AAOMS, and AAP. Our flexible, low monthly payment options help more patients start recommended treatment today. And with CareCredit, your practice receives payment within two business days — with no responsibility if the patient delays payment or defaults.

Call 800-300-3046 ext. 4519 for more information or to enroll in CareCredit. Call today, because No Interest Payment Plans are an option your patients will definitely welcome.



Call to receive your **FREE CD**, "Establishing A Successful Financial Policy" featuring Lisa Philp, President, Transitions Group.

800-300-3046 x4519
www.carecredit.ca

CareCredit™
Patient Payment Plans

* ADA Member Advantage™ is a service mark of the American Dental Association. ADA Member Advantage is a programme brought to you by ADA Business Enterprises, Inc. a for-profit subsidiary of the American Dental Association.

Come see us at Pacific Dental Congress, Vancouver, BC, March 4 - 6, 2004 — Booth# 1620 & 1622

L'éthique dentaire : Notre avenir repose sur des comités d'éducation et de déontologie

• Barry Schwartz, DDS •

© J Can Dent Assoc 2004; 70(2):85-6

L'éthique devient rapidement l'un des principaux sujets abordés dans les journaux. Il s'écoule très peu de semaines sans que les manchettes ne parlent d'un cas de manquement aux principes de déontologie dans le milieu des affaires ou de la dernière crise gouvernementale sur laquelle doit enquêter un ombudsman chargé des questions déontologiques ou un comité de déontologie. Chaque semaine, le *Globe and Mail* nous présente des dilemmes moraux interactifs en raison de l'intérêt accru des lecteurs.

Les cas de conflits d'intérêts abondent dans les ministères et à tous les paliers du gouvernement. Le premier ministre a tenté de désamorcer des situations épineuses en nommant un conseiller en éthique, Howard Wilson, qui relève directement du PM et non de la Chambre des communes. Des articles comme celui ayant pour titre *Rubber Stamps Aren't in the Ethics Tool Kit*¹ sont un exemple du mépris du public à l'égard de ce type d'approche axée sur le maintien des distances. Depuis 1994, le conseiller en éthique approuve sans discussion presque tous les agissements des libéraux les qualifiant d'«éthiques», même dans les situations de manquement évident aux règles. Selon le coordonnateur de Démocratie en surveillance, Duff Conacher, un conseiller en éthique doit être entièrement indépendant et avoir le pouvoir de faire appliquer les règles sans échappatoire possible.

La déontologie des affaires a été ébranlée par les scandales Enron et WorldCom. Martha Stewart, symbole du mode de vie américain, est reliée à une affaire de délit d'initié. La confiance du public dans les institutions a été durement éprouvée suite à la destruction de documents compromettants par le géant de la vérification comptable Arthur Andersen LLP.

La dentisterie fait également l'objet d'un examen minutieux accru de la part du public. Un article du magazine *Reader's Digest* intitulé *How Honest is Your Dentist?*² a semé le doute auprès de la population nationale quant à l'éthique au sein de la profession dentaire. On invite les patients à s'interroger sur les raisons qui motivent leur dentiste à leur recommander un traitement. Un autre publié dans le *National Post*, intitulé *Dentists' Fraud Growing*³, a relancé le débat concernant le comportement éthique des dentistes. Pour ajouter de la

crédibilité et susciter un sentiment de crainte chez le public, l'auteur a puisé ses renseignements auprès d'un ancien président du Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario (CRCDO). La CBC a présenté une émission aux heures de grande écoute, intitulée *Dental Boot Kamp*⁴. On y mettait en garde des patients contre les stratagèmes publicitaires qu'utilisent les dentistes pour leur vendre des traitements apparemment inutiles.

Les dirigeants des associations dentaires n'ont pas tardé à réagir sévèrement, mais leur réaction suffit-elle à rétablir pleinement la confiance du public dans notre profession? La médecine a fait face à des situations semblables et a su réagir efficacement aux jugements de valeur contradictoires, à la réduction des coûts, aux conflits d'intérêts, à la restructuration et aux préoccupations des patients, en mettant sur pied un réseau de comités de déontologie en harmonie avec des centres de bioéthique. Dans le cadre de ce modèle, les institutions peuvent tirer une leçon des problèmes vécus par d'autres, en élaborant des stratégies et des politiques visant à promouvoir les principes qui sont importants pour les patients comme pour leurs fournisseurs de soins. Ce modèle contourne les voies normalement impénétrables et permet d'atténuer les inquiétudes des patients grâce à sa transparence.

Comment la dentisterie réagit-elle aux dilemmes éthiques auxquels elle fait face? Les facultés de médecine dentaire se trouvent devant une énigme. Beaucoup reconnaissent la nécessité d'améliorer l'enseignement en matière d'éthique. Cependant, la formation restreinte de leur personnel ne le leur permet pas.

Pour réagir efficacement aux dilemmes éthiques qui touchent la profession dentaire, nous devons enseigner l'éthique à nos étudiants de premier cycle au même titre que les autres matières. Pour atteindre cet objectif, nous devrions établir une chaire d'éthique dans les 10 facultés de médecine dentaire du Canada. Cinq d'entre elles ont constitué des comités de déontologie, bien que 2 traitent uniquement des questions liées à la recherche. Par conséquent, 3 facultés n'ont aucun comité chargé des dilemmes éthiques concernant des traitements et des soins prodigués aux patients⁵. Afin de pouvoir enseigner l'éthique aux étudiants diplômés, nous

devons mettre en place un système permettant aux dentistes de poursuivre leur formation dans les centres de bioéthique actuellement présents dans la plupart des universités offrant des programmes de médecine et de médecine dentaire.

Dans le milieu universitaire, les dentistes qui possèdent une expérience clinique réelle des situations complexes reliées à la pratique privée peuvent obtenir la formation nécessaire pour enseigner l'éthique aux étudiants de médecine dentaire. L'expérience qu'ils ont acquise sur place les aiderait dans leur enseignement théorique et pratique des principes d'éthique, ce qui aurait un impact plus grand et plus durable sur les étudiants.

La formation de comités de déontologie est née de la nécessité de faire de notre image professionnelle notre première priorité, toujours en tenant compte bien sûr des droits et des besoins de nos patients. Selon une enquête menée par le CRCDO en mai 2001⁶, les dentistes considèrent l'éthique comme la question la plus importante à leurs yeux. En suivant l'exemple d'autres professions de la santé qui offrent une formation en bioéthique et d'autres solutions, nous pourrions faire face aux défis que nous réserve notre profession. Je crois que lorsque nous accorderons à l'éthique la même priorité qu'à d'autres éléments de la dentisterie clinique, nous pourrions donner à nos étudiants les directives et les bases dont ils auront besoin pour préserver la confiance du public envers les dentistes. ♦

Références

1. Conacher D. Rubber stamps aren't in the ethics toolkit. *The Globe and Mail* 2003 Feb 28. Comment, page A15, Metro Section.
2. Ecenbarger W. How honest is your dentist? *Reader's Digest*; Feb 1997. p. 50-6.
3. Blackwell T. Dentists' fraud growing. *National Post* 2002 Sept 27. Canada Section A4.
4. Walsh P. Dental Boot Kamp. *CBC Disclosure*. Feb 18, 2003.
5. Schwartz B. Dental ethics survey questionnaire to all Canadian dental schools. December 2002.
6. RCDSO. *Dispatch* Jan/Feb 2002. p 12-3.



Le Dr Schwartz écrit une série d'articles liés à l'éthique pour la revue Ontario Dentist, ainsi que des dilemmes éthiques pour le Globe and Mail. Il est professeur adjoint d'administration du cabinet à la Faculté de médecine dentaire de l'Université Western Ontario. Il est agréé en règlement extrajudiciaire des différends et offre des services de consultation aux dentistes. Il travaille actuellement sur sa MHS en bioéthique au Centre conjoint de bioéthique, Université de Toronto. Le Dr Schwartz préside également le Comité directeur du plan pluriannuel des soins de santé prolongés pour le Conseil de santé du district de Simcoe-York, ainsi que le groupe de travail de l'Association dentaire de l'Ontario chargé d'examiner les directives sur le conflit d'intérêt.

Écrire au : Dr Barry Schwartz, 14, ch. Ravencliffe, Thornhill ON L3T 5N8. Courriel : barry.schwartz@utoronto.ca.

Les vues exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.



*** Le coût payable pour assistance professionnelle offerte par des conseillers financiers agréés qui ne touchent pas de commission, quand vous investissez dans le RER de l'ADC.**

Pour en bénéficier, appelez dès maintenant le 1 877 293-9455, poste 5021.



NOBELDIRECT™



A patient friendly flapless procedure & Immediate Function™ emerge as 1... piece.

NOBELDIRECT™

BIOLOGIC 1-PIECE IMPLANT

Minimally invasive, flapless procedure for more patient comfort, more patients pleased & more profits in your practice.

- Like a “natural-tooth” with implant and abutment all in one piece
- Predictable, beautiful results... just like C&B, you can temporize at the time of placement
- **Soft tissue integration™*** for a healthier overall restoration and a more esthetic gingiva
- Available in Ø 3.5 (NP), 4.3 (RP), 5.0 (WP) mm and in super-narrow 3.0 mm diameter

* Data on file

NOBELPERFECT™

NOBELDIRECT™

Brånemark System®

Replace®

NOBELESTHETICS™

Procera®

First from Nobel Biocare.

NOBELPERFECT™, NOBELPERFECT™ One-Piece (NP, RP, WP), NOBELDIRECT™ (NP, RP, WP), Brånemark System® and Replace® Implants.

*A complete assortment with **FDA clearance for immediate function** in all single, partial and fully edentulous restorations in the mandible and maxilla.*



A new way to think... and act!



Hypersensibilité dentinaire

Une nouvelle priorité

Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire

La prévalence élevée de l'hypersensibilité dentinaire et le fait qu'elle continue de faire l'objet d'une sous-déclaration et d'un sous-diagnostic ont intensifié le besoin de se concentrer sur le traitement de cette affection. Pour répondre à ces préoccupations, le Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire, conseil représentant un large éventail de spécialités du domaine des soins dentaires, s'est réuni pour formuler des recommandations quant aux meilleures pratiques¹. Ensemble, les membres ont évalué les preuves scientifiques ainsi que les lacunes relatives aux connaissances sur l'affection indiquées par 8 000 professionnels des soins dentaires (taux de réponse de 7 %) dans le cadre d'un sondage national à grande échelle. Mettant leur propre savoir-faire à profit, les membres du conseil ont rédigé les premières « recommandations consensuelles sur le diagnostic et le traitement de l'hypersensibilité dentinaire » afin de guider les membres de la profession dentaire.



James R. Brookfield, D.D.S.

Président, Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire

Président sortant, L'Association dentaire canadienne

Bon nombre de patients hésitent à parler. L'hypersensibilité dentinaire est peut-être plus courante que vous ne le pensez.

Souvent qualifiée de « rhume de la médecine dentaire », l'hypersensibilité dentinaire est très courante, touchant de 8 à 57 % de la population générale¹.

Chez les patients qui blanchissent leurs dents, la prévalence peut être encore plus élevée, atteignant 75 %². Le manque de conscientisation des patients et leurs connaissances de base limitées sur cette affection

empêchent un grand nombre d'entre eux de parler de leur sensibilité au cours de leurs visites habituelles chez le dentiste. À moins que la douleur ne soit extrêmement gênante, les patients hésitent souvent à parler à leur dentiste ou à l'hygiéniste d'un problème qui pourrait être perçu comme étant sans importance. La culpabilité face à la possibilité qu'ils causent eux-mêmes la douleur involontairement ou l'anxiété face à la gravité potentielle du trouble et de son traitement sont aussi des raisons qui peuvent les inciter à se taire.

Bien que la détection se fasse parfois au cours d'un examen de routine, la réticence des patients met en évidence l'importance de tests de dépistage réguliers. Cependant, en raison de l'exclusion de l'hypersensibilité dentinaire du programme d'études dentaires et de l'absence d'un protocole de traitement établi, de nombreux professionnels des soins dentaires hésitent à établir un diagnostic. La sous-déclaration par les patients, jumelée au manque de connaissances et de confiance exprimé par les membres de la profession dentaire quant à la gestion efficace de cette affection font que de nombreux patients continuent de souffrir en silence.

La compréhension des causes de l'hypersensibilité dentinaire en dit long sur la gestion et le traitement.

Le Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire définit l'hypersensibilité dentinaire comme une douleur vive de courte durée causée par la dentine exposée en réponse à des stimuli, habituellement thermiques, évaporatifs, tactiles, osmotiques ou chimiques, qui ne peut être attribuée à aucune autre forme d'anomalie ou de maladie dentaires¹. Il est généralement admis que la dentine est exposée en raison de la perte d'émail ou de la récession gingivale¹.

La perte d'émail est le plus souvent causée par l'érosion due à la dissolution par des acides d'origine non bactérienne¹. Les acides alimentaires présents dans les agrumes et les jus, le vin et les boissons gazeuifiées sont les causes les plus courantes. La forte consommation de boissons gazeuses à faible pH est

considérée comme un facteur important de l'érosion de l'émail et pourrait expliquer pourquoi chez certains enfants, dès cinq ou six ans, on observe des signes d'exposition de la dentine³. Les vomissements fréquents qui accompagnent la boulimie sont un exemple de la perte d'émail possible causée par des acides intrinsèques.

L'acide entraîne le ramollissement et l'érosion de l'émail. L'émail « ramolli » est sensible à l'effet du brossage des dents (avec ou sans dentifrice), de la consommation d'aliments durs ou du grincement de dents¹. Par conséquent, bien que les forces d'abrasion, d'abfraction et d'usure par frottement puissent par la suite contribuer à la perte d'émail, l'érosion est la cause principale de l'exposition des tubules dentinaires¹.

La récession gingivale n'est pas bien comprise ; toutefois, un brossage exagéré, la gingivite ulcéreuse aiguë, des blessures faites à soi-même et des interventions périodontiques non chirurgicales et chirurgicales sont des facteurs de prédisposition reconnus¹.

À moins que les facteurs contribuant à l'usure des dents ou à la récession gingivale ne soient éliminés ou atténués, la douleur risque de réapparaître¹. La difficulté de modifier le comportement des patients met en évidence le besoin

d'une gestion et d'un traitement continus.

La sous-déclaration et le sous-diagnostic mettent en évidence le besoin d'un dépistage assidu.

L'hypersensibilité dentinaire peut affecter les patients de nombreuses façons. Elle peut les empêcher de pratiquer une hygiène bucco-dentaire et des habitudes alimentaires normales, et de visiter régulièrement le dentiste^{2,4}. Les conséquences sur le comportement des patients, la prévalence élevée, la douleur récurrente et l'étiologie multifactorielle exigent l'attention des professionnels des soins dentaires.

Le silence des patients renforce la nécessité, pour les professionnels des soins dentaires, d'effectuer un dépistage assidu, d'engager la conversation sur la sensibilité des dents et de renseigner les patients. Une bonne compréhension des mécanismes de l'hypersensibilité dentinaire souligne davantage l'importance d'un diagnostic précoce, d'une gestion adéquate et de stratégies de traitement continu.

Le Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire a reçu sans restrictions une subvention relative à l'information de GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs.



1. Recommandations consensuelles sur le diagnostic et le traitement de l'hypersensibilité dentinaire. Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire. *Journal de l'Association dentaire canadienne* 2003 ; 69(4) : 221-226. 2. Haywood, VB. Dentin hypersensitivity: bleaching and restorative considerations for successful management. pp. 376-384. Compte rendu d'un symposium tenu lors du Congrès dentaire mondial de la FDI à Vienne, en 2002. *International Dental Journal* 2002 ; 52(5). 3. Addy, M. Dentin hypersensitivity: new perspectives on an old problem. pp. 367-375. Compte rendu d'un symposium tenu lors du Congrès dentaire mondial de la FDI à Vienne, en 2002. *International Dental Journal* 2002 ; 52(5). 4. Drisko, CH. Dentin hypersensitivity - dental hygiene and periodontal considerations. pp. 385-393. Compte rendu d'un symposium tenu lors du Congrès dentaire mondial de la FDI à Vienne, en 2002. *International Dental Journal* 2002 ; 52(5).

Le formulaire de consentement personnalisé : un outil libre, mais éclairé!

• Cyndie Dubé-Baril, DMD, LLM •

S o m m a i r e

Les concepts de consentement éclairé et de gestion du risque dans la pratique de la dentisterie vivent le jour au cours de la seconde moitié du XX^e siècle. Aujourd'hui, l'obligation de s'assurer que le patient accepte le traitement proposé et en saisisse l'ensemble des implications fait partie des responsabilités premières du dentiste. Cet article a pour fin de rappeler aux dentistes la vigilance dont ils doivent faire preuve en matière de consentement aux soins et leur propose, à cet égard, l'adoption d'un outil capable de leur faciliter la tâche : le formulaire de consentement personnalisé.

Mots clés MeSH : dental care/legislation & jurisprudence; ethics/dental; informed consent/legislation & jurisprudence

© J Can Dent Assoc 2004; 70(2):89-92
Cet article a été révisé par des pairs.

Avant même de dispenser des soins ou des traitements à un individu, il incombe au dentiste d'obtenir de cette personne son consentement libre et éclairé. Deux principes fondamentaux sont à la base de cette exigence : l'inviolabilité de la personne humaine et l'autonomie de sa volonté. La *Charte des droits et libertés de la personne*¹ du Québec, la *Charte canadienne des droits et libertés*², le *Code civil du Québec*³, le *Code de déontologie des dentistes*⁴, le *Code criminel*⁵ et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*⁶ sont au nombre des dispositions législatives où se retrouvent ces 2 principes.

Dans le contexte juridique, « consentir » signifie que le patient accepte, par un acte de volonté non équivoque, d'assumer certaines obligations⁷; il en va de même dans la pratique de la médecine dentaire.

Les formes de consentement

Le consentement se traduit par un processus d'échange d'informations entre le dentiste et son patient; l'expression de la volonté de ce dernier à se soumettre à l'un des traitements proposés est son aboutissement. Ce processus même n'est assujéti à aucune forme particulière et se présente généralement de façon verbale⁷. Le consentement peut donc, en principe, être exprès ou tacite⁸⁻¹⁰.

Par contre, dans certains cas, sa forme sera prescrite par la loi, exigeant que le consentement soit complété et formalisé par un écrit⁷⁻⁹. Le document comporte alors, pour être valide, 2 composantes importantes : une transcription de l'explication orale du traitement, qui doit comprendre toutes les

informations nécessaires à une prise de décision éclairée, et la signature d'un formulaire de consentement adéquat^{7-9,11}.

Il ne faut pas néanmoins confondre le consentement avec la forme sous laquelle on peut le consigner⁷. En aucun cas, le consentement ne peut être simplement qu'une question de forme, étant avant tout une question de fond⁷ : un accord signé, sans les explications préalables y ayant mené, ne peut jamais constituer un consentement valide¹². Toutefois, formaliser le consentement sur papier en rend la preuve de l'obtention certainement plus aisée^{7,9,12}. Le formulaire fait donc preuve du consentement en tant que tel devant les tribunaux, mais ne fait pas preuve de l'accomplissement du devoir d'information imposé aux dentistes.

Dans certaines circonstances, le droit exige un consentement écrit, c'est-à-dire que le patient et le dentiste traitant doivent confirmer par écrit l'assentiment intervenu entre eux^{7-9,13}. Il y a donc certaines catégories d'interventions médicales pour lesquelles un consentement écrit est obligatoire : l'anesthésie générale, les interventions chirurgicales et les traitements reçus dans un établissement relevant de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹⁴, ainsi que l'aliénation entre vifs¹³, l'expérimentation¹³ et les soins non requis par l'état de santé¹³. Toutes les procédures dentaires électives (p. ex., certains traitements esthétiques et d'orthodontie, et l'extraction de dents de sagesse asymptomatiques) peuvent entrer dans cette dernière catégorie.

Ainsi, bien que le dentiste ait évalué un traitement comme étant requis par l'état de santé, il se peut que le juge, qui est

maître de l'appréciation de la preuve advenant un litige, conclut que le traitement n'était pas thérapeutique mais plutôt électif, non urgent ou peut-être même non nécessaire sur la base de la preuve, des témoignages et des expertises soumises.

Le formulaire de consentement

Aucune loi n'impose de formulaire obligatoire pour consigner le consentement du patient. Cependant, les dispositions exigeant un consentement écrit pour l'anesthésie générale et la chirurgie en milieu hospitalier stipulent que ce document doit faire état de certains éléments : l'obtention par le patient de toutes les données concernant notamment les risques et les conséquences possibles, la signature du patient (ou celle de son représentant légal dans le cas des mineurs de moins de 14 ans ou des majeurs inaptes), ainsi que la signature du dentiste traitant⁷.

Quelle que soit le formulaire utilisé, il importe que son contenu soit conforme à la loi et aux buts visés par l'exigence de l'écrit. De plus, le formulaire doit non seulement être lisible mais également intelligible pour le patient^{7-9,11}, c'est-à-dire élaboré en termes clairs et précis. Le formulaire, d'abord conçu à des fins légales, tire justement toute son efficacité de la véritable compréhension de celui-ci par le patient^{8,9,12}.

Considérant la nature unique de chaque cas, il n'est pas souhaitable de recommander l'adoption d'un formulaire de consentement uniforme. Les éléments d'information devraient être appréciés par le dentiste traitant en fonction du traitement envisagé, de sa nature (nécessaire, thérapeutique, urgent ou électif), ainsi que des besoins, caractéristiques et attentes de chaque patient. D'ailleurs, il n'est pas toujours utile, voir même limitatif, d'utiliser un formulaire dont les espaces sont figés de telle sorte que la situation particulière du patient qui exigerait plus d'explication ne soit pas proprement détaillée à cause du manque d'espace. Ainsi, une solution valable serait, toujours en ayant en tête les rubriques essentielles au consentement, d'utiliser une feuille blanche pour mieux détailler la situation personnelle du patient duquel le dentiste tente d'obtenir le consentement à la fois libre et éclairé.

La jurisprudence

Dans l'affaire *Walker c. Roy*, la Cour supérieure du Québec¹⁵ rappelle le principe qu'un consentement écrit ne constitue pas nécessairement un consentement éclairé. Dans cette affaire, le dentiste avait effectué l'installation d'implants dentaires chez une patiente. À la suite de complications, elle a dû faire retirer ceux-ci. Or, cette dernière a intenté une poursuite contre le dentiste pour fautes professionnelles ayant conduit à l'échec du traitement. Dans sa défense, le dentiste a

déclaré avoir bien expliqué la nature du traitement et les risques possibles, ainsi qu'avoir obtenu un consentement écrit de sa patiente.

Ledit document signé par la patiente était un formulaire suggéré par le «International Congress of Oral Implantologists», un type de formulaire omnibus qui prévoit toutes les conséquences et éventualités possibles de l'intervention. Selon la Cour, ce formulaire est de la nature d'un contrat d'adhésion. Or, par définition, un contrat d'adhésion est un contrat imposé à une autre personne, dont les clauses ne peuvent être librement discutées^{16,17}. Par conséquent, dans le cas en l'espèce, la Cour a estimé que le formulaire était rédigé à l'avantage du dentiste et au détriment de sa patiente. Il ne pouvait donc pas y avoir eu un consentement libre et éclairé de cette dernière. Dans la mesure où ce document peut constituer un contrat, «le Tribunal n'a [eu] aucune hésitation à le considérer comme abusif et à le déclarer non applicable»¹⁵.

La Cour conclut que ni le contenu du formulaire ni sa signature ne démontraient que le dentiste avait clairement expliqué à sa patiente la nature et les risques du traitement. Étant d'avis que la bénéficiaire n'avait pas émis un consentement éclairé, la responsabilité du dentiste a donc été retenue.

La Cour d'appel, dans cette même affaire, a par ailleurs décidé, sans aborder la qualification du formulaire de consentement, que le consentement écrit de la patiente portait sur une toute autre situation que celle qui existait réellement et a rejeté l'appel.

En somme, non seulement les informations écrites destinées à vulgariser et à publiciser une technique auprès d'une clientèle potentielle ne peuvent-elles en aucun cas être substituées aux explications verbales, mais seules celles qui sont absolument essentielles à l'obtention du consentement devraient être comprises dans les formulaires^{8,9}. De plus, «un consentement signé n'équivaut pas nécessairement à un consentement informé»¹⁸, d'où l'importance d'inscrire au dossier du patient toute information pertinente, les notes pouvant souvent offrir autant de protection légale qu'un formulaire⁷.

Il importe de souligner l'importance d'être vigilant et d'éviter toute discordance entre les notes au dossier et le formulaire de consentement comme il fut le cas dans l'arrêt *Cantin-Cloutier c. Gagnon*¹⁹.

Dans cette affaire, une patiente avait subi l'extraction de 3 dents de sagesse incluses – une chirurgie élective qui était alors ni urgente, ni nécessaire pour le bien-être de cette dernière. Une parésie s'en est suivi, et la patiente a intenté une poursuite contre le dentiste pour avoir manqué à son obligation de l'informer adéquatement des risques associés à cette intervention.

*L'acquiescement
présuppose le dialogue
entre le dentiste
et son patient.
L'obtention d'une
signature sur
un formulaire
ne remplace donc jamais
le devoir du praticien
d'informer adéquatement
le patient.*

Le Tribunal estime que, dans le contexte d'une chirurgie élective et non nécessaire à ce moment précis, tous les risques possibles auraient dû être divulgués à la patiente. Par ailleurs, il y avait une ambiguïté en ce qui a trait au dévoilement des risques associés à la procédure, puisque le dossier médical du dentiste comportait une contradiction manifeste : une annotation de «paresthésie discutée» était inscrite dans le dossier, mais aucune ne l'était dans le formulaire de consentement.

Le Tribunal est d'opinion que le formulaire de consentement doit refléter exactement les risques que le chirurgien discute spécifiquement avec chaque patient. Il n'appartient pas au praticien de la santé de sélectionner, en quelque sorte, les informations qu'il considère opportun d'inscrire sur le formulaire de consentement et d'en mentionner d'autres, non indiquées dans ce document, mais notées dans son dossier médical. Une telle façon de procéder ne peut que conduire à des situations ambiguës quant à ce qui est réellement expliqué au patient, comme en l'espèce.¹⁹

Étant d'avis que le Dr Gagnon n'avait pas donné à sa patiente les informations suffisantes qu'un praticien prudent et diligent aurait données en pareil cas pour obtenir le consentement éclairé de cette dernière, le tribunal retint la responsabilité du dentiste.

Ainsi, une fois le formulaire de consentement rempli, il est suggéré au dentiste d'annoter le relevé des opérations à cet effet, en y apposant la date et sa signature sans y ajouter aucune autre mention afin d'éviter les contradictions entre les annotations et le formulaire.

De plus, 2 autres points impératifs se dégagent également de cette affaire. Premièrement, il est essentiel de donner un temps de réflexion au patient, surtout dans les cas d'interventions non nécessaires. En cas de litige, c'est le juge qui qualifiera la nature de l'intervention et l'étendue de l'obligation qui en découle. Deuxièmement, le formulaire de consentement devrait être signé avant de débiter le traitement, voir même avant l'administration de l'anesthésique, même local, ou de tout autre médicament susceptible d'altérer le jugement du patient.

Par ailleurs, la jurisprudence reconnaît la nécessité de distinguer l'intervention nécessaire de celle qui n'est que purement esthétique. Dans ce dernier cas, les tribunaux exigent une information beaucoup plus poussée et précise sur l'intervention, les dangers, les chances de succès et les problèmes qui peuvent l'accompagner.

L'arrêt *Corbin c. Dupont*²⁰ en est un bon exemple. Dans cette affaire, Mme Corbin, ne possédant que 7 dents au maxillaire inférieur, consulte un dentiste afin d'obtenir des «dents fixes ou prothèse fixe». Le dentiste lui offre un plan de traitement consistant en la pose de 6 implants au maxillaire supérieur et 4 au maxillaire inférieur, avec la pose d'une prothèse fixe. Suite à l'échec d'un implant et après constatation d'un manque d'os, le Dr Dupont fit part à la patiente de la nécessité de recourir à des prothèses amovibles ou à des greffes osseuses au niveau des segments postérieurs du maxillaire

supérieur, avec la pose de 2 implants supplémentaires de chaque côté. Mme Corbin fit effectuer les traitements ailleurs et poursuivit en justice le Dr Dupont. Il ressort clairement du jugement que, pour la patiente, les aspects esthétiques de l'intervention étaient de première importance :

Le tribunal ajoute foi à ses affirmations lorsqu'elle déclare que c'est surtout pour améliorer son apparence et pour se donner confiance qu'elle avait décidé, malgré son âge, de se soumettre à ces interventions inconfortables et quelquefois même douloureuses et que jamais elle n'aurait consenti à se soumettre à ces traitements si le Dr Dupont lui avait fourni tous les renseignements qu'elle était en droit d'obtenir.²⁰

Ainsi, la Cour a retenu la responsabilité du dentiste pour manquement à son obligation d'informer la patiente. Ce dernier a alors fait appel, en essayant de faire valoir que la Cour supérieure avait erré dans son appréciation de la preuve, en ce sens qu'il y avait des indications thérapeutiques au traitement. La Cour d'appel a malgré tout rejeté cette thèse.

Afin d'éviter toute confusion, il serait donc utile de faire écrire au patient sur le formulaire de consentement, dans ces propres mots, la raison de sa consultation et l'objectif visé par le traitement.

Recommandations

À la lumière de ce qui a été traité, la meilleure façon de s'assurer que le patient a compris le traitement proposé est de lui faire écrire, dans ses propres mots, ce que le dentiste lui a expliqué. Il est ainsi possible pour le dentiste de vérifier l'étendue de la compréhension du patient et, en cas de doute ou de mauvaise interprétation, de procéder à une nouvelle explication mieux ciblée.

Tout dentiste peut créer son propre formulaire de consentement, adapté à ses besoins, à sa clientèle et à sa pratique. À cette fin, il est suggéré de consulter une association dentaire provinciale ou fédérale qui pourra guider les dentistes dans leurs démarches. Deux exemples de formulaire de consentement paraissent aux **annexes 1 et 2** (voir <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-70/issue-2/89.html>). Le formulaire pour les mineurs de moins de 14 ans est utilisé par l'auteure dans sa pratique en dentisterie pédiatrique.

Il importe de mentionner que l'acquiescement ou le refus présuppose le dialogue et l'échange entre le dentiste et son patient^{8,9}. L'obtention d'une signature sur un formulaire à cet effet ne remplace donc jamais le devoir du praticien d'informer adéquatement le patient¹⁸.

Conclusion

Cet article vise à sensibiliser les dentistes à leur obligation d'informer convenablement les patients avant de leur prodiguer des soins, tout en donnant aux praticiens des outils pouvant leur permettre d'éviter des poursuites pour manquement à cette obligation. Les formulaires proposés, une fois remplis, sont en quelque sorte l'attestation des informations transmises au patient et démontre la volonté de recueillir le

consentement s'il devenait nécessaire d'en faire la preuve en cas de litige.

L'obligation d'informer les patients incombe au dentiste et à lui seul⁴. Ainsi, il est recommandé de ne jamais déléguer celle-ci à un membre du personnel (p. ex., une hygiéniste ou une assistante) ou à tout autre personne. De plus, avant de prodiguer des soins, il est important de toujours analyser le formulaire de consentement afin de s'assurer qu'aucune ambiguïté n'y subsiste. Il faut aussi s'assurer une dernière fois que le patient a bien compris. D'ailleurs, il est suggéré de procéder à une brève révision du traitement envisagé avant chaque séance et d'inscrire cette démarche au dossier. Cette procédure est importante, puisque d'une visite à l'autre, le patient peut très bien avoir changé d'avis, le consentement aux soins étant de nature évolutive et non définitive.

Certes, la loi impose au dentiste des balises, mais elle ne remplacera jamais le jugement professionnel, garant de la qualité de l'acte¹⁸. Nul n'est à l'abri d'une poursuite, pas même le dentiste le plus chevronné. La vigilance et le respect mutuel, qui doivent être l'esprit et l'âme de la relation patient-dentiste, constituent la clef du succès. Le dentiste, en se mettant à la place du patient, devrait toujours se demander ce qu'il aimerait savoir au sujet de l'intervention. ➔

Mise en garde : Cet article médico-légal s'appuie sur la doctrine, la jurisprudence et les lois québécoises en la matière. Or, une fois adaptés aux différentes législations provinciales en vigueur, les principes de base s'appliquent au niveau pancanadien.

Avis au lecteur : Cet article vise à procurer des conseils pratiques en gestion du risque. Or, le lecteur doit recourir aux services d'un conseiller juridique afin d'établir son propre formulaire de consentement adapté à sa clientèle et à sa pratique. Les exemplaires qui figurent dans cet exposé ne sont fournis qu'à titre d'illustration.

Remerciements : L'auteure désire remercier Me J. Baril (vérification des aspects juridiques) et Y. Charneau (vérification de la syntaxe et de l'orthographe) pour avoir révisé le manuscrit.



La Dre Dubé-Baril est détentrice d'un baccalauréat en droit (UQAM, 2003) ainsi que d'une maîtrise en droit de la santé (Université de Sherbrooke, 2001) et exerce la dentisterie pédiatrique dans un cabinet privé à Brossard (Québec) tout en complétant l'École du Barreau du Québec.

Écrire à la : Dre Cyndie Dubé-Baril, 2540, rue Lapinière, Brossard QC J4Z 3S2. Courriel : cyndie.dube.baril@videotron.ca.

Les vues exprimées sont celles de l'auteure et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Références

- Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12, art. 1.
- Charte canadienne des droits et libertés, L.R.C. (1985), app. II, no. 44, annexe B, art. 7.
- Code civil du Québec, (1994) 25 R.D.U.S. 359, art. 10-11.
- Code de déontologie des dentistes, R.R.Q., 1981, c. D-3, r. 4, art. 3.02.03 et 3.02.04.
- Code criminel, L.R.C. (1985) c. C-46, art. 265 (voies de fait) et 45 (exonération possible en matière d'opérations chirurgicales).
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-5, art. 8-9.
- Ménard J-P. Le consentement aux soins. Dans: Le Code civil du Québec et les aspects du fonctionnement de l'établissement dans ses relations avec les usagers. Montréal, avril 1994. p. 9-77.
- Lesage-Jarjoura P, Lessard J, Philips-Nootens S. La mise en œuvre de l'obligation médicale: Chapitre I – L'obligation de renseigner et d'obtenir le

consentement. Dans: Éléments de responsabilité médicale : Le droit dans le quotidien de la médecine. Cowansville, QC: Éditions Yvon Blais Inc., 1995. p. 109-98.

- Kouri R, Philips-Nootens S. Le consentement aux soins: Chapitre I – Le consentement en droit québécois actuel, les qualités requises. Dans : Le corps humain, l'inviolabilité de la personne et le consentement aux soins; le regard du législateur et des tribunaux civils. Sherbrooke: Éditions Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke, 1999. p. 213-379.
- Baudouin J-P, Deslauriers P. Quelques régimes de responsabilité de type professionnel: Chapitre II – La responsabilité du médecin, du dentiste et de l'établissement hospitalier. Dans: La responsabilité civile. 5^e édition. Cowansville, QC: Éditions Yvon Blais Inc., 1998. p. 843-96.
- Mayrand A. L'inviolabilité de la personne humaine, Montréal: Wilson & Lafleur, 1975.
- Le consentement aux soins, Collège des médecins du Québec, mars 1996.
- Code civil du Québec, (1994) 25 R.D.U.S. 359, art. 24.
- Art. 52.1 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements et des régions régionales (L.R.Q., chap. S-4.2) introduit par le Décret 545-86 (1986) 118 G.O. II, 1309, amendant le Règlement sur l'organisation et l'administration des activités des établissements.
- Walker c. Roy, [1997] R.R.A. 976 (C.S.); [2000] J.Q. no 1623, #500-09-005273-974 (C.A.).
- Code civil du Québec, (1994) 25 R.D.U.S. 359, art. 1379-1437.
- Cours d'administration 2000-2001 : Comment parler argent avec les patients et connaissances juridiques utiles dans la gestion d'un cabinet dentaire, Association des chirurgiens dentistes du Québec, Montréal, oct. 2000.
- Bernadot A, Kouri R. La responsabilité civile médicale. Sherbrooke:Éditions Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke, 1980.
- Cantin-Cloutier c. Gagnon, [2000] J.Q. no 5214, #200-17-001424-993 (C.S.).
- Corbin c. Dupont, [1994] A.Q. no 1248, #200-05-000828-926 (C.S.); [1997] A.Q. no 3726, #200-09-000350-949 (C.A.).

Turn over a new leaf.
Fly **zoom** to the UK

There's no need to see red next time you're booking flights to the UK. Starting this Fall, prices are dropping like leaves as flyZoom.com launches their new scheduled service to Glasgow and London-Gatwick.

Taking off from Canada in May 2004, prices start from as low as \$199 one way. The sooner you book the cheaper the price will be. So don't you think it's time to turn over a new leaf?

I 866 359-9666 flyZoom.com
TAKING OFF FROM CANADA

Departures are from Canada. One way web fares. Taxes and surcharges extra. Subject to availability. Visit flyZoom.com for details.

92

Février 2004, Vol. 70, N° 2

Journal de l'Association dentaire canadienne

Un outil de gestion de la douleur à long terme ?



Le NOUVEAU rapport du consensus canadien sur l'hypermensibilité dentinaire recommande

une approche à long terme pour la gestion de la douleur, et l'utilisation d'un dentifrice désensibilisant comme traitement de première intention†.

Le rapport reconnaît que la douleur causée par les dents sensibles peut être récurrente, et qu'une gestion et un traitement continus sont les facteurs de prévention clés. Un brossage continu, deux fois par jour, à l'aide d'un dentifrice désensibilisant tel que Sensodyne® est recommandé comme traitement efficace, peu coûteux et non invasif de première intention pour prévenir la douleur.

Seul Sensodyne® offre une gamme étendue de formules afin de procurer les nombreux avantages bénéfiques associés aux dentifrices ordinaires, favorisant ainsi l'adhésion des patients au traitement que vous recommandez‡.

Sensodyne®

Une tradition de leadership et d'innovation

‡ Sensodyne® (contenant du nitrate de potassium à 5 % p/p ou du chlorure de strontium à 10 % p/p) est recommandé pour le soulagement et la prévention de la douleur causée par la sensibilité dentaire chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans. Un brossage deux fois par jour permet d'ériger une barrière protectrice et de la préserver, et aide à empêcher la douleur de se manifester à nouveau.

† Consensus-Based Recommendations for the Diagnosis and Management of Dentin Hypersensitivity. Conseil consultatif canadien sur l'hypermensibilité dentinaire. *Journal de L'Association dentaire canadienne* 2003 ; 69(4) : 221-226.

® Marque déposée de GlaxoSmithKline
GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs Inc.
Oakville, Ontario L6H 5V2
©2003 GlaxoSmithKline



Le seul dentifrice à obtenir le sceau de l'ADC pour son pouvoir de réduction de l'hypermensibilité dentinaire.

Les services de désaccoutumance au tabac offerts par les professionnels dentaires d'un bureau de santé rural de l'Ontario

• Douglas J. Brothwell, DMD, MSc •
• Karen A. Armstrong, MA, DPH •

S o m m a i r e

Objectif : Cette étude visait à déterminer quels sont les services de désaccoutumance au tabac que les professionnels dentaires du bureau de santé de Wellington-Dufferin-Guelph (BSWDG) offrent avant qu'on y distribue une trousse d'information sur le sujet.

Méthodologie : Des données ont été recueillies à l'aide de 540 questionnaires qui ont été postés à 60 cabinets dentaires locaux et que tous devaient remplir : dentistes, hygiénistes dentaires, assistantes dentaires et autres membres du personnel de chacun des cabinets.

Résultats : Les questionnaires ont été remplis par 126 membres du personnel dentaire dans 28 (47 %) des 60 cabinets sollicités. Voici les statistiques des cabinets dentaires, des dentistes et des hygiénistes offrant des services de désaccoutumance au tabac à la plupart des patients : questions posées aux patients touchant leur consommation de tabac, 46 %, 31 % et 32 %; conseils donnés pour qu'ils renoncent au tabac, 46 %, 32 % et 29 %; évaluation de l'intérêt manifesté par les consommateurs à renoncer au tabac, 46 %, 25 % et 19 %; et aide fournie aux patients intéressés à renoncer au tabac, 25 %, 6 % et 13 %, respectivement.

Conclusion : Ce sondage indique que la plupart des professionnels dentaires du BSWDG n'offrent pas de services éprouvés de désaccoutumance au tabac parmi les services offerts régulièrement aux patients. Il existe donc une occasion d'augmenter leur nombre.

Mots clés MeSH : attitude of health personnel; dentist-patient relations; patient education; smoking cessation

© J Can Dent Assoc 2004; 70(2):94-8
Cet article a été révisé par des pairs.

Les professionnels de la santé buccodentaire ont des raisons professionnelles légitimes pour aider les patients à cesser de consommer du tabac. Le tabagisme est reconnu comme la première cause des maladies évitables et des décès prématurés en Ontario¹. Le rapport de cause à effet entre le tabac et les maladies buccodentaires est bien documenté dans la littérature scientifique². L'usage de la cigarette et du tabac à chiquer cause les affections buccodentaires suivantes ou y est associé : cancer de la bouche³⁻⁵; parodontie⁶⁻⁹; réponse insuffisante à une thérapie parodontale¹⁰⁻¹²; échec d'implant¹³; perte de dents¹⁴⁻¹⁶; caries¹⁷⁻¹⁹; retard de cicatrisation, candidose chronique, taches et mauvaise haleine²⁰; transformation maligne des tissus^{21,22}.

Les bureaux de santé de l'Ontario sont mandatés pour s'occuper des problèmes de tabagisme. L'une des stratégies possibles est d'augmenter le nombre des professionnels de la santé

qui éduquent les patients sur les avantages et les méthodes de renoncement au tabac. Faisant partie de cette stratégie, les professionnels dentaires peuvent jouer un important rôle pour réduire les effets nocifs du tabagisme et ainsi aider la province à atteindre ses objectifs de santé.

L'efficacité des services de désaccoutumance au tabac fournis par les professionnels dentaires est bien établie. Au moins 10 études²³⁻³² ont conclu que le cabinet dentaire est un endroit indiqué et efficace pour véhiculer le message contre le tabagisme. La pratique des cabinets qui offrent des services de désaccoutumance au tabac est conforme aux données actuelles et aux recommandations pour la pratique³³.

Malgré ce potentiel éprouvé, les professionnels dentaires hésitent à offrir de tels services à leurs patients³⁴. Selon les recherches effectuées, bon nombre y perçoivent des obstacles à l'engagement professionnel. Des agences ont tenté de lever ces

obstacles à l'aide de matériel didactique qui, en grande partie, s'inspire de la méthode «demander, conseiller, aider et organiser» conçue par le ministère de la Santé et des Services à la personne des États-Unis³³. Les cabinets dentaires qui utilisent ce programme peuvent s'attendre à obtenir un taux de patients qui renoncent au tabac de 2 à 3 fois supérieur à celui des cabinets ne disposant d'aucun programme^{23-30,33}. Du point de vue de la santé publique, l'institutionnalisation des services de désaccoutumance au tabac dans la profession dentaire favoriserait grandement la santé des fumeurs canadiens.

Cette étude visait à évaluer dans quelle mesure les professionnels de la santé buccodentaire offrent des services de désaccoutumance au tabac au BSWDG, un bureau de santé rural de l'Ontario, avant qu'on y distribue un programme de désaccoutumance au tabac conçu localement. L'étude a ciblé 2 types de cabinets dentaires : les cabinets de dentisterie générale parce qu'ils offrent la plupart des services buccodentaires, et les cabinets de parodontie parce que les effets du tabagisme sur les tissus parodontaux sont prouvés et que ces cabinets font des rappels fréquents.

Méthodologie

Échantillon

Les cabinets de tous les dentistes inscrits dans une base de données dentaire locale (automne 1997) ont été pris en compte pour le sondage. Cette liste se restreignait aux dentistes généralistes et aux parodontistes résidant dans la région des bureaux de santé visée. Des recherches manuelles sur les dentistes et les spécialistes inscrits au Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario ont permis d'y trouver d'autres cabinets de dentisterie générale et de parodontie. Une base de sondage distincte pour les hygiénistes dentaires a paru inutile parce qu'il n'y avait aucun cabinet d'hygiène connu. La base de sondage comprenait 60 cabinets dentaires en tout; 540 questionnaires ont été adressés à des dentistes généralistes, des parodontistes, des hygiénistes dentaires, des assistantes dentaires, et les réceptionnistes ou les gestionnaires de ces cabinets.

Questionnaire

Le questionnaire que chacun devait remplir soi-même a recueilli des données touchant les activités reliées à la désaccoutumance au tabac ainsi que des caractéristiques démographiques au sujet du personnel dentaire sondé. Les questions sur la désaccoutumance au tabac évaluaient dans quelle mesure les professionnels dentaires participaient à toutes les activités spécifiques recommandées dans un guide conçu localement. Les questions d'ordre démographique portaient sur l'âge, le sexe et l'occupation de chacun des professionnels dentaires et sur leur consommation de tabac.

L'échelle de Likert en 5 points (réponses possibles : régulièrement, presque toujours, parfois, rarement, jamais) a servi à évaluer les domaines d'intervention suivants pour chacun des professionnels dentaires : questions posées aux patients sur leur consommation de tabac; conseils donnés pour qu'ils renoncent au tabac; évaluation de l'intérêt manifesté par les consommateurs à renoncer au tabac; aide fournie aux patients intéressés

à renoncer au tabac. Les professionnels dentaires ont également été interrogés au sujet d'un système de suivi à l'intention des patients qui essaient de renoncer au tabac. À ceux qui ont répondu en avoir un, on a demandé s'il comprenait les éléments suivants : lettre, visite distincte chez le dentiste, carte postale, appel téléphonique ou tout autre moyen de suivi.

Un questionnaire pilote a été auparavant testé auprès de 21 membres du personnel dentaire : 4 dentistes, 5 hygiénistes dentaires, 7 assistantes dentaires et 5 réceptionnistes ou gestionnaires de cabinet. Leurs réponses ont entraîné des changements mineurs. Ces participants ont ensuite reçu des questionnaires révisés qu'ils devaient remplir. Les résultats des questionnaires pilotes ont été exclus des données finales.

Collecte des données

Des questionnaires, une lettre de présentation et une enveloppe adressée et affranchie ont été postés à chacun des cabinets dentaires à l'automne 1997. Chacun des dentistes ($n = 90$) dans chacun des 60 cabinets déterminés a reçu 6 questionnaires devant être remplis par le dentiste, 1 hygiéniste dentaire, 2 assistantes dentaires, 1 réceptionniste et 1 autre membre du personnel.

Une semaine plus tard, tous les cabinets ayant un numéro de télécopieur ont reçu un rappel les avisant de remplir le questionnaire. Les cabinets qui n'ont pas répondu ont reçu 3 semaines plus tard un appel téléphonique personnalisé leur demandant de le remplir et de le retourner. Les cabinets qui ont demandé plus de copies du questionnaire en ont reçu 6 autres pour chacun des dentistes.

Analyse

On s'est servi du programme Epi Info 5.0 pour inscrire les données et du programme statistique SPSSPC+ pour les analyser. Des distributions statistiques et des tabulations en croix ont été utilisées pour résumer et chercher les tendances dans les données.

Résultats

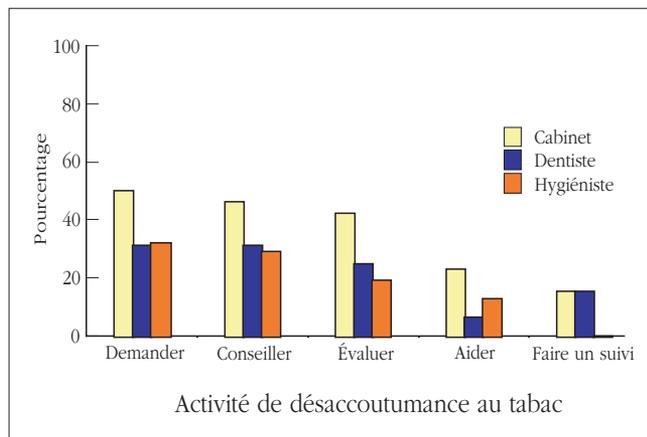
Répondants

Taux de réponse – Sur les 540 questionnaires envoyés à 90 dentistes et à des membres de leur personnel, 126 ont été retournés, 32 par des dentistes (36 %), 31 par des hygiénistes dentaires, 37 par des assistantes dentaires et 26 par des réceptionnistes ou des gestionnaires de cabinet représentant 28 (47 %) des 60 cabinets dentaires sollicités. Le pourcentage des réponses données par les hygiénistes, les assistantes ou les réceptionnistes/gestionnaires de cabinet n'a pas été déterminé, étant donné qu'il n'y avait pas de base de sondage disponible ou voulu pour ces 3 groupes de personnel.

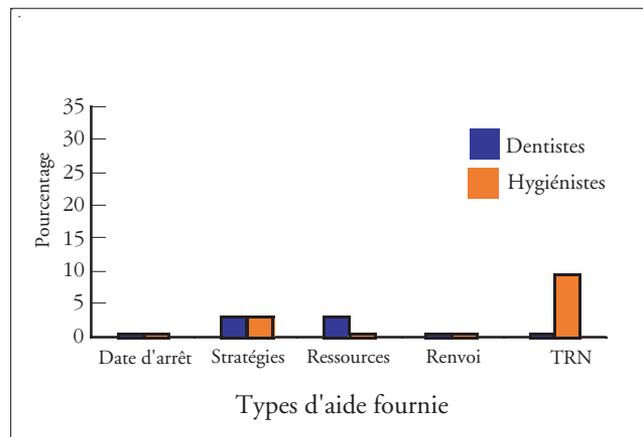
Statut du tabagisme – Les réceptionnistes ou les gestionnaires de cabinet ($n = 4$, ou 16 %) étaient plus disposés que les assistantes dentaires ($n = 4$, ou 11 %), les hygiénistes ($n = 3$, ou 10 %) ou les dentistes ($n = 1$, ou 3 %) à déclarer qu'ils fumaient. Ces différences étaient statistiquement négligeables

Tableau 1 Sommaire des activités liées à la désaccoutumance au tabac

Activité	Fréquence	Cabinet		Dentiste		Hygiéniste	
		Nombre (n = 28)	%	Nombre (n = 32)	%	Nombre (n = 31)	%
Questions sur le statut du tabagisme des patients	Régulièrement	9	32	7	22	5	16
	Presque toujours	4	14	3	9	5	16
	Parfois	7	25	8	25	7	23
	Rarement	7	25	11	34	9	29
	Jamais	1	4	3	9	5	16
Conseils touchant les effets du tabagisme sur la santé et la nécessité de renoncer au tabac	Régulièrement	9	32	6	19	4	13
	Presque toujours	4	14	4	13	5	16
	Parfois	7	25	7	22	7	23
	Rarement	6	21	11	34	7	23
	Jamais	2	7	4	13	8	26
Évaluation de l'intérêt manifesté par les patients à renoncer au tabac	Régulièrement	6	21	5	16	1	3
	Presque toujours	7	25	3	9	5	16
	Parfois	6	21	4	13	8	26
	Rarement	4	14	12	38	4	13
	Jamais	5	18	8	25	13	42
Aide aux patients intéressés à renoncer au tabac	Régulièrement	1	4	0	0	1	3
	Presque toujours	6	21	2	6	3	10
	Parfois	7	25	7	22	7	23
	Rarement	7	25	10	31	5	16
	Jamais	7	25	13	41	15	49
Suivi à l'intention des patients intéressés	Oui	5	18	4	13	0	0
	Non	23	82	28	88	31	100



Ill. 1 : Le pourcentage des activités liées à la désaccoutumance au tabac offertes la plupart du temps (> 60 %) par les cabinets dentaires, les dentistes et les hygiénistes dentaires à la plupart des patients.



Ill. 2 : L'aide fournie par les dentistes et les hygiénistes la plupart du temps (> 60 %) aux patients intéressés à cesser de fumer. TRN = thérapie de remplacement de la nicotine.

en raison des petits nombres dans chacune des catégories (12 fumeurs en tout).

Activités touchant la désaccoutumance au tabac

Les services de désaccoutumance au tabac fournis par le cabinet, le dentiste et l'hygiéniste sont résumés dans le **tableau 1**. Les résultats dichotomisés suivant que l'activité était offerte la plupart du temps (60 % ou plus) sont indiqués dans l'**ill. 1**. Le pourcentage des dentistes et des hygiénistes offrant différents types d'aide est indiqué dans l'**ill. 2**.

Assistentes dentaires et réceptionnistes ou gestionnaires de cabinet – Les résultats pour ces 2 groupes sont amalgamés

en raison de leur participation minimale aux services de désaccoutumance au tabac. Seulement 7 des 63 répondants (11 %) ont déclaré une activité avec la plupart des patients dans l'un ou l'autre des principaux domaines d'intervention (demander, conseiller, évaluer, aider ou faire un suivi). Bien qu'il soit fréquemment recommandé que les réceptionnistes se chargent de cette activité, aucun répondant n'a déclaré qu'il notait le statut du tabagisme du patient à son dossier.

Hygiéniste et dentiste – En général, dentistes et hygiénistes ont déclaré des taux d'intervention similaires touchant la désaccoutumance au tabac (**ill. 1**). Les services offerts aux

patients dans les principaux domaines d'intervention comprennent :

- demander et conseiller : environ seulement 1 dentiste et 1 hygiéniste sur 3 ont déclaré qu'ils déterminent le statut du tabagisme des patients ou leur donnent des conseils touchant les effets du tabagisme sur la santé et la nécessité de renoncer au tabac pour la plupart d'entre eux. Les questions portant sur le tabagisme comprises dans le dossier médical du patient et sur la recherche d'indices dans la bouche étaient les méthodes les plus répandues pour déterminer le statut du tabagisme d'un patient.
- évaluer et aider : demander aux fumeurs s'ils étaient intéressés à cesser de fumer et aider ceux qui le voulaient n'étaient pas des services offerts fréquemment par les dentistes ou les hygiénistes. Aussi peu que 10 % d'entre eux offraient des moyens d'aider la plupart des patients intéressés à cesser de fumer (ill. 2).
- faire un suivi : ce service était rarement offert aux patients. La seule forme de suivi signalée a été une discussion sur le sujet reprise lors de la visite de rappel suivante. Aucun répondant n'a indiqué qu'il encourageait les tentatives d'un patient pour cesser de fumer à l'aide d'une lettre, d'une carte postale ou d'un appel téléphonique.

Cabinet – Les résultats ont également été analysés par cabinet parce qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait plus d'un professionnel dentaire offrant des services de désaccoutumance au tabac dans un même cabinet, et la délégation de ces tâches est souvent conseillée. Bien que presque 50 % des cabinets aient offert des services du type «demander, conseiller et évaluer» à la plupart des patients, moins de 25 % offraient des services du type «aider et faire un suivi» (ill. 1).

Discussion

Connaître les services de désaccoutumance au tabac offerts actuellement par les professionnels dentaires permet d'avoir un point de référence pour évaluer les répercussions qu'aura une nouvelle trousse d'information touchant le renoncement au tabac. Conformément aux résultats d'autres études^{35,36}, ce sondage a révélé que la plupart des professionnels dentaires du BSWDG ne fournissent pas de services d'intervention pour cesser de fumer parmi les services qu'ils offrent régulièrement aux patients.

À cause du taux de réponse relativement faible par les dentistes de la région (36 %) et du questionnaire rempli par chacun pour recueillir des données, le groupe de répondants n'est peut-être pas représentatif de la population en général. Aucune tentative n'a été faite pour évaluer les services de désaccoutumance au tabac ou les caractéristiques démographiques des non-répondants. À cause des déviations systématiques dans les réponses, il se peut que ce sondage sous-représente les membres fumeurs du personnel dentaire. Cependant, les taux de tabagisme et les services de désaccoutumance au tabac déclarés par les différents membres du personnel dentaire ayant participé au sondage étaient conformes aux résultats rapportés dans d'autres études^{35,36}, ce qui suggère que ces données peuvent leur être comparées.

La courbe des activités professionnelles reliées à la désaccoutumance au tabac indiquée par ce sondage suggère que la plupart des professionnels dentaires du BSWDG n'offrent pas des services éprouvés de désaccoutumance au tabac à la plupart de leurs patients qui fument. Les aptitudes des assistantes et des réceptionnistes ou des gestionnaires ainsi que le temps dont ils disposent n'ont pas été utilisés efficacement à cette intention. Alors que les dentistes et les hygiénistes dentaires offrent la plupart des services de désaccoutumance au tabac signalés, un tiers ou moins ont avoué qu'ils interrogent régulièrement les patients au sujet de leur consommation de tabac, les conseillent sur la nécessité de cesser de fumer ou évaluent leur volonté à renoncer au tabac. Moins de 15 % des dentistes et des hygiénistes dentaires ont déclaré qu'ils aident les patients qui veulent cesser de fumer ou font un suivi auprès de ceux qui tentent de cesser.

Conclusion

Le tabagisme porte indubitablement atteinte à la santé de la bouche; c'est un problème à la fois dentaire et médical. Les professionnels de la santé buccodentaire peuvent réussir à aider les fumeurs intéressés à cesser de fumer. Les dentistes et les hygiénistes peuvent donc alléger le fardeau des maladies reliées au tabagisme en aidant les patients à renoncer au tabac. Pour le secteur de la santé publique, le défi est d'augmenter le taux des professionnels dentaires qui offrent des services de désaccoutumance au tabac à leurs patients. Les taux d'intervention dans les cabinets dentaires de la région du BSWDG suggèrent qu'il y a possibilité d'augmenter la participation des professionnels dentaires locaux. ♦



Le Dr Brothwell est directeur du Département de la dentisterie communautaire, Faculté de médecine dentaire, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba).



Mme Armstrong est coordonnatrice de la prévention du tabagisme, Bureau de santé Wellington-Dufferin-Guelph, Guelph (Ontario).

Écrire au : Dr Douglas J. Brothwell, Dentisterie communautaire, Faculté de médecine dentaire, Université du Manitoba, 780, av. Bannatyne, Winnipeg MB R3E 0W2. Courriel : brothwel@ms.umanitoba.ca.

Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Références

1. Ministère de la Santé de l'Ontario. Le tabagisme et votre santé. Rapport du médecin hygiéniste en chef. Toronto: Ministère de la Santé de l'Ontario; 1991.
2. Klein JA, Christen AG, Christen JA. Why you should help your patients stop using tobacco. *CDS Rev* 1994; 87(4):12-6.
3. Mecklenburg R, Greenspan D, Kleinman DV, Manley MW, Niessen LC, Robertson PB, and others. Tobacco effects in the mouth: A National Cancer Institute and National Institute of Dental Research guide for health professionals. NIH Publication No. 94-3330.

4. McGaw WT, Pan T. Cancer of the gingiva, buccal mucosa, and palate. *J Can Dent Assoc* 1996; 62(2):146–50.
5. Speight PM, Morgan PR. The natural history and pathology of oral cancer and precancer. *Community Dent Health* 1993; 10(Suppl 1):31–41.
6. Qandil R, Sandhu HS, Matthews DC. Tobacco smoking and periodontal diseases. *J Can Dent Assoc* 1997; 63(3):187–92, 194–5.
7. Bouclin R, Landry RG, Noreau G. The effects of smoking on periodontal structures: a literature review. *J Can Dent Assoc* 1997; 63(5):356, 360–3.
8. Haber J, Wattles J, Crowley M, Mandell R, Joshipura K, Kent RL. Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. *J Periodontol* 1993; 64(1):16–23.
9. Locker D, Leake JL. Risk indicators and risk markers for periodontal disease experience in older adults living independently in Ontario, Canada. *J Dent Res* 1993; 72(1):9–17.
10. Preber H, Bergstrom J. Effect of cigarette smoking on periodontal healing following surgical therapy. *J Clin Periodontol* 1990; 17(5):324–8.
11. Ah MK, Johnson GK, Kaldahl WB, Patil KD, Kalkwarf KL. The effect of smoking on the response to periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 1994; 21(2):91–7.
12. Kinane DF, Radvar M. The effect of smoking on mechanical and antimicrobial periodontal therapy. *J Periodontol* 1997; 68(5):467–72.
13. Lambert PM, Morris HF, Ochi S. The influence of smoking on 3-year clinical success of osseointegrated dental implants. *Ann Periodontol* 2000; 5(1):79–89.
14. Holm G. Smoking as an additional risk for tooth loss. *J Periodontol* 1994; 65(11):996–1001.
15. Osterberg T, Mellstrom D. Tobacco smoking: a major risk factor for tooth loss in three 70-year-old cohorts. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14(6):367–70.
16. Albandar JM, Streckfus CF, Adesanya MR, Winn DM. Cigar, pipe, and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss. *J Periodontol* 2000; 71(12):1874–81.
17. Jette AM, Feldman HA, Tennstedt SL. Tobacco use: a modifiable risk factor for dental disease among the elderly. *Am J Public Health* 1993; 83:1271–6.
18. Locker D. Smoking and oral health in older adults. *Can J Public Health* 1992; 83(6): 429–32.
19. Hirsch JM, Livian G, Edward S, Noren JG. Tobacco habits among teenagers in the city of Goteborg, Sweden, and possible association with dental caries. *Swed Dent J* 1991; 15(3):117–23.
20. Mandel I. Smoke signals: an alert for oral disease. *J Am Dent Assoc* 1994; 125(7):872–8.
21. Waldren C, Shafer W. Leukoplakia revisited: a clinicopathological study of 3,256 oral leukoplakias. *Cancer* 1975; 36:1386–92.
22. Roed-Petersen B. Effect on oral leukoplakia of reducing or ceasing tobacco smoking. *Acta Derm Venereol* 1982; 62(2):164–7.
23. Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, Drook CA, Christen AG. Helping smokers quit: a randomized controlled trial with private practice dentists. *J Am Dent Assoc* 1989; 118(1):41–5.
24. Christen AG, McDonald JL Jr, Olsen BL, Drook CA, Stookey GK. Efficacy of nicotine chewing gum in facilitating smoking cessation. *J Am Dent Assoc* 1984; 108(4):594–7.
25. Christen AG, Olson BL, Sampson VM, McDonald JL Jr. Intensive quit smoking program in a dental setting using nicotine gum: one year results. *CDAJ* 1986; 14(11):28–34.
26. Transdermal Nicotine Study Group. Transdermal nicotine for smoking cessation. Six-month results from two multicenter controlled clinical trials. *JAMA* 1991; 266(22):3133–8.
27. Cooper TM, Clayton RR. Stop smoking program using nicotine reduction therapy and behaviour modification for heavy smokers [published erratum appears in *JADA* 1989; 118(3):274]. *JADA* 1989; 118(1):47–51.
28. Cooper TM, Clayton RR. Nicotine reduction therapy and relapse prevention for heavy smokers: 3-year follow-up. *J Am Dent Assoc* 1990; Jan;(Suppl): 32S–36S.
29. Little SJ, Stevens VJ, Severson HH, Lichtenstein E. Effective smokeless tobacco intervention for dental hygiene patients. *J Dent Hyg* 1992; 66(5):185–90.
30. Macgregor I. Efficacy of dental health advice as an aid to reducing cigarette smoking. *Br Dent J* 1996; 180(8):292–96.
31. Roed-Petersen B. Effect on oral leukoplakia of reducing or ceasing tobacco smoking. *Acta Derm Venereol* 1982; 62(2):164–7.
32. Gupta PC, Mehta FS, Pindborg JJ, Bhonsle RB, Murti PR, Daftary DK, and others. Primary prevention trial of oral cancer in India: a 10-year follow-up study. *J Oral Pathol Med* 1992; 21(10):433–9.
33. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
34. O'Keefe J, Lessio A, Kassirer B. A pilot smoking cessation program involving dental offices in the borough of East York, Ontario: an initial evaluation. *J Can Dent Assoc* 1995; 61(1):65–7.
35. Hastreiter RJ, Bakdash B, Roesch MH, Walseth J. Use of tobacco prevention and cessation strategies and techniques in the dental office. *J Am Dent Assoc* 1994; 125(11):1475–84.
36. Geboy MJ. Dentists' involvement in smoking cessation counselling: a review and analysis. *J Am Dent Assoc* 1989; 118(1):79–83.



simple, flexible, possible

We needed a respirator for our neo-natal unit.
With CULEASE it's possible to offer the newest technology in health care.

CULEASE Financial Services: we make it possible.

Call 1.800.409.2029.



A service of Co-operative Trust Company of Canada
CULEASE is a trademark owned by Credit Union Central of Canada, used under license.

Transpercée!

Notre S1158
transperce...

MÉTAL MÉTAUX M
ÉMAIL ÉMAIL É

Appelez pour un
ÉCHANTILLON
GRATUIT!



tri hawk.com

1-877-TRI-HAWK (874-4295)

Voici Sensodyne-F® Ultrafraîcheur!



... une approche rafraîchissante
de Sensodyne pour favoriser l'observance
d'un traitement de la douleur à long terme
selon les directives recommandées

La douleur causée par les dents sensibles peut être récurrente. Des guides de pratique récemment publiés recommandent une gestion et un traitement continu comme facteurs de prévention clés*. Afin de favoriser l'assiduité des patients, Sensodyne offre une gamme étendue de formules procurant les nombreux bienfaits associés aux dentifrices ordinaires – y compris la nouvelle variante Ultrafraîcheur, qui a bon goût et garde l'haleine fraîche pendant des heures!

Sensodyne est recommandé pour le soulagement et la prévention de la douleur causée par la sensibilité dentaire chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans†.



Sensodyne®

Une tradition de leadership et d'innovation



Le seul dentifrice à obtenir le sceau de l'ADC pour son pouvoir de réduction de l'hypersensibilité dentaire

*Recommandations consensuelles sur le diagnostic et le traitement de l'hypersensibilité dentaire. Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentaire. *Journal de L'Association dentaire canadienne* 2003 ; 69(4) : 221-6.

† Un brossage deux fois par jour à l'aide de Sensodyne (contenant du nitrate de potassium à 5 % p/p ou du chlorure de strontium à 10 % p/p) permet d'ériger une barrière protectrice et de la préserver, et aide à empêcher la douleur de se manifester à nouveau.

®Marque déposée de GlaxoSmithKline
GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs Inc.
Oakville, Ontario L6H 5V2
©2004 GlaxoSmithKline



Recurrent Desmoplastic Ameloblastoma of the Maxilla: A Case Report

(Améloblastome desmoplastique récurrent du maxillaire supérieur : rapport de cas)

- Rejeev Sivasankar Pillai, BDS •
- Ravikiran Ongole, BDS •
- Auswaf Ahsan, MDS •
- Raghu Anekal Radhakrishnan, MDS •
- Keerthilatha Muralidhar Pai, MDS •

S o m m a i r e

Un cas d'améloblastome desmoplastique récurrent dans un délai de 2 mois après le curetage est présenté. Cette tumeur est apparue dans la région prémolaire du maxillaire supérieur gauche avec atteinte du sinus. La patiente de 24 ans a été initialement traitée par curetage avec de grandes marges chirurgicales. Ultérieurement, une maxillectomie partielle a été effectuée et suivie immédiatement d'une greffe d'os iliaque. Le cas a été suivi par une radiographie simple périodique et une tomographie assistée par ordinateur. La présence d'une prémolaire infectée au niveau de la pulpe et l'apparence radiographique atypique ont obscurci la maladie. Le profil biologique de cette tumeur n'est pas entièrement compris en raison du nombre limité de cas signalés et d'un suivi à long terme inadéquat. Un examen de la lésion avec une attention particulière portée à la pathogenèse de la récurrence est discuté.

Mots clés MeSH : ameloblastoma/pathology; maxillary neoplasms; neoplasm recurrent, local

© J Can Dent Assoc 2004; 70(2):100-4
Cet article a été révisé par des pairs.

Ameloblastomas are benign, locally aggressive, polymorphic neoplasms of proliferating odontogenic epithelial origin.¹ They are the most common clinically significant odontogenic neoplasms affecting the jaws.² Among the histologic types of ameloblastoma, follicular and plexiform patterns are the most common; variants include acanthomatous and granular cell types. Less common cellular variants are the desmoplastic ameloblastoma, basal cell ameloblastoma, keratoameloblastoma, papilliferous keratoameloblastoma, clear cell ameloblastoma and unicystic ameloblastoma. Except for the unicystic type, which has a low recurrence rate, no significant differences in the behaviour of these variants have been observed.¹ A desmoplastic variant with features of other histologic types is termed a "hybrid."³

In 1984, Eversole and others⁴ described 3 cases of a variant of ameloblastoma. The characteristic feature was extensive stromal desmoplasia with small nests, cords and strands of odontogenic epithelium. This variant was included in the

World Health Organization's *Histopathological Typing of Odontogenic Tumors*.⁵ It occurs mainly in the anterior region of the jaws and appears radiographically as a diffuse, mixed radiolucent-radiopaque lesion with a honeycomb or soap bubble pattern and indistinct borders.⁶

The desmoplastic variant differs from other histologic types of ameloblastoma in that it is located in the anterior or premolar regions of the maxilla or mandible and its radiographic appearance is often more typical of a fibro-osseous lesion. Because only a few cases have been reported, the true biologic profile is yet to be fully understood. The purpose of this paper is to report a case of recurrent as well as residual desmoplastic ameloblastoma examined periodically by radiography before surgery.

Case Report

A 24-year-old woman reported to the department of oral medicine and radiology complaining of a swelling in the left



Figure 1: Intraoral photograph showing the swelling between the canine and premolar teeth.



Figure 2: Radiograph showing a honeycomb pattern of radiolucency, displacement of the roots and involvement of the floor of the antrum.

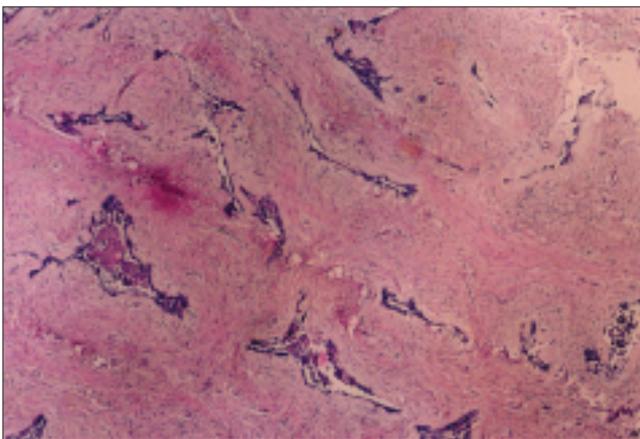


Figure 3a: Photomicrograph (magnification x5) showing extensive stromal desmoplasia.

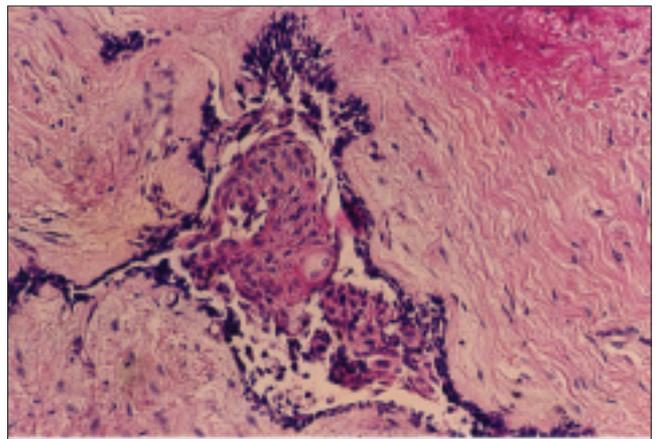


Figure 3b: Photomicrograph (magnification x20) showing nest of ameloblast cells with squamous metaplasia.

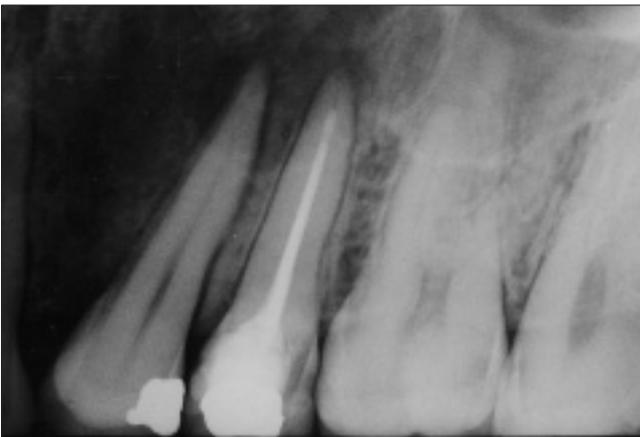


Figure 4: Radiograph showing a new radiolucency at the periapical region of the premolars and separation of roots.

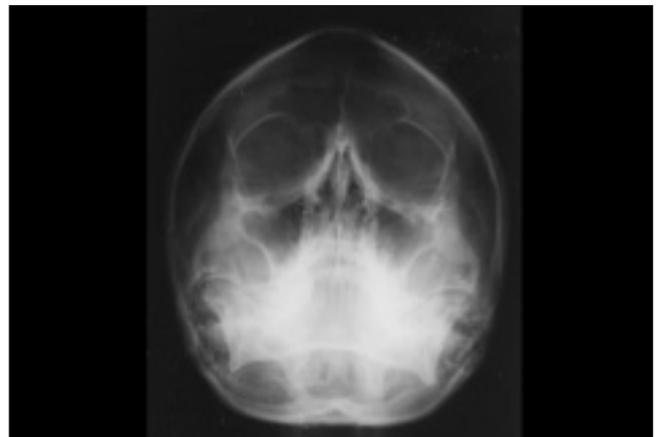


Figure 5: Water's view showing haziness over the floor of the left maxillary sinus.

anterior region of her upper jaw that had been present for 2 weeks. It was not associated with pain and had enlarged slowly to its current size. One month previously, the woman had undergone endodontic treatment of the upper left second premolar. She had no history of displacement of teeth. There was no other relevant medical history.

Clinical examination revealed obliteration of the left nasolabial fold and none of the cervical lymph nodes was palpable. A firm, nontender, well-circumscribed, spherical swelling measuring 1 cm in diameter was observed between the canine and the premolar teeth, involving the labial sulcus (Fig. 1). The overlying mucosa was normal and no sinus tracts



Figure 6: Radiograph showing horizontal spread of the tumour to involve the mesial aspect of the canine.



Figure 7: Axial computed tomography section showing involvement of the anterior and medial walls of the left maxillary sinus.



Figure 8: Coronal computed tomography section showing involvement of the floor of the sinus.

were present. None of the teeth in the region was carious, mobile or tender on percussion. Electrical and thermal vitality tests were positive for the canine and first premolar and negative for the second premolar.

A radiograph of the region showed a triangular, honeycomb radiolucency with ill-defined margins, which was causing distal displacement of the root of the first premolar (Fig. 2). The floor of the maxillary sinus appeared to be involved by the lesion. The apical regions of the premolars were in close proximity. The second premolar showed a well-obtured root canal with diffuse apical radiolucency and loss of lamina dura. There was no evidence of root resorption. Evaluation of the radiograph taken before endodontic treatment of the second premolar also showed the presence of the lesion, which had been initially diagnosed as a periapical abscess by the endodontist.

A provisional diagnosis of a fibro-osseous lesion involving the left maxilla was made. Biopsy of the lesion revealed a nonencapsulated mass with columnar ameloblastic cells in a peripheral palisade pattern, a central stellate reticulum with extensive squamous metaplasia and foci of cystic degeneration in a dense cellular, fibrous stroma of collagen fibres (Figs. 3a, 3b). No dysplastic features were seen.

The biopsy was diagnostic for acanthotic desmoplastic ameloblastoma. The patient preferred to undergo surgery in her hometown, where the tumour was curettaged with wide margins. Involvement of the maxillary sinus was not documented in the discharge summary.

Two months after the curettage, she reported back complaining of occasional dull pain of insidious onset in the same region. She had no history of sinusitis, nasal blockage, epistaxis or paresthesia of the face. Clinical examination showed no abnormalities. A radiograph of the region revealed a new diffuse radiolucency at the apical region of the premolars and separation of the root apices (Fig. 4). Water's view showed haziness over the left maxillary sinus (Fig. 5). A recurrence was suspected and surgery advised.

For personal reasons, the woman was unable to undergo surgery for 2 months. During this period, she was kept under observation. Periodic radiographic examination showed horizontal spread of the tumour to involve the canine and the first molar (Fig. 6).

Computed tomography with a contrast medium carried out before the surgery showed an osteolytic lesion arising from the alveolar ridge and involving the anterior, medial walls and the floor of the left maxillary sinus (Figs. 7 and 8). The woman underwent partial maxillectomy with immediate placement of a nonvascularized iliac bone graft. Histologic examination revealed normal bone in the margins of the excised mass.

Discussion

Desmoplastic ameloblastoma is most likely to occur in the anterior or premolar region of the jaws; there is no difference in prevalence between the maxilla and mandible. Cases have been reported in patients aged 18 to 70 years with a mean of 41.2 years.

No difference between sexes has been reported.⁷ The incidence of desmoplastic ameloblastoma is low; rates of 0.9% to 12.1% of all ameloblastomas have been reported.⁸⁻¹² This type of tumour has been reported mainly in Chinese (in Malaysia and Hong Kong), Malaysians, Afro-Caribbeans and Japanese.⁸

No typical radiographic features are associated with this variant of ameloblastoma, although a mixed radiolucent-

radiopaque appearance with ill-defined borders has been observed in many cases.^{7,13} The current case lacked the typical features of ameloblastoma, which was, therefore, not considered in the differential diagnosis. The presence of pulpally involved teeth in the region and the diffuse radiolucency masked the presence of the tumour. Displacement of the roots was probably overlooked and considered normal by the endodontist. The age of the patient, location and radiographic features led us to the provisional diagnosis of a fibro-osseous lesion.

Histopathologically, desmoplastic ameloblastomas are nonencapsulated tumours with extensive collagenous stroma or desmoplasia containing small islands and nests of ameloblast cells. They have little tendency to mimic ameloblasts and the typical palisade pattern may be absent.⁷ The follicles tend to be morphologically irregular or compressed.¹⁴ Desmoplastic ameloblastoma must be histologically differentiated from ameloblastic fibroma, odontogenic fibroma and squamous odontogenic tumour.⁸

As the tumour is nonencapsulated, the cells infiltrate between the trabeculae of the cancellous bone leaving them intact for some time. Thus, the tumour actually extends beyond the radiographic margin,¹⁵ which could be the reason for the ill-defined radiographic borders and the high recurrence rate after curettage. Marx and others¹⁶ reported unpublished data from an analysis of 34 mandibular ameloblastomas, which showed that the tumour extended 2.3–8.0 mm beyond the radiographic margin. As a result, they have recommended resection of 1 cm of normal-appearing bone beyond the radiographic margin. It has been suggested that an altered intracellular distribution of collagen XVII and consequent loss of critical cellular attachments may contribute to the infiltrative and progressive growth characteristics of ameloblastoma.¹⁷

Only 5 cases of recurrent desmoplastic ameloblastoma have been previously reported.^{8,9,11} Three of them were treated by enucleation or curettage. Desmoplastic ameloblastoma may have a propensity to recur with a frequency equal to that of other types of ameloblastoma.⁹ Recurrence rate of conventional mandibular ameloblastomas treated by curettage ranges from 33.3% to 90%, whereas for those affecting the posterior maxilla it appears to be 100%.^{18,19} Curettage is an inappropriate treatment for ameloblastomas of the posterior maxilla because recurrence is inevitable and difficult to treat. Such tumours should be excised with an extensive margin of apparently unaffected bone on the first attempt.¹⁵

Ameloblastoma of the posterior maxilla is dangerous because of its close proximity to the orbit, pterygomaxillary fossa and cranium and due to the difficulty in achieving an adequate surgical margin. Intracranial extension can be lethal. The entire maxilla possesses a thin cortical plate that offers little resistance to the tumour, thereby enhancing its rapid spread into the adjacent vital structures.^{15,20} In our case, this was evident from the rapid horizontal spread of the tumour to involve the mesial aspect of the canine and first molar.

Some investigators have demonstrated oxytalan fibres in the tumour stroma and have suggested that the stroma

originated in the periodontal membrane.²¹ Immunohistochemical studies suggest that the desmoplasia originates from *de novo* synthesis of extracellular matrix proteins.⁷ Because ameloblastomas are known to recur years after initial treatment, the need for long-term periodic follow-up (preferably lifelong) for early detection of recurrence should be emphasized.^{22,23}

Conclusion

In the current case, the tumour of the alveolar region was recurrent, whereas that of the antrum was residual. The involvement of the antrum was missed by the previous surgeon who probably relied mainly on plain radiographs. Computed tomography is especially important in determining the borders of lesions, particularly of the maxilla. In this case, the nonencapsulation and trabecular infiltration of the tumour coupled with incomplete removal by curettage was responsible for the recurrence. Curettage for ameloblastoma of the posterior maxilla should never be considered as a treatment option. Recurrence is still possible after resection if the borders are not free of the tumour. Desmoplastic ameloblastoma should be included in the differential diagnosis of any mixed radiolucent–radiopaque lesion with diffuse borders involving the anterior–premolar region of the jaws. ♦

Remerciements : Nous aimerions remercier la Dre Anuradha C. K. Rao, Département de pathologie, Collège de médecine Kasturba, Manipal, pour son aide professionnelle dans la préparation et l'interprétation de la diapositive, et pour nous avoir fourni les photomicrographies.



Le Dr Pillai est étudiant de cycle supérieur, Département de médecine et de radiologie buccales, Collège de chirurgie dentaire, Manipal, Inde.



Le Dr Ongole est étudiant de cycle supérieur, Département de médecine et de radiologie buccales, Collège de chirurgie dentaire, Manipal.



Le Dr Absan est professeur agrégé, Département de médecine et de radiologie buccales, Collège de chirurgie dentaire, Manipal.



Le Dr Radhakrishnan est professeur agrégé, Département de pathologie et de microbiologie buccales, Collège de chirurgie dentaire, Manipal.



La Dr Pai est professeure et directrice, Département de médecine et de radiologie buccales, Collège de chirurgie dentaire, Manipal.

Écrire au : Dr R. Pillai, Département de médecine et de radiologie buccales, Collège de chirurgie dentaire, Manipal, Karnataka, Inde – 576 119. Courriel : rejeexpillai@hotmail.com.

Les auteurs n'ont aucun intérêt financier déclaré.

Références

1. Thompson IO, van Rensburg LJ, Phillips VMJ. Desmoplastic ameloblastoma: correlative histopathology, radiology and CT-MR imaging. *J Oral Pathol Med* 1996; 25(7):405-10.
2. Waldron CA. Odontogenic tumors. In: Oral and maxillofacial pathology. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, editors. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2002. p. 611.
3. Ashman SG, Corio RL, Eisele DW, Murphy MT. Desmoplastic ameloblastoma. A case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75(4):479-82.
4. Eversole LR, Leider AS, Hansen LS. Ameloblastomas with pronounced desmoplasia. *J Oral Maxillofac Surg* 1984; 42(11):735-40.
5. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. The WHO histological typing of odontogenic tumours. A commentary on the second edition. *Cancer* 1992; 70(12):2988-94.
6. Kawai T, Kishino M, Hiranuma H, Sasai T, Ishida T. A unique case of desmoplastic ameloblastoma of the mandible: report of a case and brief review of the English language literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 87(2):258-63.
7. Beckley ML, Farhood V, Helfend LK, Alijanian A. Desmoplastic ameloblastoma of the mandible: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60(2):194-8.
8. Lam KY, Chan AC, Wu PC, Chau KY, Tideman H, Wei W. Desmoplastic variant of ameloblastoma in Chinese patients. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1998; 36(2):129-34.
9. Waldron CA, el-Mofty SK. A histopathological study of 116 ameloblastomas with special reference to the desmoplastic variant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63(4):441-51.
10. Higuchi Y, Nakamura N, Ohishi M, Tashiro H. Unusual ameloblastoma with extensive stromal desmoplasia. *J Craniomaxillofac Surg* 1991; 19(7):323-7.
11. Ng KH, Siar CH. Desmoplastic variant of ameloblastoma in Malaysians. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1993; 31(5):299-303.
12. Raubenheimer EJ, van Heerden WF, Noffke CE. Infrequent clinicopathological findings in 108 ameloblastomas. *J Oral Pathol Med* 1995; 24(5):227-32.
13. Kaffe I, Buchner A, Taicher S. Radiologic features of desmoplastic variant of ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76(4):525-9.
14. Philipsen HP, Ormiston IW, Reichart PA. The desmo- and osteoplastic ameloblastoma. Histologic variant or clinicopathologic entity? Case reports. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992; 21(6):352-7.
15. Gardner DG. Some current concepts on the pathology of ameloblastomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 82(6):660-9.
16. Marx RE, Smith BH, Smith BR, Fridrich KL. Swelling of the retro-molar region and cheek associated with limited opening. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51(3):304-9.
17. Parikka M, Kainulainen T, Tasanen K, Bruckner-Tuderman L, Salo T. Altered expression of collagen XVII in ameloblastomas and basal cell carcinomas. *J Oral Pathol Med* 2001; 30(10):589-95.
18. Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohishi M. Comparison of long-term results from different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93(1):13-20.
19. Sehdev MK, Huvos AG, Strong EW, Gerold FP, Willis GW. Ameloblastoma of maxilla and mandible. *Cancer* 1974; 33(4):324-33.
20. Mintz S, Velez I. Desmoplastic variant of ameloblastoma. Report of two cases and review of the literature. *J Am Dent Assoc* 2002; 133(8):1072-5.
21. Kishino M, Murakami S, Fukuda Y, Ishida T. Pathology of the desmoplastic ameloblastoma. *J Oral Pathol Med* 2001; 30(1):35-40.
22. Hayward JR. Recurrent ameloblastoma 30 years after surgical treatment. *J Oral Surg* 1973; 31(5):368-70.
23. Demeulemeester L, Mommaerts MY, Fossion E, Bossuyt M. Late loco-regional recurrences after radical resection for mandibular ameloblastoma. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988; 17(5):310-5.



* Le nombre d'autres familles de fonds offrant la gamme de fonds gérés par Altamira, AIM Trimark Investments, Fiera Capital, McLean Budden, Franklin Templeton et Gestion de Capital KBSH qui se trouvent dans le RER de l'ADC.

Pour en bénéficier, appelez dès maintenant le 1 877 293-9455, poste 5021.

Effect of Disposable Infection Control Barriers on Light Output from Dental Curing Lights

(Effet des barrières jetables de prévention de l'infection sur le flux lumineux des lampes à polymériser)

- Barbara A. Scott, BSc •
- Corey A. Felix, BSc, MSc •
- Richard B.T. Price, BDS, DDS, MS, FDS RCS (Edin), FRCD(C), PhD •

S o m m a i r e

Objet : Afin de prévenir la contamination du guide de lumière d'une lampe à polymériser, des barrières comme des enveloppes ou des revêtements plastiques jetables peuvent être utilisées. Dans cette étude, on a comparé l'effet de 3 barrières jetables sur le spectre d'émission et la densité de puissance d'une lampe à polymériser. L'hypothèse était qu'aucune des barrières n'aurait d'effet clinique significatif sur le spectre d'émission ni sur la densité de puissance de la lampe à polymériser.

Méthodologie : Trois barrières jetables ont été testées par rapport à un témoin (aucune barrière). Le spectre d'émission et la densité de puissance de la lampe à polymériser ont été mesurés avec un spectromètre fixé à une sphère d'intégration. Les mesures ont été répétées à 10 occasions distinctes en séquence aléatoire pour chaque barrière.

Résultats : L'analyse de variance (ANOVA) suivie par un test de la plus petite différence significative protégée de Fisher a montré que la densité de puissance était significativement moins élevée que pour le témoin (de 2,4 % à 6,1 %) lorsque 2 barrières jetables offertes dans le commerce étaient utilisées ($p < 0,05$). Il n'y avait pas de différence significative au chapitre de la densité de puissance lorsqu'on utilisait une enveloppe en plastique tout usage ($p > 0,05$). L'effet de chacune des barrières sur la puissance de sortie était faible et probablement sans signification clinique. Les comparaisons ANOVA de la valeur de la longueur d'onde moyenne de pointe ont indiqué qu'aucune des barrières n'a produit de changement significatif du spectre d'émission par rapport au témoin ($p > 0,05$).

Conclusions : Deux des 3 barrières jetables ont produit une réduction significative de la densité de puissance de la lampe à polymériser. Ce déclin de puissance était faible et n'aurait probablement aucun effet préjudiciable sur la polymérisation de la résine composite. Aucune des barrières n'a agi comme filtre de lumière.

Mots clés MeSH : comparative study; composite resins/chemistry; dental equipment; light

© J Can Dent Assoc 2004; 70(2):105-10
Cet article a été révisé par des pairs.

The development of resins has been rapid since the introduction of light-cured composites in the 1970s, and their use has become more widespread.^{1,2} Initially, light-cured resins were used only where esthetics demanded a tooth-coloured restoration. More recently, resins have been used for posterior restorations, as luting agents and for provisional restorations.³ A survey published in 1998 showed that 27% of dentists used posterior resin composites almost exclusively for posterior restorations.¹

Light-cured resins contain photo-initiators, which are activated by blue light to begin the polymerization process.⁴ The

light must have sufficient intensity and must be of the correct wavelength to activate the photo-initiator.⁵ The rapid development of light-curing units (LCUs) has paralleled that of resins. Current models deliver greater light intensities and offer faster curing times than older models. The light intensity delivered by an LCU is influenced by many factors, such as fluctuations in the line voltage, the condition of the bulb and filters, deposition of resin at the curing tip, breakdown of electrical components and fracture of the fibre optic bundles within the unit.^{6,7} Both the physical and the biological properties of the resin are affected by the degree of polymerization.⁸ The minimum light

intensity required to adequately cure 1.5 to 2 mm of composite resin is reportedly between 280 and 300 mW/cm².^{8,9} Inadequate curing of the composite may cause problems such as premature breakdown at the margins and staining of the restoration,¹⁰ dimensional instability, decreased biocompatibility of the resin^{8,11} and increased cytotoxicity.^{12,13}

Dental offices must maintain a high level of infection control to protect both patients and personnel, yet the LCU light guides used when curing resins are often in direct contact with oral tissues. In 1989 Caughman and others¹⁴ reported that contamination of light guides and LCU handles was common after clinical use. Currently, the 4 most common methods of maintaining sterility of the light guide are wiping the guide with a disinfectant, such as glutaraldehyde, after each patient use; using autoclavable guides;¹⁵ using presterilized, single-use plastic guides;¹⁶ and using translucent disposable barriers to cover the guide.¹⁷ Each of these methods is discussed briefly here.

Various disinfectant solutions may be used to clean light guides. Caughman and others¹⁴ found that 2% glutaraldehyde in a substituted phenolic solution eliminated all viable bacteria when the guide was wiped or kept wrapped for 10 minutes in a cloth saturated with the solution. However, a wipe soaked in 70% ethanol did not remove all viable bacteria.¹⁴ Wiping with a disinfectant solution is quick and convenient, but longer than 10 minutes of contact with the disinfectant is recommended to ensure virucidal and sporicidal action. Some studies have shown that glutaraldehyde-based solutions may reduce light transmission through a light guide or damage the fibres in the light guide.^{18–20} Nelson and others²⁰ found that immersion of light guides in Cidex 7 (Johnson & Johnson Medical, New Brunswick, NJ), an alkaline 3.4% glutaraldehyde-based solution, for 1,000 hours resulted in a 49% decrease in light intensity, which could not be totally reversed by polishing the end of the light guides. Dugan and Hartleb¹⁸ reported that immersing light guides in Cidex 7 for 4 days caused irreversible structural breakdown in the glass fibres in the light guide. This breakdown of the glass fibres might cause the light to scatter, which may result in a decrease in light output.

LCU light guides can be autoclaved to ensure sterility, but autoclaving may reduce the ability of the guide to transmit light from the LCU to the tooth. The light intensity at the tip of the guide may be decreased to 50% of its original value after the guide has been autoclaved 3 times in non-deionized water.¹⁵ However, when distilled water was used in the autoclave, the light intensity decreased by only 6.25% after 30 cycles in the autoclave.²¹ If the tips of the guides were polished after autoclaving, the light intensity returned to its original value.^{15,21} Although polishing may restore light transmission, it is time consuming to autoclave and polish the tips. Also, repeated autoclaving and polishing may permanently damage the guide and result in additional costs for the clinician and patient.

Single-use plastic light guides eliminate the time and expense of sterilization and light guide maintenance.¹⁶ Depending on the LCU and the type of plastic guide used,

there may be an increase (up to 14%) or a decrease (up to 8%) in light output from the LCU.¹⁶ Also, light intensity may be significantly reduced (by 23%) if the sides of the clear plastic light guide come into contact with the oral tissues.¹⁶

Use of disposable translucent barriers such as plastic wrap, light tip sleeves and finger cots may be a cost-effective alternative to avoid contamination of the light guide. Such barriers provide a convenient, noninvasive method of preventing contact between the oral tissues and the guide. They also eliminate the risk of damaging the guide during autoclaving or chemical disinfection.¹⁷ However, previous studies have reported that the light intensity may fall by up to 35% when some barriers are used. Warren and others²² found that 4 different types of barrier used on each of 4 different light guides all reduced light output. One barrier reduced the power density from the curing light by up to 110 mW/cm². Cellophane wrapped around the light guide has been reported to cause the least reduction in power density from the curing light.¹⁷ Although these studies were useful, they may have produced misleading results because a dental radiometer was used to measure light intensity. Many dental radiometers do not provide consistent measurements, they do not report wavelength, and they may not accurately measure light intensity.^{3,5} Leonard and others³ found that the accuracy of dental radiometers varied by as much as 80% and was dependent on the diameter of the light guide. Unlike a dental radiometer, a laboratory-grade spectrometer connected to an integrating sphere can capture and measure all light output from an LCU and provides a visual display of the spectral output. For these reasons, a laboratory-grade spectrometer should be used to measure power output from dental curing lights as well as to record their spectral outputs.

The purpose of this study was to compare the effect of 3 barriers on the spectral output and power density from a dental curing light. The null hypothesis was that for clinical purposes none of the barriers would significantly affect either the spectral output or the power density from the dental curing light.

Methods and Materials

Three disposable barriers were tested: 2 commercially available barriers (Cure Sleeve, Arcona-Henry Schein Inc., Melville, NY, and Cure Elastic Steri-shield, Santa Barbara, Calif.), and general-purpose plastic wrap (Saran Cling Plus, S.C. Johnson & Son Inc., Brantford, Ont.). **Figures 1a, 1b, and 1c** show the light guide covered with each of the 3 barriers.

The same Optilux 501 LCU (Kerr USA, Orange, Calif.) with an 11-mm standard light guide was used throughout the study. An Ocean Optics model USB 2000 spectrometer (Ocean Optics, Dunedin, Fla.) was used, along with Ocean Optics OOIRrad software (version 2.05.00 PR7), to record the data. The spectrometer was calibrated according to a National Institute of Standards and Technology (Gaithersburg, Md.) light source. The tip of the light guide was placed over the aperture of an integrating sphere, which captured all light from the guide. The following 3 measurements were recorded:



Figure 1a: Optilux 501 light guide with Saran plastic wrap over the guide.



Figure 1b: Optilux 501 light guide with Cure Sleeve over the guide.



Figure 1c: Optilux 501 light guide with Cure Elastic over the guide.

total power (mW), peak wavelength (nm) and irradiance at the peak value (mW/nm).

The light output was measured on 10 separate occasions for each barrier and with no barrier (control). New barriers were placed on the light guide for each recording, and the tip of the guide was wiped clean after each session with a Kimwipe EX-L tissue (Kimberly-Clark Corp., Roswell, Ga.). A random number table was used to assign the order in which data for the barriers and control were recorded ($n = 40$). The LCU was warmed up by running for two 40-second curing cycles before the light output was measured. To reduce initial variation in light output from the LCU, data were recorded 10 seconds into the curing cycle.

The power recordings obtained from the spectrometer were converted into power density values (mW/cm²) by dividing the total power by the area of the tip of the light guide, since this is the unit in which values are commonly reported when LCUs are assessed. Analysis of variance (ANOVA) and Fisher's protected least significant difference (PLSD) test for multiple comparisons were used to determine if there were significant differences in total power delivered between the control and the 3 disposable barriers. The data were evaluated at the 95%

confidence level. The mean power density for each of the barriers was also compared with the control to determine the percentage reduction in power density.

Results

Figures 2, 3 and 4 show the effects on spectral output and power output (the area under the spectral curve) of placing a barrier over the end of the light guide compared to the power output recorded with no barrier over the light guide (control). Table 1 shows the mean power density, the percent reduction in power density, and the mean peak wavelength for each of the 3 barriers and the control. The light guide that was not covered by a barrier delivered the highest power densities, and the Cure Elastic barrier produced the lowest. The mean peak wavelength measurements were very similar for the control and all 3 barriers, ranging from 478.8 to 479.6 nm.

ANOVA followed by Fisher's PLSD test for multiple comparisons (Table 2) showed that there was a significant difference in power density between the control (no barrier) and the Cure Sleeve and Cure Elastic barriers ($p < 0.05$). However, there was no significant difference in power density between the control and the Saran plastic wrap ($p > 0.05$). Figure 5 shows the effect of each of the barriers on mean power density. The effect of the Cure Elastic and Cure Sleeve barriers, although statistically significant, was small and not likely to be clinically significant. Figure 6 shows the effect of each of the barriers on mean peak wavelength. ANOVA for mean wavelength peak values indicated that none of the barriers produced a significant shift in the peak spectral output relative to the control ($p > 0.05$).

The hypothesis that none of the barriers would affect the spectral output from the LCU was accepted. The hypothesis that none of the barriers would affect the power density from the LCU was rejected for the Cure Sleeve and the Cure Elastic, but was accepted for the plastic wrap.

Discussion

It is important that light guides used for curing resin composites in the mouth be sterile. At the same time, it is

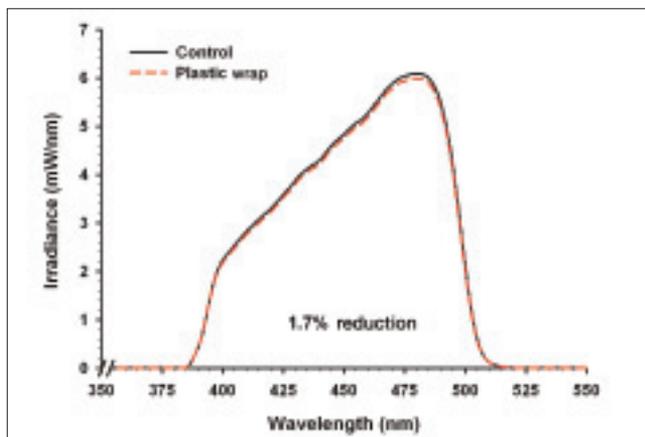


Figure 2: Effect on light output when plastic wrap was placed over the light guide.

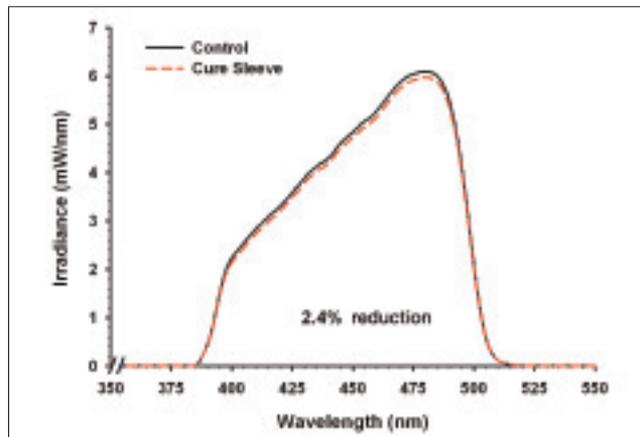


Figure 3: Effect on light output when Cure Sleeve was placed over the light guide.

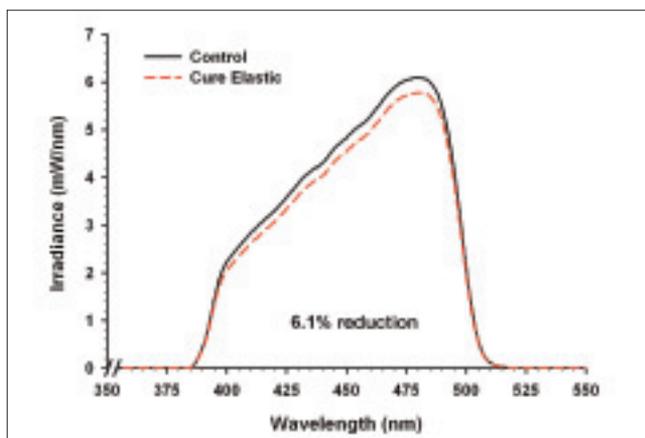


Figure 4: Effect on light output when Cure Elastic was placed over the light guide.

important to ensure that the resin receives sufficient power density and appropriate spectral output for adequate curing. This study showed that 2 of the infection-control barriers tested (Cure Sleeve and Cure Elastic) significantly reduced the power density from the LCU, but Saran plastic wrap had no significant effect on power density (Fig. 5).

The distance from the tip of the light guide to the resin has a much greater effect on power density than these disposable barriers. It has been reported that a 1-mm space between the light guide and the resin may cause a reduction in power density of between 8% and 16%.²³ The effect of the Cure Sleeve and the Cure Elastic on power density, although statistically significant, was smaller (2.4% and 6.1% respectively) than the reduction that would occur with a 1-mm space. This reduction in power was not considered large enough to warrant further tests on the effects of these barriers on resin polymerization. None of the barriers caused the control power density (573 mW/cm²) to drop below the recommended 280–300 mW/cm².^{8,9} Therefore, if the LCU is working properly, it will still deliver adequate power density when using any of the barriers tested in this study. Chong and others¹⁷ also found that none of the barriers they tested reduced the power

density below 300 mW/cm², and they reported that Cellophane wrap had the least effect. However, a 1999 report²⁴ indicated that the power output from 55% of curing lights in dental offices was below 300 mW/cm². Therefore, using disposable barriers on these lights might have a deleterious clinical effect on resin polymerization.

If the wavelengths of light from the LCU are significantly affected when a disposable barrier is used, the resin might not be completely cured. However, the peak wavelength of light transmitted through each of the 3 barriers was not significantly different from the peak wavelength emitted from the control. Figures 2, 3 and 4 also show that, apart from the power reduction, the spectrum from the light guides covered by the barriers was very similar to the control spectrum. Therefore, all of the barriers were translucent, and none acted as a filter between the LCU and the tooth.

When choosing a procedure to disinfect light guides, clinicians should consider several aspects, including cost. If the light guides are to be autoclaved between patients, then it will be necessary to purchase additional guides, each costing \$200 to \$325, depending on the size and model. Disposable Cure Sleeve barriers cost \$63 for a box of 400 (\$0.16 per patient), Cure Elastic barriers cost \$35 for a box of 500 (\$0.07 per patient) and Saran plastic wrap is the most cost effective at about \$2.90 for 60 m. Approximately 10 cm of plastic wrap is sufficient to cover a light guide; 60 m of plastic wrap would be sufficient to cover 500 light guides.

Ease of use is also important, especially in a busy practice. Although Saran plastic wrap had the least effect on light output, plastic wrapped around the light guide did not have a professional appearance (Fig. 1a). The Cure Sleeve was relatively easy to place and covered the entire light guide, but it was more expensive and some practice was needed to position the sleeve properly. Also, an air pouch often formed at the end of the tip. This could cause problems because the clinician might not be able to bring the tip of the light guide against the surface of the tooth. The Cure Elastic barriers were easiest to place over the guide because they slid on quickly and stretched tight over the end. However, they did not cover the entire light

Table 1 Mean power density, percent reduction in power density and mean peak wavelength for control (no barrier) and 3 barriers, as measured by an integrating sphere

Barrier	Mean power density \pm SD (mW/cm ²)	% reduction in power density (relative to control)	Mean peak wavelength \pm SD (nm)
Control (no barrier)	573 \pm 6	NA	479.1 \pm 0.5
Saran plastic wrap	563 \pm 20	1.7	478.8 \pm 0.3
Cure Sleeve	559 \pm 11	2.4	479.5 \pm 0.8
Cure Elastic	538 \pm 13	6.1	479.6 \pm 0.7

SD = standard deviation, NA = not applicable

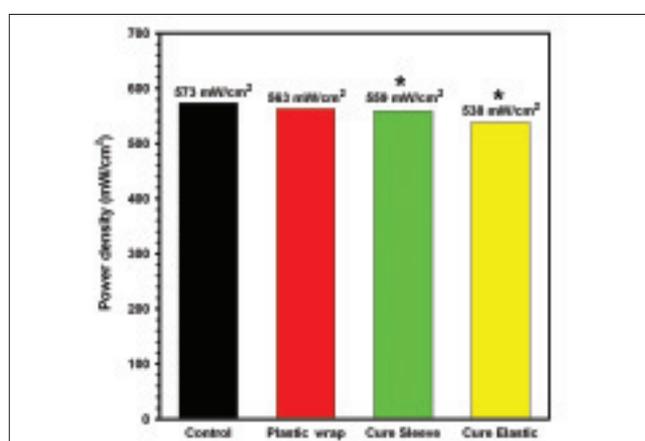


Figure 5: Effect of each barrier on mean power density from the light guide. Asterisk indicates a significant difference from the control, which had no barrier ($p < 0.05$).

guide, which would mean that part of the light guide would still have to be wiped down between patients (Fig. 1c).

Clinicians should also consider the sterility of the barriers. None of the barriers used in this study is marketed as a sterile covering. Only Cure Sleeves come in a prepackaged, single-use bag, which protects the disposable barrier from contacting its surroundings until the bag is opened. Cure Elastic barriers are packed in bulk and could easily become contaminated in the box. They are exposed to the surrounding environment each time the box is opened, when they could become contaminated by airborne organisms or by a contaminated foreign body.

Further studies are required to investigate if these barriers have an effect on light dispersion. Although this study showed that they had little effect on the total power output from an LCU, they may cause the light to scatter from the end of the light guide. This may adversely affect the amount of light energy received at the bottom of a deep preparation.

Conclusions

Two of the 3 disposable barriers tested produced a statistically significant reduction in power density ($p < 0.05$), but the

Table 2 Mean difference in power density for the 3 barriers, relative to control (analysis of variance and Fisher's protected least significant difference test)

Comparison	Mean difference in power density (mW/cm ²)	p value
Control v. Saran plastic wrap	10	0.09
Control v. Cure Sleeve	14	0.020
Control v. Cure Elastic	35	< 0.001

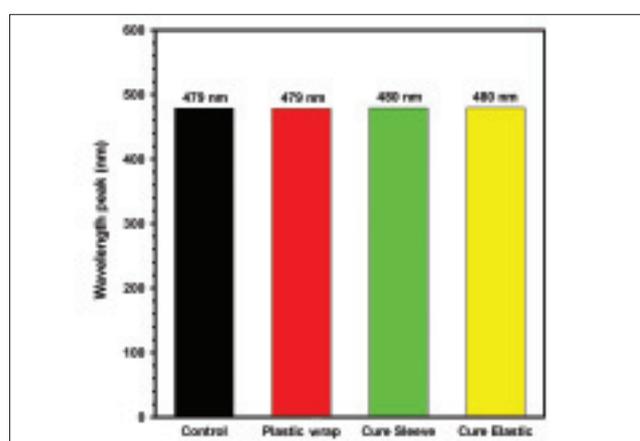


Figure 6: Effect of each barrier on mean peak wavelength emitted from the curing light. There were no significant differences from the control (no barrier) ($p > 0.05$ for all comparisons).

reduction was small (2.4% to 6.1%) and would probably not have an adverse clinical effect on the curing of composite resin. None of the translucent barriers affected the spectrum of light emitted from the LCU ($p > 0.05$). ♦

Remerciements : Ce projet a été réalisé pendant les études d'été de Mme B. Scott, financées par le Réseau sur la formation en recherche et santé buccale.



Mme Scott est étudiante en médecine dentaire, Faculté de médecine dentaire, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse).



M. Felix est étudiant en médecine dentaire, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse).



Le Dr Price est professeur, Département des sciences cliniques dentaires, Faculté de médecine dentaire, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse).

Écrire au : Dr Richard Price, Département des sciences cliniques dentaires, Université Dalhousie, Halifax NS B3H 3J5. Courriel : rbprice@dal.ca.

Les auteurs n'ont aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

Références

1. Christensen GJ. Current use of tooth-colored inlays, onlays, and direct-placement resins. *J Esthet Dent* 1998; 10(6):290-5.
2. Fors H, Widstrom E. From amalgam to composite: selection of restorative materials and restoration longevity in Finland. *Acta Odontol Scand* 2001; 59(2):57-62.
3. Leonard DL, Charlton DG, Hilton TJ. Effect of curing-tip diameter on the accuracy of dental radiometers. *Oper Dent* 1999; 24(1):31-7.
4. Anusavice KJ. Phillips' science of dental materials. 11th ed. St. Louis: Elsevier Science; 2003. p. 411.
5. Rueggeberg FA. Precision of hand-held dental radiometers. *Quintessence Int* 1993; 24(6):391-6.
6. Shortall AC, Harrington E, Wilson HJ. Light curing unit effectiveness assessed by dental radiometers. *J Dent* 1995; 23(4):227-32.
7. Sakaguchi RL, Douglas WH, Peters MC. Curing light performance and polymerization of composite restorative materials. *J Dent* 1992; 20(3):183-8.
8. Caughman WF, Rueggeberg FA, Curtis JW Jr. Clinical guidelines for photocuring restorative resins. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(9):1280-2, 1284, 1286.
9. Fan PL, Schumacher RM, Azzolin K, Geary R, Eichmiller FC. Curing-light intensity and depth of cure of resin-based composites tested according to international standards. *J Am Dent Assoc* 2002; 133(4):429-34.
10. Pearson GJ, Longman CM. Water sorption and solubility of resin-based materials following inadequate polymerization by a visible-light curing system. *J Oral Rehabil* 1989; 16(1):57-61.
11. Ferracane JL. Correlation between hardness and degree of conversion during the setting reaction of unfilled dental restorative resins. *Dent Mater* 1985; 1(1):11-4.
12. Chen RS, Liuw CC, Tseng WY, Hong CY, Hsieh CC, Jeng JH. The effect of curing light intensity on the cytotoxicity of a dentin-bonding agent. *Oper Dent* 2001; 26(5):505-10.
13. Caughman WF, Caughman GB, Shiflett RA, Rueggeberg F, Schuster GS. Correlation of cytotoxicity, filler loading and curing time of dental composites. *Biomaterials* 1991; 12(8):737-40.
14. Caughman GB, Caughman WF, Napier N, Schuster GS. Disinfection of visible-light-curing devices. *Oper Dent* 1989; 14(1):2-7.
15. Rueggeberg FA, Caughman WF, Comer RW. The effect of autoclaving on energy transmission through light-curing tips. *J Am Dent Assoc* 1996; 127(8):1183-7.
16. Rueggeberg FA, Caughman WF. Factors affecting light transmission of single-use, plastic light-curing tips. *Oper Dent* 1998; 23(4):179-84.
17. Chong SL, Lam YK, Lee FK, Ramalingam L, Yeo AC, Lim CC. Effect of various infection-control methods for light-cure units on the cure of composite resins. *Oper Dent* 1998; 23(3):150-4.
18. Dugan WT, Hartleb JH. Influence of a glutaraldehyde disinfecting solution on curing light effectiveness. *Gen Dent* 1989; 37(1):40-3.
19. Nelson SK, Rueggeberg FA, Heuer GA, Ergle JV. Effect of glutaraldehyde-based cold sterilization solutions on light transmission of single-use, plastic light-curing tips. *Gen Dent* 1999; 47(2):195-9.
20. Nelson SK, Caughman WF, Rueggeberg FA, Lockwood PE. Effect of glutaraldehyde cold sterilants on light transmission of curing tips. *Quintessence Int* 1997; 28(11):725-30.
21. Kofford KR, Wakefield CW, Nunn ME. The effect of autoclaving and polishing techniques on energy transmission of light-curing tips. *Quintessence Int* 1998; 29(8):491-6.
22. Warren DP, Rice HC, Powers JM. Intensity of curing lights affected by barriers. *J Dent Hyg* 2000; 74(1):20-3.
23. Price RB, Dérand T, Sedarous M, Andreou P, Loney RW. Effect of distance on the power density from two light guides. *J Esthet Dent* 2000; 12(6):320-7.
24. Pilo R, Oelgiesser D, Cardash HS. A survey of output intensity and potential for depth of cure among light-curing units in clinical use. *J Dent* 1999; 27(3):235-41.

DÉFINITION DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DE L'ADC

La santé buccodentaire est un état des tissus et des structures associés à l'appareil buccodentaire d'une personne qui contribue à son bien-être physique, mental et social et qui améliore sa qualité de vie, en lui permettant de s'exprimer, de s'alimenter et de socialiser sans douleur, malaise ou gêne.

La version anglaise a été agréée en vertu de la résolution 2001.02
Bureau des gouverneurs de l'Association dentaire canadienne
Mars 2001

Formation dentaire continue

L'ADC maintient une liste à jour de cours de formation dentaire continue pour aider les dentistes à rester informés sur les divers débouchés d'apprentissage qui leur sont offerts au Canada et à l'étranger. Pour obtenir la liste complète du calendrier de FDC, visitez le site Web de l'ADC à www.cda-adc.ca.

Our Pharmacy Team Can Help You Save On Your Dental Preparations !



Our pharmacy team can custom compound dental preparations for your practice. We have the knowledge, expertise, and equipment to compound a variety of preparations

including: antibiotic rinses / gels, bleaching agents, chelating agents, dry socket preparations, desensitizing agents, etches, hemostatic agents, and much more. If a dental preparation has been discontinued, commercially unavailable, or overly expensive, our pharmacy team may be able to help. For more information, please contact Strathcona Prescription Centre to speak to a compounding pharmacist.

Call Toll Free Today
1 (888) 433-2334

Will Leung
B.Sc. Pharmacy



Notre passion, la vie

LISTERINE



L'Association
dentaire
canadienne
Canadian
Dental
Association



M. Jon Coleman,
*vice-président et directeur général
de la division Pfizer Santé grand public,*

et

le Dr Louis Dubé,
président de l'Association dentaire canadienne (ADC),

*ont le plaisir d'annoncer que la société Pfizer Canada
commanditera le Dîner du président de l'ADC,
qui se tiendra conjointement avec
les réunions de l'assemblée générale et
du forum stratégique de l'ADC de 2004 à Ottawa.*

Le groupe des produits Listerine
adresse ses meilleurs vœux à l'ADC,
à son président, le Dr Louis Dubé,
et à son président désigné, le Dr Alfred Dean.

100%*

* Dans combien de durées de 1, 2, 3, 5 et 10 ans se terminant le 31 octobre 2003 la majorité des fonds du RER de l'ADC ont affiché une performance supérieure à celle de la plupart des autres fonds dans leurs catégories.

Pour en bénéficier, appelez dès maintenant le **1 877 293-9455**, poste 5021.



Jasper Dental Congress

Presented by the Alberta Dental Association and College May 27 - 30, 2004



Beautiful Jasper, Alberta will be the host venue for this event — four days of professional development and social activities with a distinctively western Canadian flavour!

Enjoy the Great Canadian Lodge Experience while you stay at the host hotel, The Fairmont Jasper Park Lodge, known worldwide for its rustic elegance and natural beauty. Attend scientific sessions and technology fair activities at the Jasper Activity Centre.

Mountains of experience await! Four days of scientific sessions led by internationally renowned speakers including:

Ms. Mary Carson

“Do Bugs Need Drugs”

Dr. David Donaldson

“Recognition and Non Pharmacological Treatment of Chronic Pain”

“Where are we Going with Pain and Anxiety Control in Dentistry?”

Dr. Mark Donaldson, B.Sc.(Pharm), Pharm.D

“Is it Safe to Treat this Patient?”

“Pharmacological Strategies for Chronic Pain Management”

Sgt Kim Haley

“United We Stand: Canadian Forces Dental Services Contribute to the War on Terrorism”

Dr. Terry Lim

Prosthodontics

Dr. Kevin Lung

Oral Surgery

Dr. Ken Zakariasen

Clinical Decision Making

- Technology Fair with over 90 exhibitors
- Thursday's Golf Tournament at the Fairmont Jasper Park Lodge Golf Course

Social Events

- “Where the Mountains Meet” Welcome Reception
- An Evening in Black & White with Wayne Lee
- Saturday Finale: Viva Las Vegas!

Activities for delegates, partners, spouses and family including:

- War Canoe Races
- Golf Clinics
- Cooking Demonstrations
- Hiking
- Fun Run/Walk
- Tennis Tournament
- Pilates
- Youth Day Camp

For more information, a complete list of hotels where rooms have been blocked and their rates, visit the ADA&C's website at www.abda.ab.ca or contact the ADA&C offices at (780) 432-1012. To avoid disappointment, book your rooms now!



Creating perfect smiles year after year
The 2004 Jasper Dental Congress is presented in conjunction with the Alberta Dental Association and College, Alberta Dental Assistants Association and the Alberta Society of Dental Specialists.

Sommaires cliniques

La rubrique «Sommaires cliniques» du JADC regroupe des sommaires et des résumés extraits de publications dentaires révisées par des pairs. Elle tente de sensibiliser les lecteurs à la littérature récente qui intéresserait les professionnels de la santé buccodentaire. Elle ne se veut nullement être une analyse méthodique du sujet. La sélection du mois consiste en une mise à jour sur la recherche consacrée à l'étiologie du cancer de la bouche. Les articles ont été choisis par la Dre Catalena Birek, professeure aux Départements de la biologie buccale et du diagnostic dentaire et des sciences chirurgicales, à la Faculté de médecine dentaire de l'Université du Manitoba, Winnipeg. Un commentaire de l'auteure permet de placer ces articles en contexte.

Commentaire

Tendances actuelles de la recherche sur l'étiologie du cancer de la bouche

Catalena Birek, DDS, PhD, Dip Oral Pathol

Les sommaires choisis ce mois-ci concernent 3 domaines d'actualité, extrêmement importants, de la recherche sur les causes du cancer de la bouche, comme en témoignent les études épidémiologiques cliniques.

1. Le papillomavirus humain (PVH) peut-il causer le carcinome spinocellulaire? Si c'est le cas, quels types de PVH et quel sous-groupe de cancers (cancer de la bouche et de la tête, cancer du cou et des voies aérodigestives supérieures, cancer de la peau) sont en cause? Un article fondamental publié par Gillison et coll.¹ en 2000 a permis d'obtenir des données objectives sur le fait que le PVH de type 16 est un agent causal du développement d'un sous-groupe de cancers de la tête et du cou. Des articles plus récents que celui-ci (voir sommaires 1 et 2) nous rassurent quelque peu sur le fait que la prévalence de ce type de PVH dans les lésions buccales pré-malignes et malignes est faible et, par conséquent, peu susceptible d'être une préoccupation importante comme agent étiologique pour la progression vers la malignité de la plupart des lésions buccales pré-malignes. Un certain nombre d'articles et de rapports de cas récents portent sur la nouvelle définition des lésions verruqueuses et papillomateuses causées par les divers types de PVH, et donnent la considération qu'il faut à l'effet de l'immunosuppression sur le pronostic²⁻⁵. Il n'existe pas encore de recommandations fiables pour la pratique clinique en ce qui concerne le traitement des lésions en cause, et notre capacité de prédire avec précision la bénignité ou la malignité d'un résultat clinique pour les lésions dysplasiques sera influencée par les résultats d'études épidémiologiques prospectives à long terme. Une question à laquelle on n'a pas encore apporté de réponse est celle de savoir si les nouveaux vaccins anti-PVH offerts depuis peu pour la prévention du cancer du col utérin seront aussi efficaces pour la prévention des infections buccales à PVH⁶. On mène aussi actuellement des études dans d'autres domaines, notamment les mécanismes moléculaires à l'œuvre dans le processus complexe à étapes multiples de la transformation néoplasique, les techniques moléculaires à la fine pointe de la technologie et la recherche sur le biomarqueur élégant du cancer de la bouche^{7,8}.

2. Est-ce que le cancer de la bouche et le cancer de la tête et du cou sont associés à la consommation de marijuana? Au moins un article récent donne à penser qu'on pourrait apporter une réponse positive à cette question (voir sommaire 3). Le fait qu'on ait antérieurement évoqué que le tétrahydrocannabinol (une des

substances actives du cannabis) peut avoir des propriétés antitumorales devra être vérifié par les nouvelles constatations et davantage corroboré par des essais cliniques.

3. Le cancer de la bouche peut-il se développer dans les lésions de lichen plan et, si oui, dans quelle proportion des lésions? Suivant des rapports contradictoires antérieurs sur un nombre limité de cohortes, un nombre croissant d'études de suivi indiquent qu'une petite fraction du lichen plan (diagnostiqué non seulement par inspection visuelle, mais aussi par examen histologique et immunohistochimique) peut receler des transformations pré-malignes^{9,10} (voir également les sommaires 4, 5 et 6). Dans certaines des lésions, un carcinome spinocellulaire franc peut se développer. Le suivi clinique soigneux de toutes les lésions buccales diagnostiquées comme lichen plan est par conséquent recommandé. L'article de synthèse présenté pour lecture ultérieure présente des vues opposées sur la fréquence de rappel chez les patients atteints de lichen plan buccal⁹. ♦

Bibliographie sélectionnée

1. Gillison ML, Koch WM, Capone RB, Spafford M, Westra WH, Wu L, and others. Evidence for a causal association between human papillomavirus and a subset of head and neck cancers. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92(9):709-20.
2. Scully C. Oral squamous cell carcinoma; from an hypothesis about a virus, to concern about possible sexual transmission. *Oral Oncol* 2002; 38(3):227-34.
3. Zhang L, Epstein JB, Poh CF, Berean K, Lam WL, Zhang X, and other. Comparison of HPV infection, p53 mutation and allelic losses in post-transplant and non-posttransplant oral squamous cell carcinomas. *J Oral Pathol Med* 2002; 31(3):134-41.
4. Anderson KM, Allen CM, Nuovo GJ. Human papillomavirus type 40-associated papilloma, and concurrent Kaposi's sarcoma involving the anterior hard palate of an HIV-positive man. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 95(1):80-4.
5. Daley T, Birek C, Wysocki GP. Oral bowenoid lesions: differential diagnosis and pathogenetic insights. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90(4):466-73.
6. Devaraj K, Gillison ML, Wu TC. Development of HPV vaccines for HPV-associated head and neck squamous cell carcinoma. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14(5): 345-62.
7. Almadori G, Galli J, Cadoni G, Bussu F, Maurizi M. Human papillomavirus infection and cyclin D1 gene amplification in laryngeal squamous cell carcinoma: biologic function and clinical significance. *Head Neck* 2002; 24(6):597-604.
8. Bradley G, Irish J, MacMillan C, Mancor K, Witterick I, Hartwick W, and others. Abnormalities of the ARF-p53 pathway in oral squamous cell carcinoma. *Oncogene* 2001; 20(5):654-8.
9. Mattsson U, Jontell M, Holmström P. Oral lichen planus and malignant transformation: is a recall of patients justified? *Crit Rev Oral Biol Med* 2002; 13(5):390-6.
10. Epstein JB, Wan LS, Gorsky M, Zhang L. Oral lichen planus: progress in understanding its malignant potential and the implications for clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 96(1):32-7.

1 **Quel est le rôle du papillomavirus humain de type 16 dans les carcinomes de la cavité buccale?**
Ha PK, Pai SI, Westra WH, Gillison ML, Tong BC, Sidransky D, and other. Real-time quantitative PCR demonstrates low prevalence of human papillomavirus type 16 in premalignant and malignant lesions of the oral cavity. *Clin Cancer Res* 2002; 8(5):1203–9.

Contexte

Le papillomavirus humain (PVH) de type 16 a été associé à des cancers de la tête et du cou, mais sa prévalence dans les lésions pré malignes de la tête et du cou n'a pas été bien établie en raison de la variabilité des méthodes de détection et d'échantillonnage. Cette étude a permis d'examiner la prévalence de l'ADN du PVH de type 16 dans des lésions pré malignes et malignes de la tête et du cou, au moyen de la réaction en chaîne de la polymérase quantitative en temps réel, en vue de déterminer l'importance du PVH de type 16 dans le développement du carcinome spinocellulaire de la bouche.

Méthodologie

On a utilisé la réaction en chaîne de la polymérase quantitative en temps réel pour examiner 102 lésions pré malignes de la tête et du cou ayant subi une microdissection (85 provenant de la cavité buccale), 34 carcinomes spinocellulaires invasifs de

la cavité buccale et 18 tumeurs invasives qui étaient positives pour l'ADN du PVH de type 16.

Résultats

Une participation importante du PVH de type 16 a été décelée dans 1 des 102 lésions pré malignes (0,98 %), dans 1 des 34 tumeurs invasives (2,9 %) du cancer buccal et dans 14 des 18 tumeurs positives pour le PVH (78 %).

Importance clinique

Cette étude a permis de constater que l'infection au PVH de type 16 des lésions pré malignes et des carcinomes de la cavité buccale n'est pas fréquente et contribue rarement, par conséquent, à l'apparition du carcinome spinocellulaire de la bouche. La réaction en chaîne de la polymérase quantitative en temps réel est une technique fiable qu'on peut utiliser pour déterminer avec plus de précision qu'avec une autre méthode le rôle du PVH dans les lésions pré malignes. ♦

2 **Est-ce que les patients atteints de tumeurs positives pour le PVH ont un meilleur pronostic que les patients atteints de tumeurs négatives pour le PVH?**

Ritchie JM, Smith EM, Summersgill KF, Hoffman HT, Wang D, Klussmann JP, and others. Human papillomavirus infection as a prognostic factor in carcinomas of the oral cavity and oropharynx. *Int J Cancer* 2003; 104(3):336–44.

Contexte

Les papillomavirus humains (PVH) constituent un facteur de risque pour le cancer de la bouche et le cancer oropharyngien. Toutefois, la question n'est pas claire de savoir si les patients chez qui on a décelé un PVH dans le cancer ont un meilleur pronostic. Cette recherche a permis d'examiner l'association entre la survie du patient et la présence d'un PVH dans les carcinomes de la cavité buccale et de l'oropharynx.

Méthodes

La réaction en chaîne de la polymérase et le séquençage d'ADN ont été utilisés pour vérifier la présence d'un PVH dans les spécimens tumoraux de 139 patients chez qui on venait de diagnostiquer un cancer de la bouche ou un cancer oropharyngien. Les caractéristiques démographiques et tumorales ont été obtenues à partir de questionnaires, de rapports pathologiques et de registres sur le cancer. Les rapports de cotes (RC) et les risques relatifs (RR) ont été fondés respectivement sur des modèles logistiques et sur des modèles de régression de Cox.

Résultats

Vingt et un pour cent des tumeurs étaient infectées par un PVH; 83 % causées par un PVH de type 16. Parmi les

facteurs de risque significatifs pour l'infection par le PVH, on comptait le sexe masculin (RC = 2,9, IC à 95 % = 1,0–8,6), les antécédents de sexualité orogénitale (RC = 4,2, IC à 95 % = 1,5–11,7) et les tumeurs oropharyngiennes (RC = 10,4, IC à 95 % = 3,5–31,2). L'accroissement de l'usage du tabac était associé à une diminution de la détection du PVH (RC = 0,97/paquet-année, IC à 95 % = 0,96–0,99). La survie globale était meilleure pour les patients dont les tumeurs étaient infectées par le PVH (RR = 0,3, IC à 95 % = 0,1–0,8) que pour les patients dont les tumeurs étaient négatives pour le PVH. L'interaction entre le sexe et le statut quant au PVH a été constatée pour la survie globale ($p = 0,05$) et pour la survie spécifique ($p = 0,03$), ce qui permet de supposer que les hommes positifs pour le PVH avaient un meilleur pronostic que les hommes négatifs pour ce type de virus. Toutefois, ce n'était pas le cas chez les femmes.

Importance clinique

Cette étude a permis de déterminer que le statut quant au PVH était un facteur pronostic indépendant dans les cancers de la bouche et de l'oropharynx. Les différences quant au sexe pour la survie globale et la survie spécifique donnent à penser qu'il est nécessaire d'effectuer d'autres études pour déterminer l'interaction entre le PVH et le sexe sur la survie. ♦

3 Est-ce que l'usage de la marijuana augmente le risque de cancer de la tête et du cou?

Zhang ZF, Morgenstern H, Spitz MR, Tashkin DP, Yu GP, Marshall JR, and others. Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999; 8(12):1071–8.

Contexte

Après le tabac, la marijuana est la deuxième substance fumée le plus couramment aux États-Unis. Ses propriétés carcinogènes sont semblables à celles du tabac. Même si des données empiriques indiquent une association entre l'usage de la marijuana et le cancer de la tête et du cou, aucune étude épidémiologique n'avait précédemment permis d'examiner cette relation. Le but de la présente étude était de faire des recherches pour savoir si l'usage de la marijuana augmente le risque de cancer de la tête et du cou.

Méthodologie

Pour cette étude cas-témoins, les données épidémiologiques ont été obtenues auprès de 173 nouveaux patients non traités chez qui on a confirmé un diagnostic histologique de carcinome spinocellulaire de la tête et du cou et auprès de 176 témoins non cancéreux. Les participants ont répondu à un questionnaire structuré qui comportait des questions sur l'usage du tabac, de l'alcool et de la marijuana. On a utilisé les méthodes de Mantel-Haenszel et des modèles de régression logistique pour analyser les effets de la marijuana sur le risque de cancer de la tête et du cou.

Résultats

On a constaté que l'usage de la marijuana augmentait le risque de carcinome spinocellulaire de la tête et du cou après neutralisation des covariables (rapport de cotes [RC] comparant les utilisateurs et les non-utilisateurs, 2,6; intervalle de confiance [IC] à 95 %, 1,1–6,6). On a observé des relations dose-effet fortes pour la fréquence de l'usage de la marijuana et le nombre d'années d'usage. Ces relations étaient plus fortes pour les sujets de moins de 55 ans (RC, 3,1; I.C. à 95 %, 1,0–9,7). Une interaction a été constatée entre l'usage de la marijuana et la consommation de cigarettes, la sensibilité mutagène et l'usage d'alcool.

Importance clinique

L'étude a permis de constater que l'usage de la marijuana est associé à un risque accru proportionnel à la dose pour le cancer de la tête et du cou. L'usage de la marijuana peut interagir avec la sensibilité mutagène et avec d'autres facteurs de risque pour augmenter le risque mesuré. Il faut toutefois considérer les résultats avec prudence en raison des limites méthodologiques de l'étude. Les auteurs laissent entendre qu'il faut de grandes études épidémiologiques pour refaire les constatations qu'ils ont effectuées. ♦

4 Est-ce que le suivi régulier des patients atteints de lichen plan buccal réduit le risque qu'ils contractent le cancer buccal?

Mignogna MD, Lo Muzio L, Lo Russo L, Fedele S, Ruoppo E, Bucci E. Clinical guidelines in early detection of oral squamous cell carcinoma arising in oral lichen planus: a 5-year experience. *Oral Oncol* 2001; 37(3):262–7.

Contexte

Le lichen plan buccal (LPB) se classe parmi les états précancéreux, même s'il existe toujours une controverse sur la question de savoir si le LPB a une prédisposition intrinsèque à la malignité. Les auteurs croient que les patients atteints de LPB sont plus à risque de contracter un cancer de la bouche. Ils présentent des recommandations cliniques pour évaluer le risque possible de transformation maligne des lésions de LPB.

Méthodologie

L'étude avait pour sujets 502 patients (311 femmes et 191 hommes) atteints de LPB et soumis à des examens de suivi réguliers. L'âge des sujets variait entre 18 ans et 83 ans (moyenne de 55,4 ans); les périodes de suivi variaient entre 4 mois et 12 ans. Les sujets ont été catégorisés selon 6 formes de LPB. Au bout de suivis de 4 mois, la morphologie, la localisation, l'ampleur et l'homogénéité des lésions étaient analysées. La fréquence des suivis ou des biopsies buccales a été augmentée lorsqu'on soupçonnait la présence d'une transformation maligne.

Résultats

Sur un intervalle de 5 ans, 24 nouveaux carcinomes ont été décelés; la transformation maligne possible du LPB a été estimée à 3,7 %. Sur la base des critères cliniques utilisés dans les suivis, 28,5 % des tumeurs décelées indiquaient la présence d'un carcinome spinocellulaire de la bouche (CSCB) in situ, 38 % la présence d'un CSCB micro-invasif, 28,5 % la présence d'un CSCB de stade I et 4,7 % la présence d'un CSCB de stade II. Les auteurs signalent une amélioration significative du pronostic par comparaison à une étude précédente fondée sur des critères différents.

Importance clinique

Les auteurs croient que les patients atteints de LPB ont besoin d'une prise en charge soigneuse parce qu'ils sont exposés à un risque accru de cancer de la bouche. La classification de la forme clinique de LPB est importante pour établir un programme de suivi et l'homogénéité est l'indicateur le plus utile de la transformation des lésions en LPB. Les auteurs recommandent des suivis au moins 3 fois par année et des examens cliniques méticuleux. ♦

5 Comment se présente typiquement le lichen plan buccal?

Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46(2):207-14.

Contexte

Le lichen plan buccal (LPB) est un trouble courant qui est bien décrit dans la littérature dentaire, mais moins bien dans la littérature dermatologique. Le présent article décrit les caractéristiques cliniques de 723 patients atteints de LPB traités dans une clinique de dermatologie.

Méthodologie

En tout, 723 sujets (75 % de femmes et 25 % d'hommes) chez qui on avait confirmé histologiquement la présence d'un LPB ont été suivis pendant une période allant de 6 mois à 8 ans (moyenne de 4,5 ans). L'information clinique comprenait le siège de l'atteinte buccale, les formes cliniques prédominantes de la maladie, les facteurs d'exacerbation et les facteurs de risque pour le cancer de la bouche chez qui on avait diagnostiqué un carcinome spinocellulaire.

Résultats

Chez 40 % des patients, le type prédominant de LPB à la présentation initiale était la forme érosive. La muqueuse buccale était le siège le plus courant de l'atteinte. Le lichen plan gingival isolé a été observé chez 8,6 % des patients. Les symptômes étaient présents chez la plupart des patients pour toutes les formes de la maladie. Le LPB était plus prévalent chez les femmes. Parmi les facteurs précipitants exacerbant la maladie, on comptait le stress, certains aliments, les procédures dentaires, les maladies généralisées et la mauvaise hygiène buccale. Six patients (0,8 %) chez qui on avait précédemment diagnostiqué un lichen plan érosif ou érythémateux ont contracté un carcinome spinocellulaire de la bouche.

Importance clinique

Renseigner les patients au sujet de ce trouble courant, des facteurs d'exacerbation, de la possibilité de transformation maligne et de l'importance d'un suivi régulier peut apaiser leur anxiété. ✦

6 Serait-il rentable de promouvoir la détection précoce du cancer de la bouche par le dépistage régulier des patients atteints de lichen plan buccal?

van der Meij EH, Bezemer PD, van der Waal I. Cost-effectiveness of screening for the possible development of cancer in patients with oral lichen planus. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(5):342-51.

Contexte

La détection précoce du cancer de la bouche au moyen de stratégies de prévention comme le dépistage aide à réduire la morbidité et la mortalité. Les patients atteints de lichen plan buccal (LPB) pourraient bénéficier d'un dépistage régulier. Actuellement, il n'existe pas de données objectives quant au rapport coût-efficacité d'une telle approche. Les objectifs de la présente étude étaient de calculer les coûts et l'efficacité du dépistage du cancer de la bouche chez les patients atteints de LPB, de comparer le rapport coût-efficacité de divers scénarios de dépistage et de procéder à une analyse de sensibilité pour plusieurs variables du modèle utilisé.

Méthodologie

Les coûts et l'efficacité du dépistage ou du non-dépistage du cancer de la bouche ont été calculés pour 1 an pour une population de 100 000 sujets atteints de LPB. Le gain en matière de santé a été exprimé en années de vie sauvées ajustées sur la qualité de la vie (AVSAQ) et en vies sauvées équivalentes (VSE). Le rapport coût-efficacité a été exprimé en coûts supplémentaires (coûts du dépistage moins coûts du non-dépistage) par VSE, et les résultats ont été comparés au rapport coût-efficacité d'un scénario de dépistage différent. L'effet de la variabilité des variables suivantes a été évalué : coûts du traitement du cancer, taux de transformation maligne (TTM)

annuel, sensibilité et spécificité de l'examen buccal et proportion de cancers constatés au stade I par rapport aux coûts supplémentaires par VSE.

Résultats

Le gain en matière de santé découlant du dépistage était de 592 AVSAQ, ce qui correspond à sauver 23,68 vies par année ou à 53 430 \$ par vie sauvée. Une augmentation des coûts de traitement du cancer diminue significativement les coûts par VSE. Si le TTM est inférieur à 0,4 % par année, les coûts supplémentaires par VSE augmentent de manière exponentielle. La sensibilité et la spécificité d'un examen buccal a un effet important sur le rapport coût-efficacité. Si la proportion de cancers constatés au stade I passe de 40 % (aucun dépistage) à au moins 60 % après le dépistage, les coûts supplémentaires par VSE diminuent de manière exponentielle.

Importance clinique

Compte tenu du modèle de décision utilisé dans la présente étude, le dépistage du cancer de la bouche chez les patients atteints de LPB semble attrayant. Toutefois, en raison du fait qu'un certain nombre de variables ont un retentissement sur les coûts et l'efficacité finaux d'une telle approche, il faut réunir plus d'information au sujet des variables en question pour obtenir un calcul plus précis et plus réaliste. ✦



CRÉER DE LA VALEUR POUR LES MEMBRES DE L'ADC

L'ADC aide les dentistes à se conformer à la nouvelle loi

Devant les imprécisions du gouvernement fédéral au sujet de l'application de sa nouvelle loi sur la protection des renseignements personnels dans le milieu de la santé, l'ADC a entrepris des efforts de pression et de revendication qui ont forcé le gouvernement du Canada à interpréter comment la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRP/DE)* s'appliquait à la dentisterie, quelques semaines seulement avant la mise en vigueur de la loi le 1^{er} janvier.

Durant l'automne 2003, il y a eu beaucoup de confusion et d'incertitude au sujet de la façon dont la *LPRP/DE* s'appliquerait à la dentisterie. Comme le gouvernement fédéral ne produisait pas de lignes directrices ou d'outils pour le secteur de la santé, l'ADC a demandé au gouvernement de retarder la mise en vigueur de la *LPRP/DE*. Or, puisque le gouvernement fédéral n'a pas appuyé cette position, l'ADC a travaillé sans relâche pour clarifier les obligations des dentistes relativement à la protection des renseignements personnels des patients en vertu de la *LPRP/DE*.

L'ADC a eu le plaisir d'obtenir du gouvernement fédéral son interprétation du principe de la connaissance et du consentement, tel qu'il s'applique à la dentisterie suivant la *LPRP/DE*. Cette information paraît dans la nouvelle section sur la *LPRP/DE* du volet réservé aux membres du site Web de l'Association (www.cda-adc.ca). Une série de questions et de réponses directes clarifie les exigences au sujet de l'obtention du consentement, de la divulgation des renseignements médicaux personnels aux sociétés d'assurance privées, des mesures de protection des cabinets et des demandes pour modifier les renseignements sur un dossier dentaire. Les membres seront informés des nouveaux développements dans des bulletins électroniques de l'*ADCourriel* et dans des mises à jour sur le site Web de l'ADC.

L'ADC appuie la législation qui protège les renseignements médicaux personnels de nos patients contre l'abus et la mauvaise utilisation lorsqu'ils sont divulgués au-delà du rapport dentiste-patient. L'ADC n'appuie pas la législation fédérale sur la protection des renseignements personnels qui impose un fardeau administratif additionnel aux dentistes. Le gouvernement fédéral a compris la nécessité d'instaurer une démarche qui permettrait au milieu de la santé de faire connaître ses préoccupations et de mettre fin à l'incertitude et à la mésinformation. Heureusement, l'ADC a pu consacrer des ressources considérables à forcer le gouvernement fédéral à produire des renseignements qui aideront les dentistes à comprendre leurs obligations en vertu de la *LPRP/DE*.



L'Association
dentaire
canadienne

Pour en savoir plus sur les activités gouvernementales de l'ADC,

communiquez avec Andrew Jones, directeur des relations générales et gouvernementales, Association dentaire canadienne, 1815, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), K1G 3Y6; tél. : (613) 523-1770, poste 2290; courriel : ajones@cda-adc.ca.

Images cliniques

La rubrique «Images cliniques» est une série d'essais en image qui traite de l'art technique de la dentisterie clinique. Cette rubrique présente des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet dentaire. L'article de ce mois-ci est rédigé par le Dr Tony Pensak, un des conférenciers invités à la Conférence dentaire du Pacifique, présentée en partenariat avec l'Association dentaire canadienne. La conférence se tiendra à Vancouver (C.-B.), du 4 au 6 mars. Pour soumettre un cas ou recommander un clinicien qui pourrait contribuer à cette rubrique, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

La technique des rainures

Dr Tony Pensak, BSc, DDS, FAGD

Beaucoup de dentistes connaissent les obstacles inhérents qu'il y a à placer des composites de classe I. Ces restaurations en apparence simples provoquent souvent les plaintes les plus intrigantes quant à la sensibilité post-opératoire. Le problème est le plus probablement attribuable au fait que les restaurations de classe I n'ont que 1 seule surface libre non liée qui est capable de se déformer à mesure que se contracte la résine sous l'effet de la polymérisation, ce qui cause une grande quantité de stress au niveau de l'angle cavopériphérique. Dans la littérature dentaire, on parle alors d'un facteur C très élevé (qu'on définit comme étant le ratio des parois liées sur les parois non liées) et a été décrite pour la première fois par Feilzer et coll.¹ en 1987. En 1999, Milicich² a proposé une solution pour réduire le stress causé par la contraction de polymérisation. À mon avis, la technique de Milicich n'a pas reçu assez d'attention. Ce qui suit est un bref aperçu de cette technique.

L'émail est particulièrement vulnérable à la fracture lorsque le stress tensionnel est élevé. Une ligne blanche est souvent visible, soit immédiatement après la polymérisation, soit quelques minutes plus tard, une fois que les procédures de finition sont terminées (ill. 1). Cette ligne blanche n'évoque certainement pas un échec au niveau de l'interface de surface de la cavité, mais plutôt une fracture cohésive au sein de la structure même de l'émail (ill. 2). Même si cette ligne blanche peut se colorer prématurément, selon toute vraisemblance, elle ne conduira pas à un échec prématuré de toute la restauration. À de rares occasions où la ligne blanche n'apparaît pas, la cuspside entière peut avoir subi une fracture catastrophique qui peut en définitive faire mourir la dent.

Moyennant un minimum de temps et d'équipement, il est possible de réduire significativement ce risque et d'embellir la restauration. La procédure consiste simplement à pratiquer une série de rainures étroites, près des sillons de développement, jusqu'au milieu de la restauration, avant la polymérisation. Cette opération amènera un surcroît de surfaces non liées qui peuvent se déformer pendant la polymérisation, réduisant ainsi le stress à l'angle cavopériphérique de la cavité. Un scellant doit être appliqué après la polymérisation et l'ajustement occlusal.



Illustration 1 : Ligne blanche visible autour d'une restauration polymérisée de classe I. La photo est une gracieuseté de Bisco Dental Products.

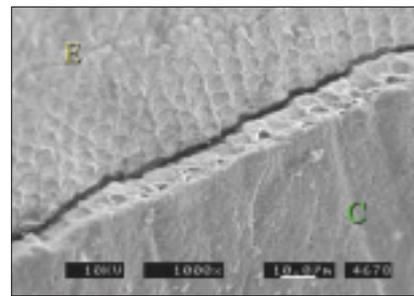


Illustration 2 : La microscopie électronique à balayage (x1000) indique que la ligne blanche signale une fracture de l'émail. E = émail, C = composite. La photo est une gracieuseté de Bisco Dental Products.

Appliquer la technique des rainures consiste simplement à utiliser une technique de sculpture qui réduit le stress ou, pour être plus précis, à utiliser une «technique de profilage du composite avant la polymérisation pour réduire le facteur C». Peu importe comment on appelle cette technique, le résultat final est le même : c'est une manière facile de juguler la contraction consécutive à la polymérisation. ♦



Le Dr Tony Pensak est co-fondateur et directeur clinique de l'Institut du millénaire, un établissement d'enseignement et de recherche. Il exerce dans un cabinet privé à Calgary (Alberta).

Écrire au : Dr Tony Pensak, bureau 202, 83, ch. Deerpoint S.-E., Calgary AB T2J 6W5. Courriel : tmj@dentist.org.

Le Dr Pensak donnera 2 séminaires à la Conférence conjointe CDP/ADC : «Making Sense of Today's Methods and Materials: Separating Myth from Reality» et «Technology 2004: Integrating Digital Imaging into Your Practice». Les 2 séminaires sont parrainés par Bisco Dental Products. Pour en savoir plus sur la conférence, visitez le site www.pacificdentalonline.com.

Références

1. Feilzer AJ, De Gee AJ, Davidson CL. Setting stress in composite resin in relation to configuration of the restoration. *J Dent Res* 1987; 66(11):1636-9.
2. Milicich G. Direct restorative technique. The effect of cavity configuration on restoration stress. Disponible à l'adresse URL : www.tiads.com/ppt/ACFactorwebpage.ppt.



Illustration 3 : Vue pré-traitement des dents 36, 37 et 38.



Illustration 4 : Les dents sont mordancées et liées avant le placement du composite autopolymérisable (Bisfil II, Bisco Dental Products, Richmond, B.C.).



Illustration 5 : La couche initiale de scellant de surface Bisfil II est placée et chimiquement polymérisée.



Illustration 6 : Un émail de remplacement (Micronew, Bisco Dental Products) est placé dans la première molaire, mais non polymérisé.



Illustration 7 : Rainures pratiquées dans un composite non polymérisé. La profondeur des rainures doit être de 1 mm.



Illustration 8 : Rainures terminées dans la première molaire.



Illustration 9 : Rainures terminées dans les 3 molaires et polymérisées.



Illustration 10 : Détaillage initial de la marge terminé.



Illustration 11 : Ajustement occlusal terminé.



Illustration 12 : À cette étape, seule la surface de la première molaire a été scellée avec Biscover (Bisco Dental Products).



Illustration 13 : Vue post-traitement.

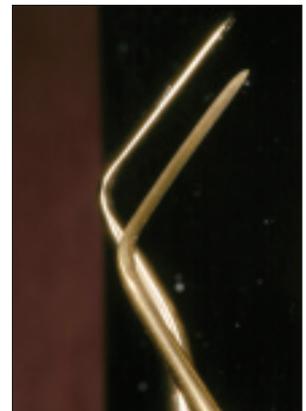


Illustration 14 : Instrument très mince (Interproximal Carver IPC, N-5110P, Bisco Dental Products) utilisé pour pratiquer les rainures (en haut), par comparaison à un instrument d'épaisseur normale.

Point de service

La rubrique «Point de service» du JADC répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Les réponses de ce mois-ci sont fournies par le Dr Richard Mounce. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

Question 1 Comment assécher les canaux radiculaires qui présentent un suintement apical persistant?

En général, on peut procéder à l'obturation d'un canal radiculaire lorsque tous les critères suivants sont respectés :

- un cône principal de gutta-percha dont la taille de l'extrémité et la conicité sont proportionnées au canal peut être ajusté;
- une préparation de forme et de conicité appropriées est créée pour recevoir le cône principal de gutta-percha;
- le canal est bien irrigué avec la bonne séquence d'irrigants mis en contact avec les parois canalaires pendant la durée appropriée;
- la lumière du foramen apical est préservée, si possible;
- la dent est asymptomatique — dans les limites normales — à la percussion et à la palpation;
- on ne perçoit aucune odeur après avoir enlevé l'obturation temporaire;
- l'examen de la dent au microscope opératoire indique que les canaux radiculaires sont libres de tout débris;
- l'obturation temporaire antérieure est intacte et ne masque aucune micro-infiltration (dans la mesure où il est possible de détecter de telles infiltrations);
- on peut assécher le canal;
- il y a suffisamment de temps pour un traitement optimal (ill. 1a).

L'assèchement du canal peut poser un problème en présence de suintement apical. On distingue généralement 2 catégories de suintement apical : le saignement apical que l'on ne peut éliminer avec des pointes de papier et l'écoulement purulent. Heureusement, le suintement apical est très peu fréquent lorsque la dent a été nettoyée et mise en forme de la manière requise pour faciliter l'obturation, conformément aux critères énumérés ci-dessus.

La meilleure approche concernant le suintement apical purulent consiste à laisser la dent ouverte pour permettre le drainage. Fermer une dent qui présente un tel écoulement prédispose le patient à une douleur et à de l'enflure importantes dues à un réveil aigu. On peut laisser la dent ouverte pendant 1 à 4 jours, bien que 1 journée suffise généralement pour permettre un bon drainage. Les tentatives d'assécher le canal après avoir laissé la dent ouverte réussissent généralement du premier coup. L'obturation d'un canal présentant un

écoulement purulent, même en petite quantité, est absolument contre-indiquée. Avant de procéder à l'obturation, il faut parvenir à assécher le canal de manière fiable sur toute la longueur voulue (c.-à-d., jusqu'à la constriction mineure du foramen apical).

En général, l'incapacité d'assécher un canal déjà préparé et rendu humide par la présence de sang peut résulter d'accidents iatrogéniques comme les perforations latérales et apicales ou de la présence de pulpe résiduelle. Cependant, lorsque le praticien a préparé le canal selon la technique appropriée, il n'est pas toujours évident de savoir pourquoi le canal continue de saigner plus ou moins abondamment (surtout si le foramen apical a conservé son emplacement et sa dimension originales). Par conséquent, en cas de suintement apical hémorragique, l'intervention vise à corriger toute imperfection relative au nettoyage ou à la mise en forme, ce qui suffit souvent à stopper les hémorragies apicales ou la percolation de fluides du tissu apical dans le canal.



Illustration 1a : Vu le manque de temps, ce patient a dû subir des pulpotomies pour soulager la douleur avant de subir une thérapie endodontique complète.



Illustration 1b : Les pulpotomies ont permis d'éliminer les symptômes. Le canal illustré ici a été obturé avec des agrégats minéraux jusqu'au point hémorragique à répétition de la manière décrite dans le texte.

S'il est impossible d'assécher le canal après la correction d'un accident iatrogénique ou après l'exploration instrumentale en absence d'accident iatrogénique ou encore lorsqu'un tel accident ne peut être corrigé, on peut introduire de l'hydroxyde de calcium (sec ou sous forme de pâte) dans le canal. L'utilisation d'un microscope opératoire, de porteurs de Dovgan d'agrégats minéraux (Quality Aspirators, Duncanville, Tex.) et de foudloirs de dimension et de conicité appropriées (Buchanan Pluggers, SybronEndo, Orange, Calif.) peut simplifier pareille tâche. Idéalement, on laisse l'hydroxyde de calcium en place pendant 1 à 2 semaines. Dans la plupart des cas, le canal est asséché et mieux désinfecté après le retrait de l'hydroxyde de calcium¹⁻³. Dans de rares cas, l'humidité persiste, et une seconde application d'hydroxyde de calcium peut être nécessaire. Si cela ne suffit pas à assécher le canal, on peut créer un bouchon apical d'agrégats minéraux (Dentsply Tulsa Dental, Tulsa, Okla.) de 1 à 3 mm d'épaisseur au point de saignement à répétition (ill. 1b)

et le recouvrir de gutta-percha. Il est également possible d'obturer du mieux possible le canal avec de la gutta-percha et de combiner un traitement orthograde (traitement de canal non chirurgical) d'une visite à une apectomie et à une obturation rétrograde du tiers apical. Il est rare que l'incapacité d'assécher un canal après l'application d'hydroxyde de calcium et d'agrégats minéraux conduise à des situations cliniques nécessitant une intervention chirurgicale. ♦

Références

1. Metzler RS, Montgomery S. The effectiveness of ultrasonics and calcium hydroxide for the debridement of human mandibular molars. *J Endod* 1989; 15(8):373-8.
2. Bystrom A, Claesson R, Sundqvist G. The antibacterial effect of camphorated paramonochloramphenol, camphorated phenol and calcium hydroxide in the treatment of infected canals. *Endod Dent Traumatol* 1985; 1(5):170-5.
3. Sjogren U, Figdor D, Spangberg L, Sundqvist G. The antimicrobial effect of calcium hydroxide as a short-term intracanal dressing. *Int Endod J* 1991; 24(3):119-25.

Question 2

Existe-t-il une méthode rapide et efficace d'effectuer une pulpectomie d'urgence sur une dent adulte avec foramens apicaux matures?

L'obtention d'un consentement éclairé approprié et l'obtention d'une bonne anesthésie sont les plus grands défis associés à l'exécution d'une pulpectomie d'urgence, surtout si l'on tient compte du fait que le patient est généralement anxieux et bouleversé. En plus de telles circonstances, la méthode décrite ci-dessous présuppose aussi que le praticien a localisé la bonne dent, a pu reproduire la douleur et a confirmé la nécessité de procéder à une pulpectomie d'urgence. La technique en question n'est pas recommandée pour le traitement d'une dent symptomatique sur laquelle on a déjà pratiqué un traitement de canal et qui nécessite une cavité d'accès d'urgence; en pareil cas, il faut appliquer un protocole différent. De même, le présent *Point de service* ne porte pas sur les dents primaires, le coiffage pulpaire ou les dents permanentes avec foramens apicaux immatures, qui sont aussi traités de manière différente^{1,2}. Le traitement de la pulpe nécrosée symptomatique pourrait débiter par la technique décrite ci-dessous, mais un traitement adéquat exige d'extirper entièrement la pulpe jusqu'à la constriction mineure du foramen apical au cours de la visite initiale ou, en cas d'écoulement purulent, de laisser la dent ouverte.

Il faut se souvenir que l'atteinte de la pulpe se produit de la couronne vers l'apex. En d'autres mots, une inflammation irréversible de la pulpe se développe du sommet vers la racine



Illustration 1a : Après l'intervention d'urgence pratiquée sur cette dent à pulpe vivante, la patiente est retournée voir son dentiste généraliste avec une douleur importante et un engourdissement partiel au maxillaire inférieur droit.



Illustration 1b : À l'accès, le dentiste généraliste a détecté des quantités importantes de pulpe dans les canaux, y compris dans le tiers coronaire de la racine. Les symptômes de la patiente ont disparu immédiatement après la pulpectomie.

de la dent³. Cela a une signification sur le plan clinique, car l'extirpation de la pulpe coronaire enflammée (c.-à-d., du tissu de la chambre pulpaire et, de manière plus souhaitable, du tiers coronaire de chaque racine) suffit généralement à éliminer les symptômes du patient jusqu'à ce que l'on puisse pratiquer un traitement radiculaire véritable. Comme la douleur du patient est causée par la pulpe coronaire, l'extirpation de cette dernière entraîne un soulagement rapide.

Les difficultés liées à la visualisation et parfois (mais très peu souvent) à la calcification présentent un défi additionnel pour le praticien qui effectue une pulpectomie d'urgence. L'utilisation d'un microscope opératoire peut faciliter grandement l'intervention car il permet une plus grande acuité visuelle, surtout lorsqu'il s'agit de pratiquer une cavité d'accès à travers

une restauration coronaire ou lorsque la cavité d'accès permet de détecter des caries non diagnostiquées antérieurement.

Après l'ouverture complète de la chambre pulpaire et la localisation des canaux, la technique utilisée pour la plupart des dents exige l'utilisation de 1, voire de 2 instruments, tel que décrit ci-dessous. On présume que l'extirpation complète de la pulpe vitale après avoir pratiqué la cavité d'accès s'accomplit en présence d'un gel d'acide éthylènediaminetétracétique. Une fois la pulpe extirpée, on peut utiliser des limes Ni-Ti rotatives 3 à 4 mm sous l'orifice pour éliminer la pulpe du tiers coronaire de la racine. Les mêmes limes servent à façonner plus profondément le canal. Les limes K3 (SybronEndo, Orange, Calif.) et GT (Dentsply Tulsa Dental, Tulsa, Okla.) sont des exemples de limes Ni-Ti rotatives fonctionnant au moyen d'un moteur électrique à 350 tr/min et qui constituent des outils efficaces pour le nettoyage et la mise en forme du système radiculaire. Si l'on ne dispose pas suffisamment de temps pour effectuer une pulpectomie complète, le simple fait d'extirper le contenu de la chambre pulpaire sans pénétrer dans les canaux et procéder à une pulpectomie suffit souvent à calmer la douleur du patient à court terme (ill. 1a et 1b).

Description de la technique

- 1) Procéder à l'anesthésie locale.
- 2) Installer une digue pour isoler la dent.

- 3) Pratiquer une cavité d'accès avec un jet d'eau abondant (généralement au moyen d'une fraise ronde n° 6), éliminer entièrement le plafond de la chambre pulpaire et en extirper tout le contenu.
- 4) Élargir l'ouverture des canaux au moyen d'un instrument (K3 Enhanced Tapered Body Shapers, SybronEndo ou limes accessoires GT, Dentsply Tulsa Dental) jusqu'à 3 à 4 mm de profondeur dans le tiers coronaire du canal. Le cas échéant, arrêter tout saignement au moyen d'un anesthésique local, par irrigation avec de l'hypochlorite de sodium ou au moyen d'une solution hémostatique comme Cutrol (Ichthys, Mobile, Ala.).
- 5) Si désiré, introduire une pâte d'hydroxyde de calcium (hydroxyde de calcium mélangé à de l'eau ou à un anesthésique) dans la chambre avec une boulette de coton sèche.
- 6) Mettre en place une obturation temporaire appropriée bien étanche. ♦

Références

1. Barrington C, Barnett F. Apexogenesis in an incompletely developed tooth with pulpal exposure. *Oral Health* 2003; February:49-54.
2. Lim LC, Kirk EE. Direct pulp capping: a review. *Endod Dent Traumatol* 1987; 3(5):213-9.
3. Massler M, Pawlak J. The affected and infected pulp. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1977; 43(6):929-47.

Question 3

Le traitement endodontique tel que pratiqué par les dentistes généralistes semble sujet à des échecs fréquents. En revanche, de nombreux spécialistes n'ont aucune difficulté avec ce traitement. En tant que dentiste généraliste, comment puis-je améliorer mes chances de succès en endodontie?

Cette question complexe et multifactorielle en soulève quantité d'autres. D'abord, l'hypothèse selon laquelle les endodontistes auraient davantage de succès que les généralistes avec ce traitement relève de la conjecture. Aucune des études à long terme concernant le taux de succès ou d'échec des interventions endodontiques n'a permis d'établir que les interventions des endodontistes réussissent plus souvent que celles des dentistes généralistes.

Dans tous les cas, la question de savoir quel type de praticien obtient le plus de succès est sans importance. Il importe bien davantage de savoir comment l'ensemble des praticiens peuvent augmenter leur taux de réussite, tant les dentistes généralistes que les spécialistes. Les importants principes d'endodontie qui suivent, lorsque étroitement appliqués, augmentent radicalement les chances de succès.

- Le but du traitement endodontique est le nettoyage, la mise en forme et l'obturation du canal radiculaire jusqu'au niveau de la constriction mineure du

foramen apical. Il faut obturer le système radiculaire de manière homogène et tridimensionnelle (sans vides) et en combler toutes les ramifications. Cela exige une préparation qui laisse au foramen son emplacement et sa dimension originaux, et au canal, son emplacement original. La préparation finale a la forme d'un cône continu dont le diamètre tridimensionnel décroît de l'orifice au foramen, et le canal



Illustration 1a : Le retrait de la plus grande partie possible de la pulpe au cours d'un traitement endodontique offre la meilleure possibilité de guérison à long terme.



Illustration 1b : Traitement terminifié.

est aussi petit que possible tout en étant facilement obturable (ill. 1a et 1b).

- On utilise des limes pour la mise en forme, et des irrigants, pour le nettoyage. Par conséquent, les limes éliminent le tissu pulpaire et façonnent les canaux, mais ne peuvent atteindre une surface considérable des canaux, qui demeure donc non nettoyée. Ce sont les irrigants, utilisés selon la durée et le volume nécessaire, qui s'infiltrent dans toutes les ramifications du système radiculaire pour y dissoudre le tissu pulpaire et qui permettent d'obtenir un vrai «nettoyage» et une vraie désinfection du système radiculaire.
- Il est essentiel de ne pas obstruer l'ouverture du foramen apical. Le blocage de l'apex par de la boue dentinaire (pulpe non éliminée et débris de dentine) prédispose la racine à d'éventuels problèmes iatrogéniques si le blocage ne peut être éliminé. De plus, un blocage apical de boue dentinaire crée une source d'infection, car les bactéries et la pulpe nécrosée peuvent s'infiltrer dans les tissus périapicaux.
- La visualisation est la clé du succès. Le fait d'effectuer un traitement au moyen d'un microscope opératoire sans contrainte de temps avec la coopération, la confiance et le consentement éclairé approprié du patient est essentiel à l'atteinte des objectifs. L'amélioration de la visualisation que permet le microscope opératoire s'apparente à l'amélioration de la visibilité que permet la plongée dans les eaux tropicales par rapport au fait de regarder la surface de l'eau à l'œil nu.

La question formulée ci-dessus fait intervenir un concept intéressant. Presque toute intervention endodontique donne de bons résultats pour une période donnée, peut-être des mois ou des années, et le succès empirique peut être atteint, bien que de manière imprévisible, par l'application de principes

moins qu'idéaux. Nous avons tous rencontré des cas cliniques de canaux obturés jusqu'au milieu de la racine seulement qui n'en demeurent pas moins dans les limites de la normalité à l'examen radiologique et restent asymptomatiques pendant de nombreuses années. Cependant, le succès à long terme est fondé sur des principes éprouvés tels que ceux énoncés ci-dessus, et les innovations techniques fournissent des moyens plus efficaces et productifs d'appliquer ces principes de base en vue d'obtenir des succès à long terme plus prévisibles.

De plus, les allégations de succès ou d'échec à long terme ne peuvent être évaluées que dans le contexte d'essais à double insu tant prospectifs que rétrospectifs. L'étude exhaustive qui permettra de déterminer de manière concluante le pourcentage de succès et d'échec des interventions endodontiques n'a pas encore été menée, mais les études existantes ont permis d'établir de solides corrélations quant aux causes d'échec¹⁻³. En tant qu'endodontiste, j'ai probablement connu moi-même bien plus d'échecs que le dentiste généraliste moyen, simplement parce que j'ai traité des milliers de dents de plus que la plupart des dentistes généralistes. Les échecs et les accidents (perforations, épaulements, limes fracturées, etc.) nous enseignent de grandes choses et permettent au praticien d'apprendre à prévoir et à éviter de nombreux obstacles potentiels au succès, ce qui, en retour, offre aux patients les meilleures chances de guérison. ♦

Références

1. Saunders WP, Saunders EM. Coronal leakage as a cause of failure in root canal therapy: a review. *Endod Dent Traumatol* 1994; 10(3):105-8.
2. Smith CS, Setchell DJ, Harty FJ. Factors influencing the success of conventional root-canal therapy — a five-year retrospective study. *Int Endod J* 1993; 26(6):321-33.
3. Vire DE. Failure of endodontically treated teeth: classification and evaluation. *J Endod* 1991; 17(7):338-42.

Question 4

Quelles sont les conséquences de la présence de gutta-percha et de scellant au-delà de l'apex? Est-ce une indication de procéder immédiatement au retraitement ou peut-on procéder sans crainte à la restauration complète et permanente de la dent?

Cette question touche au but premier de l'endodontie, soit le nettoyage, la mise en forme et l'obturation tridimensionnels du canal radiculaire, de l'orifice du canal jusqu'à la constriction mineure du foramen apical¹. En ce qui concerne la présence de gutta-percha et de scellant au-delà de l'apex, il existe une distinction essentielle entre une obturation excessive (ill. 1a et 1b) et un surplus de gutta-percha (ill. 2). Dans le premier cas, l'excès de gutta-percha est apparent, mais il demeure des espaces non nettoyés et non obturés dans le système radiculaire. Dans le second, il y a une quantité excessive de gutta-percha (et de scellant) au-delà du foramen apical, mais le canal de la dent est complètement obturé. Le taux de succès associé à une pareille situation clinique diffère d'un cas à l'autre.

La vraie question n'est pas la présence de gutta-percha au-delà de l'apex mais celle de parties de canaux mal nettoyés et non obturés pouvant subsister dans les racines. L'organisme tolère bien la gutta-percha, et c'est d'ailleurs l'une des raisons pour laquelle elle est utilisée comme matériau d'obturation du canal radiculaire, bien qu'elle provoque une intense réaction tissulaire localisée sous forme de fines particules ou lorsque altérée par des agents de ramollissement^{2,3}. Quoi qu'il en soit, en dépit de l'atteinte à l'esthétique de la dent, la présence de gutta-percha au-delà de l'apex n'est pas en elle-même une cause d'échec dans la mesure où il ne subsiste pas d'espaces non nettoyés et non obturés dans la racine. Il est intéressant de souligner que la pénétration de gutta-percha au-delà du foramen de l'apex peut forcer l'infiltration de pulpe résiduelle,



Illustration 1a : Il s'agit d'un cas d'obturation excessive du foramen apical, avec canal mal préparé et extrusion de gutta-percha. Le retraitement a permis de détecter un espace non nettoyé et non obturé dans le canal..



Illustration 1b : Traitement terminé.



Illustration 2 : Quantité excessive de gutta-percha, mais système radulaire bien obturé.

de bactéries, d'irrigants non éliminés, de substances médicamenteuses présentes dans le canal ou de débris de dentine dans les tissus périapicaux et provoquer une inflammation importante même si le canal est par ailleurs bien obturé. De même, si l'espace non nettoyé et non obturé derrière le foramen est considérable (en présence d'une quantité excessive de gutta-percha), le pronostic peut être faible. Dans les 2 cas, la gutta-percha elle-même n'est pas la cause de l'échec. De plus, et bien que cela puisse paraître contre-intuitif, le pronostic ne doit pas prendre en compte l'excès de gutta-percha. L'organisme tolère une quantité excessive raisonnable de gutta-percha. Cependant, le fait de toucher à des structures vitales comme le nerf mentonnier ou le canal dentaire du maxillaire inférieur avec de la gutta-percha extrudée d'un fusil chaud est une situation clinique différente qui n'est pas traitée dans le cadre de la présente discussion.

Le praticien qui a appliqué une quantité excessive de gutta-percha doit faire preuve de jugement pour déterminer la meilleure façon de traiter la situation. Il doit bien sûr en aviser le patient. Le praticien qui doute de la qualité du nettoyage, de la mise en forme ou de l'obturation de la dent doit diriger le patient vers un spécialiste, qui déterminera s'il y a lieu de procéder à une apéctomie et à une obturation rétrograde. Par ailleurs, si l'obturation des canaux semble excellente et que le patient est asymptotique au cours de la période suivant immédiatement l'obturation (jusqu'à 3 mois), l'excès de gutta-percha peut faire l'objet d'un suivi radiologique, et la dent peut être restaurée de manière permanente. Il est essentiel de bien

obturer la cavité d'accès de la dent immédiatement pour éviter la micro-infiltration coronaire et la contamination subséquente de la gutta-percha. Il est pratiquement impossible d'enlever un excès périapical de gutta-percha par le canal de manière non chirurgicale, et il faut généralement procéder à une chirurgie périapicale si la gutta-percha doit être éliminée. Ce type d'accident met en évidence l'importance de créer d'excellentes mises en forme, de bien ajuster le cône, de bien maîtriser la force de compression au moment de l'obturation et d'assurer une bonne visualisation au cours de la thérapie endodontique. ♦

Références

1. Schilder H. Filling root canals in three dimensions. *Dent Clin North Am* 1967; Nov:723-44.
2. Burns R, Cohen S. Pathways of the pulp. 8th ed. St. Louis: Mosby, Inc. 2001. Chapter 9. p. 299.
3. Sjogren U, Sundqvist G, Nair PN. Tissue reaction to gutta-percha particles of various sizes when implanted subcutaneously in guinea pigs. *Eur J Oral Sci* 1995; 103(5):313.



Le Dr Mounce exerce dans un cabinet privé d'endodontie à Portland (Orégon).

Écrire au : Dr Richard Mounce, Portland Endodontic Group, 11689 rue Gilsan NE, Portland, OR 97220. Courriel : MounceEndo@com.

Le Dr Mounce n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

Fonds de l'ADC

JETEZ UN COUP D'ŒIL SUR NOTRE PERFORMANCE

- ✓ Résultats supérieurs sur une longue période
- ✓ Gestionnaires d'élite
- ✓ Honoraires modiques

Les fonds de l'ADC peuvent être utilisés dans votre RER, FRR, REEE et compte d'investissement aux fonds distincts de l'ADC.

Performance des fonds de l'ADC (pour la période se terminant le 31 décembre 2003)

	Ratios de gestion	1 an	3 ans	5 ans	10 ans
FONDS DE CROISSANCE CANADIENS DE L'ADC					
Fonds d'actions de croissance (Altamira)	jusqu'à 1,00 %	42,4 %	11,9 %	11,3 %	s/o
Fonds d'actions ordinaires (Altamira)	jusqu'à 0,99 %	20,3 %	-3,8 %	6,6 %	5,9 %
Fonds d'actions canadiennes (Trimark) ^{†1}	jusqu'à 1,65 %	21,5 %	4,5 %	9,2 %	8,4 %
Fonds d'actions spéciales (KBSH) ^{†2}	jusqu'à 1,45 %	26,5 %	-10,2 %	5,8 %	13,8 %
Fonds à indice composite TSX (BGI)	jusqu'à 0,67 %	25,7 %	-1,7 %	6,1 %	7,9 %
FONDS DE CROISSANCE INTERNATIONAUX DE L'ADC					
Fonds marchés émergents (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	32,9 %	6,1 %	11,8 %	s/o
Fonds de titres européens (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	2,0 %	-18,2 %	-6,9 %	s/o
Fonds d'actions internationales (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	9,3 %	-14,0 %	-2,1 %	s/o
Fonds Bassin Pacifique (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	10,3 %	-17,3 %	-4,4 %	s/o
Fonds d'actions (États-Unis) (KBSH) ^{†3}	jusqu'à 1,20 %	-0,9 %	-14,9 %	-1,9 %	9,4 %
Fonds mondial (Trimark) ^{†4}	jusqu'à 1,65 %	7,7 %	3,7 %	7,6 %	10,9 %
Fonds mondial d'actions (Templeton) ^{†5}	jusqu'à 1,77 %	11,8 %	-4,9 %	0,7 %	s/o
Fonds indicial S&P 500 (BGI) ^{††}	jusqu'à 0,67 %	3,6 %	-9,4 %	-4,6 %	10,2 %
FONDS À REVENU DE L'ADC					
Fonds d'obligations et d'hypothèques (Fiera)	jusqu'à 0,99 %	5,2 %	6,3 %	5,2 %	6,3 %
Fonds à revenu fixe (McLean Budden) ^{†6}	jusqu'à 0,97 %	5,4 %	6,6 %	5,4 %	7,1 %
FONDS LIQUIDE ET QUASI-LIQUIDE DE L'ADC					
Fonds d'effets financiers (Fiera)	jusqu'à 0,67 %	2,3 %	2,8 %	3,5 %	4,1 %
FONDS DE CROISSANCE ET À REVENU DE L'ADC					
Fonds mixte (KBSH)	jusqu'à 1,00 %	9,3 %	-2,2 %	4,0 %	6,7 %
Fonds valeur mixte (McLean Budden) ^{†7}	jusqu'à 0,95 %	11,3 %	4,2 %	6,6 %	8,5 %

Les chiffres de l'ADC indiquent un taux de rendement composé annuel, tous frais déduits, ce qui fait que les résultats peuvent différer de ceux publiés par les gestionnaires des fonds. Ces chiffres sont des taux historiques basés sur la performance passée et ils ne sont pas forcément indicatifs des résultats futurs. Les ratios des frais de gestion par an reposent sur la valeur de l'actif dans les fonds donnés. Il s'agit des ratios maximums.

† Les taux de rendement donnés sont ceux relatifs aux fonds suivants, qui sont des véhicules de placement des fonds de l'ADC : ¹Trimark Canadian Fund, ²KBSH Special Equity Fund, ³KBSH US Equity Fund, ⁴Trimark Fund, ⁵Templeton Global Stock Trust Fund, ⁶McLean Budden Fixed Income Fund, ⁷McLean Budden Balanced Value Fund.

†† Les rendements indiqués sont les rendements totaux de l'indice suivi par ce fonds.

Pour les valeurs unitaires en cours et les taux des Fonds de placements garantis, appelez le CDSPI sans frais au 1-800-561-9401, poste 5025, ou visitez le site Web du CDSPI au www.cdspi.com.



Gardez le dialogue ouvert

Le dialogue santé dentiste-patient, sans interruption... même après la visite

Il s'est vendu plus de 350 000 plaquettes!

C'est plus facile de renseigner vos patients grâce aux plaquettes du Système d'information sur les soins dentaires (SISD).

C'est une série de plaquettes informatives qui explique à vos patients les procédures dentaires en termes simples et courants. Comme ils les emportent à domicile, les patients s'en servent pour renforcer vos propres messages.

Le SISD communique le message clairement et efficacement

Destinées à parfaire le dialogue dentiste-patient, les plaquettes sont des outils éprouvés et fiables. Les dentistes s'en servent par milliers depuis plus d'une décennie.

Et l'ADC en a confié la rédaction à des dentistes expérimentés. Autrement dit, des informations à donner en toute confiance à vos patients.

Alors, pour ne pas interrompre ce dialogue, choisissez le SISD pour communiquer le message clairement et efficacement à vos patients. Mettez la série SISD à votre service et au service de votre cabinet, remplissez le bon de commande de la page ci-contre.

Nouveaux produits

La rubrique «Nouveaux Produits» du JADC décrit brièvement les dernières innovations en dentisterie. La publication de cette information ne reflète en aucun cas l'appui du JADC ou de l'Association dentaire canadienne. Si vous aimeriez soumettre un nouveau produit au JADC, envoyez vos communiqués de presse et photographies à Rachel Galipeau, coordonnatrice des publications, à rgalipeau@cda-adc.ca. Le matériel reçu en français et en anglais aura priorité.



La trousse de réparation **EmbraceWetBond Restoration & PFM** de Pulpdent fournit des matériaux uniques pour préparer, apprêter, opacifier et protéger les surfaces et pour sceller, finir et polir la réparation ou la restauration finale. Cette trousse multifonctionnelle fonctionne sur toutes les surfaces et nécessite moins d'étapes que les autres. La trousse de réparation Embrace Wetbond Restoration & PFM contient les premières résines pour collage en milieu humide expressément conçues pour se lier à toutes les surfaces de restauration, à toutes les surfaces en métal et à toutes les surfaces en céramique. La trousse contient 5 produits : Embrace First-Coat, Embrace Opaquer, Embrace Seal-n-Shine, Kool-Dam et Porcelain Etch Gel.

• Pulpdent, 1 800 343-4342, www.pulpdent.com •



La gamme Dentsply Rinn de visualisateurs comprend maintenant le visualisateur **EZView Auto Light Flatscreen**. La nouvelle fonction de démarrage instantané allume ou éteint automatiquement le visualisateur au moment où on glisse des montures ou des radiographies sous son capteur. Le profil mince à la fine pointe de la technologie nécessite un espace minimal, ce qui rend le produit léger et facile à porter. L'éclairage à cathode froide assure une illumination uniforme et 10 000 heures de durée utile. Les 30 réglages de brillance permettent une visualisation optimale. La zone visualisable de 6 po sur 13,5 po permet d'accueillir les radiographies uniques jusqu'aux films FMX et panoramiques. La barre de retenue permet de visualiser plusieurs pièces d'épaisseur différente en même temps. Offert avec grossissement double pour l'analyse améliorée des radiographies.

• Dentsply, 1 800 323-0970, www.dentsply.com •



Crosstex vient de lancer **Ultra Sensitive**, soit un masque facial conçu expressément pour les personnes à peau sensible. Le masque Ultra Sensitive est complètement dépourvu d'encres, de teintures et de produits chimiques. Il a une couche intérieure en cellulose blanche faite spécialement pour les peaux sensibles. Cette couche ne s'effilochera pas, ne se déchirera pas et ne se déchiquettera pas. La couche extérieure blanche qui résiste aux fluides est composée d'un matériau filé-lié unique assurant une protection maximale. Le masque Ultra Sensitive a une efficacité de filtration particulaire de 99 % @ 0,1 micron. Il assure un degré élevé de protection et une grande perméabilité à l'air. Les masques Ultra Sensitive sont dépourvus de latex.

• Crosstex, 1 888 CROSSTEX, www.crosstex.com •



Les entreprises PPB Inc. ont lancé un **presseur de tube** ayant la forme des lèvres («Lypps»), ce qui en fait une pièce publicitaire très populaire que le dentiste peut donner à ses patients. Grâce à sa feuille or, argent ou noire personnalisée, le numéro de téléphone du dentiste et son nom sont présentés en permanence à la vue des patients.

• Entreprises PPB Inc., 1 877 480-2284, www.professionalpracticebuilders.com •

Les petites annonces

Joignez le plus important groupe de dentistes au Canada

Pour placer votre annonce, communiquez avec :

Beverley Kirkpatrick ou Deborah Rodd
a/s L'Association médicale canadienne
1867, prom. Alta Vista
Ottawa, ON K1G 3Y6

par messenger :

500-150, rue Isabella
Ottawa, ON K1S 1V7

Tél. : (613) 731-9331,
1-800-663-7336, poste 2127 ou 2314
Télé. : (613) 565-7488
Courriel : advertising@cma.ca

Les annonces par téléphone ne sont pas acceptées.

Dates limites de réception

Numéro	Date limite
Mars	10 février
Avril	10 mars

Veillez faire parvenir les réponses aux numéros de boîtes à l'adresse suivante :

Boîte ... JADC
1867, prom. Alta Vista
Ottawa, ON K1G 3Y6

Les noms et adresses des annonceurs qui utilisent les boîtes-réponse sont strictement confidentiels.

Tarif des encadrés grand format (\$)

1 page	1690	1/3 page	610
2/3 page	1200	1/4 page	530
1/2 page	900	1/6 page	420
1/8 page	285		

Tarif des petites annonces ordinaires

88 \$ jusqu'à 50 mots, 80 ¢ par mot supplémentaire. Numéro de boîte-réponse : 20 \$ (première insertion seulement).

Encadré spécial (2 1/8" x 2 1/8") \$210

Toutes les annonces doivent être payées à l'avance.

Remise de 10 % pour les membres de l'ADC.

C A B I N E T S

ALBERTA – Centre : Cabinet solo de dentisterie générale à vendre en milieu rural, à une heure d'Edmonton et à 45 minutes de Red Deer. Revenu brut : 550 000 \$ et plus/année, 4 jours/semaine. Possibilité d'agrandir. Baux excellents. Personnel formidable, à long terme, comprenant une hygiéniste. Frais généraux peu élevés. Propriétaire déménagement en Colombie-Britannique. Appelez Anne au (403) 843-2173. D1454

ALBERTA – Edmonton : Dentiste à la retraite vend cabinet de dentisterie générale prospère au centre-ville d'Edmonton. Cinq salles opératoires, 1800 dossiers actifs. Concept ouvert et local éclairé avec vue sur la ville. Dentiste prêt à servir de mentor au dentiste à salaire/pourcentage. Veuillez joindre le Dr Jim Demas, tél. : (780) 425-9847 (le jour) ou (780) 435-8320 (le soir ou la fin de semaine). D1436

ALBERTA – Sud-est : À vendre, cabinet moderne, achalandé, avec 5 salles opératoires. Récemment rénové, nouvel équipement. Le seul cabinet d'une ville de 1100 habitants qui en attire 4000 des environs. Revenus bruts de 400 000 \$ à 3 jours/semaine; 1200 dossiers actifs. Occasion d'investissement dans l'immobilier. Le propriétaire aidera durant la transition. 325 000 \$. Pour plus de détails, joindre Vicki au (403) 664-0134. D1419

ALBERTA – Edmonton : À vendre, clinique d'orthodontie avec tous les appareils, récemment rénovée. Ces superbes installations sont offertes avec tout l'équipement, tous les appareils et ordinateurs, etc., au gré de l'acheteur. Intégration numérique intégrale, Sirona Orthophos 3, système informatique ultramoderne, nouveau compresseur, unité d'aspiration, etc. Ces installations comptent 6 fauteuils de traitement, 1 salle d'examen, 1 salle d'archives, sont situées au 15^e étage et offrent des vues panoramiques formidables. L'immeuble loge également 3 spécialistes en chirurgie buccodentaire, 1 parodontiste et 2 dentistes pédiatres. Le propriétaire actuel se réinstalle ailleurs. Disponible en avril 2004. Joindre

Terry Carlyle au (780) 435-3641; courriel : braces@str8teeth.com; site Internet : www.str8teeth.com. Il nous fera plaisir de vous faire parvenir par courriel des photos des installations. D1426

ALBERTA – Edmonton : Cabinet à vendre. Propriétaire prend sa retraite. Au centre-ville, sur arrêt LTR. Trois salles opératoires, équipement le plus récent (Adec et Den-Tal-Ez), Panorex, 962 p.c. Patients éduqués. Tél. : (780) 422-1731 (le jour), (780) 482-2869 (le soir); téléc. : (780) 426-2910; courriel : dwlloyd@shaw.ca. D1427

ALBERTA – région rurale : Cabinet solo à vendre dans le Centre-Ouest. Clinique progressive comprenant l'équipement le plus récent, des salles opératoires informatisées, des caméras intrabuccales, etc. Achalandé; clientèle familiale provenant d'une région industrielle et récréative. Le propriétaire est disposé à aider durant la transition. Veuillez laisser un message au (780) 405-7032. D1430

ALBERTA – Calgary : Cabinet dentaire exceptionnel à vendre, principalement de non-cession. Revenu de 940 000 \$, avec frais généraux peu élevés, pour 178 jours par année. Situé au nord-ouest de Calgary, dans une zone commerciale récemment rénovée. Équipe remarquable. Prière de laisser un message à Michelle, tél. : (403) 270-2684. D1377

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Delta : Excellente occasion de rachat dans un cabinet bien établi à Tsawwassen, une collectivité rurale au bord de l'océan, au sud de Vancouver, à la frontière américaine. Courriel : pettman@dccnet.com. D1465

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Kitimat : À vendre, cabinet de dentisterie générale bien établi. Programme de rappel et de parodontie assisté par une hygiéniste, dans une ville merveilleuse ayant un potentiel industriel assuré à long terme. Toutes sortes d'activités récréatives d'intérieur et d'extérieur offertes à deux pas de chez soi. Pas de problèmes de circulation et bon revenu en 4 jours/semaine. Le propriétaire se réinstalle pour des raisons de famille. Pour plus d'information, tél. : (604) 576-1176. D1423

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Courtenay (île de Vancouver) : Cabinet à vendre. Je désire cesser d'exercer en tout ou en partie et assurer la transition avec quelqu'un qui est prêt à prendre la relève du cabinet que j'ai bâti. Clientèle et personnel remarquables. Bâtiment et équipement de 10 ans, 6 salles opératoires, 2200 p.c., 1600 dossiers actifs, revenu d'environ 550 000 \$ pour 185 jours/an et 6 heures/jour. La région offre toutes les formes de loisirs – un endroit formidable pour vivre! Possibilité de devenir propriétaire du quart d'un bâtiment de 9000 p.c. Je suis flexible. Tél. : (250) 338-6080 (ligne privée). D1330

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Île de Vancouver : Cabinet prospère à vendre sur la belle Île de Vancouver. Revenu brut de 700 000 \$, 3 jours/semaine; 3 mois de vacances. 3000 dossiers. Nombre élevé de patients assurés. Carnet rempli 2 mois d'avance. Nombreuses possibilités pour travailler et produire davantage. Propriétaire entreprend des études supérieures. Courriel : islanddental@shaw.ca. D1355

MANITOBA – Winnipeg : À vendre, cabinet de dentisterie générale bien établi. Évalué par un expert. Aménagement à frais partagés dans un centre commercial avec bonne visibilité, stationnement et nouvelle clientèle; 4 jours/semaine avec un chiffre d'affaires supérieur à la moyenne. Le propriétaire retourne faire des études supérieures. Les intéressés sont priés de faire parvenir un courriel à drewbrueckner@shaw.ca ou de laisser un message au (204) 477-8753. D1425

ONTARIO – Ottawa Sud : Cabinet de dentisterie générale bien établi avec 4 salles opératoires, dans maison bien située. Pour 1 ou 2 dentistes. Propriétaire restera pendant la transition. Revenu brut au-dessus de la moyenne. Potentiel de croissance excellent. Si vous êtes intéressé, téléphonez au (613) 859-1876. D1313

NEW HAMPSHIRE, É.-U. – comté de Grafton : Cabinet à vendre. Revenu brut d'environ 1 million de dollars. Cabinet sans mercure, près du collège de Dartmouth. Établi en 1966, nouveau bureau (6 ans). Six salles opératoires, 2200 p.c., équipement moderne, dont unité CAO/FAO Cerec. Ouvert 30 heures, 4 jours, aucun travail en soirée ou les fins de semaine. Propriétaire prêt à rester durant la période de transition. Appelez le Snyder Group, tél. : (800) 988-5674, ou répondez en ligne à www.snydergroup.net. D1376

P O S T E S V A C A N T S

ALBERTA – Lloydminster : Dentiste à salaire/pourcentage demandé pour se joindre à un cabinet de 2 dentistes en pleine croissance. Nous maintenons et conservons en moyenne 80 à 100 nouveaux patients par mois; nous ne pouvons continuer à ce rythme. Aucune heure prolongée. Carnet rempli 3 mois à l'avance. Pratique de toutes les disciplines de la dentisterie si désirée. Venez faire partie d'une équipe excellente et soigner des patients formidables. Appelez Craig au (780) 875-4222 (bureau) ou (780) 875-1711 (domicile). D1458

ALBERTA – Edmonton : Dentiste à salaire/pourcentage demandé à temps plein. Poste de suppléant de 6 mois menant à un poste permanent dans cabinet de dentisterie générale achalandé. Travail comprenant 2 soirs et 1 samedi. Occasion excellente dans cabinet récemment rénové. Les candidats intéressés peuvent envoyer leur C.V. par téléc. au (780) 473-7098. D1459

ALBERTA – Slave Lake : Dentiste à salaire/pourcentage à temps plein demandé pour cabinet achalandé à Slave Lake (Alberta). Cabinet bien établi avec 6 salles opératoires. Occasion en or pour nouveau diplômé ou dentiste expérimenté. Veuillez appeler Jose Antony, gérant du cabinet, au (780) 849-4477, ou envoyez votre C.V. par téléc. au (780) 849-6332. D1457

ALBERTA – Région rurale : Dentiste à salaire/pourcentage demandé. Cabinet de dentisterie familiale établi : personnel jeune, dynamique. Ambiance détendue. Idéal pour un dentiste bienveillant, axé sur les patients. Nouveau diplômé bienvenu. Ville familiale formidable offrant une foule de loisirs et de sports à l'extérieur. À 2 petites heures d'Edmonton. Joindre Neil au (780) 484-5868 (le soir). D1014

CANADA ATLANTIQUE : Spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale et orthodontiste. Vacances pour dentiste à salaire/pourcentage et associé dans cabinets de chirurgie buccale et d'orthodontie achalandés, situé dans le «joyau» du Canada atlantique. Si vous êtes intéressé, écrivez à la boîte-réponse de l'ADC n° 2840. D1433

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Vancouver : Dentiste à salaire/pourcentage demandé dans cabinet d'implantologie et de parodontie de qualité à Vancouver (Colombie-Britannique). Tél. : (604) 734-5646. D1467

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Sidney : Venez vous joindre au Dr Harold Prussin (McGill, 1971) et à son personnel enthousiaste à Sidney (C.-B.), une petite ville maritime pittoresque, dans le climat le plus agréable du pays. Soins dentaires complets non couverts par une assurance offerts à une clientèle choisie. Soins électifs, faible taux de maladies. Accent sur l'avenir exigé. Courriel : haroldprussin@msn.com. D1463

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Victoria : Cabinet familial progressiste et achalandé recherche dentiste à salaire/pourcentage motivé et enthousiaste pour s'occuper de la clientèle existante et travailler avec 2 autres dentistes afin de fournir des soins complets aux patients. Cabinet récemment rénové, bien équipé, avec 5 salles opératoires, situé au Centre Eaton de Victoria. Option facultative de rachat futur. Pour plus de renseignements, joindre le Dr Don Bays, tél. : (250) 381-6433 (bureau), (250) 595-8050 (domicile), téléc. : (250) 381-6421, courriel : nbays@shaw.ca. D1417

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Kamloops : Associé demandé avec possibilité de racheter un cabinet achalandé, plaisant et progressif. Contacter le Dr D. Barry Dextraze, 21-750, prom. Fortune, Kamloops, BC V2B 2L2; tél. : (250) 376-5354; téléc. : (250) 376-5367. D693

MANITOBA – Brandon : Dentiste à salaire/pourcentage demandé immédiatement, à temps plein, dans cabinet de dentisterie générale à plusieurs dentistes et hygiénistes. Brandon est une ville universitaire en croissance. Privilèges d'hôpitaux (anesthésie générale) sont disponibles par l'intermédiaire de notre cabinet. Possibilité de devenir un poste d'équité dans un avenir proche. Envoyez C.V. au (204) 728-9108. D1440

TERRE-NEUVE – Bay Roberts : À 45 minutes de Saint-John's. Dentiste à salaire/pourcentage à temps plein, demandé pour juin 2004 dans grand cabinet achalandé et bien établi. Occasion unique pour individu travailleur et motivé, qui s'intéresse à tous les aspects de la dentisterie. Peu de soutien de spécialistes; toute une gamme de soins dentaires sont donc offerts à nos patients. Potentiel de revenu excellent. Dentiste actuel quitte la province. De plus amples renseignements seront fournis aux personnes intéressées. Pour ce faire, envoyez votre C.V. ou une lettre d'intérêt par la poste ou par téléc. à la : Dre Michelle Zwicker, C.P. 1560, Bay Roberts, NL A0A 1G0, téléc. : (709) 786-0895, ou envoyez une lettre d'intérêt par courriel à mdzwicker@nf.sympatico.ca. D1450

TERRITOIRES DU NORD-OUEST – Hay River : Postes de dentiste à salaire/pourcentage à temps plein et/ou de remplaçant disponibles dans cabinet du Nord achalandé et progressiste. Communiquez avec Lesli ou un de nos merveilleux dentistes à salaire/pourcentage, tél. : (867) 874-6663. Pour en savoir plus sur la ville et le cabinet, consultez le site Web www.hayriverdentalclinic.com. Téléc. : (867) 874-3233. D1444

TERRITOIRES DU NORD-OUEST – Yellowknife : Cabinet dentaire de Yellowknife extrêmement achalandé recherche un dentiste à salaire/pourcentage hautement motivé. Le candidat choisi sera axé sur la qualité et peut s'attendre à avoir un carnet rempli dès le premier jour. Revenu élevé garanti, tout comme un style de vie enviable. Pour plus d'information, appelez le Dr Roger Armstrong au (867) 766-2060 et envoyez C.V. par téléc. au (867) 873-5032. D1410

TERRITOIRES DU NORD-OUEST – Yellowknife : Dentiste à salaire/pourcentage demandé dans clinique dentaire moderne (6 dentistes), bien établie et très achalandée, située dans une collectivité en pleine

croissance – la capitale du diamant de l'Amérique du Nord. Équipement moderne, y compris les caméras intrabucales et les unités de jet abrasif. Personnel de soutien amical et excellent qui offre des services de haute qualité, la qualité surpassant la quantité. Occasion unique pour quiconque cherche à jouir d'un style de vie formidable tout en exerçant la dentisterie en ce qu'elle a de meilleur à offrir. Envoyez votre C.V. à : Administration, C.P. 1118, Yellowknife NT X1A 2N8; tél. : (867) 873-6940; téléc. : (867) 873-6941. D1159

TERRITOIRES DU NORD-OUEST – Fort Smith : Dentiste à salaire/pourcentage demandé pour la Clinique dentaire de Fort Smith. Utilisez l'ensemble de vos compétences dans notre clinique moderne et bien équipée, avec personnel compétent et expérimenté. Ville centrale du parc national Wood Buffalo et voisine des rapides d'eau vive mondialement connu de la rivière des Esclaves, Fort Smith est l'endroit idéal pour un amoureux du plein air. Ce poste à temps plein offre une clientèle déjà établie ainsi que des avantages sociaux excellents. Possibilité d'association ou de succession future. Tél. : (867) 872-2044, téléc. : (867) 872-5813, courriel : whill@auroranet.nt.ca, courrier postal : Dr Hill, Clinique dentaire de Fort Smith, C.P. 1047, Fort Smith NT X0E 0P0. D1191

TERRITOIRES DU NORD-OUEST – Yellowknife : Technicien de laboratoire expérimenté en orthodontie demandé pour habiter et travailler à Yellowknife (T.N.-O.). Salaire et régime de rémunération alléchants. Adresser demande avec C.V. et traitement escompté à la boîte-réponse de l'ADC n° 2828. D1216

NOUVELLE-ÉCOSSE – Bridgewater : Dentiste suppléant demandé pour congé de maternité, à compter du 30 juin 2004. Cabinet situé dans la magnifique ville de Bridgewater (Nouvelle-Écosse). Très achalandé. Si vous êtes intéressé, envoyez votre C.V. par téléc. au (902) 543-5101. D1462

NOUVELLE-ÉCOSSE - Chester : Poste de dentiste à salaire/pourcentage menant à un rachat. Cabinet achalandé avec 6 salles opératoires, abordant tous les aspects de la dentisterie. Vivez et travaillez à Chester, «la Capitale de la voile de la Nouvelle-Écosse». Centre dentaire familial de Chester, C.P. 718, Chester NS B0J 1J0, tél. : (902) 275-5184. D1466

Put your education to work and work off the cost of your education.

Dentist – Full-time

With an excellent revenue sharing package, a fully furnished house and an established two-dentist practice, we offer you the perfect opportunity to further your dentistry skills and pay your student loans.

You'll also have plenty of time to enjoy the many great outdoor recreational opportunities available in the stunning rural setting of northern British Columbia.

For further information about this exceptional career opportunity and to apply, please contact: **Dr. Ray McIlwain, Director, United Church Health Services** or **Ms. Diane Matheson, Dental Clinic Manager, Bag 999, Hazelton, British Columbia, V0J 1Y0. Phone: 1-800-639-0888, (250) 799-5240 or (250) 842-5373. Fax: (250) 842-5613.** D1402

*Vous voulez...
vendre votre cabinet?
louer un local?
acheter de l'équipement?
louer une maison d'été?*

**Pour publier une annonce dans le Journal de l'ADC,
communiquez avec :**

**Beverley Kirkpatrick ou Deborah Rodd
au numéro de téléphone sans frais
1 (800) 663-7336, poste 2127/2314
Téléc. : (613) 565-7488**

*Les annonces sont également publiées en ligne
(www.cda-adc.ca/jadc) sans aucuns frais supplémentaires.*



calgary health region

The **Calgary Health Region** is one of Canada's largest fully integrated acute and community health care providers, with more than 22,000 employees. We currently have the following opportunity -

Clinic Dentist \$70,000 - \$86,000

The self-motivated, community-minded dentist leads a team providing high-quality, reduced-fee dental services to a financially challenged, high-needs population. The dentist examines, diagnoses, presents treatment options and delivers preventive and restorative treatments.

Qualifications / Experience:

- Degree in dentistry from an accredited institution.
- Eligibility for membership / registration with the Alberta Dental Association and College.
- 1 to 3 years of clinical experience.
- Excellent communication skills to establish rapport with clients and dental team members.

The city of **Calgary** supports an affordable and active lifestyle, about an hour's drive from the Rocky Mountains and Banff National Park. We offer a challenging and team-oriented work environment, rewarding compensation and great benefits. Relocation assistance is available.

For more information contact: **Dr. Luke Shwart, tel. (403) 943-8130, e-mail luke.shwart@calgaryhealthregion.ca, fax (403) 943-8132; mail 10101 Southport Road SW, Calgary, Alberta T2W 3N2, Attn: Denise Moroz.**

**Please visit our Web site at
www.calgaryhealthregion.ca/hecomm/oral/oral.htm**

D1460

NUNAVUT – Iqaluit : Rémunération et avantages sociaux excellents pour dentiste à salaire/pourcentage dans cabinet à 2 dentistes, moderne et achalandé, dans toute nouvelle capitale du Canada. Logement disponible. Prière de joindre l'administration au (867) 873-6940. D1416

NUNAVUT – Iqaluit : Dentistes demandés! Clinique dentaire du Nunavut achalandée demande dentiste à salaire/pourcentage à temps plein à Iqaluit. Communauté de 7000 habitants et plus, desservie par une seule autre clinique. Postes de remplaçants à temps partiel également disponibles dans d'autres collectivités. Excellente rémunération. Frais de déplacement et de logement payés. Envoyez C.V. par téléc. au (867) 979-6744 ou par courriel à coreygrossman@yahoo.ca. D1373

ONTARIO – Carleton Place : Situé à 30 minutes à l'ouest d'Ottawa. Remplaçant demandé du 1^{er} avril au 31 août 2004, 4 jours/semaine (le lundi, de 12 h à 20 h 30; du mardi au jeudi, de 8 h à 17 h 30). Cabinet familial moderne et achalandé. Veuillez envoyer votre C.V. et vos références par téléc. au (613) 257-1718. D1451

ONTARIO – Barrie : Poste de dentiste à salaire/pourcentage à temps plein disponible dans cabinet collectif progressiste, bien établi et en croissance, avec salles opératoires modernes. Nous cherchons un dentiste qui a au moins 2 ans d'expérience en pratique privée et des compétences cliniques et verbales excellentes, est bienveillant et dynamique, et serait intéressé à faire association à l'avenir. Nous avons un programme d'hygiène bien établi avec un personnel qualifié et compétent qui est amical et bien informé. Veuillez envoyer C.V. par téléc. au (705) 721-9940 ou téléphonez au Dr Michael Dove au (705) 721-1143. D1414

ONTARIO – Brockville : Dentiste à salaire/pourcentage expérimenté demandé pour l'un de 2 cabinets achalandés et bien établis. Profitez de l'atmosphère d'une petite ville et de la beauté pittoresque de la région des Mille-Îles, d'où les grands centres urbains sont facilement accessibles. À seulement 30 minutes de Kingston et 60 minutes d'Ottawa. Pour plus de renseignements, joindre le Dr George Christodoulou, Altima Dental Canada, tél. : (416) 785-1828, poste 201, courriel : drgeorge@altima.ca. D1269

QUÉBEC – Sherbrooke : Dentiste recherché pour travail à temps plein ou partiel. Ville charmante située à une heure de Mont-

réal et à moins d'une heure du Vermont. Ambiance de travail agréable. Bienvenue aux nouveaux diplômés. Communiquez avec Maureen au (819) 563-6141 ou par courriel à carinne.lavalliere@sympatico.ca. D1401

QUÉBEC – Cantons de l'est : Nous offrons à un dentiste l'occasion de se joindre à notre équipe expérimentée. Le climat de travail agréable et motivant saura vous plaire. Nous offrons une rémunération à pourcentage. Veuillez nous faire parvenir votre C.V. par téléc. au (819) 845-7854. Dr Jacques Vaillancourt, Windsor près de Sherbrooke. Tél. : (819) 845-9014. D1371

TERRITOIRE DU YUKON – Whitehorse : Venez pour la beauté – montagnes, lacs et rivières. Ou venez pour l'occasion d'exercer la dentisterie où vous êtes apprécié et bien rémunéré. Visitez notre site Internet : www.klondike-dental.com. Tél. : (867) 668-4618; téléc. : (867) 667-4944. D1422

VENTE ET SERVICES
DE L'ÉQUIPEMENT

DEMANDÉ : Microscope opératoire chirurgical. Préfère Zeiss ou Global. Veuillez envoyer l'information par téléc. au (403) 225-2557. D1456

SERVICES
PROFESSIONNELS



CMDMS

CHRISTIAN MEDICAL
AND DENTAL SOCIETY

Integrating Faith
with Practice

Consider attending our Niagara conference

toll free 1-888-256-8653

www.cmds-emas.ca

D1481

I M M O B I L I E R

MAISON AU BORD DE LA PLAGE À VENDRE – FLORIDE, É.-U. : Paradis trouvé au sud de la Floride. Les palmiers, le soleil chaud et les plages de sable vous attendent. Maison magnifique et relaxante au bord de la plage. Votre nouvelle escapade, un rêve devenu réalité. Appelez Max au (305) 673-3001, site Web : www.SouthPointeHomes.com. D1464

Disséminer l'excellence partout dans le monde

Peu importe l'endroit, les assistant(e)s mettent en valeur un service de santé dentaire de choix et sont effectivement des membres essentiels de l'équipe dentaire. Le rôle des assistant(e)s dentaires s'est émancipé au cours des années, nous les voyons maintenant impliqué(e)s dans plusieurs facettes de la pratique dentaire.



du 7 au 13 mars, 2004
est la semaine choisie par
l'Association canadienne des
assistant(e)s dentaires en
collaboration avec l'Association
dentaire canadienne,
l'Association américaine des
assistant(e)s dentaires et
l'Association dentaire
américaine pour manifester la
reconnaissance de la versatilité,
des multiples talents de votre
membre de l'équipe dentaire –
votre assistant(e) dentaire.



Ce message est endorsed par l'Association canadienne des assistant(e)s dentaires, l'Association dentaire canadienne, Ottawa, Ontario et par le Conseil en pratique dentaire de l'Association dentaire américaine en collaboration avec l'Association américaine des assistant(e)s dentaires, Chicago, IL.

DENTAMAX®

FLOSSCARD^{MC}

11 mètres de soie dentaire dans une carte professionnelle!



FLOSSCARD^{MC}

... C'est génial!!!!

Une carte professionnelle personnalisée contenant de la soie dentaire.

Démarquez-vous, et adoptez cette approche innovatrice pour promouvoir vos soins professionnels.

Contectez votre représentant(e) ou succursale locale Patterson pour obtenir plus d'information sur ce produit.

Halifax	Québec	Montréal	Ottawa	Toronto	London	Manitoba/ Saskatchewan	Calgary	Edmonton	Vancouver
(902) 468-1655	(418) 688-6546	(514) 745-4040	(613) 738-0751	(905) 677-7711	(519) 681-8810	(800) 661-9656	(403) 250-9838	(780) 465-9041	(604) 522-2740
(800) 565-7798	(800) 463-5199	(800) 363-1812	(800) 267-1366	(800) 268-0944	(800) 265-6050	(800) 661-1054	(800) 661-1054	(800) 661-9656	(800) 663-9718
Téloc.:	Téloc.:	Téloc.:	Téloc.:						
(902) 468-2456	(418) 842-1798	(514) 745-6678	(613) 738-8774	(905) 677-2940	(519) 686-9233	(780) 465-9045	(403) 250-8039	(780) 465-9045	(604) 522-4291



PATTERSON
DENTAL/DENTAIRE CANADA INC.

Periostat[™]

(doxycycline hyclate) 20mg Capsules

ACTIONS AND CLINICAL PHARMACOLOGY

Periostat[™] Capsule contains doxycycline hyclate which is a semi-synthetic tetracycline. Doxycycline is an inhibitor of collagenase activity. Studies have shown that doxycycline reduces the elevated collagenase activity in the gingival crevicular fluid of patients with chronic adult periodontitis, in an action unrelated to its antibacterial mode of action. The clinical significance of these findings is not known. (For details see CLINICAL TRIALS).

Pharmacokinetics

The pharmacokinetics of doxycycline following oral administration of Periostat[™] were investigated in 3 volunteer studies involving 87 adults. Pharmacokinetic parameters following single oral dose and at steady-state in healthy subjects indicated for a single 20 mg dose, a C_{max} of 400 ng/mL and T_{1/2} of 18.4 hours, and for the steady-state 20 mg BID, a C_{max} of 790 ng/mL and the T_{1/2} has not been determined. These blood levels are considered below the antimicrobial activity of doxycycline.

INDICATIONS AND CLINICAL USE

Periostat[™] is indicated for use as an adjunct to scaling and root planing to promote attachment level gain and to reduce pocket depth in patients with adult periodontitis.

CONTRAINDICATIONS

This drug is contraindicated in persons who have shown hypersensitivity to any of the tetracyclines, and in patients with myasthenia gravis. Periostat[™] should not be used during tooth development (second half of pregnancy, infancy and in childhood).

WARNINGS

THE USE OF DRUGS OF THE TETRACYCLINE CLASS DURING TOOTH DEVELOPMENT (LAST HALF OF PREGNANCY, INFANCY AND CHILDHOOD TO THE AGE OF 8 YEARS) MAY CAUSE PERMANENT DISCOLORATION OF THE TEETH (YELLOW-GRAY-BROWN). This adverse reaction is more common during long-term use of the drugs but has been observed following repeated short-term courses. Enamel hypoplasia has also been reported. **TETRACYCLINE DRUGS, THEREFORE, SHOULD NOT BE USED IN THIS AGE GROUP AND IN PREGNANT OR NURSING MOTHERS UNLESS THE POTENTIAL BENEFITS MAY BE ACCEPTABLE DESPITE THE POTENTIAL RISKS.** Doxycycline can cause fetal harm when administered to a pregnant woman. Results of animal studies indicate that tetracyclines cross the placenta, are found in fetal tissues, and can have toxic effects on the developing fetus (often related to retardation of skeletal development). Evidence of embryotoxicity has also been noted in animals treated early in pregnancy. If any tetracyclines are used during pregnancy, or if the patient becomes pregnant while taking this drug, the patient should be apprised of the potential hazard to the fetus. Photosensitivity manifested by an exaggerated sunburn reaction has been observed in some individuals taking tetracyclines. Patients apt to be exposed to direct sunlight or ultraviolet light should be advised that this reaction can occur with tetracycline drugs, and treatment should be discontinued at the first evidence of skin erythema.

Carcinogenesis, Mutagenesis, Impairment of Fertility: Doxycycline hyclate was evaluated in a long-term animal study, no evidence of carcinogenic potential was obtained. Evidence of oncogenic activity was obtained in studies with related compounds, i.e., oxytetracycline (adrenal and pituitary tumors), and minocycline (thyroid tumors).

Doxycycline hyclate demonstrated no potential to cause genetic toxicity in an in vitro point mutation study with mammalian cells (CHO/HGPRT forward mutation assay) or in an in vivo micronucleus assay conducted in CD-1 mice. However, data from an in vitro assay with CHO cells for potential to cause chromosomal aberrations suggest that doxycycline hyclate is a weak clastogen. Oral administration of doxycycline hyclate to male and female Sprague-Dawley rats adversely affected fertility and reproductive performance, as evidenced by increased time for mating to occur, reduced sperm motility, velocity, and concentration, abnormal sperm

morphology, and increased pre-and post-implantation losses. Doxycycline hyclate induced reproductive toxicity at all dosages that were examined in this study, as even the lowest dosage tested (50 mg/kg/day) induced a statistically significant reduction in sperm velocity. Note that 50 mg/kg/day is approximately 10 times the amount of doxycycline hyclate contained in the recommended daily dose of Periostat[™] for a 60 kg human when compared on the basis of body surface area estimates (mg/m²). Although doxycycline impairs the fertility of rats when administered at sufficient dosage, the effect of Periostat[™] on human fertility is unknown.

Pregnancy: Teratogenic Effects: Pregnancy Category D. Results from animal studies indicate that doxycycline crosses the placenta and is found in fetal tissues.

PRECAUTIONS

Although not seen in clinical trials, overgrowth by opportunistic microorganisms, as with other antimicrobials, may occur. Exceeding the recommended dose of Periostat[™] may result in the following: The use may increase the incidence of vaginal candidiasis.

Periostat[™] should be used with caution in patients with a history or predisposition to oral candidiasis. The safety and effectiveness of Periostat[™] has not been established for the treatment of periodontitis in patients with coexistent oral candidiasis.

If superinfection is suspected, Periostat[™] treatment should be discontinued and appropriate measures should be taken.

Laboratory Tests: In long term therapy, periodic laboratory evaluations of organ systems, including hematopoietic, renal, and hepatic studies should be performed.

Drug Interactions: Because tetracyclines have been shown to depress plasma prothrombin activity, patients who are on anticoagulant therapy may require downward adjustment of their anticoagulant dosage. Since bacterial antibiotics, such as the tetracycline class of antibiotics, may interfere with the bactericidal action of members of the β-lactam (e.g. penicillin) class of antibiotics, it is not advisable to administer these antibiotics concomitantly.

Absorption of doxycycline is impaired by antacids containing aluminum, calcium, or magnesium, and iron-containing preparations. Absorption is also impaired by bismuth subsalicylate.

Barbiturates, carbamazepine, and phenytoin decrease the half-life of doxycycline.

The concurrent use of tetracycline and Penthrane (methoxy-fluorane) has been reported to result in fatal renal toxicity.

Concurrent use of doxycycline may render oral contraceptives less effective.

Drug/Laboratory Test Interactions: False elevations of urinary catecholamine levels may occur due to interference with the fluorescence test.

ADVERSE REACTIONS

Adverse Reactions in Clinical Trials of Periostat[™]: In clinical trials of adult patients with periodontal disease 213 patients received Periostat[™] 20 mg BID over a 9 - 12 month period. The most frequent adverse reactions occurring in studies involving treatment with Periostat[™] or placebo are listed below:

Incidence (%) of Adverse Reactions in Periostat[™] Clinical Trials

Adverse Reaction	Periostat [™]		Placebo (n=215)
	20 mg BID (n=213)	(n=215)	
Headache	55 (26%)	56 (26%)	
Common Cold	47 (22%)	46 (21%)	
Flu Symptoms	24 (11%)	40 (19%)	
Tooth Ache	14 (7%)	28 (13%)	
Periodontal Abscess	8 (4%)	21 (10%)	
Tooth Disorder	13 (6%)	19 (9%)	
Nausea	17 (8%)	12 (6%)	
Sinusitis	7 (3%)	18 (8%)	
Injury	11 (5%)	18 (8%)	
Dyspepsia	13 (6%)	5 (2%)	
Sore Throat	11 (5%)	13 (6%)	
Joint Pain	12 (6%)	8 (4%)	
Diarrhea	12 (6%)	8 (4%)	
Sinus Congestion	11 (5%)	11 (5%)	
Coughing	9 (4%)	11 (5%)	
Sinus Headache	8 (4%)	8 (4%)	
Rash	8 (4%)	6 (3%)	
Back Pain	7 (3%)	8 (4%)	
Back Ache	4 (2%)	9 (4%)	
Menstrual Cramp	9 (4%)	5 (2%)	
Acid Indigestion	8 (4%)	7 (3%)	

Pain	8 (4%)	5 (2%)
Infection	4 (2%)	6 (3%)
Gum Pain	1 (0%)	6 (3%)
Bronchitis	7 (3%)	5 (2%)
Muscle Pain	2 (1%)	6 (3%)

Note: Percentages are based on total number of study participants in each treatment group.

SYMPTOMS AND TREATMENT OF OVERDOSAGE

In case of overdosage, discontinue medication, treat symptomatically and institute supportive measures. Dialysis does not alter serum half-life and thus would not be of benefit in treating cases of overdose.

DOSAGE AND ADMINISTRATION

THE DOSAGE OF PERIOSTAT[™] DIFFERS FROM THAT OF DOXYCYCLINE USED TO TREAT INFECTIONS. EXCEEDING THE RECOMMENDED DOSAGE MAY RESULT IN AN INCREASED INCIDENCE OF SIDE EFFECTS INCLUDING THE DEVELOPMENT OF RESISTANT MICROORGANISMS.

Periostat[™] 20 mg twice daily as an adjunct following scaling and root planing may be administered for up to 9 months. Safety beyond 12 months and efficacy beyond 9 months have not been established. Periostat[™] should be administered at least one hour prior to morning and evening meals.

Administration of adequate amounts of fluid along with the capsules is recommended to wash down the drug and reduce the risk of esophageal irritation and ulceration. (See ADVERSE REACTIONS).

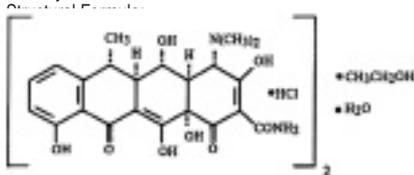
PHARMACEUTICAL INFORMATION

Drug Substance

Proper Name: doxycycline hyclate

Chemical Name: 4-(dimethylamino)-

1,4,4a,5,5a,6,11,12a-octahydro-3,5,10,12,12a-pentahydroxy-6-methyl-1,11-dioxo-2-naphthacene-carboxamide monohydrochloride, compound with ethyl alcohol (2:1), monohydrate.



Molecular Formula: (C₂₂H₂₄N₂O₈ HCl)₂ C₂H₅OH H₂O

Molecular Weight: 1025.89

Description: Doxycycline hyclate is a light-yellow crystalline powder. It is soluble in water: pH (1%, H₂O) is between 2.0 and 3.0. It decomposes without melting at 201° C.

Composition: Periostat[™] contains doxycycline hyclate equivalent to 20 mg of doxycycline. Doxycycline is synthetically derived from oxytetracycline.

Non-medical ingredients: hard gelatin capsules, magnesium stearate, microcrystalline cellulose and titanium dioxide.

AVAILABILITY AND DOSAGE FORM

Periostat[™] (white capsule imprinted with TM Periostat 20 mg) contains doxycycline hyclate equivalent to 20 mg doxycycline. Bottle of 100.

Storage: All products are to be stored at controlled room temperatures of 15° C to 30° C and dispensed in tight, light-resistant containers (USP), protected from excessive humidity.

Product Monograph available upon request.



Pharmascience Inc.
6111 Royalmount Avenue #100
Montreal, Quebec H4P 2T4





R É G I M E D ' A S S U R A N C E D E S D E N T I S T E S D U C A N A D A

Sécurité, il y en a tout plein

Le Régime d'assurance des dentistes du Canada offre toute une gamme de contrats pour protéger ce qui compte le plus — vous, votre famille et votre cabinet. Couvrant à fond votre personne, votre cabinet et votre responsabilité, ces contrats sont dotés d'éléments propres à éveiller un véritable sentiment de sécurité chez les professionnels dentaires et leurs familles. Tout sous le même toit, ce qui est commode. Pour en savoir plus, parlez à un conseiller agréé en assurance, Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI*.

1 877 293-9455, poste 5003

* Des restrictions s'appliquent en matière de services consultatifs dans certaines juridictions. Au Québec et dans l'Î.-P.-É., s'adresser au CDSPI 1 800 561-9401, poste 5001.

04-95 01/04

Nouveau LISTERINE[®] au fluorure

Rince-bouche antiseptique

Tous les bienfaits démontrés
de Listerine qui aide à

- prévenir et réduire la gingivite
- réduire la plaque
- combattre la mauvaise haleine

MAINTENANT avec les
bienfaits supplémentaires
du fluorure qui aide à

- prévenir la carie
- faire rétrocéder la carie précoce
- re-minéraliser l'émail des dents

**Aide à améliorer la santé
du tissu gingival et
à renforcer les dents.**

Listerine au fluorure aide à réduire et à prévenir
l'évolution de la gingivite et à prévenir la carie lorsqu'il
est utilisé dans le cadre d'un programme consciencieux
d'hygiène buccale et de soins dentaires. ASSOCIATION
DENTAIRE CANADIENNE



Indications : Le rince-bouche antiseptique-antiplaque-antigingivite-anticarie
Listerine au fluorure tue les germes qui causent la gingivite, la plaque et
la mauvaise haleine.

Mises en garde : Garder hors de la portée des enfants. En cas d'ingestion
accidentelle, contacter immédiatement un centre antipoison ou un médecin.

Posologie : Adultes et enfants de 12 ans et plus : Se rincer la bouche avec 20 mL non dilués pendant
30 secondes deux fois par jour. Ne pas avaler. Ne pas manger ni boire pendant les 30 minutes
suivant l'emploi. **Ingrédients médicinaux :** Eucalyptol 0,091 % p/v, thymol 0,063 % p/v, menthol
0,042 % p/v, fluorure de sodium 0,022 % p/v. **Ingrédients non médicinaux :** Acide benzoïque,
AD&C vert n° 3, alcool, arôme, benzoate de sodium, D&C jaune n° 10, eau, poloxamère, propanol,
saccharine sodique, salicylate de méthyle, sorbitol. **Remarque :** Le froid peut rendre le produit trouble
mais n'affecte pas son efficacité. **Présentation :** Flacons de 250, 1 000 et 1 500 mL.



**Deux fois
par jour pendant
30 secondes**