



JADC

Journal de l'Association dentaire canadienne

Vol. 70, N° 8

Septembre 2004



Photo du Dr Garry Lunn

Attitudes envers l'exercice autonome de l'hygiène dentaire

Diagnostic de la douleur dentaire d'origine nerveuse

Nouvelles technologies pour la détection et le diagnostic de la carie

La dentisterie est-elle une profession?

Remplacement immédiat d'une dent avec un pontique ovale

Dysplasie fibreuse du maxillaire inférieur

Revue dentaire du Canada révisée par des pairs

• www.cda-adc.ca/jadc •

Un sourire de gagnant

Votre sourire est explicite : des soins dentaires qualifiés et professionnels administrés avec fierté. Et nous sommes ravis de contribuer à vos succès.

Comme toujours, Servident, division de Ash Temple, va de l'avant, travaillant de concert avec ses clients, devinant leurs besoins et mettant au point toujours plus de produits et de services efficaces.

Notre souci constant est de découvrir de nouvelles façons d'aider les praticiens de médecine dentaire à atteindre leurs buts professionnels et d'affaires. Parce que quand vous gagnez, nous gagnons aussi.

Nous aimerions partager avec vous plus de renseignements sur les sociétés Ash Temple. Il vous suffit d'appeler le 1 800 363-1324 ou de visiter notre site web à l'adresse ashtemple.com

servident ^{at}

Pour l'avancement des pratiques dentaires

Fournitures • Équipement • Conception
Réparations • Financement • Transitions



JADC

Journal de l'Association dentaire canadienne

Directeur général de l'ADC
George Weber

Rédacteur en chef
Dr John P. O'Keefe

Rédacteur/éditeur
Sean McNamara

Révisseuse 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
Dr Anne Charbonneau
Dr 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 Gary A. Clark

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

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. Sándor

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 Alfred Dean

Sydney, Nouvelle-Écosse

Président-désigné

Dr Jack Cottrell

Port Perry, Ontario

Vice-président

Dr Wayne Halstrom

Vancouver, Colombie-Britannique

Dr Michael Connolly

Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Dr Craig Fedorowich

Hamiota, Manitoba

Dr Don Friedlander

Ottawa, Ontario

Dr Gordon Johnson

North Battleford, Saskatchewan

Dr Robert MacGregor

Kentville, Nouvelle-Écosse

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

ÉTANT DONNÉ QUE LES PATIENTS SUIVENT TOUJOURS LES RECOMMANDATIONS DE LEUR DENTISTE

*Choisissez le matériau de restauration
temporaire Protemp^{MC} 3 Garant^{MC}*



Embouts mélangeurs Garant^{MC}
3M ESPE faciles à utiliser



Matériau de restauration
temporaire Protemp^{MC} 3 Garant^{MC}

Malgré les meilleures recommandations que vous faites à vos patients, il n'y a aucune garantie. Alors pourquoi ne pas utiliser un matériau de restauration temporaire à la fois esthétique et solide? Composant chimique de troisième génération, le **matériau de restauration temporaire Protemp 3 Garant** fait partie d'une gamme de produits auxquels vous faites déjà confiance. D'une grande stabilité, il est facile à utiliser et permet un ajustement précis. Le matériau de restauration temporaire Protemp 3 Garant correspond précisément aux recommandations du dentiste... et aux besoins du patient. Pour commander, communiquez avec votre distributeur autorisé de produits 3M ESPE.

TABLE DES MATIÈRES

Journal de l'Association dentaire canadienne

CHRONIQUES

Éditorial	507
Mot du président	509
Courrier	511
Index des annonceurs	512
Actualités	515
Dental Advisor	521
Sommaires cliniques	554
Point de service	558
Images cliniques	564
Nouveaux produits	572
Petites annonces	573

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 : M. Peter Greenhough 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.

RUBRIQUE SPÉCIALE

La médecine dentaire à McGill — Les 100 premières années... 525
Rob Bull, BA, BJ

SUJETS PROFESSIONNELS

La dentisterie est-elle une profession? Partie 1. Définition du professionnalisme 529
Jos V.M. Welie, MMedS, JD, PhD

L'exercice autonome de l'hygiène dentaire : opinions des dentistes et des hygiénistes dentaires de l'Ontario 535
Tracey L. Adams, PhD

PRATIQUE CLINIQUE

A Closer Look at Diagnosis in Clinical Dental Practice: Part 5. Emerging Technologies for Caries Detection and Diagnosis 540
Iain A. Pretty, BDS(Hons), MSc, PhD
Gerardo Maupomé, PhD

Diagnostic Challenges of Neuropathic Tooth Pain 542
Michael J. Matwychuk, DMD

Clinical and Radiographic Features of Chronic Monostotic Fibrous Dysplasia of the Mandible 548
Steven R. Singer, DDS
Muralidhar Mupparapu, DMD, MDS
Joseph Rinaggio, DDS, MS



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

Maintenant que vous avez blanchi ses dents...



Aidez à les garder saines à l'aide du nouveau NeutraCare®
sans colorant (fluorure de sodium neutre 1,1 %)

Donnez à vos patients le gel clair NeutraCare pour aider à prévenir la carie dentaire.

Oral-B
précisément

Description : Fluorure de sodium neutre 1,1 % formulé pour aider à prévenir la carie dentaire. Il ne s'agit pas d'un dentifrice. **Pharmacologie clinique :** Les préparations topiques au fluorure modifient la composition et la structure cristalline de l'émail dentaire de façon à le rendre plus résistant à l'érosion acide et à la carie dentaire. **Indications et emploi :** Des études cliniques ont prouvé la sécurité d'emploi et l'efficacité du fluorure de sodium 1,1 % administré de façon topique en tant qu'agent anticarie. Cette formule peut être administrée à l'aide d'un porte-fluor ou appliquée directement sur une brosse à dents en comprimant le tube. On peut l'utiliser dans les régions où l'eau potable est fluorée, car les fluorures topiques utilisés selon les directives ne produisent pas la fluorose. **Contre-indications :** Hypersensibilité au fluorure. **Avertissements :** Garder ce produit et tous les médicaments hors de la portée des enfants. Les enfants âgés de moins de six ans doivent faire l'objet d'une surveillance durant l'emploi pour éviter qu'ils n'avalent ce produit. La sécurité d'emploi et l'efficacité de ce produit n'ont pas été établies auprès des enfants âgés de moins de trois ans. **Réactions indésirables :** L'ingestion répétée de quantités excessives risque d'altérer de façon permanente la coloration des dents en cours de développement des enfants âgés de moins de six ans. Les réactions suivantes sont possibles chez les personnes hypersensibles aux fluorures : eczéma, dermatite atopique, urticaire, troubles gastriques, mal de tête et faiblesse. **Surdose :** L'ingestion accidentelle d'une dose de traitement habituelle (1-2 mgF) ne présente aucun danger. Si de grandes quantités sont ingérées, utiliser du sirop d'ipéca émétique et voir un médecin. **Posologie et administration :** Bien agiter avant l'emploi. Adultes et enfants âgés de six ans et plus : Utiliser chaque jour. Appliquer un mince ruban de formule sur les dents à l'aide d'une brosse à dents ou d'un porte-fluor. Les enfants âgés de moins de six ans doivent faire l'objet d'une surveillance par un adulte durant l'emploi pour éviter qu'ils n'avalent ce produit. Le traitement devrait durer au moins une minute et avoir lieu préférentiellement au coucher après le brossage minutieux des dents. Cracher après l'emploi. S'abstenir de manger, de boire ou de rincer pendant au moins 30 minutes. **Présentation :** tubes en plastique de 60 mL, saveur de raisin ou de menthe. NDC 0041-0241-22 (2 oz liq., menthe), NDC 0041-0240-22 (2 oz liq., raisin). Fabriqué exclusivement pour: Oral-B Laboratories, Iowa City, IA 52240

Éditorial

NE NOUS FAISONS PAS ENCORE AVOIR



Le Dr John P. O'Keefe

Si une occasion semble trop belle pour être vraie, c'est probablement le cas. C'est ce que de nombreux dentistes partout au Canada qui faisaient affaire avec Gilbert Medical Dental Supplies ont découvert en payant chèrement. Ces derniers mois, j'ai parlé avec bon nombre de collègues qui sont furieux des pratiques commerciales de cette société, qui œuvre également sous d'autres noms tels Excel-Dent et Dental Wholesalers of Canada.

L'ADC a commencé à s'intéresser activement au dossier de Gilbert en mai, lorsqu'un membre m'a fait part de ses expériences avec la société. Ce collègue était furieux et frustré que la société ait débité sa carte de crédit à plusieurs reprises pour du matériel dentaire qu'il n'avait pas commandé. Lorsqu'il a remarqué le problème, il a dû faire de nombreuses tentatives frustrantes de communiquer avec Gilbert et sa compagnie émettrice de cartes de crédit afin d'obtenir un remboursement – inévitablement, par chèque postdaté.

Mon collègue savait que d'autres dentistes, dans différents coins du pays,

avaient connu des expériences semblables. Je ne doutais pas que l'ADC devait faire tout en son pouvoir pour mettre fin à ces pratiques véreuses. Néanmoins, nous avons besoin de preuves solides avant de faire des démarches auprès des autorités.

Afin de réunir les éléments de preuve, nous avons communiqué avec les associations dentaires provinciales afin d'obtenir les noms des dentistes ayant logé une plainte contre Gilbert. Nous avons inséré un avis dans le *JADC*, décrivant les façons de faire de la société et demandant aux dentistes qui avaient eu des relations insatisfaisantes avec elle de nous en informer. Nous avons aussi communiqué avec l'Association canadienne de l'industrie dentaire afin d'obtenir des pistes.

Ces tactiques nous ont permis d'entrer en contact avec environ 50 collègues dans 8 provinces. L'histoire dans chaque cabinet dentaire était à peu près identique. Il semble que la plupart ont fini par ravoir leur argent, bien que certains praticiens nous aient dit que les chèques de remboursement de Gilbert étaient sans provision. Il devenait évident que la société exerçait ces pratiques commerciales peu recommandables depuis un certain temps, malgré les avertissements parus dans les publications des associations dentaires provinciales.

Sur la foi de ces contacts, nous avons constitué un dossier détaillé sur Gilbert, de même que des renseignements sur les diverses sociétés à dénomination numérique et raisons sociales ontariennes sous lesquelles la société exerçait ses activités commerciales — toutes enregistrées par un seul individu.

Notre dossier a été présenté à Visa, à MasterCard, au Bureau de la concurrence du gouvernement du Canada, au Phonebusters (une organisation anti-fraude nationale) et au ministère des Services aux consommateurs et aux entreprises de l'Ontario. Fait intéressant, les corps policiers agissent avec une extrême prudence dans les cas pouvant tirer à la fraude.

Nous avons eu des nouvelles encourageantes des sociétés émettrices de cartes de crédit, indiquant que Gilbert avait perdu son statut de commerçant en règle auprès de la société qui traitait

ses transactions par carte de crédit. La pression semble avoir poussé la société à se terrer – elle ne semble pas répondre au téléphone. Je crains que certains collègues n'obtiennent pas leur remboursement de Gilbert. Rien ne garantit que la société ne referra pas surface sous d'autres dénominations commerciales à l'avenir.

Par conséquent, nous devons être vigilants pour ne pas nous faire avoir de nouveau par des sociétés de l'acabit de Gilbert. Veillez à ce que votre personnel ne révèle pas les détails concernant votre carte de crédit aux sociétés qui veulent faire affaire avec votre entreprise. Vérifiez très soigneusement toutes les factures et rapprochez-les avec les biens reçus. Si une société débite votre carte de crédit pour des produits que vous n'avez pas reçus, insistez toujours pour que le remboursement soit affecté à votre carte de crédit, et non effectué par chèque.

Je n'arrive pas à comprendre comment cette situation a perduré pendant si longtemps. Une des sociétés émettrices de cartes de crédit avance l'hypothèse que les remboursements par chèque postdaté pourraient avoir empêché les personnes traitant les réclamations d'apprécier la portée des tromperies de Gilbert. Je me demande si beaucoup de dentistes ont enduré toute cette histoire en la ramenant simplement à une leçon apprise. Peut-être que d'autres dentistes ont eu honte de faire savoir à leurs collègues qu'ils s'étaient fait avoir par un tel stratagème.

Les escrocs n'aiment pas que la lumière soit faite sur leurs manœuvres frauduleuses. Si une fraude à l'échelle nationale a des incidences défavorables sur les dentistes canadiens, l'ADC veut savoir de quoi il en retourne, et nous ferons tout notre possible, aussi rapidement que nous le pouvons, pour mettre hors circuit de tels exploitants véreux. Notre forum de discussion en ligne à l'intention des membres est un moyen idéal d'informer vos collègues et l'ADC d'éléments indésirables qui touchent votre entreprise. Vous n'êtes pas seul!

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

Le protège-plaque de **12 heures**



Le **SEUL** dentifrice qui laisse un ingrédient antibactérien sur les dents pour une **protection de 12 heures** contre la plaque.

La plupart des dentifrices n'offrent aucune protection contre la plaque après le brossage, sans compter après avoir mangé et bu, alors que les dents sont davantage sujettes aux attaques bactériennes. Toutefois, le dentifrice Colgate Total* est différent. Sa formule unique protège les dents contre la plaque pendant 12 heures, même après avoir mangé et bu.^{1,2}

Seul Colgate Total offre une protection éprouvée en clinique¹ qui aide à combattre les problèmes suivants avec un même dentifrice :

Gingivite (réduction de 28 % à 88 %) ¹	Tartre (réduction jusqu'à 55 %) ¹
Plaque (réduction de 11 % à 59 %) ¹	Mauvaise haleine (réduction de 24 %) ²

Il offre aussi une prévention efficace contre les caries¹ et un blanchiment éprouvé en clinique.^{3,4**}

Colgate. Le choix des dentistes et des hygiénistes.[†]

1. Volpe AR et al. J. Clin. Dent. 1996; 7 (suppl.) : S1-S14. 2. Données en dossier, Colgate-Palmolive Company

3. Ayad F., et al. Efficacité clinique d'un nouveau dentifrice blanchissant. J. Clin. Dent. 2002; 13 : 82-85.

4. Singh S, et al. L'efficacité clinique d'une nouvelle formule de dentifrice blanchissant : étude de six mois chez les adultes. J. Clin. Dent. 2002; 13 : 86-90.

** L'épreuve en clinique de l'efficacité blanchissante ne s'applique qu'au dentifrice Colgate Total* blanchissant.

† Colgate-Palmolive, étude indépendante en dossier.

*M.D. Colgate-Palmolive Canada Inc.



Une protection de 12 heures contre la plaque qui en vaut la peine

Mot du président

PENSÉES DE VOYAGE... ET AUTRES



Le Dr Alfred Dean

Fidèle à l'une des grandes traditions estivales des Canadiens, je me suis un peu promené sur les routes dernièrement.

Dans le cadre de mes fonctions à titre de président de l'ADC, j'ai participé récemment à des assemblées provinciales à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse. Chaque fois, je voyais la même chose : des dentistes rassemblés pour une cause à laquelle ils croient – la profession dentaire.

J'ai vu des dentistes âgés en conseiller des plus jeunes. J'ai vu des familles profiter de la compagnie de chacun. Malgré les divergences d'opinions lors de ces assemblées, j'ai vu des gens nouer des relations. On m'a accueilli les bras ouverts et intégré à toutes les discussions. Mais par-dessus tout, j'ai vu des gens avoir beaucoup de plaisir.

J'ai pris part à l'assemblée annuelle de l'Académie de dentisterie générale (ADG) en juillet. Lors de débats avec la section canadienne de l'ADG, nous avons reconnu les rôles et responsabilités spécifiques que nous assumons au sein

de la dentisterie organisée. Nous avons reconnu le besoin d'interaction et admis que nous avons différents créneaux à occuper. Nous avons discuté des avantages propres à tous les niveaux de la dentisterie organisée et ciblé des secteurs où nous pourrions travailler ensemble.

Un représentant de l'Ontario m'a dit combien il était heureux du travail fait par l'ADC. Il était particulièrement impressionné par la récente campagne du Mois national de la santé buccodentaire, pour laquelle nous nous sommes joints à Colgate. Il a souligné combien cette campagne était importante pour son cabinet et ses patients. Comme il joue un rôle actif au sein de l'ADG, il est à même de reconnaître l'importance de tous les niveaux de la dentisterie organisée.

Parmi les 36 000 dentistes membres de l'ADG, 1300 viennent du Canada, y compris du Québec. Le 24 septembre 2004, à moins d'un miracle, l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) sera supprimée des statuts de l'ADC. Suite à une décision prise par ses dirigeants, l'ACDQ ne sera plus membre de l'ADC.

Je trouve ahurissant qu'un important groupe de dentistes canadiens ne soient pas représentés à l'échelle nationale. Il serait facile de jeter le blâme sur «la bonne vieille histoire canadienne des 2 solitudes – les différences de langue et de culture». Personnellement, je n'y crois pas. Ce n'est qu'une simple question de politique.

Les dentistes du Québec ont les mêmes inquiétudes que les autres dentistes du Canada sur le plan professionnel. A-t-on amené les dentistes du Québec à penser que le monde extérieur n'a aucune influence sur leur pratique? Qu'en est-il des questions liées à la formation et à l'agrément? Et des pressions exercées sur le gouvernement fédéral?

En juillet dernier, j'ai participé à une réunion conjointe entre les représentants et le personnel de l'ADC et de l'Association dentaire américaine. Les 2 parties ont engagé des discussions bilatérales, faisant part de leurs commentaires de manière équitable.

Nous avons discuté de nombreuses questions d'intérêt commun, y compris l'immigration et la reconnaissance professionnelle des dentistes formés à l'étranger, les différents modèles de prestation des services dentaires et les questions internationales liées à la dentisterie à la FDI. J'étais fier de représenter les membres de l'ADC.

Les questions dont nous avons discuté à cette réunion conjointe ne concernent-elles pas les dentistes du Québec? Comment les dentistes du Québec défendront-ils leur position à l'échelle internationale sur des questions professionnelles débattues dans le monde entier? Actuellement, la profession dentaire canadienne est en train d'élaborer un nouveau plan stratégique pour l'ADC. Cette tâche serait beaucoup plus efficace si les dentistes du Québec y contribuaient en exprimant leur opinion.

L'ADC a toujours favorisé l'intégration. Ses publications bilingues en sont un bel exemple. Le conseil d'administration s'efforce constamment d'accroître l'utilité de l'Association auprès de tous les dentistes du Canada.

Nous devons cesser de nous considérer comme des entités individuelles et commencer à admettre que nous faisons partie d'un tout. Notre profession ne fera que progresser si nous travaillons ensemble. La dentisterie canadienne ne progressera que lorsque toutes les associations provinciales et territoriales se joindront à l'ADC. Je ne dis pas que l'ADC est supérieure à d'autres associations. Je dis simplement que pour débattre de questions d'ordre national ou international, qui nécessitent l'apport de toutes les parties, l'ADC est la mieux placée pour défendre les intérêts des dentistes canadiens.

Nous avons besoin de votre aide. Aidez-nous.

*Alfred Dean, DDS
president@cda-adc.ca*

voyez-le sourire.

Nous offrons des possibilités de financement qui vous donneront de bonnes raisons de sourire. Comment CIT est-il devenu le chef de file canadien en financement aux professionnels de la santé ? L'expérience. Nous travaillons en étroite collaboration avec l'industrie depuis près de 40 ans. Un tel niveau d'expertise nous permet de répondre aux besoins particuliers à votre pratique et de vous fournir de judicieux conseils inspirés de notre expérience de situations semblables. Nous sommes également en mesure de mettre au point rapidement et efficacement des solutions sur mesure qui vous conviendront parfaitement. Pour en apprendre davantage au sujet du financement d'équipement, d'immobilier ou d'achalandage, cliquez sur CIT.com ou téléphonez au 800.361.2138. Chez CIT, nous voyons les choses selon votre point de vue.



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.

Il n'est pas toujours facile de faire ce qui est bien

Le débat entre les Drs Schwartz et McFarlane¹ actualise un dilemme qui se pose à tout dentiste commettant une erreur. Le dentiste praticien confronté à un incident iatrogène fâcheux doit s'interroger sur la nécessité de s'excuser (qu'elle soit perçue par lui-même ou le patient) et les conséquences éventuellement litigieuses de cette excuse.

Bien que l'opinion du Dr Schwartz vis-à-vis des excuses présentées pour les erreurs commises soit louable, la réalité actuelle commande la prudence dans la démarche à suivre pour s'excuser. Bien que le pouvoir, l'efficacité et la rectitude morale d'une excuse ne puissent être réfutés (comme l'a appris sans doute le Dr Schwartz de l'abondante littérature à l'appui des autres solutions de règlement des conflits), nous devons également tenir compte du fait que notre époque est fertile en litiges. Comme le fait observer le Dr McFarlane : «L'interprétation finale par les tribunaux du contexte dans lequel les excuses ont été présentées est ce qui compte vraiment.»

Le contexte dans lequel sont présentées les excuses semble donc d'une importance extrême. Il peut comprendre le type d'incident, le patient en cause, ou le moment, les mots employés et la manière avec laquelle les excuses sont présentées. Ainsi, lors d'un accord de médiation confidentiel «sous toutes réserves», j'ai négocié des règlements judiciaires dans lesquels des excuses ont

été présentées et acceptées sans engager de responsabilités. Bien que des excuses spontanées et sincères au moment de l'incident (avec une compensation fixée par entente mutuelle au besoin) eussent été l'issue idéale, nous devons peser cet objectif utopique en regard des réalités de l'exercice quotidien.

Étant donné l'incapacité du dentiste praticien moyen à prévoir comment seraient interprétés en justice des excuses présentées, ceux qui parmi nous sont confrontés à un problème iatrogène immédiat se retrouvent dans une position difficile. Il serait peu pratique de vous retirer dans votre bureau et d'espérer avoir un représentant du Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario (CRCDO) pour vous conseiller sur le type d'excuses (s'il en est) à présenter quand se produit un incident comme celui que le Dr Schwartz donne en exemple.

Pour l'instant, il se peut que les dentistes aient besoin de l'assistance judiciaire pour griffonner leurs excuses «spontanées». Il serait utile que le CRCDO offre des conseils pour traverser ce champ de mines déontologique et juridique, ce qui pourrait se faire en présentant des scénarios et des «réponses recommandées» dans *Dispatch* ou des séminaires du CRCDO.

*Dr Leon Freudman
Toronto (Ontario)*

Référence

1. Schwartz B. La nécessité de présenter des excuses en dentisterie. *J Can Dent Assoc* 2004; 70(7):448-9.

Bravo aux communications!

Je désire féliciter le Dr Barry Schwartz pour son article dans le *JADC* de juillet-août¹. Alors que le nombre des litiges en santé ne cesse d'augmenter dans la plupart des sociétés occidentales, l'importance des communications, de l'empathie et de la confiance entre le dentiste et le patient est capitale.

Un thème régulier parmi les prati-

ciens, c'est que l'augmentation des litiges est due aux avocats rapaces et aux patients ayant des attentes non réalistes touchant leurs traitements. Comme le Dr Schwartz l'explique, les patients veulent savoir, d'une part, ce qui est mal allé et, d'autre part, que quelqu'un assumera la responsabilité pour l'erreur commise; c'est là la principale raison pour tenter une poursuite.

À la 3^e Conférence nationale sur les plaintes en santé tenue en Australie en 2001, le Dr Mark O'Brien a fait une analogie pertinente, comparant la relation mécanicien/automobiliste à la relation dentiste/patient. Après avoir reconnu qu'on ne saurait vraiment comparer un humain à une voiture, il a souligné comment les communications suscitent la confiance : «Si (le mécanicien) est bon pour expliquer et est capable de me persuader qu'il comprend mes problèmes... je présumerai qu'il est compétent. S'il est insolent, hautain, n'écoute pas ce que je lui dis et que quelque chose va mal – alors je crierai VENGEANCE!» La relation avec nos patients est-elle différente?

Permettez-moi de vous donner quelques conseils après 20 années d'exercice à titre de dentiste généraliste et de spécialiste : expliquez les difficultés et les incertitudes cliniques à vos patients avant d'entreprendre un traitement. Si quelque chose tourne mal, ils comprendront les problèmes qui se posent. Tout dentiste compétent fait occasionnellement un travail clinique qui ne va pas comme prévu. Quand cela se produit, expliquez la situation au patient, corrigez le problème ou portez-y remède, faites le travail *gratuitement*, et renseignez sans cesse le patient.

En d'autres mots – communiquez.

*Dr David John Manton
Albury, NSW, Australie*

Référence

1. Schwartz B. La nécessité de présenter des excuses en dentisterie. *JADC* 2004; 70(7):448-9.

Le lichen plan buccal à hyperpigmentation mélanique : une affection clinique rare

Une femme blanche de 56 ans a été dirigée à la clinique de la Faculté de médecine dentaire de Piracicaba en juillet 2003; elle se plaignait de la présence sur ses joues de macules foncées depuis 3 ans. L'examen intrabuccal a montré une lésion réticulaire pigmentée brunâtre extensive occupant presque toute la surface des joues (ill. 1). Il n'y avait cependant pas de lésions cutanées. Le diagnostic clinique était celui du lichen plan hyperpigmenté. Après une biopsie d'incision, l'examen microscopique a montré une parakératose, une acanthose et une dégénérescence de la couche basocellulaire épithéliale. Un infiltrat chronique inflammatoire en forme de bande occupait les alentours de la couche basocellulaire, sans compter qu'on a aussi observé de nombreux mélanophages et des granules de mélanine libres. Le diagnostic final était celui d'un lichen plan buccal avec hyperpigmentation mélanique. Aucun médicament n'a été prescrit à la patiente parce que les lésions étaient sans symptômes. La patiente a été suivie, et les lésions sont restées identiques.

Le lichen plan est une maladie inflammatoire chronique de la peau et des membranes muqueuses¹. Il s'agit d'un trouble relativement courant qui touche de 0,5 % à 2,0 % de la population^{1,2}. L'atteinte buccale est une caractéristique importante du lichen plan; elle survient dans 30 % à 70 % des cas³.

Un nouveau type de lichen plan cutané a été décrit comme étant un lichen plan pigmenté (LPP)^{4,5}. Cette variante a été décrite pour la première fois par Bhutani et coll.⁶ comme étant une hyperpigmentation qu'on rencontrait régulièrement chez les Asiatiques. Le LPP se manifeste principalement à la tête et à la région du cou, dans 80 % des cas. Microscopiquement, le LPP se présente sous la forme d'un amincissement épidermique, d'une dégénérescence de la couche basocellulaire, d'une *incontinencia pigmenti* et d'un infiltrat lymphohistiocytaire en forme de bande siègeant à la *lamina propria*^{6,7}. Cinq cas ont été signalés qui touchaient la muqueuse buccale^{5,7,8}.



Illustration 1 : Lésions réticulaires pigmentées extensives sur la muqueuse buccale.

Ce type de lichen plan de la bouche, quoique peu courant, constitue une caractéristique importante qui le différencie des lésions buccales comme le lupus érythémateux, la leucoplasie et la plupart des autres maladies de la bouche³. Qui plus est, on n'a pas signalé de transformation maligne pour le LPP.

Compte tenu des aspects cliniques, le meilleur terme pour définir cette affection clinique peu fréquente est celui de lichen plan avec hyperpigmentation mélanique. En raison des caractéristiques cliniques inhabituelles de cette maladie, les cliniciens doivent garder à l'esprit cette variante clinique rare du lichen plan lorsqu'ils cherchent à poser un diagnostic.

Dr Claudio Maranhão Pereira

Dr Pablo Agustin Vargas

Dr Jacks Jorge

Dr Oslei Paes de Almeida

Dr Márcio Ajudarte Lopes


Piracicaba, São Paulo, Brésil

Références

1. Edwards PC, Kelsch R. Lichen plan : présentation clinique et prise en charge. *J Can Dent Assoc* 2002; 68(8):494-9.
2. Sugerman PB, Savage NW, Zhou X, Walsh LJ, Bigby M. Oral lichen planus. *Clin Dermatol* 2000; 18(5):533-9.
3. Kanwar AJ, Ghosh S, Dhar S, Kaur S. Oral lesions of lichen planus. *Int J Dermatol* 1993; 32(1):76.
4. Murti PR, Bhonsle RB, Daftary DK, Mehta FS. Oral lichen planus associated with pigmentation. *J Oral Med* 1979; 34(1):23-4.
5. Laskaris GC, Papavasiliou SS, Bovopoulou OD, Nicolis GD. Lichen planus pigmentosus of the oral mucosa: a rare clinical variety. *Dermatologica* 1981; 162(1):61-3.
6. Bhutani KL, Bedi, RT, Pandhi, KR, Nayak NC. Lichen planus pigmentosus. *Dermatologica* 1974; 149(1):43-50.
7. Kanwar AJ, Dogra S, Handa S, Parsad D, Radotra BD. A study of 124 Indian patients with lichen planus pigmentosus. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28(5):481-5.
8. Singh S. Violaceous hue in oral lesions of lichen planus. *Int J Dermatol* 1994; 33(8): 603-4.

INDEX DES ANNONCEURS

3M ESPE Dental Products	504
Ash Temple	502
CDSPI	563, 579
CIT Group	510
Clinical Research Dental Supplies Services	539, 541
Colgate-Palmolive Canada Inc.	508
Del Pharmaceutics (Canada) Inc.	514
Fonds de l'ADC	568
Fonds dentaire canadien	524
Ivoclar Vivadent Inc.	513
Johnson & Johnson Inc.	547, 569
Laboratoires Oral-B	505, 506, 528
Miami Winter Meeting & Dental Exposition	538
Modular Curriculum in Conscious Sedation	532
Nobel Biocare	533
Patterson Dentaire Canada Inc.	567
Pfizer Canada Inc.	580
Plaquettes du SISD	570-571
Procter & Gamble	553
Strathcona Pharmacy	532
Straumann Canada Ltd.	534
Tri Hawk Dental Burs	562



Feel the difference
quality makes.

Introducing the **bluephase**[®] LED Curing Light

- Powerful output of 1,100 mW/cm² ensures fast, thorough curing of all dental materials^{*}.
- First of its kind **click & cure**[™] feature offers the option to convert the bluephase from a cord-free to a corded unit, providing continuous curing on demand.
- Multiple power and timer settings are easily read and available at your finger tips.
- State-of-the-art lithium ion battery provides 60 minutes of continuous curing, with no lazy battery effect and minimal recharging time.
- High-quality design features an ergonomic, balanced hand piece, smooth lines and a sturdy base unit that includes a radiometer.



Corded or cordless! Simply remove the corded power supply from the base, insert directly into the hand piece and... "Click & Cure"!

bluephase[®]
LED CURING LIGHT

100% CUSTOMER SATISFACTION
GUARANTEED!

For more information, log onto
www.getbluephase.com

Call us toll free at 1-800-533-6825 in the U.S., 1-800-263-8182 in Canada. www.ivoclarvivadent.us.com © 2004 Ivoclar Vivadent, Inc. Bluephase is a registered trademark of Ivoclar Vivadent, Inc. * Products currently manufactured by Ivoclar Vivadent, Inc.

ivoclar[®]
vivadent[®]
clinical



Enfin, il existe un dentifrice pour les tout-petits qui plaira aux parents qui insistent sur l'usage d'un dentifrice sans fluorure.

Nous vous présentons le Dentifrice d'apprentissage pour les tout-petits Orajel®. Il ne contient pas de fluorure...

Le Dentifrice d'apprentissage pour les tout-petits Orajel est un dentifrice doux, non abrasif et spécialement élaboré pour les tout-petits. Il contient un ingrédient spécial permettant de nettoyer les dents et les gencives des tout-petits sans mousser. Les enfants apprécieront les saveurs agréables du dentifrice et les parents apprécieront de savoir qu'il ne contient pas fluorure. Orajel ... et Petit Ours. Ensemble, ils font du brossage des dents un jeu d'enfants !

Visitez-nous au www.orajel.com

Orajel © Del Pharmaceuticals 2004. ® & © Nelvana™ Wild Things Productions. © M. Sendak All Rights Reserved.



UTILISER SELON
LE MODE D'EMPLOI

Actualités

Mise à jour des directives de l'ADC sur le contrôle des infections

En décembre 2003, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis ont publié de nouvelles directives sur le contrôle des infections dans les milieux de soins dentaires.

Après avoir examiné les nouvelles directives des CDC, l'ADC a conclu qu'il fallait apporter certaines modifications à ses propres directives sur le contrôle des infections.

À la suite de la réunion du Comité de la dentisterie communautaire et institutionnelle de l'ADC du mois de juin, l'ancien président du comité, le Dr Trey Petty a accepté de mettre à jour les directives de l'ADC.

«Le Dr Petty a joué un rôle important dans l'élaboration de nos directives actuelles et il est un expert dans le domaine du contrôle des infections en dentisterie. L'ADC est très heureuse de lui confier cette tâche importante au bénéfice des dentistes canadiens», explique le Dr Benoit Soucy, directeur des services aux membres et des services professionnels de l'ADC.

Entre autres changements, les nouvelles directives des CDC proposent notamment de passer d'un concept de précautions «universelles» à un concept de précautions «standard» en matière de prévention de la transmission des maladies. Les précautions standard vont plus loin que les précautions universelles dans la protection contre la transmission des agents pathogènes par le sang et les autres liquides corporels, les excréments ou les sécrétions. Les directives consolident aussi les recommandations, notamment sur l'hygiène des mains et les piqûres accidentelles avec des aiguilles, qui figuraient auparavant dans des documents distincts.

Bon nombre des recommandations de l'ADC en matière de procédures demeurent inchangées ou ne concernent que des modifications mineures aux procédures existantes. Par contre, il faudra apporter des modifications plus importantes dans certains domaines, comme les conduites d'eau des unités dentaires et les chirurgies buccales.

Conformément à la structure du comité de l'ADC amendée récemment, le nouveau Comité des affaires cliniques

et scientifiques supervisera la révision des directives.

Les procédures actuelles de l'ADC en matière de contrôle des infections et les recommandations pour la mise en œuvre des procédures se trouvent au volet réservé aux membres du site Web de l'ADC à l'adresse: http://www.cda-adc.ca/french/members/cda_members/cda_guidelines/default.asp. ♦

Le laser gagne en popularité auprès des dentistes canadiens

Selon les résultats du 8^e sondage annuel sur l'avenir de la dentisterie mené par l'Association canadienne de l'industrie dentaire (ACID), le laser pour le traitement des tissus mous et durs devient de plus en plus en vogue auprès des dentistes canadiens.

En 2004, 5,9 % des dentistes interrogés possédaient un laser, une hausse de 1,5 % par rapport à 2001. Le nombre de dentistes qui prévoient se procurer un laser pour tissus durs et mous au cours des 2 prochaines années a presque doublé pour passer de 5,9 % en 2001 à 10,5 % en 2004. Le laser vient au 3^e rang sur la liste des articles que les dentistes entendent se procurer, derrière les appareils de radiographie numériques et les caméras intrabuccales (le laser venait au 5^e rang en 2003 et au 9^e rang en 2002).

Plus de 1000 dentistes ont participé au sondage de 2004. Des prix ont été décernés à 11 répondants choisis au hasard. La Dre Christena Chruszez de Toronto (Ont.) a remporté le grand prix de 1000 \$ en crédit-voyage. Les 10 récipiendaires des prix de consolation de 100 \$ en crédit-voyage sont : Dr J.C. Tobin, Smiths Falls (Ont.); Dre Lyn Fitzpatrick, Lower Sackville (N.-É.); Dr Alan Heinrichs, Medicine Hat (Alb.); Dr Romy Rohit Chopra, Etobicoke (Ont.); Dr Bruce Robinson, Newmarket (Ont.); Dr Bob Adler, Toronto (Ont.); Dr Ronald Fulton, Langley (C.-B.); Dr Terry Fryer, Blind River (Ont.); Dr Jerry Thomas, Edmonton (Alb.); Dr Jacques Boisvert, Québec (Qué.).

ARTISTE VEDETTE

La photographie en page couverture du *JADC* de septembre est l'œuvre du **Dr Garry Lunn**, de Vancouver (C.-B.). Diplômé de l'Université de l'Alberta, le Dr Lunn a occupé plusieurs postes aux niveaux local, provincial et national de la dentisterie organisée, y compris la présidence du Collège international des dentistes. Il est membre de l'Académie Pierre Fauchard et du Collège américain des dentistes, ainsi que membre associé de l'Académie canadienne de dentisterie restauratrice.

Le Dr Lunn admet avoir une passion croissante pour la photographie, passion qui est née des progrès de la technologie numérique. «Mon intérêt pour la photographie s'est éveillé avec la photographie intrabuccale et s'est développé à partir de là. L'avènement de la photographie numérique, de Photoshop et des programmes informatiques a rendu beaucoup plus agréable la composition de photos. Celle en page couverture, par exemple, a été prise en Australie avec un appareil coolpix Nikon 4500, retouchée par Photoshop et développée à l'aide d'une imprimante Canon i950.» ♦



Le sondage de l'ACID a été mené par la firme Eric P. Jones and Associates de St. Catherines (Ont.) et posté avec le *JADC*. Le sondage permet aux entreprises membres de l'ACID – fabricants, détaillants, laboratoires et fournisseurs de services – d'adapter leurs produits et services pour répondre aux besoins changeants des dentistes canadiens.

Pour en savoir davantage sur le sondage de l'ACID, communiquez avec Bernie Teitelbaum, directeur général de l'ACID, tél. : (416) 782-5272; courriel : bernie.diac@sympatico.ca.

La CRD, nouveau distributeur de produits Ultradent

La société Clinical Research Dental Supplies & Services Inc. (CRD) est le nouveau distributeur de la Ultradent Products, Inc. au Canada.

Ultradent fabrique et distribue plus de 500 produits, appareils et instruments utilisés par des dentistes dans le monde entier. Ces produits sont maintenant disponibles par l'entremise de la société CRD qui distribue également la gamme des produits Bisco Inc. en Ontario et dans les provinces Maritimes et qui agit comme distributeur canadien de produits dentaires pour Cosmedent, Garrison Dental Solutions et Clinician's Choice.

Une revue médicale ayant pour thème la santé buccodentaire

Le Médecin du Québec, une revue médicale destinée aux omnipraticiens, a publié, en juillet, un numéro sur la santé buccodentaire intitulé «La bouche révèle les secrets du corps». Le numéro regroupe des articles rédigés par les Drs Pierre Desautels, Jean-Paul Goulet, Gilles Lavigne, Daniel Picard, Rénald Pérusse et Michelle Bourassa. Selon la Dre Danielle Joly, directrice de ce numéro thématique, «ces articles très éducatifs seraient aussi d'une grande utilité pour les dentistes». Les textes traitent des situations pour lesquelles les patients sont plus susceptibles de consulter un médecin généraliste, entre autres, les urgences dentaires, les dents fracturées ou avulsées, les lésions buccales nécessitant une prise en charge médicale, et les douleurs orofaciales.

Pour en savoir plus, visitez le site de la Fédération des omnipraticiens du Québec à <http://www.fmoq.org>.

RESSOURCES INTERNET

Nouveau site Web de la FDI



La FDI a remanié son site Web afin de mieux refléter son image et son caractère international.

L'information offerte sur le site est maintenant structurée en 4 parties distinctes : la fédération, les ressources, la santé publique, et les congrès et les partenaires. La santé publique est une nouvelle partie qui met en relief le rehaussement de l'image de la FDI dans ce secteur. Elle est axée sur les activités de la FDI et du Fonds mondial pour le développement touchant le progrès de la santé buccodentaire dans le monde.

Pour mieux servir sa clientèle diversifiée, le site contient des informations en plusieurs langues. Ainsi, les énoncés de la FDI sont présentement disponibles en anglais, en français, en espagnol et en allemand. Le site comprend également des faits et des données dentaires pour plus de 70 pays.

Le site présente des images en couleur et est facile à explorer. Découvrez-le à www.fdiworldental.org.

Effets buccofaciaux indésirables de la pharmacothérapie

Un compte rendu sur les manifestations buccofaciales indésirables des médicaments vient d'être publié dans la revue *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 2004; 15(4):221-39. L'article donne une liste complète des troubles reliés aux médicaments, divisés en 9 catégories : les troubles des glandes salivaires, les troubles affectant le goût,

les troubles muqueux, la pigmentation muqueuse, les enflures, la chéilite, les neuropathies, les mauvaises odeurs buccales et la décoloration des dents. Les effets indésirables les plus fréquents de la pharmacothérapie dans la bouche sont la bouche sèche, les troubles gustatifs, l'ulcération des muqueuses buccales et les gencives enflées. Les auteurs, C. Scully et J.V. Bagan, recommandent aux cliniciens de «noter soigneusement l'histoire des drogues consommées et de toujours éliminer les drogues comme une cause possible de symptômes et de signes buccaux et péri-buccaux.»

La version intégrale de l'article se trouve à : <http://crobm.iadrjournals.org/cgi/content/short/15/4/221>.

Symposium sur l'accès et les soins

Le site Web pour le symposium *Accès et soins : Vers une stratégie nationale de la santé buccodentaire* a été amélioré afin d'inclure un rapport sommaire et des diaporamas des conférenciers choisis.

Le symposium avait pour but de réunir des intervenants en vue de formuler des recommandations pour améliorer la santé buccodentaire au Canada. Les participants du symposium ont déterminé 4 mesures prioritaires : 1) recueillir des données sur l'état de santé buccodentaire des Canadiens en général; 2) sensibiliser davantage le public et améliorer ses attitudes envers la santé buccodentaire; 3) répondre aux besoins des populations marginalisées; 4) plaider pour obtenir un représentant en chef national de la santé buccodentaire. Une conférence est prévue pour 2006 afin de suivre ce dossier et pousser ces priorités.

Pour plus d'information, visitez le site <http://individual.utoronto.ca/accessandcare>.

Feuillet de Santé Canada sur le blanchiment des dents

Santé Canada vient d'afficher un feuillet d'information sur le blanchiment des dents sur son site Web. Intitulé *L'utilisation sans danger des trousse de blanchiment des dents à domicile*, l'article explique comment les produits pour le blanchiment des dents

à domicile agissent et comment le consommateur peut en minimiser les risques en les utilisant.

Le feuillet se trouve dans la partie *Votre santé et vous*, sous la rubrique «Mode de vie», du site à <http://www.hc-sc.gc.ca/> ♦

NOMINATIONS

Dentiste de l'Ontario élu à l'AADP



Le Dr Keith Morley

Le Dr Keith Morley de Barrie (Ont.) a été élu secrétaire-trésorier de l'Académie américaine de dentisterie pédiatrique (AADP) lors de la 57^e séance annuelle de l'AADP, tenue en juin à San Francisco (Calif.). Le Dr Morley a occupé, depuis 1980, différents postes à l'AADP, dont celui d'agent de liaison auprès du Conseil des affaires cliniques. Diplômé de l'Université du Manitoba en 1969, le Dr Morley est chef de la dentisterie à l'Hôpital Royal Victoria. ♦

Nouveau président de la SDNB



Le Dr Ron Buckley

Le Dr Ron Buckley de Rothesay a été élu président de la Société dentaire du Nouveau-Brunswick (SDNB). Le Dr Buckley a reçu son doctorat en chirurgie dentaire de l'Université Dalhousie en 1982 et son baccalauréat en administration de l'Université du Nouveau-Brunswick en 1983. Il exerce dans un cabinet privé avec son épouse, la Dre Janet Bailey. ♦

L'ADIPE élit une nouvelle présidente



La Dre Robin MacLean

La Dre Robin MacLean est la nouvelle présidente de l'Association dentaire de l'Île-du-Prince-Édouard (ADIPE). La Dre MacLean a reçu son diplôme de l'Université Dalhousie en 1997. Elle est membre de l'Académie de dentisterie générale et de l'Association internationale de l'orthodontie. Le Dre MacLean exerce dans un cabinet privé à Summerside. ♦

Nouveau président de l'ADNE



Le Dr Scott MacLean

Le Dr Scott MacLean a récemment été nommé président de l'Association dentaire de la Nouvelle-Écosse (ADNE). Le Dr MacLean a obtenu son

diplôme en médecine dentaire à l'Université Dalhousie en 1991. Pendant sa dernière année d'études, il a reçu le Prix du président de l'ADC. Le Dr MacLean est également diplômé de l'Université de l'Acadie (1984) et fait partie du panthéon de l'Université. Il exerce la dentisterie générale à Halifax. ♦

L'ACDCB élit un nouveau président



Le Dr Ed O'Brien

Le Dr Ed O'Brien de Vancouver est le nouveau président de l'Association des chirurgiens dentistes de la C.-B. (ACDCB). Le Dr O'Brien, diplômé de l'Université de la Colombie-Britannique en 1978, a reçu le titre de fellow honoraire de l'Académie Pierre Fauchard ainsi que la Distinction du mérite de l'ACDCB pour son travail dans l'établissement de normes d'emploi. ♦

NOUVELLES DES FACULTÉS

Quoi de neuf en R et D dentaire La recherche a le vent en poupe à Dalhousie

À l'occasion, l'ADC communique avec les facultés de médecine dentaire du Canada pour s'informer sur les recherches en cours. Nous avons récemment rencontré la Dre Debora Matthews de l'Université Dalhousie.

«La recherche connaît un regain de vie à Dalhousie, probablement en raison de 2 facteurs : une augmentation substantielle du financement et l'arrivée de nouveaux membres de la faculté

enthousiastes à l'idée de lancer leurs carrières en recherche», explique la Dre Matthews.

Depuis 2002, la Faculté de médecine dentaire de l'Université Dalhousie a reçu plus de 12 millions de dollars en financement de différents organismes, notamment la Fondation pour la recherche en santé de la Nouvelle-Écosse (FRSNE) qui s'est engagée à appuyer la recherche en santé buccodentaire dans la province. La FRSNE est le catalyseur d'un grand nombre de projets de recherche à l'Université Dalhousie.

La Dre Matthews est très enthousiaste au sujet de la Collaboration pour la recherche en santé buccodentaire (CRSB), un collectif innovateur de recherche en santé publique de l'Université Dalhousie, qui est formée de spécialistes en sciences fondamentales, de chercheurs cliniques et de chercheurs en santé publique. La CRSB a pour objectif d'améliorer la santé buccodentaire de tous les citoyens de la Nouvelle-Écosse. Soixante pour cent du personnel enseignant à temps plein en médecine dentaire et en hygiène dentaire est membre de la CRSB.

En mars 2004, la Dre Joanne Clovis a organisé un atelier de la CRSB sur les questions reliées à la santé buccodentaire des personnes âgées. Cet atelier a mené au lancement d'une étude pilote afin d'étudier les indices de qualité de vie et les obstacles à l'accès aux soins en Nouvelle-Écosse. Les participants ont aussi discuté des façons d'en arriver à un consensus national sur le meilleur moyen d'évaluer la santé buccodentaire des personnes âgées au Canada. Contrairement aux États-Unis, il n'existe actuellement aucune base de données centrale sur la santé buccodentaire des Canadiens. La Dre Matthews pense que le projet pilote pourrait servir de cadre pour l'élaboration d'un tel consensus national.

La CRSB a bénéficié d'un financement de la FRSNE et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Le projet pilote du groupe a aussi reçu l'appui du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et du Conseil consultatif national sur le troisième âge de Santé Canada.

L'Université Dalhousie est aussi un endroit propice pour les membres de la faculté désireux d'élaborer leurs propres projets de recherche.

«Le professeur J. Michael Lee est l'une des étoiles les plus brillantes de l'Université Dalhousie. Le professeur Lee a joué un rôle de premier plan dans la convergence des facultés de médecine, de médecine dentaire et d'ingénierie de l'université pour créer le premier département de génie biomédical dans l'Est du Canada», ajoute la Dre Matthews. Les propriétés mécaniques des tissus sont au cœur des recherches dans ce nouveau département. Le laboratoire jouit aussi d'un très grand savoir-faire dans les biomatériaux, l'analyse d'image, la biochimie physique, la thermoélasticité, les polymères et l'informatique appliquée. Le professeur Lee a aussi été l'un des principaux acteurs dans la création d'un réseau de chercheurs sur les matériaux dans les provinces atlantiques du Canada.

Le Dr Richard Price travaille actuellement à l'élaboration de composites renforcés de fibres de verre et de couleur naturelle pour remplacer les matériaux en fibres de carbone traditionnellement utilisés dans la fabrication des tenons radiculaires. Il étudie aussi les facteurs qui touchent la réaction de polymérisation des résines dentaires.

La Dre Kathy Russell s'intéresse à la façon dont la morphologie du nez permet de prévoir les caractéristiques esthétiques des patients présentant une fissure labiale ou palatine. Elle a récemment monté une base de données des patients atteints d'une telle malformation congénitale en Nouvelle-Écosse, où le taux d'incidence est élevé.

Les recherches du Dr Mark Filiaggi touchent l'application d'un enduit au phosphate de calcium sur les implants dentaires pour favoriser activement la formation osseuse et améliorer la fixation des implants. Cette étude, à laquelle participent à la fois les universités Acadia et Dalhousie, offrira des possibilités de recherche et de formation aux étudiants de la Nouvelle-Écosse.

Cet automne, le Dr Robert Loney, de la Division de prosthodontie, entend mener un sondage auprès des dentistes

de la Nouvelle-Écosse sur les questions touchant les patients partiellement ou complètement édentés. Son objectif est de connaître les raisons pour lesquelles on n'offre pas à ces patients la pose d'implants comme traitement possible.

Le Dr Matts Kronstrom, un des nouveaux membres de la faculté, entreprend une étude clinique de 3 ans sur l'efficacité de la pose de 2 implants mandibulaires (au lieu des 4 habituels) pour appuyer une prothèse et sur les effets de la charge immédiate.

Il est évident d'après les propos de la Dre Matthews que de nombreux projets de recherche en santé buccodentaire sont actuellement en cours à l'Université Dalhousie. Des intérêts de la CRSB envers la santé buccodentaire de la population aux recherches des membres de la faculté, cette Faculté de médecine dentaire s'impose de plus en plus comme un centre de recherche d'envergure mondiale en dentisterie. ♦

Quoi de neuf encore en R et D? Renouveau de subventions pour la recherche dentaire

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) viennent de renouveler leurs subventions pour la recherche effectuée dans les facultés de médecine dentaire de l'Université Western Ontario et de l'Université de Toronto.

Le *Groupe de l'IRSC affecté au développement et au remodelage du squelette* à l'UWO et le *Groupe de l'IRSC affecté à la dynamique de la matrice* à l'UT recevront respectivement au cours des 5 prochaines années 1,3 million et 1,6 million de dollars. Les 2 groupes font partie de l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite.

Selon le Dr Jeff Dixon, directeur du groupe de l'UWO, les objectifs de celui-ci «comprennent la conception de nouvelles méthodes pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies squeletto-musculaires et dentaires». Ce groupe comprend 7 scientifiques possédant une expertise complémentaire en physiologie cellulaire, en biologie moléculaire et en biochimie des tissus minéralisés.

Les 6 principaux chercheurs du groupe de l'UT partagent une expertise

similaire. Selon leur directeur, le Dr Christopher McCulloch, leur point de mire est de «découvrir des protéines pouvant être des cibles cruciales pour les nouvelles drogues. Ces nouvelles drogues, qui peuvent maintenir les fonctions propres des articulations, des muscles, du cartilage, des os et des ligaments, entraîneront des avantages substantiels pour la santé des personnes ayant une prévalence élevée de maladies comme l'insuffisance cardiaque et la parodontie.»

Le milieu interdisciplinaire de ces 2 groupes de recherche offre d'excellents débouchés pour la formation des 2^e et 3^e cycles. Pour plus d'information, visitez www.med.uwo.ca/research/skeletal-web.htm et www.cihrmatrix.ca. ♦

Une professeure de l'UT reçoit le Prix national pour l'enseignement dentaire

Le Fonds dentaire canadien (FDC) et l'Association des facultés dentaires du Canada (AFDC) ont annoncé que la lauréate de 2004 du Prix national 3M ESPE pour l'enseignement de l'art dentaire était la Dre Dorothy McComb de l'Université de Toronto. Le prix 3M ESPE a été créé pour reconnaître le travail exceptionnel de personnes qui offrent une formation en dentisterie dans une université canadienne. Il honore un membre du corps enseignant qui a démontré les caractéristiques d'un professeur exceptionnel.



La Dre McComb reçoit le Prix 3M ESPE lors de l'assemblée générale annuelle de l'AFDC qui s'est tenue à Seattle (Washington) le 8 mars dernier. (g. à d.) : Dr James Brown, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, représentant l'AFDC; Dre Dorothy McComb; M. Chuck Hudson, gestionnaire des services professionnels, Division des produits dentaires, 3M ESPE; Dr Bernard Dolansky, président et président d'assemblée, FDC.

La Dre McComb est professeure et chef de la dentisterie restauratrice, ainsi que directrice des soins intégrés à l'Université de Toronto. Elle a été reconnue pour ses connaissances, son enthousiasme et son engagement envers ses étudiants grâce à son esprit d'initiative, à son professionnalisme et à ses compétences cliniques. Le Dr James Brown, qui a proposé la candidature de la lauréate, a fait les éloges des réalisations de la Dre McComb : «Dorothy a agi comme mentor pour tous ses collègues enseignant la dentisterie restauratrice. Nous avons tous été ses étudiants et elle nous a bien formés... Elle fixe la norme en ce qui a trait au dévouement et à l'excellence en enseignement. Je crois fermement que, sous sa tutelle, nous sommes devenus de meilleurs professeurs.» ♦

D É C È S

Bourassa, Dr Frank : Diplômé de l'Université de Montréal en 1962, le Dr Bourassa de Regina (Sask.) est décédé le 12 janvier. Le Dr Bourassa était un ancien président du Collège des chirurgiens dentistes de la Saskatchewan et un ancien membre du Bureau des gouverneurs de l'ADC.

Breen, Dr Ross : Diplômé de l'Université de Toronto en 1946, le Dr Breen d'Etobicoke (Ont.) est décédé le 3 mars. Il était membre à vie de l'ADC.

Bussière, Dr Claude : Diplômé de l'Université de Montréal en 1967, le Dr Bussière de Ste-Foy (Qué.) est décédé le 20 avril.

Bussièrès, Dr Julien : Diplômé de l'Université de Montréal en 1947, le Dr Bussièrès d'Oka (Qué.) est décédé le 30 mars.

Cottick, Dr Alexander H. : Diplômé de l'Université de Toronto en 1944, le Dr Cottick de Winnipeg (Man.) est décédé le 29 février. Il était membre à vie de l'ADC.

Debien, Dr Réal : Diplômé de l'Université de Montréal en 1944, le Dr Debien de Montréal (Qué.) est décédé le 23 avril. Il était membre à vie de l'ADC.

Freeman, Dr Herschel B. : Diplômé de l'Université de Toronto en 1944, le Dr Freeman de Scarborough (Ont.) est

décédé le 14 février. Il était membre à vie de l'ADC.

Friedberg, Dr Edmund J. : Diplômé de l'Université de Toronto en 1967, le Dr Friedberg de Toronto (Ont.) est décédé le 15 avril.

Green, Dr Fred S. : Diplômé de l'Université de l'Alberta en 1939, le Dr Green de Winnipeg (Man.) est décédé le 30 mars. Il était membre à vie de l'ADC.

Jansen, Dr Stan : Diplômé de l'Université McGill en 1961, le Dr Jansen de Yorkton (Sask.) est décédé le 10 janvier.

Kehoe, Dr James Edward : Diplômé de l'Université McGill en 1950, le Dr Kehoe de Pointe Claire (Qué.) est décédé le 25 février.

Lee, Dr William Il-Chul : Diplômé de l'Université de Toronto en 1990, le Dr Lee d'Etobicoke (Ont.) est décédé le 1^{er} mars.

Maillet, Dr Lionel P. : Diplômé de l'Université de Montréal en 1949, le Dr Maillet de Moncton (N.-B.) est décédé le 17 février. Il était membre à vie de l'ADC.

Michaud, Dr Gaston : Diplômé de l'Université de Montréal en 1965, le Dr Michaud de Montréal (Qué.) est décédé le 17 janvier.

Schacter, Dr Joseph J. : Diplômé de l'Université de Minneapolis en 1937, le Dr Schacter de North York (Ont.) est décédé le 10 janvier. Le Dr Schacter était un ancien président du Collège des chirurgiens dentistes de la Saskatchewan et membre à vie de l'ADC. Il a exercé à Saskatoon jusqu'à sa retraite en 1973.

Silverstone, Dr Ralph : Diplômé de l'Université McGill en 1940, le Dr Silverstone de Montréal (Qué.) est décédé le 20 février.

Zachar, Dr Charles : Diplômé de l'Université de Toronto en 1952, le Dr Zachar de Hamilton (Ont.) est décédé le 5 juin.

Pour accéder directement aux sites Web cités dans les actualités, rendez-vous aux signets du JADC de septembre à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-70/issue-8/index.html>.

FORMULAIRE D'EXCLUSION – SONDAGES



L'ASSOCIATION
DENTAIRE
CANADIENNE

L'Association dentaire canadienne (ADC) mène occasionnellement des sondages pour connaître l'opinion des dentistes sur divers sujets touchant la dentisterie. Si vous ne désirez **pas** recevoir de tels sondages, veuillez nous le faire savoir en remplissant et en retournant le formulaire ci-dessous à :

Sarah Shank, coordonnatrice de la base de données des membres
Association dentaire canadienne
1815, promenade Alta Vista, Ottawa ON K1G 3Y6
télé. : (613) 523-7736
courriel : member-service@cda-adc.ca

Nom _____

Pour nous aider à trouver votre dossier dans notre base de données, veuillez fournir les renseignements suivants :

Numéro de membre, le cas échéant : _____

Numéro de téléphone, avec code régional : _____

Code postal : _____

- Je ne désire **pas** recevoir de sondages.
- Même adresse.

Nouvelle adresse : _____

FORMULAIRE D'EXCLUSION – MATÉRIEL PROMOTIONNEL



L'ASSOCIATION
DENTAIRE
CANADIENNE

L'Association dentaire canadienne (ADC) accepte occasionnellement de distribuer du matériel promotionnel de certaines sociétés et associations aux dentistes du Canada. Si vous ne désirez **pas** recevoir de matériel promotionnel, veuillez nous le faire savoir en remplissant et en retournant le formulaire ci-dessous à :

Sarah Shank, coordonnatrice de la base de données des membres
Association dentaire canadienne
1815, promenade Alta Vista, Ottawa ON K1G 3Y6
Télé. : (613) 523-7736
Courriel : member-service@cda-adc.ca

Nom _____

Pour nous aider à trouver votre dossier dans notre base de données, veuillez fournir les renseignements suivants :

Numéro de membre, le cas échéant : _____

Numéro de téléphone, avec code régional : _____

Code postal : _____

- Je ne désire **pas** recevoir de matériel promotionnel de sociétés tierces.
- Même adresse.

Nouvelle adresse : _____

THE DENTAL ADVISOR™

"Improved Patient Care through Research"



L'article de ce mois-ci du **DENTAL ADVISOR** est extrait du numéro de juin 2003, vol. 20, n° 5

Pour savoir comment vous abonner, téléphonez au 734-665-2020.

RÉDACTEURS

John W. Farah, D.D.S., Ph.D.
John M. Powers, Ph.D.

COURRIEL

info@dentaladvisor.com

SITE WEB

www.dentaladvisor.com

Tenons radiculaires non métalliques

L'avènement de composites et de céramiques améliorés a conduit à la mise au point d'une grande variété de tenons esthétiques. Les tenons doivent assurer une bonne rétention sans mettre de contrainte excessive sur la dentine radiculaire. Les tenons renforcés de fibres ont une rigidité proche de celle de la dentine et, par conséquent, réduisent au minimum le risque de fracture radiculaire. En outre, les tenons en céramique et les tenons renforcés de fibres peuvent se lier à la dentine et à un pilier en composite, ce qui crée une meilleure distribution et un meilleur transfert de la contrainte une fois qu'ils sont chargés. Pour les racines gravement altérées, un tenon renforcé de fibres fixées par adhésif peut assurer une résistance supérieure aux fractures.

Les tenons en résine et en céramique renforcés de fibres de verre et de quartz améliorent l'esthétique. La décision d'utiliser tel ou tel système de tenons doit être fondée sur les besoins à la fois mécaniques et esthétiques de la dent à restaurer. Aucun système de tenons n'est idéal pour toutes les circonstances.

Types de tenons radiculaires

Tenons en fibres

Les tenons renforcés de fibres peuvent se répartir en trois groupes : les tenons en fibres de carbone, les tenons en fibres de verre et les tenons en fibres de quartz. La teneur en fibres varie entre environ 35 % et 65 %, les tenons à contenu élevé en fibres ayant typiquement une résistance et une rigidité accrues. Les fibres sont liées entre elles par des résines d'époxy ou de polyester.

Les tenons en fibres de carbone sont noirs et opaques; ils ont une rigidité semblable à celle de la dentine. Ils ont également une résistance plus forte et sont plus faciles à enlever que les autres tenons en fibres.

Les tenons en fibres de verre sont blancs et transparents, ou opaques, et ont une rigidité semblable à celle de la dentine. Les tenons transparents permettent la transmission de la lumière (*Snowlight, Luscent*).

Les tenons en fibres de quartz sont également blancs et transparents, ou opaques, mais ils sont plus résistants que les tenons en fibres de verre. Les tenons transparents de cette catégorie permettent aussi la transmission de la lumière (*Light-Post, D.T. Light-Post*).

Tenons en céramique

Les tenons en céramique sont à base d'oxyde de zirconium et possèdent une résistance et une rigidité élevées. Ils ont de bonnes propriétés esthétiques et sont biocompatibles. Seul le tenon Cerapost est offert pour usage en cabinet. Les parois canalaires n'ont pas à être mises en parallèle, mais le matériel d'empreinte doit entourer les zones non parallèles autour du tenon au moment de l'empreinte de ramassage.

Les tenons en céramique sont blancs, opaques et dotés d'une rigidité et d'une résistance élevées. Ils faut les sabler et les silaner pour en améliorer la liaison, mais ils peuvent être difficiles à enlever.

Conseils pour la sélection des tenons

- Utiliser des tenons en fibres pour la rétention, et non pas pour le renforcement d'une dent.
- Les canaux ovoïdes et elliptiques nécessitent une préparation minimale et permettent de recourir à des tenons en fibres liés et de remplir le reste de la lumière canalaire avec une résine-ciment.
- Le recours à un tenon en fibres de carbone, même sous une couronne céramo-métallique, peut entraîner un fongissement du bord gingival.
- Il faut éviter d'employer les tenons en fibres de carbone impossibles à rendre suffisamment opaques pour une couronne toute céramique.
- La fracture des tenons en fibres est rare.

Classement des tenons non métalliques

Produit	Fabricant	Forme	Tenon à bout effilé	Tenon doté d'un évent	Rtête de rétention	Code de couleurs	Tenon assorti au forêt	Radiopacité *	Diamètres offerts	Longueurs offertes	Coût \$ US/tenon†	Coût \$ US/tenon†
Fibres de carbone :												
CARBOPOST	DANVILLE MATERIALS/ CARBOTECH	Parallèle	●				●	B	4	1	8,00	nd
CF CARBON FIBER POST	J. MORITA USA	Parallèle	●				●	B	4	1	3,99	nd
CORE-POST	DEN-MAT	Parallèle	●					B	5	1	6,50	91 %
Fibres de verre :												
CORE-POST	DEN-MAT	Parallèle	●					B	5	1	6,50	91 %
FIBREKOR POST	PENTRON CLINICAL TECHNOLOGIES	Parallèle		●	●		●	M	3	1	4,50	91 %
FRC POSTEC	IVOCLAR VIVADENT	Effilée	●				●	M	2	2	10,55	86 %
GF GLASS FIBER POST	J. MORITA USA	Parallèle	●				●	B	4	1	3,99	nd
LUSCENT	DENTATUS	Effilée	●			●	●	B	3	3	7,67	nd
PARAPOST FIBER WHITE	COLTENE/WHALEDENT	Parallèle		●	●	●	●	M	4	2	9,37	92 %
PERMAPOST FIBER	ULTRADENT	Parallèle	●	●	●		●	B	2	1	4,95	nd
TWIN LUSCENT	DENTATUS	Sablier	●	●		●	●	B	3	3	8,33	nd
SNOWPOST and SNOWLIGHT	DANVILLE MATERIALS/ CARBOTECH	Parallèle	●			●	●	M	4	1	8,00	86 %
Fibres de quartz :												
AESTHETI-PLUS	BISCO	Parallèle	●		●		●	B	3	1	9,80	nd
D.T. LIGHT-POST	BISCO	Effilée	●				●	M	3	1	11,00	92 %
LIGHT-POST	BISCO	Parallèle	●		●		●	B	3	1	9,80	nd
U.M. AESTHETI-PLUS	BISCO	Effilée	●		●		●	B	3	1	9,80	nd
Oxyde de zirconium :												
CERAPOST	BRASSELER USA	Effilée	●			●	●	E	3	1	4,39	88 %
COSMOPOST	IVOCLAR VIVADENT	Parallèle	●					E	2	1	19,20	91 %

*B = basse; M = moyenne; E = élevée.

†Les coûts sont indiqués à titre de comparaison seulement et ils n'influent pas sur le classement. Dollars américains.

LE DENTAL ADVISOR recommande :

Fibres de carbone : **Core-Post**

Fibres de verre : **ParaPost Fiber White, Core-Post, FibreKor Post**

Fibres de quartz : **D.T. Light-Post**

Oxyde de zirconium : **CosmoPost**



Core-Post
(Den-Mat)



ParaPost Fiber White
(Coltene/Whaledent)



FibreKor Post
(Pentron Clinical Technologies)

Tenons radiculaires non métalliques *suite*

Conseils pour la préparation du canal

- Utiliser une radiographie diagnostique pour estimer la longueur du tenon.
- Se servir d'un tenon au moins aussi long que la hauteur de la couronne de la dent à restaurer.
- Conserver 4-5 mm de gutta percha au niveau de l'apex radiculaire afin de maintenir un scellement apical.
- Employer un alésoir pour établir la longueur du tenon et pour retirer la gutta percha des parois canalaire. Se servir du plus petit forêt pour établir la longueur initiale.
- Utiliser un butoir de lime endodontique pour maintenir une longueur suffisante.
- Finir la préparation du canal en position coronaire par rapport à toute courbure radiculaire.
- Maintenir le diamètre du tenon égal à celui de la lumière canalaire originale, sans agrandir le canal.

Conseils pour la cimentation du tenon

- Lier les tenons non métalliques en se servant de résine-ciment.
- Silaner les tenons en fibres de verre et de quartz pour en améliorer la liaison.
- Rétrécir les tenons en fibres de verre en se servant d'un diamant à grain moyen ou grossier ou d'un disque à séparer.
- Raccourcir les tenons en céramique à l'aide d'une fraise à diamant.
- Veiller à ce qu'on puisse accéder à l'extrémité apicale de la lumière canalaire à l'aide de microbrosses.
- Les agents de scellement à base d'eugénol inhibent la fixation de la résine-ciment. Demander à l'endodontiste d'utiliser un agent de scellement exempt d'eugénol.

- Se servir d'un nettoyeur de cavité pour retirer les lubrifiants et les contaminants avant la cimentation.
- Agiter l'agent de mordantage à l'intérieur du canal avec une micro-brosse, rincer à fond et assécher délicatement avec de l'air et à l'aide de pointes en papier. Insérer l'agent de liaison en frottant dans les parois canalaire et en retirer l'excès avec une pointe de papier.
- Utiliser un lentulo ou un embout d'injection pour placer le ciment dans le canal.
- Insérer lentement le tenon et le maintenir en place pendant plusieurs secondes avant de polymériser le ciment.
- Photopolymériser la portion coronaire de la résine-ciment à double système de polymérisation pour stabiliser le tenon.
- Employer seulement des piliers en composite avec les tenons en fibres.

Conseils pour l'extraction des tenons

- Se servir d'une trousse commerciale d'extraction des tenons en fibres.
- Les tenons en fibres de carbone sont typiquement les plus faciles à enlever. Commencer par pratiquer un avant-trou depuis le centre jusqu'à toute la longueur et donner de l'expansion à l'ouverture en utilisant des alésoirs de plus en plus larges.
- Les tenons en céramique sont difficiles à extraire lorsqu'ils ne sont pas lâches. Les tentatives d'extraction à l'aide de fraises classiques peuvent former des étincelles. Recommander l'extraction des tenons en céramique à un spécialiste qui peut enlever le tenon par vibration ou trépanation.
- Recommander l'extraction des tenons de couleur naturelle qui sont difficiles à voir. ■

Guide des caractéristiques des tenons

Code de couleurs

Les méthodes de chromocodage permettent l'assortiment visuel de la longueur du tenon avec les forêts respectifs et facilite le renouvellement des commandes.

Diamètres et longueurs

Le diamètre du tenon a peu d'effet sur la rétention. Préparer la lumière canalaire d'une façon conservatrice.

Radiopacité

La radiopacité élevée d'un tenon facilite la visualisation et la vérification des radiographies et permet d'éviter un retraitement injustifié des dents.

Tête de rétention

Les têtes de rétention (rainures, effilages, billes) lient mécaniquement le pilier à la portion coronaire du tenon. Les têtes larges peuvent en limiter l'usage dans les dents étroites ou étroites. Ajuster la longueur à partir de la portion apicale du tenon.

Forme

Les tenons non métalliques sont passifs et exempts de filetage.

On peut augmenter la rétention en utilisant un tenon parallèle, en employant un tenon allongé et en cimentant le tenon à l'aide d'une résine adhésive. Les tenons longs et effilés ont moins de rétentivité que les tenons parallèles, mais nécessitent une ablation moins importante de la dentine. Un tenon en forme de sablier améliore la rétention grâce à la zone rétentive lisse qu'il comporte dans sa portion médiane.

Assorti à la longueur

Les systèmes de tenons assortis à la longueur accélèrent la sélection du tenon à utiliser et en améliorent l'adaptation.

Bout effilé

Ces tenons permettent d'enlever moins de dentine. La résine-ciment distribue les contraintes radiculaires plus uniformément en présence d'un tenon à bout effilé.

Doté d'un événement

Les tenons dotés d'un événement permettent au ciment en excès de sortir du canal lorsqu'on fixe un tenon, puisqu'il se crée des pressions hydrauliques. Il s'agit d'une caractéristique importante lorsqu'on travaille avec des ciments visqueux.

Remarque : Utiliser les agents de liaison et les matériaux d'obturation recommandés par le fabricant du système de tenons chaque fois que c'est possible.



Fonds dentaire canadien

l'organisme de bienfaisance
de la dentisterie au Canada

Tirage au sort 2004 pour célébrer la dentisterie

Billet : 100 \$

Seulement 2 900 billets ont été imprimés

Prix

1^{er} prix : cabinet dentaire de pointe (Dentech Conex, valeur : 30 000 \$)



Grand prix
Cabinet Dentech de pointe

2^e prix : 1 stérilisateur Statim Sterilizer (SciCan, valeur : 7 500 \$)

3^e prix : 1 appareil à ultrasons Cavitron Jet avec technologie SPS
(Dentsply Canada Limited, valeur : 6 489 \$)

4^e prix : 1 appareil Diagnodent (SciCan, valeur : 4 250 \$)

5^e prix : 1 montre unisexe en or avec bracelet en crocodile
(Aurum Ceramic/Classic Dental Labs, valeur : 2 000 \$)

6^e prix : 1 appareil photo numérique pour soins dentaires Kodak
DX 6490 (Kodak Canada, valeur : 1 995 \$)

7^e prix : 1 lumière DEL Blue Phase (Ivoclar Vivadent, valeur : 1 875 \$)

8^e prix : 1 appareil automatique de mélange pour empreintes dentaires
3M ESPE Pentamix 2 (3M Canada, valeur : 1 795 \$)

9^e prix : 1 appareil orthophtalique mobile (M&CC Dental Cabinet
Systems, valeur : 1 140 \$)

10^e prix : 6 seringues Aspiject (Septodont Limited, valeur : 1 000 \$)

**Le Fonds dentaire canadien (FDC) tient à remercier
toutes les entreprises qui ont offert des prix pour le tirage.
MERCI de soutenir le FDC et nos programmes de bienfaisance.**

Tirage officiel des prix :
le 27 novembre 2004 à 13 h
durant la réunion du conseil d'administration du FDC
à l'hôtel Residence Inn by Marriott, Ottawa

** Le tirage des prix se fera sous la supervision du cabinet d'experts-comptables Logan Katz.
Licence de loterie no P040648.*

Pour acheter vos billets, veuillez consulter le site Web du FDC (www.dcf-fdc.ca) où vous trouverez le bon de commande. Il suffit de l'imprimer, de le remplir et de le faire parvenir au bureau du FDC par la poste ou par télécopieur. Vous recevrez vos billets officiels par la poste.

Vous pouvez aussi simplement appeler au 1-877-363-0326 et demander à Donna.

La médecine dentaire à McGill — Les 100 premières années

• Rob Bull, BA, BJ •



© J Can Dent Assoc 2004; 70(8):525-7

En septembre 2004, les 2 facultés de médecine dentaire de Montréal – à l'Université McGill et à l'Université de Montréal – vont célébrer chacune leur 100^e anniversaire dans leurs institutions respectives.

L'origine des 2 facultés remonte au Collège dentaire de la Province de Québec – la deuxième école de médecine dentaire du Canada fondée en 1892. Une petite école professionnelle de Montréal, le collège bilingue faisait partie de la Faculté de médecine de l'Université Bishop. En 1904, après le décès du doyen de la faculté, les étudiants anglophones et francophones en médecine et en médecine dentaire ont été répartis dans 2 institutions. Les anglophones ont été absorbés par la Faculté de médecine de l'Université McGill alors que les francophones se sont joints sur le campus de Montréal à ce qui était alors la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Il convient donc que les 2 institutions partagent les célébrations de leur centenaire. En plus d'organiser des galas et des fêtes, les 2 facultés vont tenir conjointement les 17 et 18 septembre un symposium de recherche intitulé *Nouvelles connaissances bucco-dentaires pour le 21^e siècle*.

Les sujets devant être abordés au symposium comprennent la biominéralisation, comment les cellules contrôlent leur environnement, les nouvelles façons de reconstruire les glandes salivaires et les tissus de la bouche, la santé dentaire et les problèmes dus à la pauvreté, comment l'esprit peut agir sur la douleur, les nouvelles idées touchant la névralgie faciale et d'autres neuropathies, de nouvelles observations touchant la douleur viscérale et les expériences de dentistes locaux dans un réseau de recherche dentaire.

Après le symposium, l'Université McGill présentera, le 15 octobre, une conférence marquant le retour d'Ernie Ambrose. Bien aimé de tous, l'ancien doyen sera l'invité spécial de cette conférence qui aura lieu la veille au soir du Dîner et de la danse du gala du centenaire.

Les célébrations de l'Université McGill ont failli ne pas avoir lieu.

En effet, le 17 juillet 1991, l'université a soudainement annoncé l'abolition de sa Faculté de médecine dentaire. Le recteur David Johnston prévint le personnel enseignant que la

médecine dentaire n'entraînait pas dans les plans à long terme de l'université, celle-ci voulant devenir une grande institution de recherche avec une proportion élevée d'étudiants diplômés. L'université, a-t-il déclaré, avait décidé que la faculté ne devait plus accepter de nouveaux étudiants puisqu'elle fermerait ses portes en 1996 afin de réduire sa dette de 79,5 millions de dollars.

Bien que l'université eût formé certains des meilleurs dentistes du pays, M. Johnston a déclaré que la médecine dentaire était trop dispendieuse. À son avis, les professeurs ne faisaient pas assez de recherche, la faculté n'offrait pas suffisamment de programmes d'études supérieures et les installations étaient inadéquates. De plus, a-t-il fait remarquer, il en coûtait plus à l'université de former des étudiants en médecine dentaire que tout autre étudiant sur le campus.

Les dentistes de l'université virent dans le discours du recteur un défi à relever.

Pour sauver la faculté, une ambitieuse campagne de renouvellement fut lancée. Le personnel, les étudiants, les anciens étudiants et leurs patients, ainsi qu'un nombre d'amis de la faculté (tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'université) se sont ralliés pour en empêcher la fermeture. Dès septembre de la même année, l'université fit une nouvelle proposition : la faculté resterait ouverte si elle remplissait plusieurs conditions en l'espace d'un an.

Entre autres critères, la proportion du personnel enseignant axé sur la recherche devait augmenter et les sources de financement de la recherche devaient provenir de l'extérieur. La clinique dentaire de l'Hôpital général de Montréal devait être capable de s'autofinancer et trouver le 1,6 million de dollars nécessaires pour moderniser son équipement. À l'expiration du délai, toutes les conditions avaient été remplies, et la campagne de renouvellement avait recueilli 1,9 million de dollars auprès du secteur privé!

La campagne n'a pas seulement sauvé la faculté. Elle l'a transformée.

Actuellement, la recherche en médecine dentaire produit autant de fonds de recherche par professeur que la médecine. Dans chaque cas, les recherches de la faculté sont liées à d'autres facultés et départements de l'Université McGill en général.

«Nous sommes modestes, avec des domaines spécifiques dans



La promotion de 1931 de la Faculté de médecine dentaire lors d'une excursion à la brasserie de Dave.

lesquels nous concentrons nos recherches, a déclaré le doyen James Lund au cours d'une entrevue. Mais nous sommes parmi les meilleurs au monde dans ce que nous faisons.» Il a ajouté que le problème de la faculté maintenant est de trouver des locaux pour se développer et des moyens pour «augmenter nos ressources afin de pouvoir y parvenir».

Les étudiants obtiennent présentement un doctorat en médecine dentaire (DMD), un diplôme qui met en relief le lien entre la médecine et la médecine dentaire, non seulement dans les 2 années de formation commune, mais également dans l'exercice.

Grâce à son programme d'approche élargi, la faculté rend à l'agglomération voisine beaucoup plus qu'elle ne reçoit.

Bien que des choses aient changé, d'autres sont restées les mêmes. L'Université McGill forment encore certains des meilleurs professionnels sur le continent. Les diplômés peuvent mesurer leurs compétences quand ils poursuivent des études supérieures ailleurs.

Les anciens étudiants restent profondément attachés à leur alma mater. Grâce en partie à la campagne de renouvellement, ils semblent avoir acquis un plus grand sens de propriété dans leur faculté. Ainsi, pour démontrer leur loyauté, ils ont créé, en hommage au Dr Ambrose, un programme pour la dotation de la première bourse de professeur clinicien de l'université.

Un extrait de l'annuaire des étudiants de 1906 explique comment tout a commencé.

«À l'automne 1903, l'Association dentaire de la Province de Québec a entrepris des démarches auprès de l'université en vue de créer un Département de la médecine dentaire dans la Faculté de médecine et, à la suite des négociations menées au cours de l'automne et de l'hiver, le Département de la médecine dentaire de l'Université McGill a ouvert ses portes à l'automne 1904 en tant que division de la Faculté de médecine. Le travail des 2 premières années est le même que celui des étudiants qui comptent étudier la médecine proprement dite, alors que les 3^e et 4^e années sont consacrées à l'étude du travail dentaire, conférant une MDS (maîtrise en chirurgie dentaire). Actuelle-

ment, le département compte environ 12 étudiants.»

En 1908, la MDS a été transformée en un doctorat en science dentaire. En 1917, l'université a décidé d'octroyer un doctorat en chirurgie dentaire – le diplôme qu'offraient alors l'Université Dalhousie, l'Université Laval et l'Université de Toronto.

Comme toutes les facultés de médecine dentaire d'alors, l'Université McGill comptait sur les dentistes praticiens pour agir comme enseignants et mentors. Le Dr Peter Brown, ancien

doyen de la médecine dentaire à l'Université Bishop, occupait seulement un poste à temps partiel à titre de directeur du Département de la médecine dentaire. En fait, tous les instructeurs y travaillaient seulement à temps partiel. Malgré cela, on demandait aux dentistes de l'université d'assumer d'autres fonctions. Un article de l'entente de 1904 stipulait qu'ils étaient collectivement et

personnellement responsables des affaires financières du département, y compris toute dette contractée en son nom! Cela faisait partie du boulot.

«Comme pour beaucoup d'autres choses à McGill, observe Stanley Frost dans *McGill University – For the Advancement of Learning*, c'était une question d'argent. À défaut d'un riche mécène ou de fonds publics, le Département de la médecine dentaire devait être exploité avec le plus d'économie possible.»

La Faculté de médecine offrait du soutien administratif. En 1908, l'un des principaux hôpitaux d'enseignement de McGill – l'Hôpital général de Montréal, alors situé juste au nord du Vieux Montréal – a ouvert une nouvelle clinique d'enseignement dentaire, une première dans un hôpital général du Canada.

L'annonce de l'ouverture officielle exaltait.

«Les locaux de la clinique comprennent, outre un bureau et une salle d'attente, une salle opératoire bien éclairée meublée de fauteuils Columbia munis de crachoirs avec jet d'eau et bras-supports, y lit-on. Communiquant avec la salle opératoire se trouve la salle d'anesthésie équipée de toutes les commodités modernes pour extraire des dents, y compris un appareil au protoxyde d'azote pour l'anesthésie au gaz. Il y a également un laboratoire avec un équipement complet comprenant des tours électriques et une salle de plâtre et de vulcanisation.»

En 1920, le Dr A.W. Thornton, chef de la direction de la médecine dentaire de la Faculté de médecine, devint le premier doyen de la nouvelle Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill. La faculté était située dans l'aile est de l'immeuble Strathcona, édifice de style classique et en pierre grise. Elle y est toujours. Florence Johnston, décrite par le Dr Mervyn A. Rogers dans *A History of the McGill Dental School* comme «une belle bien qu'un peu imposante personne», fut la première femme à s'inscrire en médecine dentaire à McGill en 1922. La Faculté de médecine a refusé les femmes jusqu'en 1918, et la Faculté de médecine dentaire était régie par son règlement.



Promotion de 2005.

En 1924, le Dr Gordon Leahy, un Irlandais de grande taille et de belle prestance, devint directeur clinique et resta le seul enseignant à temps plein jusqu'en 1947. «Il détestait enseigner et n'y excellait pas, écrit le Dr Rogers à son sujet. Sa plus grande contribution a été les démonstrations cliniques et de laboratoire. C'était un bon clinicien et il pouvait bien démontrer des procédures. Il ne lui fallait pas beaucoup d'instruments – seulement quelques ciseaux et quelques fraises – mais il savait comment s'en servir. Il continuait à opérer un engin à pédale, l'actionnant lui-même, et ce longtemps après que les étudiants avaient adopté des moteurs électriques... Ses étudiants l'adoraient.»

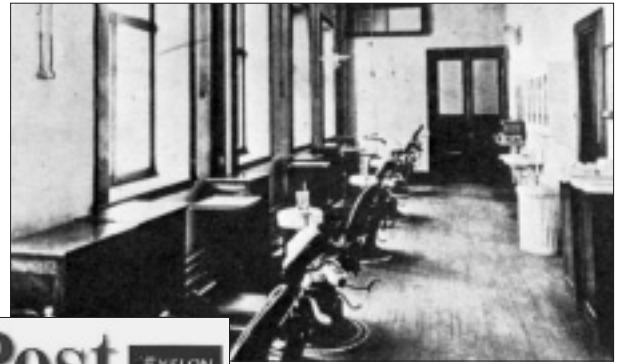
Il y avait un autre poste clé permanent.

Mme Anne Ferguson devint secrétaire générale de la faculté en 1928 et occupa ce poste jusqu'à sa retraite en 1956. «C'était une personne forte qui assumait des fonctions énormes, écrit le Dr Rogers. Elle vivait pour son travail et en aimait chaque minute.» Il la décrit comme «une personne très croyante qui détestait la cigarette et l'alcool». On disait également d'elle qu'elle avait un intérêt marqué pour les étudiants, intérêt qui perdura longtemps après qu'ils avaient obtenu leur diplôme.

Pendant des décennies, la force de la faculté a résidé dans sa capacité à former année après année d'excellents praticiens. Ce succès était dû en partie aux efforts du Dr Leahy et à des centaines de dentistes zélés de Montréal. Les inscriptions chutèrent durant la Grande Crise, mais les effectifs crurent durant la Seconde Guerre mondiale.

À temps pour les célébrations du 50^e anniversaire de la faculté, une clinique d'enseignement ultramoderne fut inaugurée en 1955 dans le nouvel immeuble de l'Hôpital général de Montréal maintenant situé sur les pentes du Mont-Royal. Peu de temps après, en 1958, le Dr Lyman Francis devint le premier chercheur à temps plein de la faculté. Un original, le Dr Francis a eu une fructueuse carrière d'acrobate de vaudeville avant d'obtenir son diplôme de dentiste de l'Université McGill et sa maîtrise ès sciences avec spécialisation en pharmacologie.

Il fallut du temps pour attirer du personnel à temps plein. Le Dr Ambrose a déclaré que, lorsqu'il est devenu doyen en 1970, la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill était celle qui avait le moins de gens à temps plein dans tout le pays. «On ne mettait nullement en doute les aptitudes cliniques de nos diplômés, a-t-il expliqué lors d'une récente entrevue. Les dentistes qui leur enseignaient étaient les meilleurs au Canada. Mais nous avons seulement 6 employés à temps plein. Tout le reste du travail – les cours, la recherche, l'administration, etc. – était effectué par des personnes à temps partiel. Si vous voulez que soient accomplies des choses comme la recherche, vous devez payer des gens à temps plein.»



Clinique dentaire de McGill dans les années 1930.



La Dre Catherine Bushnell, qui détient à la fois un poste à la Faculté de médecine dentaire et au Département d'anesthésie, continue de faire la une des journaux.

Tout comme les doyens qui lui ont succédé, le Dr Ambrose a rendu prioritaires les démarches auprès des gestionnaires de l'Université McGill afin d'obtenir plus de subventions pour augmenter le personnel à temps plein et améliorer les programmes. Sous sa direction, la faculté a été en mesure d'offrir ses premiers programmes d'études supérieures.

Au cours des années 1970, le Dr Ambrose a persuadé l'université d'agrandir et de rééquiper les installations cliniques à l'Hôpital général de Montréal. Au début des années 1990, la technologie dentaire avait changé de façon spectaculaire. Il a fallu rééquiper la clinique de nouveau afin de préparer les étudiants pour les conditions qu'ils connaîtraient dans leur vie professionnelle. Une fois de plus, des fonds ont été obtenus pour ces améliorations, cette fois grâce à un don du philosophe de l'Université McGill, Storrs McCall, fait en mémoire de ses parents.

La Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill a appris plusieurs leçons importantes en 100 ans. Elle a compris qu'elle devait dépendre d'elle-même pour survivre. Elle a acquis de la force grâce à la vision et aux nobles qualités de ceux qui ont été choisis pour la diriger. Enfin, elle a l'appui des professionnels qu'elle forme et qui continuent de l'aider à se développer et à jouer son rôle fixé par le destin dans le milieu universitaire et professionnel.

Ces leçons ont été dures. De fait, il a fallu un immense effort de la part de nombreuses personnes au cours du dernier siècle pour que la faculté connaisse le succès dont elle jouit aujourd'hui. Mais après tout, comme le dit la devise de l'Université McGill, *Grandescunt aucta labore – Par le travail, tout croît et prospère.* ♦

M. Bull est écrivain et chercheur vivant à Montréal. Courriel : mtbull@hotmail.com.

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

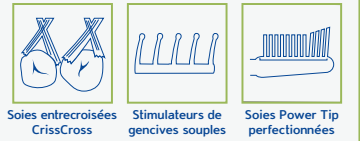
Pour vos patients, c'est un nouveau choix.
Pour la gingivite, c'est un nouvel adversaire.

Les soies entrecroisées brevetées CrissCross® assurent un enlèvement supérieur de la plaque et améliorent la santé des gencives.

Les soies Power Tip® perfectionnées sont touffues pour envelopper les dents postérieures.



Les stimulateurs de gencives souples massent les gencives en douceur.



La nouvelle Oral-B CrossAction Vitalizer. Pour des dents plus propres et des gencives plus saines.

La CrossAction Vitalizer allie les soies entrecroisées CrissCross uniques de la brosse à dents CrossAction originale et des stimulateurs de gencives souples qui massent les gencives en douceur. Il a été prouvé que la CrossAction Vitalizer enlève jusqu'à 90 % de la plaque entre les dents¹ et 75 % plus de plaque le long de la ligne des gencives que la Crest® SpinBrush™ Pro²; il a aussi été prouvé en clinique qu'elle réduit la gingivite en quatre semaines à peine.³ C'est un nouveau choix intelligent.

Pour commander, veuillez communiquer avec votre distributeur agréé de produits Oral-B ou notre Service à la clientèle au 1 800 268-5217, ou par télécopieur au (905) 712-5544/3.

Visitez www.oralb.com pour de plus amples renseignements.

CROSSACTION
VITALIZER™

Oral-B®
précisément

1 Warren PR et al. J Dent Res 2003 ; 82 (numéro spécial) : extrait 1391. 2, 3 Données fichées. Crest et SpinBrush sont des marques de commerce de la compagnie Procter & Gamble.

La dentisterie est-elle une profession?

Partie 1. Définition du professionnalisme

• Jos V.M. Welie, MMedS, JD, PhD •

S o m m a i r e

Tout dentiste de même que la dentisterie organisée soutiennent invariablement qu'ils sont (membres d') une profession. Ce titre leur est cher parce qu'il suppose un statut social, moral et politique spécial. De nos jours, cependant, presque tout métier digne de ce nom prétend être une profession. D'où la question de savoir ce que les dentistes veulent dire exactement quand ils soutiennent qu'ils sont des professionnels et, ce qui importe davantage, s'ils peuvent prétendre à ce titre en toute équité. Au lieu d'examiner les exposés multiples et contradictoires portant sur le professionnalisme dans la littérature, l'auteur propose – dans ce premier de 3 articles consécutifs – une définition du mot «profession» fondée sur son origine réelle. Ensuite, il est stipulé qu'une profession naît d'un contrat social entre le public et un groupe de prestataires de services qui donne la priorité aux besoins existentiels des personnes servies. Dans le deuxième article, l'auteur déduit de cette définition plusieurs devoirs professionnels. Dans le troisième et dernier article, il analyse si et dans quelle mesure la dentisterie remplit ces devoirs, et il évoque les défis qui se poseront à l'avenir.

Mots clés MeSH : dental care/standards; dentist-patient relations; ethics, dental; professional practice/trends

© J Can Dent Assoc 2004; 70(8):529–32
Cet article a été révisé par des pairs.

Tout dentiste de même que la dentisterie organisée soutiennent invariablement qu'ils sont (membres d') une profession. Ce titre leur est cher parce qu'il suppose un statut social, moral et politique spécial. Il sonne bien et est susceptible d'inspirer la confiance auprès du public en général et de la patientèle d'un dentiste en particulier. De nos jours, cependant, presque tous les métiers dignes de ce nom prétendent être des professions, formulant des «énoncés de valeurs fondamentales» ou même des «codes de déontologie». Des codes ont été rédigés pour des activités aussi diverses que la publicité, la chiropractie, l'informatique, le marketing direct, la collecte de fonds, le maintien de l'ordre, le lobbying, l'exploitation minière, le clergé, la rédaction de journaux, le jeu de l'orgue, la pharmacie, l'immobilier, le travail social, la plaidoirie et, bien entendu, la dentisterie^{1,2}. Est-ce que le mot *professionnel* est simplement synonyme d'autres épithètes moins expressives comme *compétent*, *fiable* ou *honnête*? Est-ce que toute personne qui fait ce qu'elle a accepté de faire, et le fait bien, est un professionnel? Est-ce que tout métier qui dresse une liste de choses à faire et à ne pas faire est une profession? Dans cette série de 3 articles consécutifs, nous tentons de répondre à ces questions. Pour y parvenir, il convient d'abord de faire une analyse conceptuelle du mot «profession» qui est le principal objectif de ce premier article.

Définition du professionnalisme

La consultation de dictionnaires contemporains tels le *Petit Robert*, le *Nouveau Larousse universel* et le *Dictionnaire de langue française Hachette* donne l'une des 3 définitions suivantes plutôt diverses d'un professionnel :

- (1) Personne de métier, spécialiste (opposé à amateur).
- (2) Personne qui pratique de façon continue une activité ou un sport, afin d'en tirer une rémunération.
- (3) Personne qui pratique une activité comme métier.

Étant donné le grand nombre de métiers rémunérés qui exigent plusieurs années d'études avancées et une reconnaissance professionnelle ou une autorisation de quelque sorte, la large utilisation des mots «profession» et «professionnel» aujourd'hui est compréhensible. Mais à mesure que ces mots seront utilisés par de plus en plus de gens pour couvrir de plus en plus de métiers, leur pouvoir discriminatif commencera à diminuer. Éventuellement, ils perdront sans doute complètement leur cachet, et les gens commenceront à chercher de nouveaux attributs plus distinctifs.

Actuellement, toutefois, ces mots revêtent encore une signification spéciale. Ils sont populaires précisément parce qu'ils sont chargés de sens. Ils suggèrent des degrés exceptionnellement élevés d'expertise et d'adresse, de vertu et de loyauté, de même qu'un statut social, de la classe et une valeur marchande. La

question qui se pose alors est de savoir si prétendre être une profession ou un professionnel est toujours justifié.

Pour répondre à cette question, il faut répondre à d'autres questions plus précises. D'abord, par quel(s) critère(s) pouvons-nous juger si un métier particulier (comme la dentisterie) se qualifie à titre de profession? En général, une demi-douzaine de traits distinctifs sont énumérés, et les métiers qui les présentent tous ou la plupart sont considérés comme des professions. Les traits distinctifs souvent déterminés comprennent une aptitude fondée sur des connaissances théoriques acquises grâce à une formation prolongée et normalisée, à des compétences éprouvées, ainsi qu'à un sens de l'organisation, à un comportement codifié et à un altruisme très développés^{3,4}. Mais pourquoi ces traits particuliers? Parmi eux, quel est le dénominateur commun qui les distingue, disons, d'un emplacement couvert, de la créativité, du port d'un uniforme, de l'utilisation de moyens de communications supérieurs et de la restriction aux femmes? Le choix particulier de traits distinctifs est souvent justifié en se référant à un métier qu'on présume être une profession, ordinairement la médecine. Mais cette justification nous fait tourner en rond, car pourquoi la médecine est-elle considérée comme une profession? Pour caractériser la médecine comme une profession, la définition d'une profession et les critères du professionnalisme doivent déjà exister.

Au lieu de s'en remettre à l'usage commun et arbitraire du mot «professionnel», cet article propose une définition du mot «profession» remontant à ses origines réelles. Conjointement avec cette définition plus restrictive, nous poserons, dans le prochain article, un ensemble de critères beaucoup plus restrictifs qui réduiront de beaucoup le nombre des activités pouvant prétendre être des professions véritables. De fait, nous soutiendrons que des métiers qui ont traditionnellement passé pour des professions pourraient ne plus l'être. Comme cela deviendra évident dans le troisième article, la dentisterie est parmi ceux qui courent ce risque.

Toutefois, ce «risque» n'est pas d'ordre moral. Précisément parce que le mot «profession» est défini très étroitement, *ne pas* être une profession ou un professionnel n'égalise pas être incompetent ou immoral. Par exemple, nous soutiendrons que le génie du commerce est incompatible avec celui d'une profession. Par conséquent, quand on est une personne d'affaires, on ne peut être un professionnel. Mais le génie du commerce mène à des principes et à des règles déontologiques auxquels une personne d'affaires doit obéir afin d'agir moralement dans le contexte des affaires. Peu importe que cette personne d'affaires viole les règles déontologiques d'une profession parce que ces règles ne la lient pas. Inversement, une personne ne peut épouser une profession et conserver la grande liberté morale d'une personne d'affaires.

La profession de la profession

Le mot «profession» signifie littéralement «aveu public». Le mot ne précise pas ce que professent ceux qui professent, ce qu'ils promettent et ce qu'ils s'engagent à (ne pas) être ou à (ne pas) faire. Cependant, il est généralement présumé que les professionnels professent défendre ou promouvoir «les intérêts du public». Certes, l'histoire prouve amplement que de métiers

qui prétendent être des professions le font d'abord et avant tout pour défendre leurs *propres* intérêts, surtout financiers⁴. Dans un article récent, Bertolami⁵ admet carrément que «les médecins et les dentistes ne placent pas le bien-être du patient avant le leur.» En effet, quand les intérêts des patients et des dentistes s'opposent, «on peut sûrement compter tant sur les uns que sur les autres pour se placer en premier.» Bref, le principe déontologique suivant lequel «les besoins du patient doivent passer avant ceux du praticien... est un noble sentiment; il est également faux.»⁵ Venant du doyen d'une faculté de médecine dentaire américaine, ces mots soulignent une mise en garde de Kultgen⁶, à savoir que le prétendu service rendu à l'humanité est l'«urmythos» d'où découlent tous les mythes touchant les professions. Cependant, l'actuelle série d'articles n'a pas pour but de donner un aperçu historique exact du développement des professions, mais prétend plutôt définir un idéal qui mérite d'être poursuivi.

La profession de la profession est un engagement exceptionnel. Les êtres humains sont tout naturellement tentés d'agir pour leur propre bien, préférant leurs propres intérêts à ceux d'autrui. Ce trait égoïste est enraciné si profondément que la plupart des systèmes juridiques excusent les personnes qui font du tort à autrui ou tuent par légitime défense. Les économies de marché capitalistes sont bâties sur ce trait humain, et des philosophes ont soutenu que l'égoïsme est une vertu⁷. Il incombe donc à tout métier qui se définit essentiellement comme altruiste, au lieu d'égoïste, d'exiger de ses membres qu'ils s'engagent publiquement envers cet idéal. Car, au contraire de la charité, l'altruisme professionnel n'est pas une option, mais une obligation qui lie tous les membres sans exception, individuellement et collectivement.

S'étant fait promettre l'altruisme plutôt que l'égoïsme, le public conclut une sorte d'entente réciproque, appelée également «contrat social», avec la profession, lui allouant des avantages comme un monopole, des revenus supérieurs et un statut social. Mais pourquoi un pareil «marché» intéresse-t-il le public? Bien entendu, c'est toujours agréable d'être traité avec altruisme, mais si le prix est trop élevé, peut-être n'en vaut-il pas la peine. Par exemple, accorder un monopole signifie qu'il n'y a pas de concurrence, ce qui peut entraîner une baisse dans la qualité des services et des frais plus élevés. La plupart des sociétés occidentales ont les monopoles en horreur et ont créé des chiens de garde (comme la Commission fédérale du commerce des États-Unis) qui protègent le public contre leurs dangers. Comment donc un groupe particulier de prestataires de services, professant agir pour le bien du public, le convainc-t-il de conclure un pareil contrat social exclusif?

La fragilité et la vulnérabilité humaines

Un métier ne peut simplement pas réclamer un statut professionnel. Le statut doit être accordé par le public, et le public conclura le contrat social nécessaire seulement si le service offert a une importance vitale. Par exemple, si le produit ou le service offert est très souhaité sans être réellement nécessaire, s'il peut toujours être différé ou si le public peut

même s'en priver, il n'a aucune raison de conclure un contrat social avec ceux qui professent offrir le service. Il en est de même également quand le produit ou le service peut aisément être obtenu sans compter sur les prestataires. Cependant, une bonne raison pour le public de conclure un contrat social – sans doute la seule bonne raison – c'est sa vulnérabilité existentielle. La vulnérabilité existentielle provient d'un besoin humain important à combler, allié à une dépendance totale envers des experts pour le combler.

Nous aimons penser que nous sommes maîtres de nos propres vies, que nous en déterminons le cours, que nous créons un style, planifions une carrière, façonnons nos corps, faisons progresser nos esprits, choisissons une foi. Mais en réalité nous avons peu de liberté. Nous ne choisissons pas de naître ni ne choisissons où et quand nous naîtrons. Nous n'avons aucun mot à dire dans le choix de nos parents, de notre nom ou de notre éducation, et peu à dire touchant notre formation subséquente. Bien que nous soyons libres de nous convertir une fois adultes, nous nous convertissons toujours à partir de la religion de nos parents et des convictions religieuses qui prévalent dans la culture où nous avons grandi. Même dans une démocratie, nous avons peu d'influence sur notre gouvernement, mais en dépendons entièrement pour être protégés contre les violences intérieures et extérieures. Nous sommes entourés de dangers pour notre santé qui peuvent frapper à tout moment. Et nous devons tous éventuellement mourir.

Ce ne sont pas tous les besoins énumérés ci-avant qui nous rendent vulnérables et dépendants d'autrui. Ainsi, comme adultes, nous pouvons nous charger de notre propre apprentissage. Durant l'enfance, cependant, nous dépendons de l'expertise pédagogique des enseignants. Nous pouvons généralement surmonter le chagrin et le vide ressentis à la suite du décès d'un partenaire bien aimé. Toutefois, la perte de tous les siens dans une seule attaque terroriste peut être trop dure à supporter et nécessiter une aide psychologique et spirituelle de la part d'experts. Nous pouvons disposer nous-mêmes pour les vêtements qui nous protègent contre les éléments. Par contre, si une dent nous fait mal ou si nous nous cassons un membre, nous devons nous en remettre aux soins d'un dentiste ou d'un médecin en comptant sur eux pour qu'à titre de prestataires de soins de santé, ils n'abusent pas de leur pouvoir dans leurs propres intérêts. Cette confiance est justifiée par la profession, à savoir la promesse publique faite par le prestataire de services de toujours faire précéder les intérêts des personnes servies avant les siens⁸.

Nous pouvons donc définir une profession comme un groupe de prestataires de services experts qui se sont conjointement et publiquement engagés à toujours placer les besoins et les intérêts existentiels du public qu'ils servent au-dessus des leurs et qui, en retour, ont la confiance du public pour ce faire.

Le contrat social

Comme on l'a vu plus tôt, une entente entre une profession qui s'est déclarée publiquement et un public qui lui fait confiance peut être définie comme un contrat social. Ce terme est quelque peu déroutant parce qu'il n'y a aucun document ni aucune preuve concrète pour attester l'existence de ce contrat.

Il n'y a sûrement pas de document spécifiant les conditions de l'entente. Le terme «contrat social» est simplement du jargon philosophique, une tentative pour expliquer des structures sociales par analogie aux contrats juridiques conclus entre des personnes. Les codes de déontologie et les promesses publiques n'entraînent pas automatiquement la sorte de contrat social qui crée véritablement une profession. Inversement, l'absence d'une déclaration ou d'une promesse écrites précisant les devoirs de la profession et les droits du public n'annule pas le contrat social. Pareils documents peuvent l'étayer, mais ils n'en constituent pas un. Ainsi donc, le fait que les médecins, mais non les dentistes, prêtent généralement serment en obtenant leurs diplômes ne prouve pas que les premiers sont des professionnels et les seconds ne le sont pas.

Non seulement n'y a-t-il pas de document précisant les conditions du contrat social, mais aussi n'y a-t-il pas de parties nettement identifiables dans le contrat. «Le public» n'est pas une entité qui peut, comme telle, conclure des ententes. Au plus, le public peut conclure des contrats par l'intermédiaire du gouvernement qui le représente, spécifiquement son organe législatif. Inversement, il n'y a aucune entité spécifique qui peut prétendre être une profession. La société de tous les dentistes n'agit pas comme telle. Même dans un seul pays, il peut y avoir plusieurs associations qui prétendent les représenter. Ainsi, les États-Unis comptent l'Association dentaire américaine, l'Association dentaire nationale et le Collège américain des dentistes pour ne mentionner que ces 3 organismes nationaux. Aucun d'eux n'a un pouvoir de représentation réel. Au plus, ils peuvent parler au nom des dentistes qui en font partie librement ou qui y sont admis par sélection. En outre, quand un dentiste particulier viole les conditions du contrat social, ces organismes n'ont pratiquement aucun pouvoir pour corriger la situation. Ce pouvoir appartient au conseil des dentistes de chacun des états. Cependant, ces conseils ne font guère autre chose que de délivrer des permis d'exercice. Ils n'organisent pas l'enseignement dentaire, ne conçoivent pas de protocoles dentaires ni n'optimisent l'accès aux soins dentaires pour ne mentionner que 3 des devoirs dont la profession de la dentisterie doit se charger de remplir en vertu de son statut de profession. (Ce sujet sera repris en détail dans le prochain article de la série.)

L'absence de parties nettement identifiables dans le contrat social et l'absence d'une entente écrite qui en précise les conditions signifient que le contrat social entre la profession et la société est dynamique. Il change, croît, mûrit et s'adapte sans arrêt aux circonstances temporelles et locales. Il est toujours ouvert à des débats et à de nouvelles interprétations par les membres de la profession même ainsi que par des membres du public. C'est pourquoi un code de déontologie professionnel qui n'a pas changé depuis 50 ans a peu de mérite, et une promesse faite à la collation des grades mais jamais plus soumise à une réflexion a peu de pertinence. La profession dans son ensemble et chacun des professionnels doivent continuellement revoir leur propre «profession» et réinterpréter les conditions du contrat social qui en découle avec le public, sinon le contrat se pétrifie lentement.

Conclusions

Reconnaissant l'usage de plus en plus libéral du mot «profession» et donc son pouvoir de moins en moins discriminatif, cet article a commencé par en proposer une définition qui remonte à ses origines réelles : une profession est un groupe de prestataires de services experts qui se sont conjointement et publiquement engagés à toujours placer les besoins et les intérêts existentiels du public qu'ils servent au-dessus des leurs et qui, en retour, ont la confiance du public pour ce faire. Cette entente entre des prestataires de services et le public peut être définie comme un contrat social dont les conditions seront déterminées dans un article subséquent. Cependant, il importe de se rappeler qu'en dernière analyse, le fondement éthique d'une profession est la profession, la promesse faite librement de s'occuper de ces frères humains qui sont vulnérables et dans le besoin. Aucun dentiste n'a été forcé d'entreprendre des études dentaires. Aucun diplômé en médecine dentaire n'a été forcé de professer son engagement envers le public. Chacun a choisi de le faire librement. ♦

Remerciements : Les recherches qui sous-tendent cet article ont été appuyées en partie par une subvention du NIDCR (1 R21 DE014969-01).



Le Dr Welie est professeur, Centre de la politique de la santé et de la déontologie, et Département de la dentisterie préventive et communautaire, Centre médical de l'Université Creighton, Omaha (Nebraska).

Écrire au : Dr Jos Welie, Center for Health Policy and Ethics, Creighton University Medical Center, 2500 California Plaza, Omaha, NE 68178 – USA. Courriel : jwelie@creighton.edu.

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. Gorlin RA. Codes of professional responsibility: ethics standards in business, health, and law. 4th ed. Washington: Bureau of National Affairs; 1999.
2. For an extensive listing of codes online, organized by 24 occupational categories, see Center for the Study of Ethics in the Professions. Illinois Institute of Technology. Codes of ethics online. Disponible à l'adresse URL: <http://www.iit.edu/departments/csep/PublicWWW/codes/codes.html>.
3. Millerson G. The qualifying associations: a study in professionalization. London: Routledge and Kegan Paul; 1964.
4. Freidson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
5. Bertolami CN. Why our ethics curricula don't work. *J Dent Educ* 2003; 68(4):414–25.
6. Kultgen J. Ethics and professionalism. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1988.
7. Rand A. The virtue of selfishness: a new concept of egoism. New York: Signet; 1964.
8. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000; 75(6):612–6.

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

Modular
in Curriculum
Conscious
Sedation

Local Anaesthesia Advanced Techniques Participation Program

- Date:** Saturday, October 23, 2004
- Instructor:** Dr. J. Mel Hawkins, DDS, BScD(An), FADSA, DADBA, FICD
Founder/Director, Local Anaesthesia Participation Program, 1982
CE Committee, American Dental Society of Anesthesiology
Founding Director, I.V. Sedation Program, CE, Faculty of Dentistry, University of Toronto
- Description:** This course is designed for the dentist with a special interest in patient management techniques and is based on the premise that *successful pain control and patient management require 100% effective local anaesthesia*. The major approaches to mandibular and maxillary anaesthesia will be taught and opportunities to practice them offered in a controlled clinical environment, under direct supervision.
- Location:** The Dental Learning Center, 2892 South Sheridan Way, Oakville, Ontario
- Tuition:** \$695.00, GST included, payable to: M.C.C.S.
- Credit:** 7.5 hours – 9 CE points, AGD accredited as participation requirements towards MAGD

For more information:
91 Rylander Boulevard, Suite 7-134, Toronto, ON M1B 5M5
Tel.: (905) 837-7571 Fax: (905) 837-1941



NOBELESTHETICS™

NOBELESTHETICS™

www.nobelbiocare.com

THE ULTIMATE...INDICATION BASED BEAUTY.





simply doing more

QUALITY SUPPORT EDUCATION INNOVATION

Notre devoir de perfection – Votre sécurité.

L'une des principales conditions pour obtenir les meilleurs résultats possibles est l'utilisation de produits d'une extrême qualité ayant fait l'objet d'études scientifiques. Notre étroite collaboration avec l'équipe d'implantologie internationale ITI, notre savoir-faire acquis au cours de plusieurs décennies et une précision suisse de très haut niveau, garantissent votre réussite – faites-nous confiance.

Straumann est l'un des premiers fournisseurs mondiaux de solutions en implantologie dentaire et dans le domaine de la régénération tissulaire.

L'exercice autonome de l'hygiène dentaire : opinions des dentistes et des hygiénistes dentaires de l'Ontario

• Tracey L. Adams, PhD •

S o m m a i r e

Cette étude porte sur les opinions des dentistes et des hygiénistes dentaires de l'Ontario touchant l'exercice autonome de l'hygiène dentaire et les changements dans le champ de cet exercice. Des données ont été recueillies à partir d'un sondage par correspondance auprès d'un échantillon systématique et stratifié de dentistes (483 répondants) et d'hygiénistes dentaires (437 répondantes) de l'Ontario; ce sondage a eu lieu à l'hiver et au printemps 2002 et avait pour but d'évaluer ce que les dentistes praticiens et les hygiénistes dentaires pensent au sujet de l'exercice autonome et d'autres questions professionnelles. Contrairement aux recherches précédentes, cette étude révèle que les dentistes hommes et femmes ne diffèrent pas d'opinions touchant l'exercice autonome de l'hygiène dentaire et les études universitaires pour les hygiénistes dentaires : les uns et les autres s'opposent vivement à l'exercice autonome et tendent à appuyer les études universitaires. De même, on a trouvé peu de différences d'opinions parmi les dentistes répartis par spécialité. En général, les hygiénistes dentaires sont en faveur de l'exercice autonome et d'un champ d'exercice plus étendu. Sur certains points, cependant, il y a de nettes différences d'opinions suivant l'âge et le sexe : parfois, les hygiénistes dentaires plus âgées ou de sexe masculin semblent défendre plus âprement que les autres les changements professionnels.

Mots clés MeSH : dentistry/manpower; dissent and disputes; interprofessional relations; professional autonomy

© J Can Dent Assoc 2004; 70(8):535-8
Cet article a été révisé par des pairs.

Depuis les 2 dernières décennies, les organismes d'hygiène dentaire s'efforcent d'obtenir une plus grande autonomie pour les hygiénistes dentaires. En Ontario, cet effort s'est intensifié au cours des années 1980 en vertu de la révision des lois régissant les professions de la santé. Lors de cette révision, l'Association des hygiénistes dentaires de l'Ontario (AHDO) a milité en faveur d'un organe de réglementation autonome. Avec l'adoption de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR)*, on a créé le Collège des hygiénistes dentaires de l'Ontario (CHDO). Depuis le début des années 1990, le CHDO et l'AHDO font pression pour faire modifier la LPSR afin de permettre aux hygiénistes dentaires de l'Ontario d'exercer plus indépendamment des dentistes sans recevoir d'«ordres» pour effectuer des traitements et d'étendre leur champ d'exercice. Entre-temps sur la scène nationale, les dirigeants de l'hygiène dentaire affirmaient que l'évaluation faite par les hygiénistes dentaires en exerçant devrait s'appeler «diagnostic»^{1,2}. Actuellement, la LPSR ne les autorise pas à poser un diagnostic. Ces dirigeants ont également favorisé le prolongement des études en hygiène dentaire jusqu'au baccalauréat³. Bref, les organismes d'hygiène dentaire

participent grandement à ce que les sociologues appellent un «projet professionnel» : une campagne délibérée visant à étendre l'autorité professionnelle et à élever le statut social.

En réponse à ce projet, les dentistes soutiennent que les hygiénistes dentaires n'ont pas la formation et les connaissances voulues pour exercer avec autonomie (sans ordres) dans tous les cas^{4,5}. Leurs arguments ont été suffisamment efficaces pour prévenir jusqu'à présent des modifications dans la loi. Bien que les positions des organismes représentant les dentistes et les hygiénistes dentaires (comme l'Association dentaire de l'Ontario [ADO] et l'AHDO) aient été nettement définies plusieurs fois, les opinions de la majorité des dentistes praticiens et des hygiénistes dentaires restent empreintes d'ambiguïté. En particulier, les dirigeants des hygiénistes dentaires et les dentistes se demandent jusqu'à quel point les hygiénistes dentaires syndiquées appuient les activités professionnelles et politiques des organismes qui les dirigent^{2,4,6}. Ainsi, dans une étude portant sur le statut et la culture de l'hygiène dentaire², les répondants de Brownstone sont d'avis qu'«un sentiment d'identité professionnelle n'était pas... éprouvé par toutes les hygiénistes dentaires» (p. 182) et que certaines étaient très heureuses de jouer un rôle subordonné.

Des questions ont également été soulevées touchant les opinions des dentistes relativement à l'exercice autonome de l'hygiène dentaire. Selon une étude de l'ADO effectuée en 1994, bien que la vaste majorité des dentistes s'y oppose, des non-membres de l'ADO seraient ouverts à l'idée^{7,8}. En outre, Kaldenberg et Smith⁹ ont sondé un échantillon pris au hasard parmi les dentistes de l'Oregon à la fin des années 1980 et appris que les dentistes femmes sont plus en faveur de l'exercice autonome pour les hygiénistes dentaires que leurs collègues de sexe masculin. Toutefois, ils ne savaient pas très bien si cette constatation reflète une différence réelle parmi les sexes ou des différences dans le type d'exercice; ainsi, les praticiens solo qui sont plus susceptibles d'être des hommes sont plus enclins que les autres à s'opposer à l'exercice privé. À cause du petit nombre de femmes sondées dans leur étude, il leur a été impossible d'en savoir plus à ce sujet. Peut-être les dentistes femmes, celles qui exercent selon certaines ententes ou dans des spécialités spécifiques, sont-elles plus en faveur de l'exercice autonome de l'hygiène dentaire.

Dans la présente étude, on analyse les données recueillies pour savoir s'il existe parmi les dentistes et les hygiénistes dentaires de l'Ontario des différences d'opinions touchant l'exercice autonome de l'hygiène dentaire et d'autres points du projet professionnel de l'hygiène dentaire.

Méthodes

Au cours de l'hiver 2002, on a effectué 2 sondages parallèles, l'un auprès de 800 dentistes autorisés à exercer en Ontario et l'autre auprès de 650 hygiénistes dentaires exerçant dans la même province. Les 2 sondages ont utilisé des échantillons systématiques et stratifiés. Le sondage des dentistes était stratifié suivant le sexe et le domaine d'exercice (praticiens généralistes contre spécialistes) afin d'assurer un échantillon convenable de femmes et de spécialistes. De fait, 4 échantillons de dentistes ont été tirés du répertoire 2001 du Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario. Les questionnaires ont été adressés à 350 dentistes généralistes de sexe masculin et à 300 dentistes généralistes de sexe féminin, à 100 spécialistes de sexe masculin et à 50 spécialistes de sexe féminin. Suivant la méthode Dillman, un rappel par carte postale et 2 autres questionnaires ont été envoyés, à différents intervalles, aux répondants.

L'échantillon en hygiène dentaire était également stratifié suivant le sexe. Comme seulement 3 % des hygiénistes dentaires en Ontario étaient des hommes, on a jugé nécessaire de recourir à un suréchantillon afin d'étudier les différences d'opinions possibles suivant le sexe. Le répertoire 2001 du Collège des hygiénistes dentaires de l'Ontario énumérant 85 hygiénistes de sexe masculin en tout, on a expédié un questionnaire à chacun d'eux. Les 565 autres questionnaires ont été adressés à un échantillon systématique d'hygiénistes dentaires de sexe féminin, y compris des spécialistes.

Les 2 questionnaires étaient ciblés et structurés de la même façon et constituaient la troisième étape d'un projet de recherche plus large explorant les relations entre la dentisterie et l'hygiène dentaire au fil des ans. La première étape comprenait une analyse de documents, y compris des articles publiés

dans des revues professionnelles au cours des 50 dernières années. La deuxième étape comprenait des entrevues avec 24 dirigeants professionnels tant en dentisterie qu'en hygiène dentaire. Ces 2 étapes de recherche ont permis d'éclairer plusieurs questions professionnelles importantes, et les questionnaires ont été conçus de manière à étudier les opinions des dentistes et des hygiénistes dentaires syndiqués touchant ces questions^{4,11}. Dans les 2 sondages, des questions d'attitude ont été posées à l'aide de l'échelle Lickert, exigeant des répondants qu'ils indiquent dans quelle mesure ils sont d'accord ou non avec un énoncé donné ou qu'ils en évaluent l'importance suivant une échelle de 4 points (très important, important, peu important, pas important). Des questions portaient également sur des facteurs d'exercice et le degré de satisfaction au travail. Une série de questions posées aux hygiénistes dentaires, mais non aux dentistes, avait trait à leur champ d'exercice. Aux 2 groupes, on a demandé s'ils sont d'accord pour que les hygiénistes dentaires puissent exercer indépendamment des dentistes et s'ils préconisent des études universitaires pour les hygiénistes dentaires. On a demandé aux dentistes seuls s'il est important que leurs organismes professionnels luttent contre l'exercice autonome de l'hygiène dentaire. Avant leur distribution, les questionnaires ont été adressés à des dirigeants professionnels actifs dans chacune des professions afin d'avoir leurs commentaires et ont été approuvés par un conseil universitaire de révision déontologique.

Pour évaluer les opinions des dentistes et des hygiénistes dentaires touchant ces questions, des analyses par recoupement ont été effectuées avec la société SPSS (SPSS Inc., Chicago, Ill.). Les analyses ont porté sur les différences d'opinions entre et parmi les dentistes et les hygiénistes dentaires de l'Ontario, ciblant surtout la présence de différences dans les groupes suivant le sexe et l'âge, et en dentisterie, suivant le type d'exercice et la spécialité. Les analyses des différences suivant le sexe dans les 2 professions ont été effectuées avec des données non pondérées. Les analyses d'opinions dans les professions en général et suivant l'âge et le type d'exercice ont été effectuées avec des données pondérées de manière à refléter la distribution des hommes et des femmes en dentisterie (23 % de femmes) et en hygiène dentaire (97 % de femmes). La pondération a produit des effectifs d'échantillon de 392 dentistes et de 383 hygiénistes dentaires. Des tests de chi carré ont été faits pour déterminer la signification statistique. Une valeur prédictive (p) de $\leq 0,05$ était considérée importante.

Résultats

En tout, 483 dentistes ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 60 %. Le taux de réponse ajusté (éliminant ceux qui n'ont pu être joints par courrier) a été de 62 % et a varié quelque peu d'une strate à une autre : les dentistes généralistes ont été plus susceptibles de répondre que les autres groupes (65 % de répondants) et les spécialistes de sexe masculin ont été le moins susceptibles de répondre (54 % de répondants). Quelques spécialistes dentaires ont refusé simplement de répondre au questionnaire parce qu'ils ne travaillent pas régulièrement avec des hygiénistes dentaires.

Le taux de réponse des hygiénistes dentaires pour ce sondage a été de 72 %. Ajusté pour celles qu'on n'a pu joindre, ce taux est monté à 78 %. Ici également, il a varié suivant le sexe, les femmes étant plus susceptibles de répondre que les hommes. En tout, les effectifs de l'échantillon ont été de 440, dont 53 répondants de sexe masculin.

Les dentistes et les hygiénistes dentaires répondants diffèrent d'opinions touchant l'exercice autonome de l'hygiène dentaire (voir le **tableau 1** à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-70/issue-8/535.html>). Au moins 71 % (271/383) de toutes les hygiénistes dentaires sont d'accord ou vivement d'accord pour être autorisées à exercer indépendamment des dentistes, comparativement à seulement 4 % (15/392) des dentistes. Par contre, les réponses dans chacune des professions ne diffèrent pas grandement touchant les questions relatives à la formation universitaire pour les hygiénistes dentaires. Néanmoins, les dentistes sont plus susceptibles d'être d'accord ou vivement d'accord que les hygiénistes dentaires pour dire qu'un baccalauréat aurait une valeur d'emploi directe. Inversement, les hygiénistes dentaires sont, un peu plus que les dentistes, en faveur d'une formation universitaire pour elles, bien que la plupart n'aient pas souscrit à l'idée de détenir un baccalauréat pour pouvoir exercer (voir le **tableau 2** à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-70/issue-8/535.html>).

Toutefois, la question la plus importante n'était pas de savoir si les dentistes et les hygiénistes dentaires ont des opinions similaires, mais s'il existe beaucoup de différences internes parmi eux. Le **tableau 1** en démontre peu. Le sondage des dentistes a révélé qu'ils sont tout à fait opposés à l'exercice autonome de l'hygiène dentaire, quels que soient le sexe ou l'orientation de l'exercice. De plus, à peu près la moitié des dentistes répondants sont d'accord pour dire que la formation en hygiène dentaire doit être offerte dans des universités et moins du tiers sont d'avis que le baccalauréat ferait des hygiénistes de meilleures travailleuses. Bien qu'il y ait clairement des différences mineures entre les hommes et les femmes d'une part, et entre les praticiens généralistes et les spécialistes d'autre part (**tableau 1**), ces différences sont minimales et n'ont aucune signification statistique. La seule question touchant les opinions pour laquelle les différences revêtent une signification statistique ($p = 0,79$) était de savoir si les organismes dentaires doivent consacrer des ressources pour lutter contre l'exercice autonome de l'hygiène dentaire (voir le **tableau 3** à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-70/issue-8/535.html>). Ici, les spécialistes répondants de sexe masculin sont un peu moins susceptibles que leurs autres collègues de voir l'importance de cette lutte, alors que les spécialistes de sexe féminin la jugent d'une importance restreinte. Néanmoins, les différences sont minimales, et en tout 66 % (260/391) des dentistes sont d'avis qu'il est important ou très important pour les organismes dentaires de lutter contre l'exercice autonome de l'hygiène dentaire.

Bien que nos résultats révèlent parmi les spécialistes des différences internes dans leurs opinions touchant l'exercice autonome de l'hygiène dentaire, le nombre des spécialistes répondants était trop bas pour dégager des différences ayant une signification statistique. Des analyses (les données n'en

sont pas révélées) ont également été effectuées pour déterminer s'il y a des différences parmi les dentistes suivant le type d'exercice et le sexe. Bien qu'il n'y ait pas de différences d'opinions parmi les femmes exerçant en solo, en association ou à titre de dentistes à pourcentage, les hommes n'exerçant pas en solo ou en association sont légèrement plus susceptibles de faire preuve de neutralité que leurs collègues de sexe masculin ($\chi^2 = 68,2, p \leq 0,01$).

Par ailleurs, les différences dans les cohortes d'âge sont rares parmi les dentistes. La seule différence ayant une signification statistique suivant la cohorte d'âge a été trouvée dans la réponse à une question touchant la formation universitaire des hygiénistes dentaires (voir le **tableau 4** à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-70/issue-8/535.html>). Ici, les dentistes plus âgés sont plus susceptibles d'être d'accord et d'être vivement en désaccord sur ce point ($\chi^2 = 53,5, p \leq 0,001$).

Les données du sondage des hygiénistes dentaires indiquent qu'elles sont largement en faveur de plusieurs changements professionnels. Ainsi, 83 % (317/382) des répondantes en tout jugent important ou très important que les hygiénistes dentaires n'exigent plus des instructions pour faire leur travail (**tableau 2**). En outre, 79 % (301/381) sont d'avis qu'il est important ou très important qu'elles puissent prescrire des radiographies, et 76 % (289/381) sont d'avis qu'il est important ou très important que d'autres occasions d'exercer leur soient offertes. Un peu moins de répondantes (64 % ou 244/382) sont d'avis qu'il est important ou très important que plus d'occasions leur soient offertes d'exercer de façon autonome. L'appui est beaucoup moindre pour imposer des études de baccalauréat aux hygiénistes dentaires; seulement 34 % (129/380) sont d'avis qu'il est important ou très important qu'on exige d'elles un baccalauréat pour pouvoir exercer. De plus, 52 % (198/382) des hygiénistes sont d'avis qu'il est important ou très important qu'on leur permette de pratiquer l'anesthésie.

Des analyses ont également comparé les opinions des hygiénistes dentaires suivant le sexe, la cohorte d'âge et la formation. Ces dernières analyses visaient à déterminer s'il y a des différences entre les hygiénistes dentaires qui ont obtenu un diplôme de l'Université de Toronto avant que le cours soit abandonné au milieu des années 1970, celles qui ont obtenu un diplôme d'un collège communautaire à la fin des années 1970 et au cours des années 1980, et celles qui ont commencé à exercer l'hygiène dentaire au cours des années 1990 lorsque cette discipline est devenue une profession autoréglementée. Les différences dans ces groupes (les données ne sont pas révélées) sont nettes dans plusieurs domaines, notamment dans les opinions touchant la formation universitaire et la pratique de l'anesthésie. Plus précisément, 80 % (30/38) des hygiénistes dentaires ayant reçu une formation universitaire sont d'accord ou vivement d'accord pour que la formation en hygiène dentaire ait lieu dans des universités, comparativement à 45 % (72/161) de celles qui ont été formées de 1977 à 1990, et à 44 % (80/183) de celles qui ont été formées après 1990. De plus, 60 % (110/183) des hygiénistes formées après 1990 sont d'avis qu'il est important ou très important qu'elles puissent pratiquer l'anesthésie, comparativement à 44 %

(71/161) de celles du deuxième groupe et à 45 % (17/38) de celles du premier groupe.

D'autres analyses ont révélé des différences suivant l'âge. Comme l'illustre le **tableau 5** (voir <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-70/issue-8/535.html>), les hygiénistes dentaires plus âgées sont plus susceptibles que les autres de juger très important qu'elles soient autorisées à prescrire des radiographies et qu'elles ne reçoivent plus d'instructions pour accomplir leur travail. Elles sont également plus en faveur d'une formation universitaire pour les hygiénistes dentaires.

Lorsqu'on a comparé les opinions suivant le sexe, des différences sont apparues au sujet de certaines questions (voir le **tableau 6** à <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-70/issue-8/535.html>). Les hygiénistes dentaires répondants de sexe masculin sont plus susceptibles que leurs homologues de sexe féminin de voir l'importance d'un diplôme universitaire pour pouvoir exercer (25 % ou 13/53 hommes contre 11 % ou 44/390 femmes) et de la pratique de l'anesthésie en toute légitimité (51 % ou 27/53 hommes contre 25 % ou 98/392 femmes). De plus, les hygiénistes dentaires répondants de sexe masculin sont plus susceptibles d'être vivement d'accord pour étendre le champ d'exercice en hygiène dentaire (45 % ou 24/53 hommes contre 29 % ou 114/391 femmes). Sur certaines questions, donc, les hommes semblent appuyer plus fortement le projet professionnel de l'hygiène dentaire que la majorité des hygiénistes femmes.

Discussion

Dans l'ensemble, les résultats de ce sondage suggèrent beaucoup d'unité dans les opinions touchant l'exercice autonome de l'hygiène dentaire parmi les dentistes et une assez grande unité dans celles de la profession de l'hygiène dentaire. Ces derniers résultats diffèrent de ceux des publications antérieures^{2,6} qui suggèrent que les hygiénistes syndiquées sont quelque peu ambivalentes touchant les questions professionnelles. Néanmoins, sur plusieurs variables, beaucoup de différences internes sont nettement apparues. Bien que la plupart des hygiénistes dentaires appuient l'élimination des

ordres dentaires de la LPSR – un point que les organismes d'hygiène dentaire débattent depuis quelque temps – il y a plus de division au sujet des nouvelles questions comme l'exigence du baccalauréat, la pratique de l'anesthésie et l'exercice autonome. Dans certains domaines, c'est le groupe le plus âgé d'hygiénistes dentaires et d'hommes (qui font en fait partie des groupes d'âge plus jeunes) qui appuient le plus vivement le projet professionnel de l'hygiène dentaire. Il y a moins de différences d'opinions majeures suivant le groupe d'âge, le sexe ou l'exercice parmi les dentistes.

Dans leurs commentaires écrits sur ce sondage, les dentistes de tous les milieux et de tous les domaines d'exercice ont tendance à dire qu'ils éprouvent le plus grand respect pour leurs collègues hygiénistes, mais ils n'approuvent pas les démarches entreprises par les organismes d'hygiène dentaire. Le fait que bon nombre d'hygiénistes dentaires approuvent nettement les efforts déployés par leurs organismes, alors que les dentistes restent unis dans leur opposition, laisse augurer une tension constante au niveau professionnel au cours des années à venir. ♦

Remerciements : J'aimerais remercier Terri Tomchick, Tamara Gillespie et Sharon Sabourin pour avoir aidé aux travaux de recherche, ainsi que les nombreux dentistes et hygiénistes dentaires qui ont pris le temps de remplir les sondages. Cette étude a bénéficié de l'appui d'une subvention du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.



La Dre Adams est professeure adjointe, Département de sociologie, Université Western Ontario, London ON N6A 5C2. Courriel : tladams@uwo.ca.

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

Références

Pour obtenir la liste complète des références, veuillez consulter la version électronique du *JADC* à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-70/issue-8/535.html>

MIAMI WINTER MEETING & DENTAL EXPO
Miami Beach Convention Center, Miami Beach
January 20 - 22, 2005
... FOLLOW THE SUN TO THE MIAMI WINTER MEETING

Don't miss out! You want to be in *South Beach* in January!
Great restaurants, hot nightspots, sandy beaches and plenty of warm SUN!
Oh! And did we mention... great speakers, fantastic exhibits, fun events and SUN!

Partial Speaker list includes:

- Dr. Raymond Yukins (Periodontics)
- Dr. Cesar Guerrero (Oral Surgery)
- Dr. Steven Guittenberg (Laser)
- Dr. Norman Feigenbaum (Cosmetic Dentistry)
- Pinchas Adar (Lab Technology)
- Dr. Michael Abernathy (Practice Management)
- Dr. Jorge Piferno (Prosthodontics)
- Dr. Arthur Agatston, author of the South Beach Diet

For more details visit our website at
www.miamiwintermeeting.org Or call us at (305) 667-3647 or (800) 344-5860



We're celebrating
our new partnership with



and we'd like you to join the celebrations
with **exceptional savings** on

Opalescence®

patient kits

Available in 10% and
15% concentrations

\$44.95
ea.

Patient Kit Includes:
8 syringes bleach
1 syringe LC Block-Out
2 tray sheets
pocket tray case
1 tube toothpaste

(regular \$59.95)
6 kit minimum order
Offer expires September 30, 2004

Order Direct



CLINICAL RESEARCH DENTAL
SUPPLIES & SERVICES INC.

1-800-265-3444

A Closer Look at Diagnosis in Clinical Dental Practice: Part 5. Emerging Technologies for Caries Detection and Diagnosis

(Examen approfondi du diagnostic en pratique clinique dentaire :
Partie 5. Nouvelles technologies pour la détection et le diagnostic de la carie)

• Iain A. Pretty, BDS(Hons), MSc, PhD •
• Gerardo Maupomé, PhD •

V e r s i o n a b r é g é e

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du eJADC à : <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-70/issue-8/540.html>

© J Can Dent Assoc 2004; 70(8):540
Cet article a été révisé par des pairs.

Les parties 5 et 6 de cette série examinent quelques-unes des plus récentes innovations dans les techniques de diagnostic et de traitement, en décrivant leurs forces et leurs faiblesses en fonction des critères statistiques définis dans les parties 1 à 4. La partie 5 porte sur la détection et le diagnostic de la carie.

Malgré une réduction significative de la prévalence de la carie dans la société occidentale, la carie demeure un problème important pour le dentiste praticien. Les caries occlusales et les caries de surface radulaire présentent de nouvelles difficultés sur le plan du diagnostic, et des techniques de reminéralisation par des traitements à forte teneur en fluorure ont été mises au point, celles-ci devant rétablir un émail sain sur les lésions déminéralisées précoces. Cependant, l'application de ces techniques exige que la lésion soit détectée tôt, que son activité soit déterminée et que le succès de l'intervention soit surveillé.

Cet article porte sur la détection et le diagnostic de la carie, notamment sur l'utilisation de 3 nouveaux appareils ou méthodes, soit : le laser DIAGNODent, la transillumination par fibre optique et la fluorescence quantitative photo-induite (QLF). Les tenants de ces systèmes allèguent que ceux-ci permettent de détecter les lésions à un stade précoce (c.-à-d., à un stade qui se prête à une reminéralisation ou un traitement de restauration minimal).

L'appareil DIAGNODent (KaVo, Lake Zurich, Ill.) utilise un laser pour provoquer l'excitation des métabolites bactériens, lesquels génèrent un signal qui est détecté par l'appareil et converti en une échelle numérique. Les recherches semblent indiquer que cet appareil pourrait être supérieur à la radiogra-

phie pour détecter la carie; il offre en outre l'avantage d'être utilisé pour un suivi longitudinal.

La transillumination numérique par fibre optique consiste en une technique établie qui a été améliorée. Ce système optique utilise la diffusion de la lumière provoquée durant les premières phases de déminéralisation de l'émail et de la dentine. Comme dans le cas de la QLF, les images peuvent être saisies et conservées. Même si ce système ne peut quantifier la perte minérale, les images peuvent être évaluées par le clinicien, comme une radiographie normale. Et contrairement aux 2 autres systèmes, cette technique offre en plus l'avantage de pouvoir être utilisée pour détecter les lésions interproximales.

La QLF fait appel au phénomène de diffusion de la lumière par l'émail déminéralisé. Cette technique produit une image fluorescente de la dent, et le clinicien peut accentuer d'environ 20 fois le contraste de toute tache blanche. La perte de fluorescence naturelle dans les caries précoces peut être calculée, et la gravité de la lésion peut ensuite être déterminée. La corrélation entre la perte de fluorescence et la perte minérale peut atteindre jusqu'à 92 %. Les images obtenues par QLF peuvent être archivées, ce qui permet de faire un examen détaillé de l'évolution de la perte minérale et de la réaction du patient au traitement.

Tous ces systèmes sont aujourd'hui utilisés par les dentistes généralistes et proposés comme traitement d'appoint efficace aux régimes de prévention. Chaque système peut aider à améliorer la prise de décisions, en offrant des données plus détaillées sur la dynamique déminéralisation–reminéralisation, en permettant un suivi longitudinal des lésions et en aidant le dentiste à informer le patient sur ce processus pathologique. ♦

“BETTER DENTISTRY JUST BECAME EVEN BETTER”

At **Clinical Research Dental**,
we live and breathe better dentistry. And after 17 years of working closely
with clinicians around the country, you could say it's in our blood.

Our primary goal is to improve the quality of dentistry in Canada
through teaching better techniques and providing clinically-proven products that
minimize chair time and achieve a better result, for you and your patients.

We are therefore proud to announce we are expanding our line up of
proven clinical solutions through our new partnership with ULTRADENT,
a company committed to better dentistry.

ULTRADENT
PRODUCTS, INC.

OPALESCENCE®

TRÈSWHITE™

ENDO-EZE®

ULTRAPAK®

VIT~L~ESCENCE™

ULTRA-ETCH®

and many more...

NOW AVAILABLE FROM
YOUR NEW
ULTRADENT DEALER



CLINICAL RESEARCH DENTAL
SUPPLIES & SERVICES INC.

1-800-265-3444



Dr. Dan Fischer's undeviated commitment to excellence and quality dentistry is exemplified in Ultradent's 25-year history of offering better products to improve dentistry around the world.

Peter Jordan and Clinical Research Dental, have been teaching better dentistry and providing clinically proven products to Canadian dentists for over 17 years. Together Ultradent & Clinical Research Dental will improve your dentistry!

Diagnostic Challenges of Neuropathic Tooth Pain

(Défis diagnostiques de la douleur dentaire d'origine nerveuse)

• Michael J. Matwychuk, DMD •

S o m m a i r e

Cet article traite des caractéristiques cliniques, de l'épidémiologie, de la pathophysiologie et du traitement de 2 conditions neuropathiques : la névralgie faciale et l'odontalgie atypique. Une étude de cas fait ressortir les complexités liées au diagnostic de la douleur nerveuse. La douleur nerveuse est chronique, d'intensité variable et difficile à localiser et elle se manifeste en l'absence de pathologie manifeste. Pour éviter les traitements dentaires multiples et inefficaces, les dentistes généralistes doivent se familiariser avec les signes des sources non odontogènes de douleur dentaire.

Mots clés MeSH : *diagnosis, differential; facial pain/diagnosis; facial pain/physiopathology; toothache/diagnosis*

© J Can Dent Assoc 2004; 70(8):542-6
Cet article a été révisé par des pairs.

One of the most challenging and rewarding aspects of general practice is the diagnosis and treatment of pain. An estimated 22% of the general population experiences orofacial pain in any given 6-month period.¹ Furthermore, persistent and chronic pain is more prevalent in the head and neck region than in any other part of the body.²

Misdiagnosis of orofacial pain is common. The convergence of sensory neurons to higher centres makes localization and interpretation of pain symptoms difficult.³ Myofacial, neurovascular, sinus and cardiac structures can all be the source of referred dental pain, frustrating the diagnostic efforts of the general practitioner.⁴

Although, for the most part, tooth pain is resolved with endodontic treatment, in rare instances clinical response is not predictable and pain persists despite intervention. These cases may undermine both the patient's and dentist's confidence in clinical diagnosis and treatment. More important, the patient may undergo many other irreversible dental treatments, with no resolution of the pain symptoms.

The purpose of this article is to review the etiology, diagnosis and treatment of 2 conditions that may mimic dental pain: trigeminal neuralgia and atypical odontalgia. A case report is presented to illustrate the complexities of diagnosing and treating orofacial pain.

Case Report

A 64-year-old woman was referred for assessment of enigmatic pain in her lower left teeth. She complained of

shooting pain that started after a routine hygiene visit 4 weeks earlier. To resolve her discomfort, she recently had amalgam fillings replaced with bonded composite restorations in teeth 34 and 36 (**Fig. 1**). The patient was subsequently referred to me when the pain did not abate.

Clinical examination revealed that teeth 34 and 36 were heavily restored. The fillings were well sealed and the occlusal and interproximal contacts were adequate. No signs of gingival inflammation or pathology were present. The patient reported that tooth 35 was treated by root canal therapy 20 years earlier and the tooth had been crowned only 3 years ago. Percussion, palpation and bite testing of quadrant 2 and 3 were negative. As well, all teeth responded within normal limits for vitality when tested with cold. No noticeable pathologies were observed on the radiographs.

The patient had not experienced any spontaneous pain to that point. She directed us to observe that mechanical stimulation of the buccal root surface of tooth 36 resulted in a sharp "electric" shooting pain in the area. At that appointment, the root surfaces of tooth 36 were desensitized with a self-etch bonding system (Clearfil SE, Kuraray Co., Osaka, Japan). The patient was also given Sensodyne dentifrice (GlaxoSmithKline Inc., Pittsburgh, Penn.) with instructions for use.

The patient returned 2 weeks later reporting that she still had intermittent pain on the lower left and that tooth 36 was now sensitive to biting and chewing. Percussion and cold testing elicited a strong reaction in this heavily restored tooth. Root canal treatment was completed, on the assumption that irreversible pulpitis in tooth 36 was the source of her pain (**Fig. 2**).

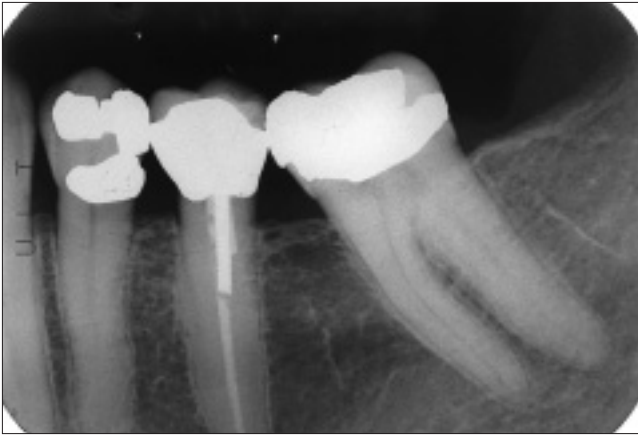


Figure 1: Preoperative radiograph of quadrant 3 before restorative or endodontic treatment.

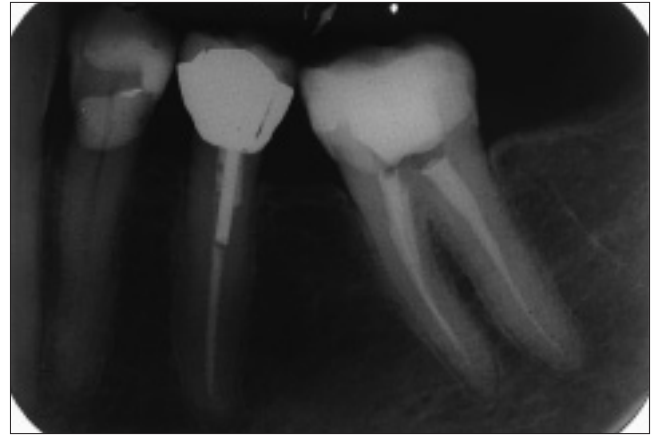


Figure 2: Postoperative radiograph of tooth 36 root canal treatment.

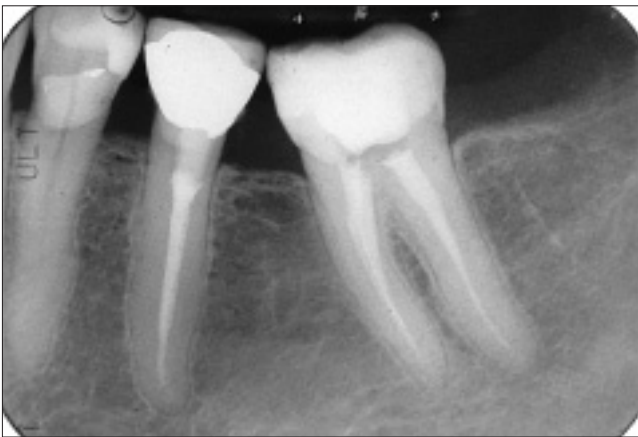


Figure 3: Postoperative radiograph of tooth 35 root canal re-treatment.

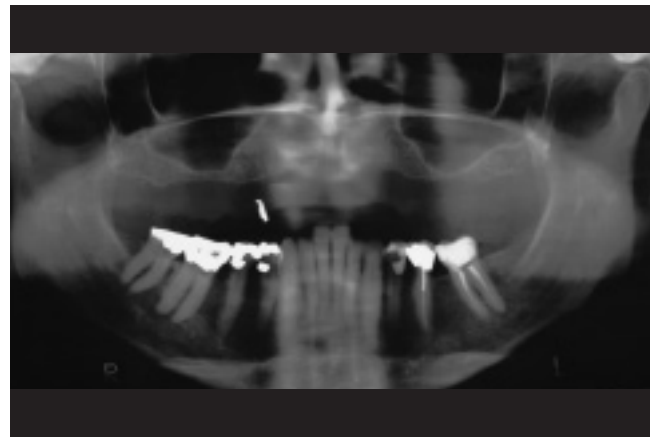


Figure 4: Panoramic radiograph with no observable pathology.

On follow-up 1 week later, the patient was still experiencing what she described as “jolts of pain” from her lower left teeth. At this time she pointed to tooth 35, and insisted that sharp pain resulted when chewing or touching the buccal gingiva of tooth 35 with her toothbrush. Tooth 36 was still slightly sensitive to percussion; however, the result was not the stabbing pain the patient had been experiencing. The root surface of tooth 36 was no longer sensitive. She now insisted that the pain was from tooth 35 and, at this time, revealed that the tooth had “never felt right” since the root canal treatment 20 years earlier. The patient was about to leave on a month’s vacation and pleaded with me to do something to relieve her discomfort.

To satisfy the patient, I reluctantly re-treated tooth 35 by root canal. It was noted at the time of the treatment that block injection resulted in cessation of the gingival pain. Standard root canal procedures were followed and, after filling the canal with gutta-percha, the porcelain-fused-to-metal crown was recemented (**Fig. 3**).

The patient returned to our office after her vacation and informed us that the stabbing pain had not resolved. We observed that palpating the buccal gingiva at tooth 35 would elicit pain. Palpating certain areas of the lower left vestibule and

lip had the same result. Unsure that the pain was the result of a tooth problem, we referred the patient to an oral surgeon for consultation. He was able to see her within 2 weeks and concluded that, in the absence of any notable pathology (**Fig. 4**), the pain must be neuropathic in nature. We discussed 2 possible diagnoses: trigeminal neuralgia and atypical odontalgia.

The oral surgeon prescribed carbamazepine, 200 mg 3 times daily. The patient’s symptoms resolved within 2 weeks. Against the surgeon’s advice, the patient discontinued the medication after 5 weeks believing that the problem was solved. Fortunately, the pain did not recur.

This case illustrates the difficulties often encountered in diagnosing and treating orofacial pain. First, the patient’s interpretation of symptoms and reaction to clinical testing can reflect both emotional and physical components of pain.⁵ To further complicate the issue, a patient’s interpretation of the discomfort may not truly reflect the area in which the pathology is present.^{2,3} In this case, initial diagnosis was compromised by conflicting reports of the nature and source of the patient’s pain, a common occurrence in neuropathic conditions. Second, response to treatment (i.e., medication) may be the only way to confirm diagnosis of neuropathic pain.⁶ In this case, a positive

response to anticonvulsant therapy supported a neuropathic basis for the symptoms. Last, despite careful examination of the symptoms and response to treatment, differential diagnosis of neuropathic pain conditions can be challenging. A conclusive diagnosis of trigeminal neuralgia or atypical odontalgia was never reached. The diagnostic challenges encountered with this patient prompted further investigation into these 2 neuropathic conditions that often have dental components.

Trigeminal Neuralgia

The most common cause of facial neuralgia is trigeminal neuralgia, affecting 4–5 people per 100,000 population,^{6,7} and more often affecting women over 40 years of age.^{6–8} A genetic predisposition to the condition has not been found.⁸ However, trigeminal neuralgia does occur in about 1% of patients with multiple sclerosis and 2% to 8% of patients with trigeminal neuralgia have multiple sclerosis.⁷

Trigeminal neuralgia is characterized by sudden, sharp, severe unilateral pain. It is often described as a stabbing, shooting, burning or paresthesia sensation.^{9–11} The pain follows one or more branches of the trigeminal nerve.^{6,9–12} It can last seconds to minutes, then disappear leaving pain-free intervals between attacks.¹² The paroxysms of pain may occur in rapid succession while the patient is awake, but they rarely occur during sleep.^{6,9,10}

Trigger areas around the nose and mouth are a characteristic feature of trigeminal neuralgia. Attacks can be provoked by such innocuous stimuli as talking, chewing, tooth brushing or light touch.^{9–11} The pain is often much greater than the stimulus. Local anesthetic placed in the trigger area reduces the pain, whereas a block may not.⁴

There are several theories regarding the mechanism of pain production in trigeminal neuralgia. All remain uncertain and controversial.⁷ One theory suggests partial and focal nerve demyelination as a result of tumour or vascular compression. This can lead to abnormal transmission and processing of impulses along the trigeminal nerve.^{6,7,13} Extensive use of magnetic resonance imaging (MRI) to document the presence of benign or malignant lesions, plaques of multiple sclerosis and proximity of vessels to the trigeminal nerve has supported this postulate.¹⁰ Similarly, intraoral compression of the mental nerve by an ill-fitting denture can lead to trigeminal neuralgia-like symptoms.¹⁰

An alternative theory suggests that chronic irritation or trauma to the trigeminal nerve can cause ectopic action potentials and failure of segmental inhibition, leading to symptoms of trigeminal neuralgia.¹⁴ In reality, for most patients with trigeminal neuralgia, there is no identifiable cause.¹⁰

Treatment goals have focused on prevention of pain. Commonly used drugs include anti-seizure/anti-epileptic medications such as carbamazepine, baclofen and phenytoin.^{7,15,16} These drugs reduce neuronal excitability and discharge¹⁶ and generally lead to relief from symptoms in 75% to 80% of patients within 24–72 hours.^{6,8,15,16} Indeed, response to anticonvulsant treatment has been used as a diagnostic tool for trigeminal neuralgia.⁶

More recently, the use of topical capsaicin to block nociceptive fibres in the trigger area has shown some promise.^{17–19}

Unfortunately, data from large-scale testing of this therapy are not yet available.¹⁷

Finally, for cases in which nerve compression is the source of trigeminal neuralgia symptoms, microvascular decompression surgery can be effective. The procedure involves surgically removing vessel or tumour compression of the trigeminal nerve directly or indirectly via gamma knife radiosurgery.^{6,7,13} In the future, MRIs will provide more accurate and well-validated diagnoses, in turn improving surgical treatment of certain forms of trigeminal neuralgia.¹⁰

Atypical Odontalgia

Atypical odontalgia, also known as idiopathic or phantom tooth pain,²⁰ was first reported by McElin and Horton in 1947.²¹ This clinical condition has been validated extensively,^{22–26} yet it is rarely reported.²⁷ It is usually characterized by persistent toothache following pulp extirpations, apicoectomy, or tooth extraction.²⁷ Facial trauma and inferior alveolar nerve block have also been found to cause atypical odontalgia.²³ Epidemiologic information indicates that 3% to 6% of patients develop atypical odontalgia after endodontic treatment.^{28,29}

Characteristically, atypical odontalgia presents as prolonged periods of constant throbbing or burning pain in teeth or the alveolar process.^{20,22–27} This is in the absence of any identifiable odontogenic etiology observed clinically or radiographically.⁵ The pain is chronic; however, the patient's sleep is undisturbed, and there may be a brief symptom-free period on waking.²⁷ Patients often have difficulty localizing the pain.^{22,23,27} It is usually worst at the site of the original trauma, but can spread to adjacent areas, unilaterally or bilaterally.^{5,27} All ages can be affected, except for children; there is a preponderance among women in their mid-40s.^{20,24–33} Molars and premolars in the maxilla are most often affected.^{33,34} Local anesthetic block gives ambiguous results, and patients rarely find relief with analgesics, including narcotics.^{23,27,35,36} Unfortunately, atypical odontalgia is often mistaken for a normal post-treatment or post-trauma complication.²⁷

Although it is tempting to consider, psychological comorbidity has not been demonstrated in atypical odontalgia.²⁷ As in several chronic pain conditions, a high level of demoralization is evident. However, it is uncertain whether this is the cause or the effect of the condition.^{27,35–38}

Many classification and diagnostic criteria for atypical odontalgia have been proposed.³⁹ However, it remains a diagnosis of exclusion after ruling out all other pathologies of the head and neck.^{9,35,37} Patients often seek multiple endodontic or surgical treatments, realizing no relief or even exacerbation of their symptoms.^{5,40} Accurate diagnosis depends on recognizing neurologic signs involving other teeth and nearby structures served by the same nerve.⁹

The pathophysiology of atypical odontalgia remains unclear. In 1978, Marbach²⁰ hypothesized that atypical odontalgia was of similar etiology to phantom limb pain.

Deafferentation research has demonstrated that, after injury, organization and activity of central and peripheral nerves can change.^{41–44} This can result in chronic pain and other related

Table 1 Differential diagnosis of odontogenic and neuropathic pain^a

Odontogenic pain	Neuropathic pain
Pain is dull ache or occasionally sharp.	Pain may be dull, sharp, shooting or burning.
Response to stimuli, such as hot, cold or percussion, is predictable and proportionate.	Response to hot, cold or percussion does not reliably relate to the pain and may be disproportionate.
Pain is usually inconsistent and tends to get better or worse over time.	Pain is persistent and remains unchanged for weeks or months.
Pain often disrupts sleep.	Pain rarely disrupts sleep.
There is often an identifiable source (i.e., caries, deep restoration, periodontal disease, fracture line).	There is no obvious source of local pathology.
Local anesthesia of the suspect tooth eliminates the pain.	Response to local anesthetic is ambiguous.
	Pain may be felt in multiple areas or teeth.
	Repeated dental therapies fail to resolve the pain.

^aAdapted from Okeson.⁹**Table 2 Differential diagnosis of trigeminal neuralgia and atypical odontalgia^a**

Trigeminal neuralgia	Atypical odontalgia
Pain is characterized as unilateral, paroxysmal and stabbing.	Pain is dull and continuous.
Trigger areas characterize pain.	Trigger areas occur less often.
More common after 40 years of age, peaking in the 50s and 60s.	More frequent in women in their mid-40s.
May occur in the absence of obvious trauma.	Usually precipitated by a traumatic event (root canal, extraction, etc.).

^aAdapted from Marbach and Raphael³⁵ and Okeson.⁹

symptoms (paresthesia, dysesthesia).^{41,43} For example, neuroma secondary to nerve trauma is thought to result in such pain.^{9,20,24,25,27,32,34} Other mechanisms involved in the pathogenesis of pain include sensitization of pain fibres, sprouting of adjacent afferent fibres, sympathetic activation of afferents, cross-activation of afferents, loss of inhibitory mechanisms and phenotypic switching of afferent neurons.^{41,43} These processes may underlie the clinical manifestation of atypical odontalgia.

Treatment of atypical odontalgia is similar to that of other neuropathic conditions. Tricyclic antidepressants (TCAs), alone or in association with phenothiazines, have been prescribed with good results.^{5,20,22,30,31,35,36} Although these are mood-altering medications, their effectiveness is attributed to their ability to produce a low-grade analgesia in low doses.^{9,36} Undesirable side effects require that TCAs be titrated to the lowest clinically effective dose and discontinued if pain symptoms abate.⁴⁵

Topical application of capsaicin to painful tissue has also been investigated as a treatment for atypical odontalgia.^{18,46,47} Pain reduction is achieved because C fibres depleted of substance P have a reduced ability to stimulate second-order neurons that relay pain signals to the central nervous system.⁹

Differential Diagnosis

Differential diagnosis of neuropathic pain conditions is the most challenging aspect of managing referred pain cases. Pain in the head and neck can be diverse. However, there are characteristics of odontogenic and neuropathic conditions that aid diagnosis (**Table 1**). Furthermore, although there is some overlap in clinical presentation, careful examination of symptoms can differentiate trigeminal neuralgia from atypical odontalgia (**Table 2**).

The fact that neuropathic tooth pain can present exclusively intraorally in the absence of obvious infection or trauma can be confusing to both patients and clinicians.¹⁰ Patients in dental environments are more likely to be considered to have dental pain as opposed to patients referred to a neurologist. This is where patients' perception of their problem can influence treatment and referral considerations.¹⁰ Careful history and clinical and radiologic examination are important. As well, thorough evaluations of the nature of pain, including aggravating and relieving factors and associated symptoms, aid correct diagnosis. Referral to a pain specialist or neurologist should be considered when conflicting reports occur and dental etiology is unlikely.

Conclusion

Neuropathic pain in the head and neck region is common and can result in multiple unnecessary dental treatments. Trigeminal neuralgia and atypical odontalgia are 2 neuropathic conditions that may compromise accurate diagnosis of orofacial pain. It is imperative that general practitioners recognize clinical characteristics of neuropathic pain to deliver appropriate therapy and avoid aggravating the condition. ♦



Le Dr Matwychuk est résident en endodontie à l'Université du Minnesota, Minneapolis (Minnesota).

Écrire au : Dr Michael J. Matwychuk, 8-166 Moos Tower, 515 Delaware St. SE, Minneapolis, MN 55455. Courriel : mmatwychuk@hotmail.com.

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

Références

- Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 1993; 124(10):115–21.
- Shankland WE 2nd. Differentiated diagnosis of two disorders that produce common orofacial pain symptoms. *Gen Dent* 2001; 49(2):150–5.
- Gremillion HA. Multidisciplinary diagnosis and management of orofacial pain. *Gen Dent* 2002; 50(2):178–86.
- Dupont JS Jr. Neuritic toothache. *Gen Dent* 2001; 49(2):178–81.
- Lilly JP, Law AS. Atypical odontalgia misdiagnosed as odontogenic pain: a case report and discussion of treatment. *J Endod* 1997; 23(5):337–9.
- Jackson EM, Bussard GM, Hoard MA, Edlich RF. Trigeminal neuralgia: a diagnostic challenge. *Am J Emerg Med* 1999; 17(6):597–600.
- Tenser RB. Trigeminal neuralgia: mechanisms of treatment. *Neurology* 1998; 51(1):17–9.
- Marbach JJ. Medically unexplained chronic orofacial pain. Temporomandibular pain and dysfunction syndrome, orofacial phantom pain, burning mouth syndrome, and trigeminal neuralgia. *Med Clin North Am* 1999; 83(3):691–710.
- Okeson JP. Non-odontogenic toothache. *Northwest Dent* 2000; 79(5):37–44.
- Zakrzewska JM. Diagnosis and differential diagnosis of trigeminal neuralgia. *Clin J Pain* 2002; 18(1):14–21.
- Gass A, Kitchen N, MacManus DG, Moseley IF, Hennerici MC, Miller DH. Trigeminal neuralgia in patients with multiple sclerosis: lesion localization with magnetic resonance imaging. *Neurology* 1997; 49(4):1142–4.
- Burchiel KJ, Slavin KV. On the natural history of trigeminal neuralgia. *Neurosurgery* 2000; 46(1):152–4.
- Barker FG 2nd, Janetta PH, Bissonette DJ, Larkins MV, Jho HD. The long-term outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia. *N Engl J Med* 1996; 334(7):1077–83.
- Fromm GH. Etiology and pathogenesis of trigeminal neuralgia. In: Fromm GH. Medical and surgical management of trigeminal neuralgia. Mount Kisco (NY): Futura; 1987. p. 31–41.
- Montgomery MT. Extraoral facial pain. *Emerg Med Clin North Am* 2000; 18(3):577–600.
- Backonja M. Anticonvulsants for the treatment of neuropathic pain syndromes. *Curr Pain Headache Rep* 2003; 7(1):39–42.
- Pappagallo M. Aggressive pharmacologic treatment of pain. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25(1):193–213.
- Epstein JB, Marcoe JH. Topical application of capsaicin for treatment of oral neuropathic pain and trigeminal neuralgia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77(2):135–40.
- Fusco BM, Alessandri M. Analgesic effect of capsaicin in idiopathic trigeminal neuralgia. *Anesth Analg* 1992; 74(3):375–7.
- Marbach JJ. Phantom tooth pain. *J Endod* 1978; 4(12):362–72.
- McElin TW, Horton DT. Atypical facial pain: a statistical consideration of 65 cases. *Ann Intern Med* 1947; 27:749–53.
- Marbach JJ. Is phantom tooth pain a deafferentation (neuropathic) syndrome? Part I: Evidence derived from pathophysiology and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75(1):95–105.
- Marbach JJ. Is phantom tooth pain a deafferentation (neuropathic) syndrome? Part II: Psychosocial considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75(2):225–32.
- Rees RT, Harris M. Atypical odontalgia. *Br J Oral and Max Surg* 1979; 16(3):212–8.
- Reik L Jr. Atypical odontalgia: a localized form of atypical facial pain. *Headache* 1984; 24(2):222–4.
- Schnurr RF, Brooke RI. Atypical odontalgia: update and comment on long-term follow-up. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73(4):445–8.
- Marbach JJ. Orofacial phantom pain: theory and phenomenology. *J Am Dent Assoc* 1996; 127(2):221–29.
- Campbell RL, Parks KW, Dodds RN. Chronic facial pain associated with endodontic therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 69(3):287–90.
- Marbach JJ, Hulbrock J, Hohn C, Segal AG. Incidence of phantom tooth pain: an atypical facial neuralgia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982; 53(2):190–3.
- Bates RE Jr, Stewart CM. Atypical odontalgia: phantom tooth pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72(4):479–83.
- Battrum DE, Gutmann JL. Phantom tooth pain: a diagnosis of exclusion. *Int Endod J* 1996; 29(3):190–4.
- Kreisberg MK. Atypical odontalgia: differential diagnosis and treatment. *J Am Dent Assoc* 1982; 104(6):852–4.
- Klausner JJ. Epidemiology of chronic facial pain: diagnostic usefulness in patient care. *J Am Dent Assoc* 1994; 125(12):1604–11.
- Graff-Radford SB, Solberg WK. Atypical odontalgia. *J Craniomandib Disord* 1992; 6(4):260–5.
- Marbach JJ, Raphael KG. Phantom tooth pain: a new look at an old dilemma. *Pain Med* 2000; 1(1):68–77.
- Okeson JP. Neuropathic pains. In: Okeson JP, editor. Bell's orofacial pains. 5th ed. Chicago (IL): Quintessence; 1995. p. 403–55.
- Woda A, Pionchon P. Orofacial idiopathic pain: clinical signs, causes and mechanisms. *Rev Neurol Paris* 2001; 157(3):265–83.
- Brooke RI, Merskey H. Is atypical odontalgia a psychological problem? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77(1):2–3.
- Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl 1):9–160.
- Hargreaves KM. Case 5. Refractory toothache. *J Endod* 1998; 24(11):699–702.
- Melis M, Lobo SL, Ceneviz C, Zawawi K, Al-Badawi E, Maloney G, and other. Atypical odontalgia: a review of the literature. *Headache* 2003; 43(10):1060–74.
- Hu JW, Woda A, Sessle BJ. Effects of pre-emptive local anesthesia on tooth pulp deafferentation-induced neuroplastic changes in cat trigeminal brainstem neurons. *Arch Oral Biol* 1999; 44(3):287–93.
- Chen R, Cohen LG, Hallett M. Nervous system reorganization following injury. *Neuroscience* 2002; 111(4):761–73.
- Hu JW, Sharav Y, Sessle BJ. Effects of one- or two-stage deafferentation of mandibular and maxillary tooth pulps on the functional properties of trigeminal brainstem neurons. *Brain Res* 1990; 516(2):271–9.
- Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL, editors. Drug information handbook. 7th ed. Hudson (OH): Lexi-Comp; 1999. p. 62–4, 333, 334, 852, 853, 1301.
- Rumsfield JA, West DP. Topical capsaicin in dermatologic and peripheral pain disorders. *DICP* 1991; 25(4):381–7.
- Bernstein JE, Bickers DR, Dahl MV, Roshal JY. Treatment of chronic postherpetic neuralgia with topical capsaicin. A preliminary study. *J Am Acad Derm* 1987; 17(1):93–6.

Johnson & Johnson

présente

NOUVEAU

L'évolution de la soie dentaire

La soie Johnson & Johnson REACH® Clean Burst^{MC}

Éprouvée en clinique, elle déloge plus de plaque

- **61%** PLUS de plaque que la soie Glide® Mint¹
- **54%** PLUS de plaque que la soie Oral-B® SATINFloss®²

Le secret est dans sa conception

256 filaments de polymère sont réunis en un fil de soie qui gobe la plaque et qui résiste à l'effilochage. Ce mode de conception breveté permet à la soie de s'aplatir quand on la tire, pour nettoyer une plus grande surface dentaire et faciliter l'insertion entre les dents rapprochées.

Et quel bon goût !

Chaque glissement de la soie Clean Burst^{MC} entre les dents fait éclater une intense saveur de menthe glacée. Cette sensation agréable de saveur incitera vos patients à utiliser la soie dentaire tous les jours.

La soie dentaire Johnson & Johnson REACH® Clean Burst^{MC} – la meilleure des soies à recommander à vos patients.



Avant, il y avait la soie dentaire, maintenant il y a

Johnson & Johnson
REACH®

**Clean
Burst**
TM/MC

Pour obtenir de la soie dentaire REACH® Clean Burst^{MC} pour votre bureau ou votre clinique, communiquez avec votre distributeur local.

Questions ? Communiquez avec nous en composant le 1-866-565-3567

¹ Harris M, Mackay H, *et al.*, Effectiveness of Johnson & Johnson REACH® Clean Burst™ vs. GLIDE® Mint Floss in Reducing Plaque, *Journal of Dental Research*, Vol. 82, édition spéciale B, juin 2003.

² Harris M, Hardie-Muncy D, *et al.*, Effectiveness of Johnson & Johnson REACH® Clean Burst™ vs. Oral-B® SATIN FLOSS™ in Reducing Plaque, données en dossiers, Johnson & Johnson Inc., 2003.

Clinical and Radiographic Features of Chronic Monostotic Fibrous Dysplasia of the Mandible

(Caractéristiques cliniques et radiographiques de la dysplasie fibreuse monostotique chronique du maxillaire inférieur)

• Steven R. Singer, DDS •
 • Muralidhar Mupparapu, DMD, MDS •
 • Joseph Rinaggio, DDS, MS •

S o m m a i r e

Cet article décrit une dysplasie fibreuse chronique non traitée du maxillaire inférieur chez un homme de 40 ans, en insistant sur les résultats radiographiques. Selon les auteurs, il s'agirait du premier cas du genre décrit dans la littérature. À l'intérieur de cette lésion mandibulaire mature, une vaste radiotransparence a été observée, celle-ci évoquant un kyste osseux simple. Le patient ne ressentait aucun symptôme directement relié à la lésion mandibulaire. Divers aspects du diagnostic, de l'apparence radiographique et du diagnostic différentiel sont examinés. Ces renseignements seront utiles à tous les dentistes, spécialistes en chirurgie buccale et maxillofaciale, médecins et autres fournisseurs de soins, pour reconnaître l'aspect des lésions fibro-osseuses chroniques.

Mots clés MeSH : *diagnosis, differential; fibrous dysplasia of bone; mandibular diseases/diagnosis*

© J Can Dent Assoc 2004; 70(8):548-52
 Cet article a été révisé par des pairs.

Fibrous dysplasia is a disturbance of bone metabolism that is classified as a benign fibro-osseous lesion. Fibrous connective tissue containing abnormal bone replaces normal bone. The etiology of fibrous dysplasia is unknown. The radiographic appearance of the irregularly shaped trabeculae aids in the differential diagnosis. Occurring most commonly in the second decade of life, the lesions of fibrous dysplasia can be surgically recontoured for esthetic or functional purposes once they become dormant.¹

Case Report

A 40-year-old man was referred for panoramic radiography to the oral and maxillofacial radiology clinic at the New Jersey Dental School in Newark by the emergency clinic in the medical centre at the same institution. The patient, a cab driver, initially complained of pain in his back, neck and shoulder radiating to the jaws. The patient reported that clinically evident expansion of his left mandible (**Fig. 1**) had been present for at least 20 years. The clinical examination revealed that the expansion of the left mandible was diffuse and bony hard. There were no apparent changes in the skin or the intra-oral mucosa adjacent to the swelling. When the patient

presented to the medical centre earlier, extraoral plain film radiographs had been obtained, including a posteroanterior (PA) view, a lateral oblique view of the left mandible and reverse Towne views (**Fig. 2**), and these radiographs were available to the radiology clinic through the hospital's Web-based Picture Archiving and Communication System.

However, the existence of the skull films was not known at the time of the patient's presentation to the radiology clinic, and the requested panoramic radiograph was obtained (**Fig. 3**). A high panoramic view (**Fig. 4**) was subsequently obtained to visualize the most superior extent of the lesion, which was not visible on the primary panoramic film (**Fig. 3**). The panoramic projections revealed diffuse enlargement of the left mandible, extending from the left canine area to the condyle and encompassing the inferior border, the alveolar crest, the ramus and the coronoid process. The anterior border of the lesion appeared reasonably well demarcated because of superimposition of the lesion over adjacent normal bone. Radial expansion of the lesion was evident on the panoramic, PA, cephalometric and reverse Towne views, and the lesion obliterated the cortical bone along the inferior border of the mandible. In fact, the inferior border of the mandible was entirely replaced by the

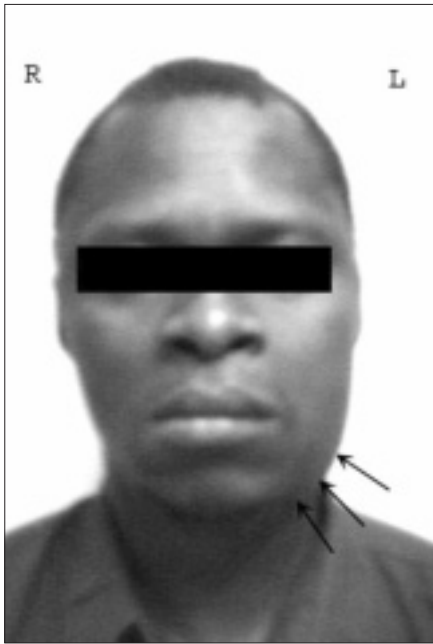


Figure 1: Photograph of the patient at the time of presentation. Arrows indicate the swelling of the left mandible.



Figure 2: Reverse Towne view demonstrating the extent of the lesion in the buccolingual and inferio-superior dimensions.



Figure 3: Panoramic view showing the anteroposterior and inferior extent of the lesion. The superiormost extent of the lesion is not visible.



Figure 4: High panoramic view capturing the remodelled neck of the condyle and the coronoid processes of the mandible.

lesion. The posterior mandibular teeth on the affected side were displaced superiorly, and the lesion had evidently altered occlusion. Although the head of the condyle appeared to have relatively normal morphology, the neck of the condyle and the coronoid process were entirely involved by the lesion.

Internally, the bulk of the lesion had a mixed radiopaque-radiolucent texture with an altered trabecular pattern. In the centre of the lesion, there was a diffuse radiolucent area about 3 cm x 3 cm surrounded by a hyperostotic rim. This area appeared less ossified than the surrounding areas of the lesion.

The patient was eventually referred to the oral and maxillo-facial surgery department at the university hospital for management, where the attending surgeon prescribed a computed tomography (CT) examination. The axial CT

images confirmed the unilocular radiolucency within the bony lesion located posteroinferiorly within the body of the mandible. With the bone window setting, the lesion appeared roughly round with regular borders and no ossified contents. The majority of the central core had a density consistent with soft tissue (**Fig. 5**). Coronal CT confirmed expansion of the ramus in the mediolateral plane (**Fig. 6**). The bone morphology of the functional portion of the head of the condyle appeared relatively unaltered. Although biopsy was contemplated, the patient refused any further investigative procedures or treatment for the mandibular lesion. He requested treatment for his presenting complaint only, which was unrelated to the mandibular lesion.

Because the patient's initial complaint was the radiating

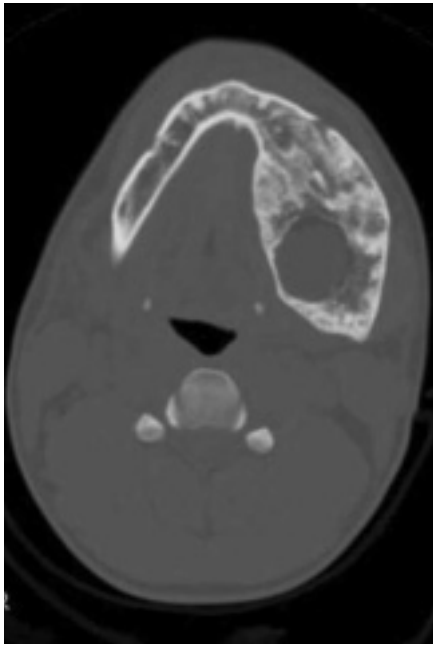


Figure 5: Axial computed tomography view of the mandible (bone window setting). The centre of the lesion is radiolucent.

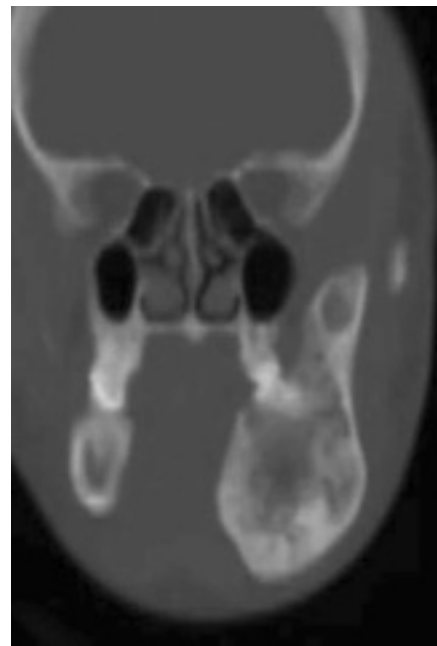


Figure 6: Coronal computed tomography view of the mandible (bone window setting) demonstrating the unaffected right mandible as well as the affected left mandible.

pains from his back and shoulder to the jaws, he was treated symptomatically for his musculoskeletal condition of postural origin, possibly related to his occupation as a taxi driver. He was discharged with an appointment for follow-up regarding his musculoskeletal problem.

Discussion

Fibrous dysplasia is a developmental anomaly in which normal bone is replaced with fibrous connective tissue. As the lesion matures, the fibrous connective tissue is replaced with irregularly patterned trabecular bone.¹ Fibrous dysplasia is a localized abnormality, which can involve one (monostotic) or multiple (polyostotic) bones. A recent study described various forms of fibrous dysplasia occurring within a Hong Kong population.² The forms were distributed as follows: 74% monostotic, 13% polyostotic and 13% craniofacial.² The monostotic form generally occurs during the second decade of life and becomes dormant by the third decade. Hormonal changes, such as those seen in pregnancy, can reactivate a dormant lesion.² The craniofacial form of fibrous dysplasia can be diffuse and may involve multiple bones. When the anatomic spaces and foramina are constricted because of encroachment of the lesions, the patient may experience a variety of symptoms, including headaches, loss of vision, proptosis, diplopia, loss of hearing, anosmia, nasal obstruction, epistaxis, epiphora and symptoms mimicking sinusitis.³

With initial development of fibrous dysplasia the patient usually reports facial swellings and asymmetries. Although the lesion is usually asymptomatic, encroachment on canals and foramina, as well as limitations of movement, may engender complaints of pain and discomfort. In general, males and

females are thought to be affected evenly, although recent research has shown a slight female preponderance.² However, McCune-Albright syndrome, a form of polyostotic fibrous dysplasia associated with café-au-lait pigmentation and multiple endocrinopathies such as precocious puberty, pituitary adenoma or hyperthyroidism, almost always affects females.¹

The lesions of fibrous dysplasia are twice as common in the maxilla as the mandible, and the posterior aspects of the jaw are more frequently affected than the anterior. Treatment usually involves bony recontouring at the affected site to improve esthetics and function. Recurrence is rare in adults, but the lesions can show surprising growth potential if they are surgically altered during their active growth phase.¹ Other lesions to be considered in the differential diagnosis include inflammatory lesions, fibro-osseous lesions, and benign and malignant neoplasms.⁴

In a systematic review of previous studies of fibrous dysplasia, McDonald-Jankowski² determined that a greater proportion of females than males were affected and that the maxilla is the most common facial bone affected.² The most common presenting complaints were swelling in 94% of reported cases and pain in 15%.²

The case described here is unusual because the patient reported that the lesion had been present, without surgical intervention, for more than 20 years. In addition, the radiographic appearance of the internal architecture of the lesion was not consistent with the common descriptions of fibrous dysplasia, which typically refer to a salt-and-pepper, orange peel, ground glass or thumb print appearance.¹ The trabecular pattern appeared irregular and thickened, with no discernible orientation. Radiolucent lesions resembling cysts

occasionally occur in mature lesions of fibrous dysplasia.⁵ These bone cavities are analogous to simple bone cysts.¹ Such a bone cavity was present in this case.

In McDonald-Jankowski's study, the most common radiographic presentation of fibrous dysplasia was a poorly defined, ovoid (fusiform) area of dysplastic bone exhibiting a ground glass appearance.² In fibrous dysplasia of the mandible, the mandibular canal may be displaced either inferiorly or superiorly. Petrikowski and others⁶ suggested that upward displacement of the mandibular canal may be unique to fibrous dysplasia and could be pathognomonic. In the case presented here, the mandibular canal appeared to have been repositioned inferiorly. Although the borders of fibrous dysplasia are known to be ill-defined,¹ they can appear well defined in panoramic and plain skull films (as in this case) if the border of the expansile portion of the lesion is superimposed over the mandible (**Fig. 5**). Loss of lamina dura due to replacement of normal bone may be one of the diagnostic signs of fibrous dysplasia.⁶ In chronic cases, the lesion tends to become increasingly more radiopaque.

The literature suggests that fibrous dysplasia in women can be reactivated during pregnancy.⁷⁻¹⁰ This association is more commonly seen with the polyostotic form. Cystic lesions resembling aneurysmal bone cysts have been noted in association with the monostotic form.¹¹

Panoramic, reverse Towne, PA and lateral skull views are often adequate to visualize lesions in the mandible. It is desirable to have at least 2 images, exposed at right angles, to assess the extent of the lesion in all dimensions. Because of the complexity of the anatomy, CT is helpful for assessing lesions in the maxilla.^{2,3,12}

Differential diagnosis of the initial radiolucent stage must include the following: central ossifying fibroma (COF), central giant cell granuloma (CGCG), aneurysmal bone cyst, osteomyelitis and early fibro-osseous lesions.¹³ Because these lesions represent a variety of disease processes with different behaviours, including infection and endocrine dysfunction, prompt diagnosis incorporating clinical, radiographic and, occasionally, histologic findings, is essential.

COF is a benign neoplasm that commonly has a radiographic and histological appearance similar to that of fibrous dysplasia.¹⁴ Tissue sections of COF show a cellular or sclerotic fibrous connective tissue stroma containing numerous osseous trabeculae of various sizes associated with prominent osteoblasts.¹⁵ A mixture of lamellar and woven bone is typically seen. Often, there are also scattered ovoid calcifications that resemble cementum. In contrast to fibrous dysplasia, a well-defined capsule occasionally surrounds the lesion. Radiographically, a well-defined margin is consistent with COF, whereas the margins of fibrous dysplasia tend to merge with the surrounding normal bone. On occasion, a sclerotic border, absent from fibrous dysplasia, is also seen in COF. COF occurs mostly in the third and fourth decades of life, whereas fibrous dysplasia is most often discovered in the second decade. COF is more common in the mandible, tends to occur in anterior regions and is smaller in size, whereas fibrous dysplasia is more

common in the posterior maxilla, and the lesions tend to be larger. Both lesions tend to expand the bone cortex.⁹

Differentiation of these 2 lesions is critical because the treatment protocols are quite different. COF, although benign, must be enucleated due to its potential to recur. Fibrous dysplasia is generally self-limiting and does not require treatment except for cosmetic reasons, pain, discomfort or impaired function.² If undertaken, the treatment, consisting of recontouring or resection, should be postponed until after cessation of skeletal growth, since early treatment may accelerate growth of the lesion.

Early-stage fibrous dysplasia should also be differentiated from CGCG, which more commonly appears in the anterior mandible, results in generally painless expansion of bone and appears radiographically as unilocular or multilocular radiolucent defects with well-delineated, noncorticated margins.⁹

Fibrous dysplasia may also mimic Paget's disease of bone on clinical examination, particularly if a patient with fibrous dysplasia does not present until later in life. In addition to the predilection of Paget's disease for an older population, certain radiographic and clinical features help to distinguish this lesion from other radiographically similar lesions. These features include thickening of the cortices, cotton wool appearance of the involved bone and increased blood levels of alkaline phosphatase.¹ The most useful clinical feature for distinguishing Paget's disease from fibrous dysplasia is that the former tends to occur bilaterally in the jaws, whereas the latter affects only one side. Histologically, Paget's disease exhibits many osseous trabeculae with prominent reversal lines showing simultaneous osteoblastic and osteoclastic activity.¹⁰ The affected bone resides within a well-vascularized fibrous connective tissue stroma.

Although osteomyelitis demonstrates sequestra in the later stages, it may resemble fibrous dysplasia in the early stages, especially if there is associated swelling. Usually, inflammatory signs and the presence of draining sinus tracts are indicative of osteomyelitis. Periosteal new bone, manifesting as one or more laminations occurring parallel to the outline of the jaw, often occurs in osteomyelitis affecting young patients and is a useful indicator of the condition. Osteomyelitis may occur secondary to odontogenic infections of pulpal origin, although hematogenous spread from distant sites has also been reported. Once the offending tooth has been treated, the lesion often resolves spontaneously.⁹ Chronic osteomyelitis superimposed on fibrous dysplasia can mimic a malignant lesion even when advanced imaging studies like magnetic resonance imaging (MRI) are utilized. Chang and others⁴ described a 6-year-old girl who presented with local pain over the right chin after severe trauma. The lesion was originally diagnosed as chronic osteomyelitis, but after failure of antibiotic treatment, a malignant bone tumour was suspected on the basis of imaging studies including MRI. Fibrous dysplasia of the mandible in association with chronic osteomyelitis was confirmed in this case by repeat biopsy one year after initial onset. Reasons for the delay in diagnosis in this case might have included the similar clinical and radiographic characteristics of fibrous dysplasia of the mandible and chronic osteomyelitis; also, the initial biopsy was not performed at the appropriate site.⁴

Diffuse sclerosing osteomyelitis (DSO) is a sequela of chronic jaw infection and inflammation. It presents radiographically as an ill-defined radiopacity, often encompassing large areas of bone, which may exhibit small radiolucent zones.¹⁶ The affected bone does not show expansion unless the infection involves the cortical plate, which may induce a periosteal reaction. Histologically, DSO demonstrates sclerotic bone showing alternating areas of apposition and resorption. Between the bone trabeculae lies fibrous connective tissue infiltrated by chronic inflammatory cells. Fibrous dysplasia can often be differentiated from osteosarcoma on the basis of radiographic appearance.⁶ The radiographic features of osteosarcoma are orthoradial striations, destruction of cortices with an outgrowth of the soft-tissue component, generalized widening of the periodontal ligament spaces and destruction of the lamina dura. Histopathologic examination of the bone is indicated in all cases where DSO or osteosarcoma is suspected.

Although there was no compelling indication to seek a biopsy in the case described here, any sudden change in the clinical presentation or behaviour of the lesion might warrant further investigation. ♦



Le Dr Singer est professeur agrégé, Département des sciences diagnostiques, École de médecine dentaire du New Jersey, Université de médecine et de médecine dentaire du New Jersey, Newark (New Jersey).



Le Dr Mupparapu est professeur agrégé et directeur, Division de la radiologie buccale et maxillofaciale, Département des sciences diagnostiques, École de médecine dentaire du New Jersey, Université de médecine et de médecine dentaire du New Jersey, Newark (New Jersey).



Le Dr Rinaggio est professeur adjoint, Département des sciences diagnostiques, École de médecine dentaire du New Jersey, Université de médecine et de médecine dentaire du New Jersey, Newark (New Jersey).

Écrire au : Dr Steven R. Singer, Department of Diagnostic Sciences, Room D-860, UMDNJ New Jersey Dental School, 110 Bergen St., Newark, NJ 07101-1709. Courriel : singerst@umdnj.edu.

Les auteurs n'ont aucun intérêt financier déclaré.

Références

1. White SC, Pharoah MJ. Oral radiology. Principles and interpretation. 5th ed. St. Louis (MO): Mosby Inc; 2004. p. 485–515.
2. McDonald-Jankowski D. Fibrous dysplasia in the jaws of a Hong-Kong population: radiographic presentation and systematic review. *Dentomaxillofac Radiol* 1999; 28(4):195–202.
3. Barat M, Rybak LP, Mann JL. Fibrous dysplasia masquerading as chronic maxillary sinusitis. *Ear Nose Throat J* 1989; 68(1):44–6.
4. Chang CY, Wu KG, Tiu CM, Hwang B. Fibrous dysplasia of mandible with chronic osteomyelitis in a child: report of one case. *Acta Paediatr Taiwan* 2002; 43(6): 354–7.
5. Langlais RP, Langland OE, Nortje CJ. Diagnostic imaging of the jaws. Baltimore (MD): Williams & Wilkins; 1995. p. 583–8.
6. Petrikowski CG, Pharoah MJ, Lee L, Grace M. Radiographic differentiation of osteogenic sarcoma, osteomyelitis and fibrous dysplasia of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod* 1995; 80(6):744–50.
7. Henry A. Monostotic fibrous dysplasia. *J Bone Joint Surg* 1969; 51(2):300–6.
8. Gallagher PJ. Osteo articular connective tissue disease. In: Underwood JC, editor. General and systemic pathology. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1996. p. 797.
9. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Philadelphia (PA): Saunders; 2002. p. 553–6.
10. Ankrom MA, Shapiro JR. Paget's disease of bone (osteitis deformans). *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(8):1025–33.
11. Mintz MC, Dalinka MK, Schmidt R. Aneurysmal bone cyst arising in fibrous dysplasia during pregnancy. *Radiology* 1987; 165(2):549–50.
12. Mendelsohn DB, Hertzanu Y, Cohen M, Lello G. Computed tomography of craniofacial fibrous dysplasia. *J Comput Assist Tomogr* 1984; 8(6):1062–5.
13. Revel MP, Vanel D, Sigal R, Lubinski B, Michel G, Legrand I, Masselot J. Aneurysmal bone cysts of the jaws: CT and MR findings. *J Comput Assist Tomogr* 1992; 16(1):84–6.
14. Lerda W, Magnano M, Ferraris R, Gerri F, Motta M, Bongioannini G. Differential diagnosis in fibro-osseous lesions of facial bones: report of a case of ossifying fibroma and review of literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2002; 22(5):295–300.
15. Sloomweg PJ. Maxillofacial fibro-osseous lesions: classification and differential diagnosis. *Semin Diagn Pathol* 1996; 13(2):104–12.
16. Groot RH, van Merkesteyn JP, Bras J. Diffuse sclerosing osteomyelitis and florid osseous dysplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 81(3):333–42.



*Has been shown to cause patients to brush longer.^{†‡}

To order, visit dentalcare.com/canada and reference promotion code: JCDA

Crest Healthy-Looking, Beautiful Smiles For Life



[†] In a 2-week, blinded, paired comparison, US consumer use study of adults interested in new flavors and brushing experiences beyond regular mint toothpaste, patients brushed almost 9 seconds (about 8%) longer with Crest Whitening Expressions than with their current mint toothpaste, according to a weighted average of all Whitening Expressions variants.

[‡] Crest Whitening Expressions fights cavities.

Reference: 1. Data on file, Procter & Gamble.

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 donne une mise à jour sur la prise en charge des atteintes de la furcation. Les articles ont été choisis par le Dr Ignacio Christian Marquez, professeur adjoint à la Division de parodontie, Faculté de médecine dentaire, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse).

Commentaire

Régénération parodontale dans les cas d'atteintes de la furcation — Résumés d'essais contrôlés randomisés

Ignacio Christian Marquez, DDS, MSc

Toutes les disciplines de la santé s'appuient sur la recherche pour approfondir leurs connaissances des processus pathologiques et valider les nouvelles approches thérapeutiques, lesquelles sont rapportées dans la littérature de différentes façons, notamment sous forme d'études de cas ou de séries de cas. Bien que ces cas fournissent souvent des données préliminaires sur une nouvelle approche thérapeutique, l'essai contrôlé randomisé (ECR) est l'outil de recherche clinique qui a la plus grande validité. L'ECR exige la répartition aléatoire des patients entre un groupe de traitement et un groupe témoin et permet de mener l'étude à l'aveugle et de préserver ainsi l'anonymat des 2 groupes de patients.

Les études de cas choisies ce mois-ci sont toutes des ECR. Les articles portent sur la prise en charge des atteintes de la furcation, lesquelles sont fréquentes en pratique clinique. La furcation fait référence à la zone où se séparent les racines d'une dent pluriradiculaire. Lorsque le soutien parodontal d'une dent est normal, les furcations sont habituellement fermées et l'attache parodontale est intacte, de sorte qu'il est impossible d'y introduire un instrument parodontal. Cependant, chez les patients souffrant de maladies parodontales, l'exposition des furcations peut s'accroître à mesure que la maladie évolue. Or, l'atteinte de la furcation peut compromettre la rétention de la dent, car il est difficile pour le patient de nettoyer ces zones. Auparavant, le traitement des atteintes de la furcation faisait appel principalement à l'odontoplastie ou, si l'atteinte de la furcation était grave, on procédait alors à une résection ou amputation de la racine.

En 1976, des chercheurs ont émis l'hypothèse voulant que le type de réponse obtenue (réparation ou régénération) dépendait du type de tissu prédominant dans une plaie en voie de guérison, après une chirurgie parodontale¹. Une des premières techniques de régénération parodontale, basée sur des fondements scientifiques, consistait à mettre en place une membrane en position apicale par rapport au lambeau mucopériosté repositionné^{2,3}, cette membrane ayant pour but de prévenir l'invasion

épithéliale et de favoriser le comblement de l'atteinte par la prolifération des cellules du tissu conjonctif. Dans des conditions idéales, cette approche devait donner lieu à une régénération de l'ensemble du complexe parodontal (os alvéolaire, ligament parodontal et cément), un phénomène désigné sous le nom de régénération tissulaire guidée (RTG). Une variété de membranes non résorbables^{4,5} et résorbables^{6,7} ont été étudiées en regard de leur capacité à promouvoir la régénération. De nos jours, les techniques de régénération font partie des options de traitement offertes pour les atteintes intra-osseuses et les atteintes de la furcation; les chances de réussite sont basées sur l'évaluation appropriée de chaque site individuel.

Cependant, aujourd'hui encore, il demeure impossible d'obtenir de façon régulière une correction complète et prévisible des atteintes de la furcation. Un certain nombre de techniques de régénération ont cependant donné des résultats cliniques favorables, et certaines données laissent croire que les résultats obtenus avec les techniques de RTG sont meilleurs quand la technique est combinée à des greffes osseuses et à d'autres matériaux mis en place dans les atteintes. ♦

Références

1. Melcher AH. On the repair potential of periodontal tissues. *J Periodontol* 1976; 47(5):256-60.
2. Gottlow J, Nyman S, Lindhe J, Karring T, Wennstrom J. New attachment formation in the human periodontium by guided tissue regeneration. Case reports. *J Clin Periodontol* 1986; 13(6):604-16.
3. Nyman S, Gottlow J, Karring T, Lindhe J. The regenerative potential of the periodontal ligament. An experimental study in the monkey. *J Clin Periodontol* 1982; 9(3):257-65.
4. Cortellini P, Pini Prato G, Tonetti MS. Periodontal regeneration of human infrabony defects. I. Clinical measures. *J Periodontol* 1993; 64(4):254-60.
5. Cortellini P, Pini Prato G, Tonetti MS. Periodontal regeneration of human infrabony defects. II. Re-entry procedures and bone measures. *J Periodontol* 1993; 64(4):261-8.
6. Minabe M. A critical review of the biologic rationale for guided tissue regeneration. *J Periodontol* 1991; 62(3):171-9.
7. Garrett S. Periodontal regeneration around natural teeth. *Ann Periodontol* 1996; 1(1):621-66.

1 Quel est l'effet à long terme des membranes résorbables?

Cury PR, Sallum EA, Nociti FH, Sallum AW, Jeffcoat MK. Long-term results of guided tissue regeneration in the treatment of Class II furcation defects: a randomized clinical trial. *J Periodontol* 2003; 74(1):3-9.

Contexte

Il demeure impossible d'obtenir de façon régulière un comblement prévisible et à long terme des atteintes de la furcation. La présente étude avait pour but d'évaluer la stabilité des furcations de classe II traitées par RTG avec membrane résorbable, sur une période de 24 mois.

Méthodologie

Neuf patients présentant 2 atteintes de la furcation (classe II) bilatérales comparables ont été répartis au hasard entre un groupe d'essai (traitement par RTG) et un groupe témoin (parage par lambeau libre [PLL]). Tous les patients ont reçu des antibiotiques à action systémique pendant 2 semaines et devaient utiliser un rince-bouche à base de chlorhexidine pendant 8 semaines. Des mesures cliniques et des radiographies rétrocoronaires ont été prises au départ, puis 6, 12, 18 et 24 mois après la chirurgie. Les changements dans la hauteur de l'os ont été déterminés à l'aide de radiographies de soustraction.

Résultats

Une amélioration sensible a été observée chez les 2 groupes (RTG et PLL) après le traitement. Cependant, aucune différence n'a été observée entre les 2 groupes, pour ce qui est de la réduction de la profondeur au sondage ou du gain d'attache sur le plan vertical, bien que les gains d'attache sur le plan horizontal aient été supérieurs dans le groupe RTG ($p < 0,03$). De même, l'analyse radiographique a indiqué une amélioration sensible de la hauteur de l'os sur le plan horizontal chez le groupe RTG, durant la période de 24 mois (la hauteur de l'os dans le groupe PLL est demeurée stable durant cette période).

Importance clinique

Les données de cette étude laissent croire que la RTG pourrait améliorer le niveau d'attache clinique, de même que la stabilité des résultats dans le temps, et pourrait même favoriser le comblement complet de certaines lésions. ♦

2 Quelle est la stabilité des résultats à long terme après une chirurgie par RTG avec membranes non résorbables ou résorbables?

Eickholz P, Kim TS, Holle R, Hausmann E. Long-term results of guided tissue regeneration therapy with non-resorbable and bioabsorbable barriers. I. Class II furcations. *J Periodontol* 2001; 72(1):35-42.

Contexte

La RTG à l'aide de membranes barrières est une technique de reconstruction qui peut être utilisée pour traiter diverses lésions parodontales. Cette étude de suivi sur 5 ans compare l'utilisation de membranes non résorbables et résorbables pour la correction d'atteintes de la furcation de classe II.

Méthodologie

Neuf patients présentant des atteintes de la furcation controlatérales (classe II) ont été traités. Le traitement a été réparti de façon aléatoire, une atteinte étant traitée à l'aide d'une membrane non résorbable (témoin : polytétrafluoroéthylène expansé [PTFE-e]) et l'autre avec une membrane barrière résorbable (témoin : polyglactine 910). Les paramètres cliniques et des radiographies normalisées ont été obtenus au départ, puis 6 et 60 ± 3 mois après la chirurgie. L'augmentation de la densité osseuse dans les zones de la furcation a été évaluée à l'aide de radiographies de soustraction.

Résultats

Des gains d'attache statistiquement significatifs ($p < 0,05$)

ont été observés sur le plan horizontal, 6 et 60 mois après la RTG, à la fois chez le groupe témoin (6 mois : $1,7 \pm 0,8$ mm; 60 mois : $1,6 \pm 1,2$ mm) et le groupe expérimental (6 mois : $2,0 \pm 0,7$ mm; 60 mois : $2,2 \pm 0,9$ mm). Cependant, 5 ans après la chirurgie, 1 furcation qui avait été traitée par RTG avec membrane résorbable, et qui avait été qualifiée de furcation de classe I après 6 mois, était devenue une furcation de classe III, alors que le gain d'attache horizontal, qui avait été observé 6 mois après la chirurgie sur une autre furcation traitée avec une membrane en PTFE-e, avait disparu. Les gains 6 et 60 mois après la chirurgie ont été similaires chez les 2 groupes.

Importance clinique

Après 5 ans, des gains d'attache stables sur le plan horizontal ont été observés pour 16 des 18 atteintes. Les particularités du patient, notamment la consommation de tabac, l'observation des normes d'hygiène buccodentaire, les facteurs génétiques et la présence ou non du diabète, ainsi que certains facteurs spécifiques du siège de la chirurgie, ont semblé influencer la stabilité des gains. ♦

3 Quel est l'effet d'un traitement antimicrobien intensif chez les fumeurs devant subir une chirurgie de régénération parodontale?

Machtei EE, Oettinger-Barak O, Peled M. Guided tissue regeneration in smokers: effect of aggressive anti-infective therapy in Class II furcation defects. *J Periodontol* 2003; 74(5):579–84.

Contexte

Le potentiel de régénération par RTG est réduit chez les fumeurs. Cette étude avait pour but d'évaluer un nouveau protocole axé principalement sur l'administration d'un traitement anti-infectieux aux fumeurs devant subir une RTG.

Méthodologie

Trente-huit fumeurs adultes souffrant de parodontite chronique ont été répartis au hasard entre un groupe expérimental (GE) et un groupe témoin (GT). Les paramètres parodontaux cliniques de base ont été notés, et les furcations ont été traitées par RTG. Une membrane a été mise en place, et un gel de métronidazole à 25 % a été appliqué sur la surface extérieure de la membrane (GE seulement), puis les lambeaux ont été remis en place. Après la chirurgie, on a demandé aux patients de se rincer la bouche 2 fois par jour avec du gluconate de chlorhexidine à 0,2 % pendant 1 semaine (GT), ou pendant toute la durée pendant laquelle la membrane est demeurée en place (GE), et de prendre de la doxycycline (1 × 100 mg/jour) pendant 1 semaine (GT), ou pendant 6 à 8 semaines (GE), ainsi que de l'ibuprofène (3 × 400 mg/jour) pendant 7 jours. Au début, les visites de prophylaxie ont eu lieu une fois par semaine (GE) ou aux 2 semaines (GT). Durant les visites du GE, du métronidazole a été appliqué sur les rebords gingivaux libres et/ou sur la membrane exposée.

Après le retrait de la membrane (6 à 8 semaines après la chirurgie), le taux de croissance de nouveau tissu a été noté. Les patients ont ensuite été suivis sur une base mensuelle (GE) ou trimestrielle (GT), par mesure préventive et d'hygiène buccodentaire. Les paramètres au moment de la réentrée chirurgicale ont été mesurés après 12 mois.

Résultats

Un an après la chirurgie, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les 2 groupes quant à la réduction de la profondeur au sondage ou au niveau d'attache horizontal, mais le gain d'attache sur le plan vertical a été beaucoup plus marqué chez le GE. Une comparaison entre la croissance tissulaire au moment du retrait de la membrane et la formation osseuse éventuelle, 1 an après la chirurgie, a révélé des changements moins marqués chez le GE que chez le GT, des résultats statistiquement significatifs étant rapportés en ce qui a trait aux mesures prises dans la portion distale et au milieu de la dent, ainsi que pour la dent moyenne.

Importance clinique

La combinaison du protocole anti-infectieux et de la RTG a donné de meilleurs résultats que la RTG seule. Les auteurs recommandent donc d'allier un traitement anti-infectieux à la RTG, chez les fumeurs. ♦

4 Quel est l'effet d'une greffe composite combinée à une membrane résorbable?

Setya AB, Bissada NF. Clinical evaluation of the use of calcium sulfate in regenerative periodontal surgery for the treatment of Class III furcation involvement. *Periodontol Clin Investig* 1999; 21(2):5–14.

Contexte

On comprend mal les facteurs qui ont une incidence sur le résultat des traitements régénérateurs des atteintes de la furcation. La présente étude avait pour but d'évaluer l'efficacité clinique d'une greffe composite comme traitement de remplacement pour corriger ces atteintes.

Méthodologie

Vingt-quatre atteintes de la furcation (classe III) chez 7 patients ont été réparties au hasard entre, d'une part, un groupe expérimental traité au moyen d'un greffon composite (os déminéralisé lyophilisé et hyclate de doxycycline combinés à une membrane résorbable de sulfate de calcium) mis en place dans la zone de furcation et recouvert d'une membrane sur les faces buccale et linguale et, d'autre part, un groupe témoin traité uniquement par parage chirurgical. Les indices parodontaux cliniques ont été mesurés au départ, et des mesures

linéaires et volumétriques des atteintes ont été prises durant la chirurgie. Les mesures au moment de la réentrée ont été prises à 12 mois.

Résultats

Des gains d'attache clinique appréciables ($p < 0,05$) ont été observés chez le groupe expérimental, mais non chez le groupe témoin, lequel a également présenté une récession gingivale plus marquée ($p < 0,05$). Le comblement vertical et volumétrique a aussi été beaucoup plus marqué ($p < 0,05$) chez le groupe expérimental.

Importance clinique

Le greffon composite combiné à la membrane résorbable peut avoir un effet plus favorable que le parage seul pour le traitement des atteintes de la furcation. ♦

Obtient-on de meilleurs résultats cliniques en combinant diverses techniques de régénération parodontale?

5

Lekovic V, Camargo PM, Weinlaender M, Vasilic N, Aleksic Z, Kenney EB. Effectiveness of a combination of platelet-rich plasma, bovine porous bone mineral and guided tissue regeneration in the treatment of mandibular grade II molar furcations in humans. *J Clin Periodontol* 2003; 30(8):746–51.

Contexte

Certaines données laissent croire que la combinaison de différentes techniques de régénération parodontale donnerait de meilleurs résultats pour le traitement des anomalies intra-osseuses. Cette étude avait pour but d'évaluer l'utilisation combinée du plasma riche en plaquettes (PRP), du contenu minéral d'os bovin poreux (BPBM) et de la régénération tissulaire guidée (RTG), pour le traitement d'atteintes de la furcation.

Méthodologie

Cette étude a été menée selon un plan par quadrant buccal. Cinquante-deux atteintes de la furcation (classe II) des molaires inférieures ont été traitées par PRP/BPBM/RTG (groupe expérimental, $n = 26$) ou parage par lambeau libre (groupe témoin, $n = 26$). Les résultats ont été évalués en fonction de la profondeur au sondage, du niveau d'attache

clinique et de la hauteur horizontale et verticale de l'os au départ, puis 6 mois après la chirurgie.

Résultats

La réduction de la profondeur au sondage a été nettement plus marquée chez le groupe soumis au traitement combiné ($4,07 \pm 0,33$ mm) que chez le groupe témoin ($2,49 \pm 0,38$ mm), et des observations similaires ont été rapportées relativement aux gains d'attache clinique ($3,29 \pm 0,42$ mm contre $1,68 \pm 0,31$ mm) et au comblement vertical ($2,56 \pm 0,36$ mm contre $-0,19 \pm 0,2$ mm) et horizontal ($2,28 \pm 0,33$ mm contre $0,08 \pm 0,02$ mm).

Importance clinique

Les résultats de cette étude montrent que la combinaison PRP/BPBM/RTG constitue un traitement régénérateur efficace dans le cas d'atteintes des furcations. ♦

Obtient-on de meilleurs résultats cliniques lorsqu'un facteur de croissance humain dérivé des plaquettes est combiné à de l'os allogène?

6

Nevins M, Camelo M, Nevins ML, Schenk RK, Lynch SE. Periodontal regeneration in humans using recombinant human platelet-derived growth factor-BB (rhPDGF-BB) and allogenic bone. *J Periodontol* 2003; 74(9):1282–92.

Contexte

La combinaison de facteurs de croissance tissulaire à d'autres techniques de régénération pourrait offrir une approche thérapeutique valable. Cette étude avait pour but d'évaluer le potentiel de régénération du facteur de croissance recombinant humain dérivé des plaquettes (rhPDGF-BB) incorporé à une allogreffe osseuse, pour le traitement des atteintes de la furcation de classe II.

Méthodologie

Au total, 15 atteintes de la furcation (classe II) ont été traitées chez 9 patients souffrant de parodontite chronique avancée, dont 11 ont été choisies au hasard pour être traitées par rhPDGF-BB. Après la mise en place du lambeau par voie chirurgicale et conditionnement des racines, ces atteintes ont été comblées à l'aide d'une allogreffe d'os lyophilisé et déminéralisé saturée avec du rhPDGF-BB. Les 4 autres atteintes interproximales ont été traitées au moyen d'un greffon vendu dans le commerce (os bovin anorganique dans du collagène) et d'une membrane faite d'une double couche de

collagène. Les indices cliniques et radiographiques ont été notés au départ, puis 9 mois après la chirurgie. Les spécimens histologiques ont été évalués en fonction de la régénération parodontale.

Résultats

Dans le cas des atteintes traitées par la combinaison rhPDGF-BB/allogreffe, la profondeur au sondage a été réduite en moyenne de $3,40 \pm 0,55$ mm ($p < 0,001$) sur le plan horizontal et de $4,00 \pm 1,58$ mm ($p < 0,005$) sur le plan vertical, et le gain d'attache clinique a été de $3,2 \pm 2,17$ mm ($p < 0,030$). Une régénération parodontale a aussi été observée sur toutes les atteintes de la furcation traitées avec le rhPDGF-BB.

Importance clinique

Selon les auteurs, l'utilisation de rhPDGF-BB purifié, combiné à une allogreffe osseuse, pourrait favoriser une régénération parodontale dans les cas d'atteintes de la furcation (classe II) et d'atteintes intra-osseuses interproximales. ♦

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 ont été fournies par David R. Farkoub, BSc(Hons), DMD, MSc(Paedo). 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 les jeunes enfants devraient-ils être installés dans le fauteuil dentaire, pour un examen et un traitement dentaires en toute sécurité?

Durant un examen et un traitement dentaires, il est primordial que l'enfant soit bien placé dans le fauteuil, afin de permettre l'exécution, en toute maîtrise, d'un examen et d'un traitement sécuritaires et efficaces, tout en évitant les blessures à l'enfant, au dentiste, à l'assistante et au parent.

S'il s'agit d'un bébé ou d'un très jeune enfant, le parent peut être mis à contribution durant l'examen clinique. Ainsi, pour «l'examen sur oreiller», le parent et le dentiste s'assoient l'un en face de l'autre, genoux contre genoux. Le parent couche l'enfant sur ses genoux puis dépose la tête de l'enfant sur un oreiller placé sur les genoux du dentiste¹. Cette position offre une vue optimale de la cavité buccale de l'enfant, à la fois pour le dentiste et le parent, et permet au parent d'immobiliser doucement l'enfant, au besoin (ill. 1).

L'examen sur oreiller est en revanche peu pratique pour les enfants d'âge scolaire, pour qui l'examen dans un fauteuil dentaire pour adultes peut également présenter des difficultés. De fait, en position assise ou en position couchée normale, la tête de l'enfant peut se trouver sous l'appuie-tête du fauteuil, de sorte que le dentiste sera dans une position peu idéale pour examiner ou traiter le patient (ill. 2a et 2b). Ce problème peut toutefois facilement être résolu, en remontant l'enfant qui se trouve en position couchée dans le fauteuil dentaire, de manière à ce que sa tête repose sur l'appuie-tête; le dentiste aura alors un angle de vue idéal pour obtenir une visualisation

optimale de la cavité buccale et une bonne stabilisation de la tête (ill. 3).

Comme le comportement des enfants chez le dentiste est parfois imprévisible, la stabilisation de la tête est essentielle pour que l'examen et le traitement dentaires se fassent en toute sécurité. Le dentiste peut immobiliser la tête de l'enfant en la plaçant entre son avant-bras et la partie latérale de sa poitrine, puis en exerçant une légère pression et en retenant le maxillaire inférieur avec sa main non dominante (ill. 4). Même s'il est important de bien immobiliser la tête pendant toute la durée de la visite, ceci est particulièrement important durant l'administration d'un anesthésique local ou l'utilisation d'une pièce à main haute vitesse.

Enfin, bien qu'il suffise de stabiliser la tête chez la plupart des enfants, certains exigent également une stabilisation des jambes et des mains. Pour ce faire, on peut demander au parent de s'asseoir de côté sur le fauteuil dentaire et de placer les jambes de l'enfant sur ses genoux (ill. 5). Le parent peut ainsi stabiliser les jambes de l'enfant pendant que le dentiste immobilise la tête. Quant aux mains de l'enfant, on peut demander à l'assistante ou au parent de les tenir, au besoin. ♦

Référence

1. Goepferd S. Examination of the infant and toddler. In: Pinkham JR, editor. Pediatric dentistry: infancy through adolescence. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1994. p. 181-90.



Illustration 1 : Bonne position de l'enfant, du parent et du dentiste, pour l'examen buccodentaire d'un bébé. Le parent tient l'enfant, dont la tête repose sur un oreiller.



Illustration 2a : Enfant en position assise, dans un fauteuil dentaire pour adulte. La tête de l'enfant se trouve bien en-dessous de l'appuie-tête.



Illustration 2b : Enfant en position couchée, dans un fauteuil dentaire pour adultes.

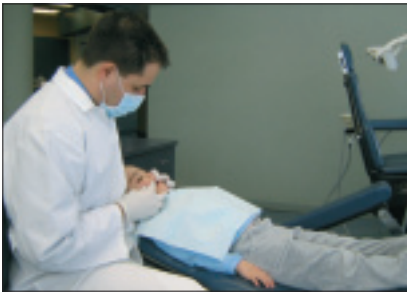


Illustration 3 : Bonne position de l'enfant dans un fauteuil dentaire pour adultes. Cette position permet au dentiste de bien stabiliser la tête de l'enfant et de bien voir la cavité buccale.

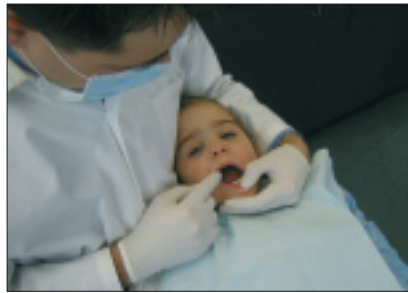


Illustration 4 : Bonne stabilisation de la tête durant la prestation de soins dentaires à un enfant.



Illustration 5 : Enfant en position couchée. Le dentiste assure une bonne stabilisation de la tête, pendant que le parent assis de côté dans le fauteuil dentaire retient les jambes de l'enfant.

Question 2

Comment devrais-je traiter une incisive primaire supérieure dont la couleur a été altérée à la suite d'un traumatisme?

Les incisives supérieures sont la cible de 90 % de tous les traumatismes dentaires¹. Borum et Andreasen² ont étudié 545 incisives primaires supérieures ayant subi un traumatisme, entre le moment du traumatisme jusqu'à l'âge de 10 ans : ils ont observé une altération de la couleur sur 52 % de ces dents. Ces auteurs décrivent 3 types d'altération, soit une coloration grise provisoire, une coloration grise permanente et une coloration jaune.

Une oblitération du canal radiculaire a été observée sur la plupart des incisives supérieures ayant une coloration grise provisoire, mais moins de 4 % de ces dents présentaient une nécrose pulpaire. En revanche, une nécrose pulpaire a été observée sur 66 % des incisives primaires affichant une coloration grise permanente. Ces résultats viennent appuyer l'hypothèse voulant que la coloration grise soit due à une hémorragie pulpaire causée par le traumatisme (ill. 1). Les pigments sanguins qui se déposent peuvent se résorber si la pulpe demeure vivante, mais il ne peut y avoir résorption s'il y a nécrose pulpaire. Borum et Andreasen² ont également noté que 34 % des incisives primaires supérieures affectées d'une coloration grise permanente n'ont jamais atteint le stade de nécrose pulpaire.

La coloration jaune sur une incisive supérieure ayant subi un traumatisme est étroitement liée à l'oblitération du canal radiculaire (81 % des cas), causée par le dépôt progressif de dentine le long des parois du canal radiculaire. Moins de 2 % de ces incisives ont présenté une nécrose pulpaire².

Borum et Andreasen² en concluent que l'altération de la couleur des incisives ayant subi un traumatisme ne constitue pas, à elle seule, un indicateur fiable de l'état de la pulpe.

Une radiographie occlusale ou périapicale du maxillaire supérieur est nécessaire pour évaluer l'état pulpaire d'une incisive dont la couleur a été altérée à la suite d'un traumatisme. Si l'altération de la couleur est la seule anomalie révélée par l'examen radiographique et buccal complet, un suivi clinique et radiographique régulier de l'incisive atteinte est

recommandé, afin de s'assurer qu'il n'y a pas nécrose pulpaire. Une radiographie occlusale supérieure devrait ainsi être prise lors des visites de suivi effectuées 1, 2 et 6 mois après le traumatisme³. Un examen radiographique annuel de la dent atteinte est également recommandé jusqu'à l'exfoliation de la dent. Enfin, si l'esthétique de la dent laisse à désirer, la surface buccale de l'incisive peut être recouverte d'une restauration en résine composite d'une couleur appariée.

Le traitement de l'incisive dont la couleur a été altérée est indiqué si l'on observe également un autre des signes ou symptômes suivants de la nécrose pulpaire³ :

- mobilité excessive
- radiotransparence
- douleur
- fistule de drainage
- œdème.

La controverse persiste quant au traitement le mieux approprié pour des dents antérieures primaires avec nécrose pulpaire. Certains cliniciens optent pour un traitement de canal de l'incisive primaire au moyen d'une pâte d'obturation résorbable, comme l'oxyde de zinc et l'eugénol non modifié, et d'une couronne temporaire en résine composite. D'autres choisissent



Illustration 1 : Photographie de 2 incisives centrales primaires supérieures présentant une coloration grise à la suite d'un traumatisme dentaire.

d'extraire la dent, compte tenu des risques de lésion à l'incisive permanente en formation et de propagation de l'infection aux tissus adjacents. Cependant, le traitement de canal est contre-indiqué sur les dents primaires qui présentent une perte massive de structure radulaire, une résorption interne ou externe avancée ou une infection périapicale touchant le bourgeon de l'incisive permanente adjacente⁴. Dans ces cas où le traitement de canal est contre-indiqué, le traitement de choix est l'extraction de l'incisive³. ❖

Références

1. Kenny DJ, Barrett EJ. Recent developments in dental traumatology. *Pediatr Dent* 2001; 23(6):464-8.
2. Borum MK, Andreasen JO. Sequelae of trauma to primary maxillary. I. Complications in the primary dentition. *Endod Dent Traumatol* 1998; 14(1):31-44.
3. McTigue DJ. Introduction to dental trauma: managing traumatic injuries in the primary dentition. In: Pinkham JR, editor. *Pediatric dentistry: infancy through adolescence*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1994. p. 209-22.
4. Reference manual 2002-03. American Academy of Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent* 2002; 24(7 Suppl):87.

Question 3

Quel est le traitement indiqué dans le cas de premières molaires permanentes hypoplasiques?

Les premières molaires permanentes sont souvent hypoplasiques et hypominéralisées chez les enfants. Des chercheurs ont en effet constaté qu'environ 18 à 19 % des enfants âgés de 7 à 13 ans présentent une hypoplasie sur au moins une première molaire permanente^{1,2}; cependant, il arrive souvent que les causes de cette anomalie de l'émail ne puissent clairement être établies à partir de l'examen clinique complet ou de l'évaluation des antécédents médicaux ou dentaires. Un certain nombre de facteurs ont été associés à l'hypoplasie de l'émail sur les premières molaires permanentes (**tableau 1**)³.

La calcification des premières molaires permanentes commence à la naissance et la couronne est entièrement formée entre l'âge de 2,5 et 3 ans³. Toute perturbation locale, systémique ou génétique (**tableau 1**) survenant durant cette période du développement peut causer une hypoplasie de l'émail des premières molaires permanentes.

Comme la taille, la forme et l'emplacement des anomalies de l'émail peuvent varier considérablement, il est dans bien des cas impossible de restaurer la dent selon les techniques habituelles de préparation des cavités (**ill. 1a**)³. Ces molaires sont également plus sensibles à la carie, ce qui complique

encore plus le traitement⁴. Un grand nombre de cliniciens éprouvent de l'insatisfaction lorsque les restaurations directes classiques, comme celles en résine composite et en amalgame, échouent sur les molaires permanentes hypoplasiques. Le traitement de restauration idéal sur ces molaires doit viser à rétablir la structure perdue ou affaiblie de la dent, à soulager la douleur ou la sensibilité et à maintenir l'occlusion.

La couverture complète de la dent constitue le traitement de choix pour les molaires permanentes qui présentent une hypoplasie de modérée à grave, et une couronne en acier inoxydable est le traitement recommandé pour les enfants (**ill. 1b**)³. Ces couronnes sont faciles à mettre en place et, si elles sont bien adaptées et fixées à la dent préparée, elles peuvent durer de nombreuses années⁵. De fait, bon nombre de molaires permanentes restaurées avec des couronnes en acier inoxydable n'ont pas besoin d'autres restaurations, même si certains auteurs recommandent de les remplacer par une restauration métallique coulée lorsque l'enfant atteint l'adolescence³.

S'il y a atteinte marquée d'une ou de plusieurs molaires, l'extraction, au moment opportun, des premières molaires hypoplasiques peut être envisagée. Chez les enfants de 8 à 16 ans, le taux de succès du traitement de canal sur les

Tableau 1 Facteurs locaux, systémiques et génétiques associés à une hypoplasie de l'émail des premières molaires permanentes (d'après Mahoney³)

Locaux	Systémiques	Génétiques
Traumatisme ou infection d'une dent primaire préexistante	Ingestion d'une quantité excessive de fluorure	Amelogenesis imperfecta
Fissure labiale et palatine réparée	Infection prénatale ou néonatale	
Traumatisme causé par l'extraction de la dent primaire préexistante	Rachitisme dépendant de la vitamine D	
	Naissance prématurée ou très faible poids à la naissance	
	Carences nutritionnelles	
	Radiothérapie	
	Déficits neurologiques	



Illustration 1a : Première molaire supérieure permanente droite, avec hypoplasie et hypominéralisation modérées chez un enfant de 6 ans. Des caries occlusales se sont formées. L'anomalie sur la dent 16 s'étend sur le bord gingival des faces buccale et palatine de la dent.



Illustration 1b : La dent a été restaurée adéquatement avec une couronne en acier inoxydable.

premières molaires permanentes n'est que de 36 %⁶. Si l'extraction est envisagée, cette procédure devrait idéalement être pratiquée entre l'âge de 8,5 et 10,5 ans, car une extraction pratiquée au bon moment peut favoriser l'éruption de la deuxième molaire dans l'arcade, en remplacement de la première molaire extraite³. La consultation d'un orthodontiste ou d'un dentiste pédiatrique peut être indiquée avant l'extraction d'une première molaire hypoplasique. ➤

Références

1. Jalevik B. Enamel hypomineralizations in permanent first molars. Clinical histomorphological and biochemical study. *Swed Dent J (Suppl)* 2001; 149:1–86.

2. Leppaniemi A, Lukinmaa PL, Alaluusua S. Nonfluoride hypomineralizations in the permanent first molars and their impact on the treatment need. *Caries Res* 2001; 35(1):36–40.

3. Mahoney EK. The treatment of localized hypoplastic and hypomineralized defects in first permanent molars. *N Z Dent J* 2001; 97(429): 101–5.

4. Pascoe L, Seow WK. Enamel hypoplasia and dental caries in Australian Aboriginal children; prevalence and correlation between the two diseases. *Pediatr Dent* 1994; 16(3):193–9.

5. Croll TP. Permanent molar stainless steel crown restoration. *Quintessence Int* 1987; 18(5):313–21.

6. Peretz B, Yakir O, Fuks AB. Follow up after root canal treatment of young permanent molars. *J Clin Pediatr Dent* 1997; 21(3):237–40.

Question 4 Qu'est ce que la carie de la petite enfance et que devrais-je dire aux parents de mes jeunes patients?

La carie de la petite enfance (CPE) fait référence à la manifestation de tout signe de carie dentaire sur quelque surface d'une dent, durant les 3 premières années de vie¹. Selon l'Académie américaine de dentisterie pédiatrique, la carie de la petite enfance grave (CPE-G) se définit comme toute lésion carieuse sur une surface lisse, chez un enfant de moins de 3 ans².

Il existe une forme particulière de CPE-G, désignée carie du biberon, qui est bien connue de la plupart des dentistes et qui est associée à la consommation fréquente et prolongée de liquides à base de glucides fermentescibles². Durant les premiers stades du processus pathologique, la CPE-G se manifeste généralement par la formation d'émail blanc crayeux sur les faces linguales des incisives supérieures. À mesure que l'état pathologique progresse, des lésions brunes en forme de cratères apparaissent sur les incisives supérieures (ill. 1) et la carie s'étend sur les faces labiales et les molaires. Les dents antérieures inférieures, qui sont protégées par la langue, ne sont atteintes que dans les cas extrêmement graves de CPE³.

L'administration d'un biberon contenant du lait, du jus ou tout autre liquide sucré contenant des glucides fermentescibles pour remplacer la suce, en particulier durant la nuit, augmente

les risques de CPE chez l'enfant. La consommation fréquente de tels liquides, sans mesures de prévention adéquates, augmente également le risque. De même, les enfants qui sont allaités au sein sur demande, en l'absence de bonnes pratiques d'hygiène buccodentaire, sont aussi exposés à la CPE².



Illustration 1 : Carie de la petite enfance grave chez un enfant de 20 mois, avec atteinte de toutes les faces des incisives supérieures ainsi que des faces occlusales des premières molaires primaires.

Les recommandations suivantes devraient être faites aux parents de jeunes enfants, pour prévenir la CPE²:

1. Éviter de donner à un enfant un biberon contenant un liquide à base de glucides fermentescibles (comme du sucrose et du fructose), au moment de le mettre au lit.
2. Éviter l'allaitement au sein sur demande durant la nuit, après l'éruption de la première dent primaire.
3. Encourager les jeunes enfants à boire à la tasse lorsqu'ils approchent de l'âge d'un an. Le sevrage devrait être terminé entre l'âge de 12 et 14 mois.
4. Adopter des mesures d'hygiène buccodentaire avant l'éruption de la première dent primaire.

La première visite chez le dentiste devrait se faire après l'éruption de la première dent ou lorsque l'enfant est âgé d'environ 1 an. Cette première visite permettra au dentiste d'informer les parents sur la prévention des maladies dentaires comme la CPE. ♦

Références

1. Proceedings. Conference on early childhood caries, Bethesda, MD, October 1997. *Com Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(Suppl):5-119.
2. Reference manual 2002-03. American Academy of Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent (Suppl)* 2002; 24(7):23-5.
3. Milnes AR. Description and epidemiology of nursing caries. *J Public Health Dent* 1996; 56(1):38-50.

Le Dr David R. Farkoub est dentiste pédiatrique dans un cabinet privé à Toronto (Ontario). Il est également membre du personnel des départements dentaires du Centre pour enfants Bloorview MacMillan et de l'Hôpital pour enfants malades à Toronto (Ontario). Courriel : davidfarkoub@hotmail.ca.



Transpercée!

Notre S1158 transperce...

MÉTAL
ÉMAIL

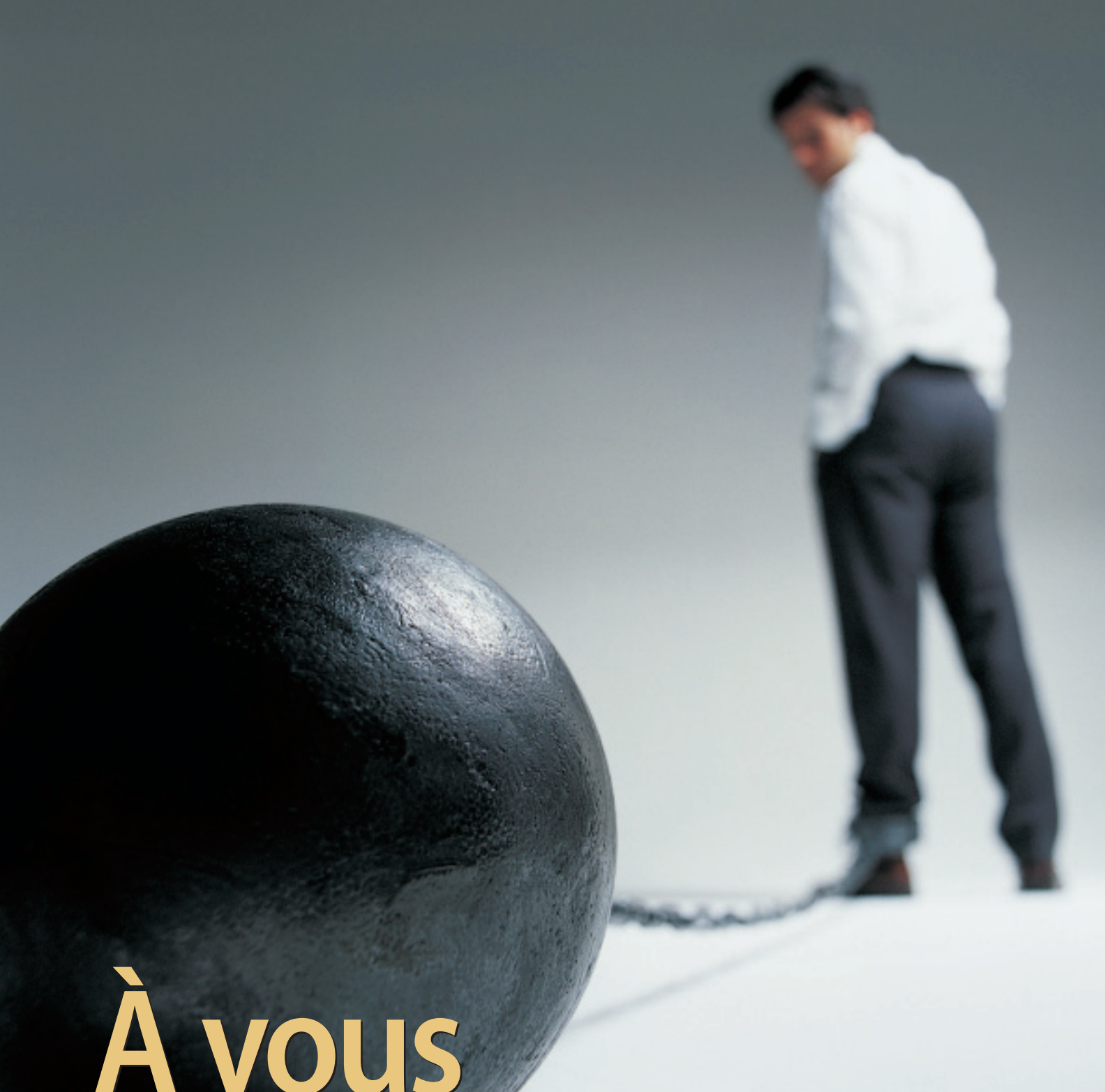
MÉTAL
ÉMAIL

Appelez pour un
ÉCHANTILLON
GRATUIT!



tri hawk.com

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



À vous

avec chaque compte bancaire

Pourquoi freiner votre argent en l'enchaînant au faible taux d'intérêt payé par les comptes bancaires ? Donnez à votre épargne la possibilité de tirer de meilleurs rendements — à un niveau de risque qui vous va bien — en profitant du **compte d'investissement de l'ADC**.

Faites votre choix entre la famille des fonds garantis, d'effets monétaires, d'obligations et d'actions de l'ADC — pour l'excellence de ses résultats passés, la modicité de ses honoraires de gestion et ses conseils gratuits en placement.

Pour plus d'informations, parlez dès aujourd'hui à un planificateur financier agréé des **Conseils professionnels en direct Inc.** — une filiale du CDSPI*.

1 877 293-9455, poste 5021

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 Patrick H. Pettman. 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.

Remplacement immédiat d'une dent avec un pontique ovale sur pont fixe

Patrick H. Pettman, BSc, MSc, DMD

Lorsqu'une dent doit être extraite et remplacée, il se peut que la compagnie d'assurances du patient regimbe à l'idée d'avoir à payer pour un pont partiel temporaire de même que pour le pont fixe. De plus, le patient n'est habituellement pas satisfait lorsqu'il faut placer un pontique inesthétique sur un pont fixe où l'os s'est atrophié, à moins qu'on procède à une augmentation parodontale. Une technique de remplacement immédiat de la dent non seulement fait économiser temps et argent au patient, mais aboutit aussi à une dent de remplacement à la fois hygiénique et d'apparence naturelle, dont l'esthétique est bien plus agréable.

Technique

Un homme de 57 ans doit se faire extraire la dent 21 (ill. 1 et 2). De plus, les radiographies montrent que le traitement de canal sur la dent 11 a besoin d'être refait (ill. 3).

Une fois que le traitement de canal sur la dent 11 a été refait et que le pivot a été refixé (ill. 4), on prépare les piliers du pont sur les dents 11 et 22. On meule la plus grande partie de la couronne clinique de la dent à extraire (ill. 5), mais on laisse suffisamment de couronne pour assurer sa prise au moyen d'un davier. On prend une empreinte et on fabrique un pont temporaire. Si la dent à extraire a été obturée par procédé endodontique, il faut renforcer la racine à l'aide d'une résine de liaison ou cimenter à nouveau le pivot avant de procéder à l'extraction. Il est crucial de préserver l'os cortical afin de réduire au minimum la rétraction tissulaire post-opératoire. On se sert d'élévateurs radiculaires sans appliquer de pression contre l'os proximal des dents piliers. Le retrait de la racine d'un seul tenant conduit à une chirurgie plus conservatrice et, par conséquent, un résultat final plus esthétique. Si les dents à extraire sont des molaires, il faut sectionner les racines avant de les retirer individuellement.

Le façonnage final du pontique ovale sur le pont temporaire est effectué après que la dent a été extraite (ill. 6 et 7). On ajoute une résine temporaire sous le pontique et on repositionne le pont de sorte que la résine s'écoule dans l'alvéole. On retire ensuite le pont et on façonne le pontique pour le rendre plus étroit et plus court que le pontique ovale permanent. On façonne ensuite le pontique pour obturer l'alvéole au niveau

gingival. Il doit être d'une longueur approximative identique à celle de la couronne clinique des piliers adjacents (ill. 8). Le pont temporaire est ensuite cimenté en place (ill. 9).

Au rendez-vous suivant, 2 à 3 semaines plus tard, on retire le pont temporaire (ill. 10 et 11). Étant donné que le pontique sous-gingival a fait l'objet d'un sous-contour, le contour final des tissus mous est légèrement agrandi par le pontique permanent lorsqu'on cimente le pont final (ill. 12 à 14).

Les techniciens de laboratoire façonnent un contour idéal et prolongent le pontique ovale d'environ 3 mm sous la gencive. Il faut laisser un espace de 5 mm entre le contact interproximal du pontique et la crête osseuse de sorte que le tissu remplisse entièrement l'espace proximal.

Il se peut qu'une antibiothérapie soit indiquée si une infection excessive est présente autour de la dent à extraire ou si l'intervention chirurgicale se complique.

Il faut aviser les patients de s'abstenir de mâcher des aliments solides avec le pont temporaire. L'usage de la soie dentaire est recommandé autour des piliers, mais non pas sous le pontique, jusqu'à ce qu'on ait placé le pont permanent. Il faut revoir les patients 3 semaines après qu'on a cimenté le pont permanent pour examiner les procédures de nettoyage de pont avec des enfileurs de soie dentaire. Si le tissu n'a pas entièrement épousé le contour du pontique, il faut avertir les patients de s'abstenir d'utiliser de la soie dentaire sous le pontique pendant 3 autres semaines.

Une plaque occlusale est systématiquement recommandée en cas d'attrition substantielle flagrante de la structure dentaire.

Conclusions

Dans le monde occupé qui est le nôtre, la plupart des patients n'ont pas de temps pour les traitements dentaires qui s'étirent en longueur. Lorsque c'est possible, ils préfèrent souvent une solution immédiate et simple. Le remplacement immédiat d'une dent avec pontique ovale sur pont fixe est une bonne solution de rechange lorsqu'il faut extraire une dent. La technique qui consiste à installer un pont immédiat en cas d'extraction de dent est une mesure plus rentable et plus efficace qui donne un résultat bien plus esthétique et d'apparence bien plus naturelle qu'une autre méthode. ♦



Illustration 1 : Photographie préopératoire d'un homme de 57 ans. La couronne clinique de la dent 21 a été fracturée.



Illustration 2 : Observation au miroir. Le pivot coulé de la dent 21 est courbé.

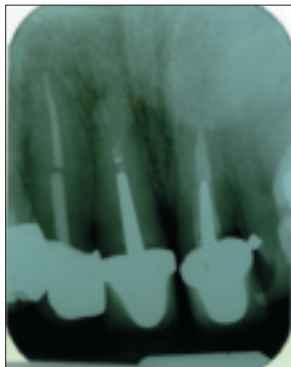


Illustration 3 : Radiographie préopératoire. Le pivot coulé de la dent 11 est mal scellé, et le traitement de canal est à refaire.

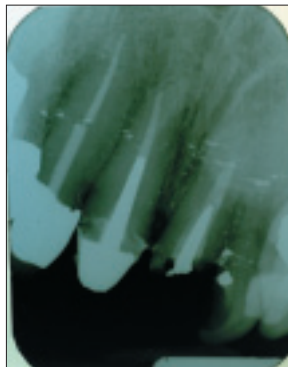


Illustration 4 : La radiographie montre que le traitement de canal sur la dent 11 a été refait et que son pivot a été fixé de nouveau.



Illustration 5 : Les dents 11 et 22 sont préparées comme piliers du pont. La plus grande partie de la couronne clinique de la dent 21a été meulée. La porcelaine mésiale de la couronne céramo-métallique de la dent 12 a été réduite. La dent 23 a été préparée pour recevoir une couronne individuelle.



Illustration 6 : La dent 21 est extraite après la prise d'une empreinte.



Illustration 7 : La radiographie post-opératoire montre que la dent 21 a été extraite.



Illustration 8 : La résine temporaire est ajoutée dans la région alvéolaire du pontique au niveau gingival des dents piliers adjacentes.



Illustration 9 : Le pont temporaire est cimenté.



Illustration 10 : Pont temporaire. Le tissu s'est adapté au pontique temporaire ovale.



Illustration 11 : Le pont temporaire est retiré.



Illustration 12 : La couronne et le pont permanents sont cimentés avec du ciment de verre ionomère Ketac (Compagnie 3M, Minneapolis, Minnesota).



Illustration 13 : Vue palatine de la couronne et du pont permanents.



Illustration 14 : Patient satisfait au sourire restauré.

Remerciements : Photographie numérique prise par Larry Leslie, DMD. Travail en laboratoire effectué par Tosbi Hazama, technicien dentaire autorisé.



Le Dr Pettman exerce la dentisterie générale et hospitalière d'urgence à Tsawwassen, une banlieue de Vancouver (Colombie-Britannique).

Écrire au : Dr Patrick H. Pettman, bureau 101, 1530-56e rue, Tsawwassen BC V4L 2A8. Courriel : pettman@dccnet.com.

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

L'avenir appartient à
la technologie CAO/PAO!

REDÉCOUVREZ le...

CEREC 3D

Toucher c'est croire –
saisissez le CEREC 3D!

Contactez votre représentant(e) ou
succursale Patterson dès aujourd'hui
pour une démonstration personnalisée.

Distributeur exclusif au Canada:

 **PATTERSON**
DENTAL/DENTAIRE CANADA INC.

CEREC
by
sirona

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 de l'ADC.

Performance des fonds de l'ADC (pour la période se terminant le 31 juillet 2004)

	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 %	23,2 %	11,8 %	10,3 %	8,6 %
Fonds d'actions ordinaires (Altamira)	jusqu'à 0,99 %	18,3 %	1,8 %	5,3 %	6,6 %
Fonds d'actions canadiennes (Trimark) ^{†1}	jusqu'à 1,65 %	15,8 %	5,2 %	6,4 %	8,3 %
Fonds d'actions spéciales (KBSH) ^{†2}	jusqu'à 1,45 %	20,6 %	-0,6 %	1,3 %	14,6 %
Fonds à indice composite TSX (BGI) ^{††}	jusqu'à 0,67 %	18,7 %	4,4 %	4,6 %	8,6 %
FONDS DE CROISSANCE INTERNATIONAUX DE L'ADC					
Fonds marchés émergents (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	17,3 %	9,8 %	8,3 %	s/o
Fonds de titres européens (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	1,9 %	-14,7 %	-7,4 %	s/o
Fonds d'actions internationales (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	5,7 %	-9,0 %	-5,5 %	s/o
Fonds Bassin Pacifique (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	4,9 %	-5,5 %	-13,1 %	s/o
Fonds d'actions (États-Unis) (KBSH) ^{†3}	jusqu'à 1,20 %	5,2 %	-11,4 %	-3,8 %	9,4 %
Fonds mondial (Trimark) ^{†4}	jusqu'à 1,65 %	6,7 %	4,4 %	5,7 %	10,1 %
Fonds mondial d'actions (Templeton) ^{†5}	jusqu'à 1,77 %	13,7 %	-2,2 %	-1,6 %	s/o
Fonds indicial S&P 500 (BGI) ^{††}	jusqu'à 0,67 %	6,5 %	-6,7 %	-5,3 %	10,0 %
FONDS À REVENU DE L'ADC					
Fonds d'obligations et d'hypothèques (Fiera)	jusqu'à 0,99 %	4,4 %	5,9 %	5,8 %	7,2 %
Fonds à revenu fixe (McLean Budden) ^{†6}	jusqu'à 0,97 %	4,0 %	6,1 %	6,1 %	8,3 %
FONDS LIQUIDE ET QUASI-LIQUIDE DE L'ADC					
Fonds d'effets financiers (Fiera)	jusqu'à 0,67 %	1,9 %	2,2 %	3,3 %	4,0 %
FONDS DE CROISSANCE ET À REVENU DE L'ADC					
Fonds mixte (KBSH)	jusqu'à 1,00 %	9,0 %	1,0 %	3,2 %	7,4 %
Fonds valeur mixte (McLean Budden) ^{†7}	jusqu'à 0,95 %	11,6 %	5,5 %	6,9 %	9,4 %

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 ces 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/fonds.



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 broser 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 : Etude des besoins des consommateurs BASES 2002.



Conçu pour être utilisé

Parfait pour fidéliser le patient

Aidez vos patients à veiller sur leur santé — tout en les fidélisant — grâce au **SISD, le Système d'information sur les soins dentaires** de l'ADC.

Rédigées dans un langage clair, facile à lire, les plaquettes permettent à vos patients de mieux comprendre les questions de santé dentaire et les options de traitement que vous leur suggérez.

Et en resserrant votre lien avec les patients, le système renforcera vos stratégies de fidélisation.

Mettez le SISD à profit dans votre cabinet, envoyez tout simplement le bon de commande ci-contre, dûment rempli — dès aujourd'hui.

600 000+
déjà
vendues!

*Plaquettes, 8 par 5 pouces.
Visitez www.cdspi.com/sisd pour
visualiser des pages choisies.*

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.



SciCan a récemment introduit au Canada un appareil nouveau et unique pour le traitement de la carie – le **HealOzone** de KaVo. Ce traitement, qui repose sur l'application d'ozone gazeux sur la dentine et l'émail carieux, élimine pratiquement toutes les bactéries de la carie après une exposition de 20 à 40 secondes. Une solution fortement minéralisée est ensuite appliquée à l'endroit du traitement. Sur les caries précoces de l'émail, ce procédé n'exige habituellement aucune anesthésie, ni utilisation d'instruments rotatifs. Sur les lésions de l'émail ou de la dentine plus avancées, l'ozone est efficace pour stériliser la lésion et promouvoir la reminéralisation lorsqu'il est combiné aux techniques de restauration classiques.

• **SciCan, 416-446-2729, www.scican.com** •



Posture Perfect Solutions Ltd. présente l'**Evolution Chair**, une solution de recharge unique et confortable au fauteuil habituel. L'Evolution Chair consiste en un ballon de haute qualité et résistante à l'éclatement, qui repose sur une base mobile. En position assise, la pression sur la colonne et la tension musculaire diminuent, et cette position permet de corriger la posture, d'améliorer l'équilibre et de raffermir le torse. De plus, les constants rebonds, oscillations et inclinaisons du ballon sollicitent les muscles profonds, et ces adaptations légères et continues du corps augmentent l'endurance et la force des muscles posturaux et facilitent le maintien d'une posture optimale. Ce nouveau concept peut contribuer au bien-être global, notamment des personnes qui doivent rester assises longtemps.

• **Posture Perfect Solutions Ltd., 604-985-3999, www.evolutionchair.com** •



Floss-rite est un nouveau distributeur de soie dentaire, qui a été mis au point par le Dr Lloyd Evans, un dentiste de Canmore (Alberta). Le distributeur Floss-rite peut être installé sur toute surface, à l'aide des vis ou du ruban double face inclus avec le produit, et ce autant dans les cabinets dentaires qu'à la maison. Le Floss-rite est un produit écologique, facile à utiliser et à recharger. Le distributeur peut durer jusqu'à un an, pour une famille de 4 personnes. Pour recharger le distributeur, il suffit de soulever l'arrière du distributeur et d'y insérer un nouveau rouleau de soie dentaire (disponible dans les pharmacies ou sur le site floss-rite.com).

• **Floss-rite, (403) 678-4717, www.floss-rite.com** •



Dans la section Nouveaux produits, publiée dans le numéro de juillet/août 2004 du *JADC*, Dentsply Pharmaceutical annonce un gel anesthésique oral à base de benzoïne 20 %. Une erreur s'est toutefois glissée et on a omis de préciser à quelle date ce produit serait disponible au Canada. L'anesthésique local fait actuellement l'objet d'un examen réglementaire en vue de sa vente au Canada, et il devrait être distribué à compter du printemps 2005. Pour plus d'information, contacter le service à la clientèle de Dentsply Canada, au 1-800-263-1437.

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
Octobre	10 septembre
Novembre	8 octobre

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 : 21 \$ (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 – Rimbey : Occasion d'acheter ou d'exercer à pourcentage en vue de devenir propriétaire de ce cabinet solo de campagne axé sur la famille. Nouveaux diplômés bienvenus. Le propriétaire est disposé à faciliter la transition. Excellent personnel à long terme. Revenu brut de 580 000 \$/année pour 4 jours/semaine. Bonne tenure à bail. Frais généraux peu élevés. Joindre Anne au (403) 843-2173. D1569

ALBERTA – Région d'Edmonton : Bon emplacement, 4 salles opératoires équipées, 1 avec plomberie pour futur agrandissement. Production brute annuelle : 650 000 \$ et plus. Doit vendre immédiatement; toute offre raisonnable acceptée. Tél. : (780) 581-4240, à toute heure; courriel : summerside80@hotmail.com. D1517

ALBERTA – Edmonton : Cabinet dentaire solo, bien établi, à vendre. Situé à quelques coins de rue du centre commercial West Edmonton Mall; 3 salles opératoires, local magnifique et bien éclairé. Clientèle de 1200 patients actifs et agréables. Dentiste actuel déménage, aidera à la transition. Tél. : (780) 987-9198. D1495

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Vancouver : Cabinet établi depuis 24 ans, comptant 3 salles opératoires, situé au 2^e étage d'un immeuble muni de larges fenêtres donnant sur la rue Robson, rue passante du centre-ville, près du parc Stanley. Le propriétaire prend sa retraite. Courriel : barbarafinlayson@telus.net, tél. : (604) 669-4114 (jour), (604) 733-6035 (soir). D1552

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Grand Forks : Cabinet à vendre et/ou dentiste à pourcentage demandé le plus tôt possible. Région ensoleillée du sud de la C.-B., près de la frontière américaine. Cabinet de dentisterie générale amical et bien établi, 3 salles opératoires (plomberie pour une 4^e) dans un immeuble de 8 ans. Patients formidables, excellent personnel à long terme (dont 1 hygiéniste à temps plein). Superbe occasion pour exercer tous les aspects de la dentisterie, grandes possibilités de croissance. Choix de prendre le bail

ou d'acheter l'immeuble. Le propriétaire prend sa retraite après plus de 35 ans. Prendra en considération toutes les offres, y compris une association. Joindre Michelle au (250) 442-3742 ou au (250) 442-2215. D1556

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Fort St. John : Gagnez un salaire à temps plein avec un travail à temps partiel en achetant 50 % de ce cabinet de dentisterie générale rentable. Nous cherchons un dentiste enthousiaste qui travaillera 3 jours/semaine dans notre cabinet récemment rénové de 2600 p.c. comptant 5 salles opératoires et un tout nouvel équipement. Revenu brut actuel : 960 000 \$ par année avec 1 dentiste travaillant 4,5 jours/semaine. Ce cabinet est situé dans la dynamique ville de Fort St. John (C.-B.). Tél. : (250) 787-1606, courriel : aadc@pris.ca. Personnes sérieuses seulement. D1573

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Victoria : Cabinet familial exceptionnel à vendre dans centre commercial achalandé. Cabinet bien établi avec bail prolongé. Revenu brut de plus d'un million. Six salles opératoires avec équipement moderne et caméra intra-buccale informatisée. Nouvelle clientèle élevée, environ 2400 patients actifs. Occasion exceptionnelle pour professionnel progressiste. Dentiste principal restera pendant la transition si nécessaire. Veuillez communiquer avec Bob, téléc. : (250) 475-3216, courriel : crluck2@shaw.ca. D1537

COLOMBIE-BRITANNIQUE – White-Rock/Surrey Sud : Local de location disponible pour dentiste/orthodontiste/spécialiste; 1700 p.c., 6 salles opératoires avec plomberie et système d'aspiration central, branchements pour compresseur, unités de radiographie simples, panorex, salle technique et chambre noire, 2 unités de stérilisation, grand laboratoire, aires d'accueil et systèmes téléphoniques. Joindre Clarissa au (604) 521-1947 ou (604) 536-3393. D1521

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 entame 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

GENERAL PRACTICE Halifax, Nova Scotia

An established general practice available on Canada's beautiful East Coast with an exceptional patient base, near Dalhousie University's Faculty of Dentistry. This restorative-oriented practice comes with an experienced full staff, including a laboratory and technician.

Please reply to: **CDA Box 2844.**

D1572

SASKATCHEWAN : À deux heures au nord de Regina et de Saskatoon, cabinet dentaire solo à vendre. Revenu brut de 400 000 \$/année, frais généraux bas, emplacement formidable, clinique dentaire moderne, 4 jours par semaine avec 2 mois de vacances par année, atmosphère détendue et style de vie fantastique. Occasion en or. Appelez le Dr Rob au (514) 258-9022. D1546

DENTAL PRACTICE Saskatoon, Saskatchewan

Established general dental practice for sale. Prime location, 4 operators, room for future expansion, most equipment less than 5 years old. Low overhead, flexible leasehold, no evenings or weekends, 5-6 weeks annual holidays. Ideal for an experienced associate or a motivated new graduate. The present dentist is available to help in transition.

Please forward enquiries to:

Doug Frondall
Tel. (306) 653-6100
E-mail dfrondall@virtusgroup.ca

D1566

BARBADE : Cabinet d'orthodontie dans la magnifique Barbade. Excellente occasion pour une personne désirant posséder un cabinet bien établi et progressiste. L'orthodontiste prend sa retraite; il facilitera la transition. L'investisseur éventuel doit démontrer une aptitude à commander, faire preuve d'initiative et être un joueur d'équipe qui prise et respecte les contributions d'autrui. Aide-mémoire disponible sur demande. Les intéressés sont priés de composer le (246) 430-3877 ou de s'adresser par courriel à zack.nadur@bb.ey.com. D1570

POSTES VACANTS

ALBERTA – Camrose : Dentiste à pourcentage demandé par un cabinet très achalandé et progressiste. Équipement dernier cri et tenure à bail; à 45 minutes d'Edmonton. Poste à temps plein avec option de rachat. Travail exigé parfois le soir et le samedi. Veuillez envoyer votre C.V. par téléc. au (780) 672-4700. D1554

ALBERTA – High Prairie : Demandé immédiatement par un cabinet de dentisterie générale très achalandé, un dentiste à pourcentage empreint de bienveillance, d'enthousiasme et d'acharnement. Importance attachée à la chirurgie buccale et aux implants. Travaillez autant que vous le désirez et profitez du plein air. À 4 heures seulement d'Edmonton. Convient à un nouveau diplômé ou à un dentiste d'expérience. Suppléants réguliers bienvenus. Envoyez votre C.V. par téléc. au (780) 523-4434. D1555

ALBERTA – Edmonton Ouest : Dentiste à pourcentage demandé à temps plein par un cabinet axé sur la famille. Dévouement, bienveillance et personnalité heureuse seront des atouts pour s'occuper d'une clientèle multiculturelle et pour faire de l'administration de soins de qualité et du confort du patient une priorité de tout premier ordre. Doit être disposé à travailler les fins de semaine et avoir de l'expérience. Nouveaux diplômés bienvenus. Réponses strictement confidentielles. Téléc. : (780) 487-8854 ou (780) 478-3645. D1563

ALBERTA – Okotoks : Praticienne solo demande un dentiste à pourcentage à temps plein. Recherche un dentiste d'expérience pouvant offrir des services de toute première qualité et visant l'excellence. Nos installations nouvellement aménagées et ultramodernes offrent le dernier cri en technologie. Notre cabinet est bien établi depuis plus de 8 ans, et notre équipe est très bien structurée et dévouée. Nous travaillons dans une ambiance amicale et avons souci du bien-être et du confort des patients. Nous sommes à 20 minutes au sud de Calgary. Veuillez envoyer votre C.V. avec références par téléc. à la Dre Helen Robinson au (403) 995-9578. D1567

ALBERTA – région de Peace River : Poste à pourcentage offert à un nouveau diplômé ou à un dentiste d'expérience. Toutes les phases de la dentisterie. Le dentiste et l'hygiéniste actuels sont pris jusqu'en mars 2005. Le cabinet refuse actuellement tout nouveau patient malgré une demande cons-

tante. Fixez vos propres heures. Mode de vie rural offrant de nombreux avantages. Coût de la vie faible, excellentes activités de plein air dans toute la région, et centre offrant tous les services à seulement 1 heure de distance. La clinique est associée à un hôpital, à 3 médecins et à un optométriste itinérant. Tél. : (780) 524-3864, téléc. : (780) 524-2299, courriel : fishdoc@telusplanet.net. D1575

ALBERTA – Calgary : Dentiste à pourcentage à temps partiel demandé pour 2-3 jours dans cabinet familial multilingue, moderne et à croissance rapide. Cherche individu dévoué et motivé, avec accent mis sur les soins complets. Envoyez votre C.V. par téléc. au (403) 238-9143 ou courriel à ccdental@shaw.ca. Tous les C.V. resteront confidentiels. D1553

ALBERTA – Calgary : Dentistes à pourcentage expérimentés demandés pour 2 emplacements de qualité. Occasion formidable : équipes de soutien et professionnels en gestion et marketing en place. Cabinets et équipement de qualité. Possibilités de capitaux propres. Mettez l'accent sur votre carrière. Joindre David B. McQuaig, en toute confidentialité, tél. : (403) 264-7664, courriel : davidb@ihp.ca. D1533

ALBERTA – Calgary : Dentiste à pourcentage demandé pour cabinet de dentisterie générale achalandé. Entièrement informatisé, radiographie numérique, imagerie, caméras intra-buccales. Joindre le Dr Gordon Fletcher, tél. : (403) 235-6440, téléc. : (403) 235-6508, courriel : fletcher@marlboroughdental.com. D1519

ALBERTA – Fort McMurray : Recherche individu dynamique et bienveillant pour devenir dentiste à pourcentage dans un cabinet dentaire de haute technologie et achalandé au nord de l'Alberta. Possibilité d'association pour le bon candidat. Envoyez votre C.V. par téléc. au (780) 790-7168 ou téléphonez au (780) 790-0889. D1523

ALBERTA – Lloydminster : Clinique bien établie, très achalandée et progressiste, avec vaste clientèle, recherche dentiste à pourcentage. Occasion excellente de pratiquer la dentisterie familiale générale avec un personnel expérimenté et réceptif aux besoins des patients (dont 1 hygiéniste à temps plein et 2 hygiénistes à temps partiel). Tél. : (780) 871-4550, téléc. : (780) 871-0578, courriel : Hyde1@shaw.ca. D1504



REQUEST FOR APPLICATIONS DIRECTOR, SCHOOL OF DENTISTRY

The Faculty of Medicine & Dentistry at The University of Western Ontario is inviting applications for the position of Director of the School of Dentistry.

The School of Dentistry is responsible for a 4-year DDS program (56 students per year), a 2-year qualifying program for foreign-trained dentists (12 students per year), and a 3-year graduate program in orthodontics (3 students per year). With the teaching hospitals of the University of Western Ontario, the school also offers a dental fellowship program (4 students per year). Major expansion of the Dental Sciences Building was completed in 2002, and comprehensive renovation of the main clinic has begun. The School of Dentistry has a strong tradition of excellence in undergraduate dental education and has research strengths in mineralized tissue biology (<http://www.fmd.uwo.ca/research/Skeletal-web/>) and dental biomaterials.

The Director will be responsible for all academic and clinical programs of the school. S/he will maintain strong relationships with alumni, community partners and other units in the Faculty of Medicine & Dentistry. The Director is expected to provide visionary leadership in renewal of the academic programs, enhancement of scholarly activities and recruitment of additional faculty. For further information, please visit <http://www.fmd.uwo.ca/dentistry>.

With a full-time enrollment of 29,000, The University of Western Ontario is a research-intensive university that graduates students from a full range of academic and professional programs. The campus is in London, a city of 340,000 located midway between Toronto and Detroit. With parks, tree-lined streets and bicycle trails, London is known as the AForest City@ (<http://www.city.london.on.ca>). London boasts an international airport, art galleries, theatres, and a variety of music and sporting events.

Interested candidates should submit 1) a CV outlining their research, teaching, leadership and administrative experience and interests, 2) a brief description of proposed future directions and visions for the school, and 3) the names and addresses of three referees to:

**Dr. Carol Herbert, Dean
Faculty of Medicine & Dentistry
Health Sciences Addition
The University of Western Ontario
London, Ontario N6A 5C1
Fax (519) 850-2357**

The competition will remain open until the position is filled.

This position is subject to budget approval. Applicants should have fluent written and oral communication skills in English. All qualified candidates are encouraged to apply; however, Canadians and permanent residents will be given priority. The University of Western Ontario is committed to employment equity and welcomes applications from all qualified women and men, including visible minorities, aboriginal people and persons with disabilities.

D1550

“OUTDOORS SOPHISTICATE” FOR SALE OF PRACTICE

Whistler, British Columbia

An “outdoors sophisticate” is required for a 3-chair, state-of-the-art practice in the heart of Whistler Village. Practice is fully equipped with digital x-ray and intraoral cameras, lasers and more. We are the only retail-level dental office in Whistler - ideal for dentist who wants a high-grossing, high-net office with lots of cosmetic dentistry and routine endo and surgery.

Associate to purchase option as well. Initial accommodation provided.

Please contact:

**Denise
Fax (604) 629-0759
E-mail aarm@axion.net**

Check out our Web site www.aarm-dental.com

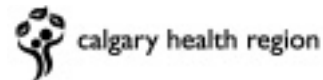
D1580

*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 :**

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

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



REGIONAL CLINICAL DIVISION CHIEF DENTISTRY AND ORAL HEALTH

The Department of Surgery and the Calgary Health Region invite applications for a Regional Clinical Division Chief, Dentistry and Oral Health.

Qualifications include a degree in dentistry from an accredited institution, eligibility for licensure in Alberta, and additional training in special needs or public health dentistry and/or administration. Special consideration will be given to candidates with experience in leadership, team building, conflict resolution and strategic planning.

Dentistry and Oral Health is a unique new consolidation within the Calgary Health Region, and represents dental clinics targeting medically compromised children (Alberta Children's Hospital), medically compromised adults (Foothills Medical Centre), financially disadvantaged people (Dental Public Health), and dental care delivered by private practitioners in the non-hospital surgical facilities. The Regional Clinical Division Chief position approximates 2 days per week (0.4 FTE) during the first year, 1 day per week thereafter (0.2 FTE) and may be complemented by a clinical practice position with medically compromised clients.

Please submit a letter of interest, curriculum vitae and the names and addresses of three referees by October 15, 2004 to:

**Dr. Rene Lafreniere
Clinical Department Head
Department of Surgery
Foothills Medical Centre
1403 - 29 St NW
Calgary, AB T2N 2T9**

In accordance with Canadian immigration requirements, priority will be given to Canadian citizens and permanent residents of Canada.

D1574

ALBERTA – Edmonton : Dentiste à salaire/pourcentage demandé, à temps plein, dans cabinet très achalandé; excellente occasion. Courriel : drh@drherchen.com, téléc. : (780) 989-0640; confidentiel. D1511

ALBERTA – Région rurale : À l'aide! Dentiste à pourcentage demandé; associé à temps plein quitte le cabinet pour raisons autres que dentaires. Clientèle fournie. Personnel jeune et dynamique. Atmosphère détendue. Cabinet familial. Nouveaux diplômés bienvenus. Possibilité de rachat pour le bon candidat. À 2 heures d'Edmonton. Candidats à temps plein ou partiel bienvenus. Joindre Neil, tél. : (780) 484-5868. D1487

ALBERTA – Lloydminster : Dentiste à pourcentage demandé pour 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

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Campbell River : Dentiste à pourcentage demandé à temps plein par un cabinet de dentisterie générale très progressiste offrant beaucoup de services esthétiques. Nous sommes à aménager de nouvelles installations devant ouvrir en janvier 2005. Nous travaillerons un plus grand nombre d'heures et cherchons un dentiste très motivé pour se joindre à notre équipe exceptionnelle. Le cabinet est situé dans la partie méridionale de Campbell River à l'intérieur de la belle région de Willow Point et offre une vue imprenable sur l'océan, des activités récréatives et un mode de vie inégalé. Poste pouvant mener à une association. Possibilités de rachat pour la bonne personne. Téléc. : (250) 287-7392. D1551

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Chilliwack : Poste à pourcentage offert à un dentiste soucieux de parfaire ses connaissances et d'exceller dans le soin des patients. La région offre toute l'année des activités récréatives dont le ski, la navigation de plaisance, la randonnée pédestre, etc. À 100 km à l'est de Vancouver, climat doux. Le dentiste actuel possède un cabinet achalandé et quitte la région. Possibilité d'association. Écrire au : Dr Michael Thomas, 102-45625, av. Hodgins, Chilliwack BC V2P 1P2; tél. : (604) 795-9818 (domicile), (604) 792-0021 (bureau). D1553

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Kelowna : Dentiste à pourcentage demandé 2 ou 3 lundis par mois. Cabinet spacieux et moderne dans la vallée ensoleillée de l'Okanagan. Veuillez joindre Darcy au (250) 764-8033 (soir). D1558

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Invermere on the Lake : Mode de vie paradisiaque. Skiez l'hiver au Panorama Mountain Village et profitez du lac l'été. Dentiste à pourcentage demandé à temps plein, poste menant par la suite à une association. Cabinet familial bien établi aménagé dans un nouveau local situé dans une ville de villégiature prospère. Occasion prometteuse pour la bonne personne. Tél. : (250) 342-0776, courriel : rskanan@telus.net. D1561

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Gibsons : Dentiste à pourcentage demandé. Désirez-vous exercer à temps plein ou partiel, à pourcentage, dans une coquette petite ville au bord de la mer sur l'une des plus belles côtes au monde? Alors Gibsons en C.-B. (la Côte du soleil) est l'endroit pour vous. Nous sommes le cabinet le plus récent sur la péninsule avec un équipement Adec/Sirona comprenant une caméra intrabuccale et un appareil de radiographie numérique. La ville offre une bonne vie communautaire avec de splendides vues sur l'eau et la montagne, ainsi que toutes les commodités modernes rendant la vie confortable. La brève traversée à Vancouver se fait par ferry dans un cadre majestueux. Tél. : (604) 886-5395, courriel : advantage-dental@dccnet.com. D1576

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Vancouver : Cabinet de parodontie situé dans un endroit privilégié de Vancouver, demande un parodontiste pour se joindre à pourcentage à notre groupe progressiste en pleine croissance. Nous mettons l'accent sur les soins parodontaux, les implants dentaires, les services prothétiques et les traitements esthétiques. Près de l'océan, des montagnes et de Whistler. Poste à long terme pour le bon candidat. Veuillez envoyer votre C.V. par téléc. au (604) 913-1610. D1577

COLOMBIE-BRITANNIQUE – Terrace : Troisième dentiste demandé pour cabinet achalandé de 2 dentistes expérimentés et 4 hygiénistes. Parodontiste, chirurgien buccal et anesthésiste offrent régulièrement des cliniques dans le cabinet. Région à la beauté naturelle exceptionnelle, offrant des activités de plein air et de découverte loin de tout, mais aussi des escapades en ville grâce à de multiples vols quotidiens à Vancouver. Notre cabinet offre un horaire flexible qui peut répondre parfaitement à vos besoins si vous venez de démarrer dans

la profession et cherchez des occasions d'apprendre de nouvelles compétences ou si vous aimeriez ralentir et profiter d'un style de vie moins stressant. Les candidats prêts à s'engager pour une longue période auront priorité, mais des arrangements à court terme et à temps partiel seront également pris en considération. Pour plus d'information, appelez Bonnie Olson au (250) 638-0841. D1547

TERRE-NEUVE ET LABRADOR – Mount Pearl : Dentiste à pourcentage demandé à temps plein par un cabinet de dentisterie générale achalandé. Ce nouveau cabinet de 8 salles opératoires offre toute la gamme des traitements près d'une zone commerciale et résidentielle animée. Option de rachat. Veuillez joindre Mount Pearl Dental, tél. : (709) 364-3663 ou envoyer votre C.V. par téléc. au (709) 3643663. Courriel : drwalsh@mountpearldental.nf.net D1578

TERRITOIRES DU NORD-OUEST – Fort Smith : Dentiste à 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 connues 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@auronet.nt.ca, courrier postal : Dr Hill, Clinique dentaire de Fort Smith, C.P. 1047, Fort Smith NT X0E 0P0. D1191

NOUVELLE-ÉCOSSE – Yarmouth : Dentiste à pourcentage demandé à temps plein, possibilité de rachat dans une clinique nouvellement rénovée exploitée par 2 dentistes et 3 hygiénistes, comprenant 8 salles opératoires et aménagée dans une ancienne maison du centre-ville. Milieu de travail et personnel de soutien excellents. Pour plus d'information, joindre le Dr Michel A. Comeau, tél. : (902) 742-0191, téléc. : (902) 742-0179; courriel : macdent@klis.com D1557

NOUVELLE-ÉCOSSE – Halifax : Dentiste à pourcentage demandé pour cabinet familial achalandé, 2-3 jours par semaine, pour l'automne 2004. Envoyez votre C.V. par téléc. au (902) 443-5614 ou courriel à halifaxdental@hotmail.com. D1542

NUNAVUT – Iqaluit : Poste(s) de dentiste à pourcentage disponible(s) immédiatement. Clinique établie offre une très bonne rémunération et un carnet de rendez-vous rempli à des dentistes à pourcentage. Le ou les candidats offrant une gamme complète de compétences cliniques pourront profiter de tout un éventail d'activités de loisirs! Aucun trajet requis et logement disponible dans la capitale la plus récente et en croissance la plus rapide du Canada. Posez votre candidature à : Administration, C.P. 1118, Yellowknife NWT X1A 2N8, tél. : (867) 873-6940, téléc. : (867) 873-6941. D1497

NUNAVUT – Iqaluit : Dentistes demandés! Clinique dentaire achalandée du Nunavut demande dentiste à 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 – Brooklin : Dentiste à pourcentage demandé par un cabinet de famille achalandé. Poste à temps partiel au début avec options d'association plus tard. Collectivité en croissance rapide. S'adresser au Brooklin Dental Center, tél. : (905) 655-3385 ou envoyer votre C.V. par téléc. au (905) 655-4845. D1559

ONTARIO - Ouest de Toronto : À ne pas manquer! Excellente occasion pour un dentiste à pourcentage. Travail dans un cabinet bien établi dont l'ambiance est productive et les principes s'inspirent du respect, de l'égalité et de l'appréciation d'autrui. Occupé dès le premier jour et allant toujours vous perfectionnant, vous aurez la chance d'exercer la dentisterie à son meilleur. Ce cabinet moderne et progressiste vous exposera à différents aspects de la dentisterie comme l'esthétique, les implants et la capacité d'adresser des patients à des spécialistes internes travaillant avec nous. Si vous aimez travailler en équipe et cherchez le parfait cabinet, veuillez envoyer votre C.V. par téléc. au (905) 846-8854. D1568

ONTARIO : Dentiste à pourcentage demandé à temps plein pour travailler dans un cabinet axé sur la famille situé dans une belle ville du lac Huron. Le cabinet a 6 salles opératoires tout équipées avec des caméras intra-oculaires. Clientèle nombreuse. Personnel compétent, excellent et expérimenté. Occasion d'association dès maintenant. Tél. : (519) 396-2641, téléc. : (519) 396-3999. D1571



The University of Sydney
AUSTRALIA

Director of the Bachelor of Oral Health Program

Faculty of Dentistry

Reference No. D31/005140

The Faculty of Dentistry is seeking to appoint the inaugural Director of the Bachelor of Oral Health program.

This innovative new degree, which is to take its first students in 2005, will provide training in oral health promotion, dental hygiene and dental therapy.

The Director is responsible for the overall academic and organisational aspects of the program, including staff coordination and supervision, curriculum design and review, and academic quality control, and thus will have a unique opportunity to guide the development of an exciting new course in an emerging field in Oral Health.

The Director will draw on a proven track record in innovative curriculum development and teaching methods to enable the delivery of a first class program, effectively integrating the various health science, academic and clinical resources into a leading edge undergraduate program.

The appointment will be at Associate Professor level, and the Director will be a key member of the Faculty executive team, providing leadership to academic staff and other oral health professionals in teaching, research and multidisciplinary models of dental care and oral health disease prevention.

Students enrolled in the program will attend classes on the University's Lidcombe campus, and at the Westmead Centre for Oral Health and Sydney Dental Hospital. Both the Westmead Centre and Sydney Dental Hospital are dental teaching hospitals of the University of Sydney, and both have outstanding records in teaching dentistry and allied oral health professionals. They are two of the largest dental teaching facilities in the world. The Director will be based at the Westmead Centre, but will be required to visit the other campuses as necessary.

To be successful, an applicant must have a qualification in oral health and be registered (or be able to be registered) in NSW; a postgraduate degree in an appropriate field; extensive experience in tertiary teaching and the development and administration of discrete programs; proven research achievement; demonstrated capacity to work cooperatively with others and to supervise staff.

The position is full-time continuing, subject to the completion of a satisfactory probation and/or confirmation period for new appointees. Membership of a University approved superannuation scheme is a condition of employment for new appointees. For further information contact Professor Iven Klineberg, Dean, Faculty of Dentistry, on (+61 2) 9351 8334 or e-mail: ivenk@denal.wsahs.nsw.gov.au

Remuneration package: AUD \$105,219 – AUD \$115,821 p.a. (which includes a base salary Associate Professor Level D AUD \$89,135 – AUD \$98,197 p.a., leave loading and up to 17% employer's contribution to superannuation). A Dental Clinical loading will also be payable.

Closing: 28 October 2004

Five copies of the application, which should quote the reference no., address the selection criteria, and include a CV, a list of publications, the names, addresses, e-mail, fax and phone numbers of three confidential referees should be forwarded to: The Personnel Officer, College of Health Sciences, Cumberland Campus (C42), The University of Sydney, PO Box 170, Lidcombe NSW 1825, Australia.

The University is a non-smoking workplace and is committed to the policies and principles of equal employment opportunity and cultural diversity. The University reserves the right not to proceed with any appointment for financial or other reasons. See <http://www.usyd.edu.au/>

D1562



DALHOUSIE
University

FACULTY POSITION DEPARTMENT OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SCIENCES

The Faculty of Dentistry, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, is seeking applications for a full-time, limited-term appointment possibly leading to a tenure track faculty position at the rank of Assistant, Associate or Full Professor, in the Division of Oral and Maxillofacial Surgery in the Department of Oral and Maxillofacial Sciences.

Responsibilities will include graduate and undergraduate teaching, collaborative research, continuing education and associated administrative duties. The division collaborates with the School of Biomedical Engineering in graduate teaching and research, and also with other divisions, departments, faculties and universities.

Academic rank will be based on the successful candidate's qualifications, experience, and achievements. It is expected that the successful applicant will have graduated from an accredited specialty program, and must be a Fellow of the Royal College of Dentists of Canada in the specialty of oral and maxillofacial surgery. The successful candidate should have experience in treating patients with cancer and it is preferred that he/she has subspecialty training in head and neck cancer as well as facial reconstruction. The successful applicant will also have demonstrated experience in research, undergraduate and graduate teaching, and administration. Salary and rank will be commensurate with qualifications and experience.

The successful applicant must be eligible for licensure in Nova Scotia. Private practice privilege is integrated with the appointment.

All qualified candidates are encouraged to apply; however, Canadians and permanent residents will be given priority. Dalhousie University is an Employment Equity/Affirmative Action employer. The university encourages applications from qualified Aboriginal people, persons with a disability, racially visible persons, and women.

Dalhousie University is one of Canada's leading teaching and research universities, with four professional faculties, a Faculty of Graduate Studies and a diverse complement of graduate programs. Collaborative and interactive research is encouraged, as is cooperation in teaching among the faculties. We inspire students, faculty, staff, and graduates to make significant contributions to our region, Canada, and the world. Dalhousie is located in Halifax, Nova Scotia, a vibrant capital city, and the business, academic, and medical centre for Canada's east coast.

Review of applications will begin in October 2004. Applicants should submit a letter of application with curriculum vitae, up to three reprints of research publications and the names, addresses, and internet addresses of three referees to: **Dr. H. A. Ryding, Chair, Search Committees, Faculty of Dentistry, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia B3H 3J5.**

D1560

ONTARIO - Ottawa Est : Dentiste à salaire ou à pourcentage demandé. Cabinet dentaire familial très bien établi recherche dentiste bilingue pour se joindre à son équipe. 40 minutes d'Ottawa, 40 minutes de Montréal, 40 minutes des Laurentides. Pour plus d'information, joindre Francine au (613) 632-4159. D1565

ONTARIO - Toronto Nord : Dentistes pédiatriques demandés immédiatement pour des postes à temps plein/partiel dans cabinet de dentisterie pédiatrique moderne et achalandé de Toronto Nord avec anesthésie générale sur place. Possibilité de rachat futur. Boîte-réponse de l'ADC n° 2842. D1543

ONTARIO - Fort Frances : Dentiste à pourcentage à temps plein demandé pour cabinet de dentisterie familiale très achalandé. Programme d'hygiène poussé. Bâtiment récemment rénové avec salles opératoires modernes et informatisées, caméras intra-buccales, radiographie numérique, pièces à main électroniques, etc. Personnel et conditions de travail excellents. Cabinet à la frontière des États-Unis, au nord-ouest de l'Ontario. Idéal pour personne avec vie de plein air active. Accent mis sur la bienveillance et la dentisterie de qualité. Excellente occasion pour le bon candidat de devenir plus tard associé, si entente mutuelle. Dentiste actuel reprend ses études. Tél. : (807) 274-5365 ou (807) 274-5370 (le jour), (807) 274-5549 (le soir et la fin de semaine), téléc. : (807) 274-1738. Écrire à : 1201, ch. Colonization O., Fort Frances ON P9A 2T6. D1516

ONTARIO - Ottawa Est : Dentiste à pourcentage demandé. Cabinet familial achalandé et progressiste recherche dentiste motivé, enthousiaste et bilingue (français/anglais) pour travailler avec 2 autres dentistes afin d'offrir des soins dentaires complets. Cabinet récemment rénové, bien équipé, 5 salles opératoires, à 20 minutes à l'est de la capitale du Canada, Ottawa. Possibilité de rachat. Pour plus d'information, joindre Julie, 2911, rue Laurier, C.P. 999, Rockland ON K4K 1L6; tél. : (613) 446-3368, téléc. : (613) 446-5006. D1483

ONTARIO - Brockville et Morrisburg : Dentiste à 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 Milles-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 : Recherche dentiste à pourcentage dans le but de s'associer (court terme) dans une clinique multidisciplinaire. Le candidat devra être disponible et très dynamique. Pour des informations supplémentaires, contacter Sylvie Bissonnette au (418) 648-8958. D1564

QUÉBEC - Montréal : Dentiste à pourcentage à temps partiel demandé. Dentiste actuel quitte la province. Clinique située dans banlieue en pleine croissance de l'ouest de l'île. Bilinguisme obligatoire. Pour plus d'information, tél. : (514) 453-0830. Envoyez votre C.V. par téléc. au (514) 453-7675 ou courriel à alvaro@bellnet.ca. D1545

QUÉBEC - Montréal : Clinique dentaire d'implantologie à Pierrefonds, prospère et avant-gardiste, recherche dentiste à pourcentage, pour remplacer départ à l'extérieur de la province, bilingue, temps plein ou partiel. Dentisterie multidisciplinaire de haute qualité, excellente rémunération avec possibilité d'association si désirée. Équipe dynamique et agréable. Téléphoner à Suzanne au (514) 624-0390 ou envoyer votre C.V. par téléc. au (514) 624-1140. D1493

QUÉBEC - Cantons de l'est : Windsor près de Sherbrooke. Nous offrons à un dentiste l'occasion de se joindre à notre équipe expérimentée. Le climat de travail agréable et motivant saura vous plaire. Rémunération à pourcentage. Faire parvenir votre C.V. par téléc. au (819) 845-7854. Dr Jacques Vaillancourt, tél. : (819) 845-3080. D1371

SASKATCHEWAN - Regina : Dentiste à pourcentage demandé à temps plein pour cabinet bien établi et achalandé. Personnel de soutien expérimenté, amical et amusant; bon programme d'hygiène. Nous nous situons dans un bâtiment neuf dans une région de la ville en pleine croissance; équipement neuf. Composé de deux dentistes, notre cabinet possède une vaste clientèle et accueille régulièrement de nouveaux patients. Le deuxième dentiste quitte la province. Besoin d'un individu bienveillant, mettant l'accent sur la dentisterie de qualité, pour le remplacer. Pour plus d'information, joindre Rick, tél. : (306) 522-4978, (306) 585-2828 (soir), téléc. : (306) 757-2069. D1549

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

TEXAS - Dallas : Société dentaire en pleine croissance au centre et en banlieue de Dallas recherche dentistes à pourcentage à temps plein. Doivent être autorisés à exercer au Texas ou y être qualifiés. Meilleurs avantages sociaux de l'État. Rémunération de 200 000 \$ à 400 000 \$. La société s'occupera de toutes les formalités d'immigration. Tél. : (630) 788-7167. D1513

VERMONT, É.-U. : Dentistes et chirurgiens buccaux. Occasions pour dentistes généralistes à Rutland, à Montpelier et au lac Champlain. Possibilités d'emploi, de pratique privée et d'achat de cabinet. Profitez de la splendeur de Green Mountains et du lac Champlain, et du style de vie imbattable du Vermont. Communiquez avec Lynn Harris, tél. : (800) 288-1730, téléc. : (518) 266-9289, courriel : lynn.harris@harrisbrand.com. D1538

ALLEMAGNE - Düsseldorf : Poste vacant offert dans un institut dentaire privé à un dentiste parlant le japonais. Nous offrons une dentisterie moderne, de l'expérience clinique, des patients japonais, une équipe harmonieuse et un revenu de 5000 à 6000 euros par mois. Veuillez adresser votre demande à : Hubert Limmer, Armin Sts. 21, 40227, Düsseldorf, Allemagne. D1579

P O S T E S R E C H E R C H É S

CANADA : Toronto, Ottawa, Vancouver, Calgary, Edmonton, Halifax. Dentiste canadien expérimenté dans la dentisterie familiale disponible en novembre 2004. Suppléant, à pourcentage. Temps plein ou partiel. Courriel : bickertonalex@hotmail.com, tél. : 011-971-2-634-8507, cell. : 011-971-50-532-3439. D1544

C O N F É R E N C E S

EXPOSITION DENTAIRE DU NORD-OUEST 2004 : Présentée par la Société d'Edmonton et de son district, le vendredi 17 septembre 2004. Conférenciers : Ed Lowe et James Braun. Renseignements, tél. : (780) 459-1275. D1526



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.

Lorsque vos patients n'utilisent pas la soie dentaire – ajoutez

LISTERINE*

Action comparable à celle de la soie dentaire,
c'est démontré !



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

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-antitartre-anticarie Listerine tue les germes qui causent la gingivite, la plaque et la mauvaise haleine. Listerine antitartre combat l'accumulation du tartre mieux que le brossage seul (par rapport à une pâte dentifrice ordinaire). Listerine au fluorure prévient la carie.

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

Posologie : Adultes et enfants de 12 ans et plus : Rince-bouche antiseptique Listerine : Se rincer la bouche avec 20 mL non dilués pendant 30 secondes deux fois par jour; se gargariser pour soulager le mal de gorge dû au rhume; Listerine antitartre : Deux fois par jour : Se brosser les dents pendant 1 minute avec de la pâte dentifrice ordinaire, se rincer la bouche avec de l'eau, puis se rincer la bouche avec 20 mL non dilués de Listerine antitartre pendant 30 secondes; Listerine au fluorure : Se rincer la bouche avec 20 mL non dilués pendant 30 secondes deux fois par jour. Ne pas manger ni boire pendant les 30 minutes suivant l'emploi. **Ingédients médicinaux :** Tous les rince-bouche Listerine contiennent : Eucalyptol 0,091 % p/v, thymol 0,063 % p/v, menthol 0,042 % p/v. Listerine antitartre contient aussi du chlorure de zinc à 0,09 % p/v. Listerine au fluorure contient aussi du fluorure de sodium à 0,022 % p/v. **Ingédients non médicinaux :** Tous les rince-bouche Listerine contiennent : Acide benzoïque, alcool, benzoate de sodium, eau, poloxamère, salicylate de méthyle. Listerine d'origine contient aussi du caramel. Tous les autres contiennent aussi : arôme, propanol, saccharine sodique, sorbitol. Listerine, menthe rafraichissante, contient AD&C vert n° 3. Listerine, menthe fraîcheur, et Listerine au fluorure contiennent D&C jaune n° 10, AD&C vert n° 3. Listerine antitartre contient AD&C bleu n° 1. **Remarque :** Le froid peut rendre le produit trouble mais n'affecte pas son efficacité. **Présentation :** Flacons de 250, 500, 1 000 et 1 500 mL (pas de flacon de 500 mL de Listerine au fluorure).

Il a été démontré que
l'action de Listerine était
comparable à celle de la soie
dentaire pour réduire la
gingivite interproximale†

† Les scores de gingivite aux sites interproximaux ont diminué de 7,9 % chez les sujets utilisant le brossage et le rinçage avec Listerine, vs 8,3 % chez ceux qui utilisaient le brossage et la soie dentaire ($p < 0,001$ vs groupe témoin), au cours d'une étude de 6 mois conforme aux directives de l'ADC. Les patients ($n = 297$) étaient atteints de gingivite légère ou modérée et ont été répartis au hasard en trois groupes de traitement. Les scores de plaque et de gingivite ont été mesurés au départ, après 3 mois et après 6 mois. Les patients ont noté dans un journal personnel leur programme d'hygiène buccale, et une évaluation de l'observance du traitement a été effectuée une fois par mois.¹

1. Sharma, N.C. et al, Comparative effectiveness of an essential oil mouthrinse and dental floss in controlling interproximal gingivitis and plaque. *American Journal of Dentistry* 2002.

*MC Warner-Lambert Company LLC,
sous lic. Pfizer Canada Inc.,
Toronto, Ontario M1L 2N3
© 2004



Notre passion, la vie

