



## Prise en charge d'une occlusion croisée unilatérale postérieure ...569

Comment retirer et réutiliser  
une restauration indirecte ...565

Répercussions en dentisterie  
de la récente controverse  
sur les AINS ...575

Votre lampe  
à polymériser  
est-elle efficace? ...587

**Le Dr Burton Conrod  
est le nouveau  
président désigné  
de la FDI...530**

Le Dr David Kennedy, Vancouver, C.-B.



## Tenir la forme

Il existe plusieurs façons d'avoir un corps sain.

Grâce aux 80 années d'expérience de Sunstar Butler, son étroite collaboration avec les professionnels dentaires à l'échelle mondiale et sa gamme complète de produits de soins oraux, une vie saine est maintenant associée à un sourire éclatant.

Le tout débute par le Système en trois étapes<sup>MC</sup> de GUM<sup>MD</sup>. La recherche a démontré que la maladie du cœur, le diabète et l'ostéoporose sont susceptibles d'être liés à une grave maladie des gencives.

Le Système en trois étapes<sup>MC</sup> fait valoir les avantages d'un système complet de soins oraux et vous aide à sensibiliser vos patients à conserver une dentition, des gencives et une vie saines!



**SUNSTAR  
BUTLER**

1-800-265-7203  
[www.sunstarbutler.com](http://www.sunstarbutler.com)

© 2005 Sunstar Butler C05060

*Avec plus de 100 produits,  
faites confiance à la marque GUM<sup>MD</sup>  
pour répondre à tous vos besoins.*

**GUM<sup>MD</sup>**  
**GENCIVES SAINES. VIE SAINE.<sup>MC</sup>**

Directeur général de l'ADC

**George Weber**

Rédacteur en chef

**Dr John P. O'Keefe**

Rédacteur/réviseur

**Sean McNamara**

Révisure 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**

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

**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](mailto:reception@cda-adc.ca)

[www.cda-adc.ca](http://www.cda-adc.ca)

Site Web : [www.cda-adc.ca](http://www.cda-adc.ca)

## Énoncé de mission

L'Association dentaire canadienne est le porte-parole national de la dentisterie, voué au progrès et au leadership d'une profession unifiée ainsi qu'à la promotion d'une santé buccodentaire optimale, partie intégrante de la santé en général.

### RÉDACTEURS ASSOCIÉS

Dr Michael Casas

Dre Anne Charbonneau

Dre Mary McNally

Dr Sebastian Saba

### CONSEILLERS DE RÉDACTION

Dr James L. Armstrong

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

Dre Felicity Hardwick

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 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 J. Jeff Williams

### CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ADC

Président

**Dr Jack Cottrell**

Président désigné

**Dr Wayne Halstrom**

Vice-président

**Dr Darryl Smith**

**Dr Michael Connolly**

**Dr Peter Doig**

**Dr Don Friedlander**

**Dr Gordon Johnson**

**Dr Gary MacDonald**

**Dr Robert MacGregor**

**Dr Jack Scott**

**Dr Robert Sexton**

**Dr Ronald G. Smith**

**Dr Deborah Stymiest**

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 *JADC* dans la langue de leur choix.

Le *Journal de l'Association dentaire canadienne* est publié 10 fois par année (juillet-août et décembre-janvier ensemble) par l'Association dentaire canadienne. Copyright 1982 par l'Association dentaire canadienne. Entente d'envoi de poste-publications n° 40064661. PAP 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 *JADC* à votre nouvelle adresse le mois suivant. Un abonnement vaut pour 10 numéros et coïncide avec l'année civile. Tout abonnement pour 2006 est payable à l'avance en devises canadiennes. Au Canada — 85 \$ (79,44 \$ +TPS, #R106845209), aux États-Unis — 116 \$, partout ailleurs — 143 \$. Membre : American Association of Dental Editors et Office canadien de vérification de la diffusion

ISSN 1481 2320 Imprimé au Canada

Il est désormais encore plus facile d'obtenir de magnifiques résultats esthétiques haute définition.



NOUVEAU!

Présentation de nouvelles teintes optimisées  
**plus éclatantes. Plus naturelles. Haute définition.**

- Restaurations pratiquement indécélables – les teintes améliorées s'harmonisent facilement et fournissent un effet caméléon exceptionnel.
- Manipulation définie par le dentiste – excellentes propriétés de modelage facilitant la restauration de la forme et des propriétés fonctionnelles naturelles. Ne s'affaisse pas. N'est pas collant.
- Rendement éprouvé - trois années d'essais cliniques ont fait la preuve que vous pouvez le choisir en toute confiance tant pour les restaurations **antérieures que postérieures**.
- Faible retrait – au minimum 21 % moins de retrait que les autres composites populaires.\*

NOUVEAU!

Matériau fluide de restauration  
Filtek<sup>MC</sup> Supreme Plus

- La nouvelle référence pour les composites fluides offrant une résistance élevée et un faible taux d'usure;
- Distribution du matériau fluide « à la demande »;
- Meilleure rétention du poli que les autres matériaux fluides populaires;
- Fondé sur la nanotechnologie brevetée;
- 12 teintes.



Matériau de  
restauration universel

Filtek<sup>MC</sup>  
Supreme  
Plus

3M ESPE

## RUBRIQUES ET CHRONIQUES

<b>Éditorial</b> .....	521
<b>Mot du président</b> .....	523
<b>Courrier</b> .....	525
<b>Index des annonceurs</b> .....	529
<b>Nouvelles et actualités</b> .....	530
<b>The Dental Advisor</b> .....	542
<b>Point de service</b> .....	545
Comment puis-je retirer, modifier et réutiliser une restauration indirecte fonctionnelle en cas de complication? .....	545
Comment peut-on restaurer les abfractions d'une manière qui soit prévisible et agréable du point de vue esthétique? .....	547
Quels sont les facteurs essentiels au succès des implants unitaires antérieurs mis en charge immédiatement? .....	550
Peut-on envisager la mise en place d'implants pour accroître la rétention et la stabilité d'une prothèse partielle amovible, utilisée pour la restauration d'un édentement partiel? .....	552
<b>Images cliniques</b> .....	555
Traitement de l'occlusion croisée unilatérale postérieure avec déviation mandibulaire .....	591
<b>Petites annonces</b> .....	591



## LES AFFAIRES DE LA DENTISTERIE



<b>Passer de la cession à la non-cession des prestations : C'est plus facile que vous le pensez</b> .....	558
<i>Sandie Baillargeon</i>	

## DÉBAT ET COMMENTAIRE

<b>Recevoir des cadeaux : débat sur les conflits d'intérêts</b> .....	561
<i>Barry Schwartz</i>	

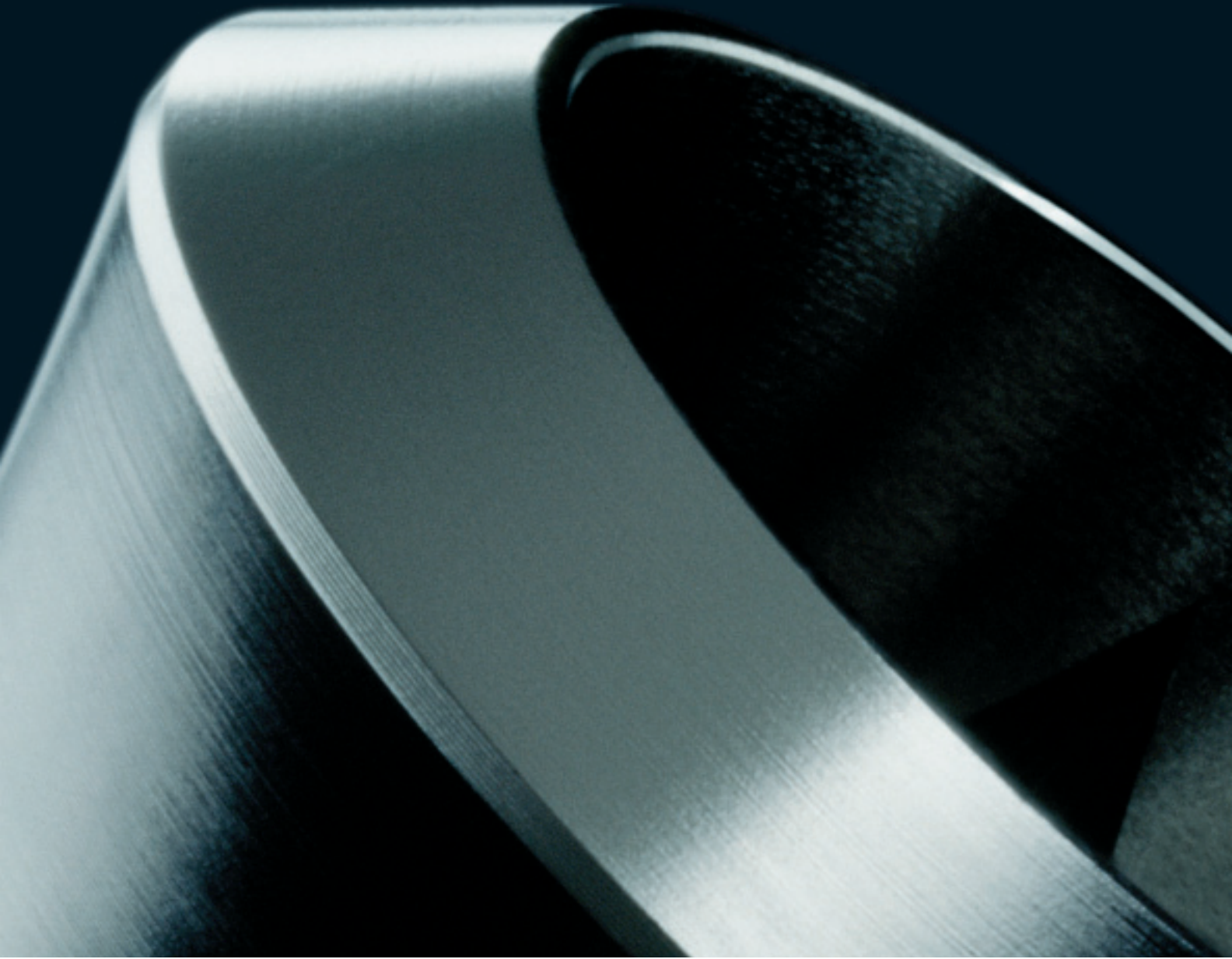
Aidez vos patients à obtenir une blancheur encore plus éclatante.

**Oral-B**  
**REMBRANDT**

Pour de plus amples renseignements, visitez [oralbprofessional.com](http://oralbprofessional.com)

©2005 Oral-B Laboratories CPB CRL AS3570 3/05

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



## **La beauté d'un traitement esthétique naturel durable.**

Des résultats exceptionnels dans les soins esthétiques et leur prévisibilité à long terme reposent en grande partie sur une planification très précise, un travail d'équipe professionnel et l'emploi d'un système d'implants qui satisfasse aux exigences les plus haut placées. Grâce à des innovations constantes aussi bien dans les produits qu'au niveau des procédures, le Straumann Dental Implant System s'est construit une renommée scientifiquement prouvée en fournissant des résultats esthétiques exceptionnels et durables auxquels les chirurgiens-dentistes, prothésistes et techniciens dentaires du monde entier font maintenant confiance.

**Straumann® Dental Implant System** Fiable. Simple. Flexible.

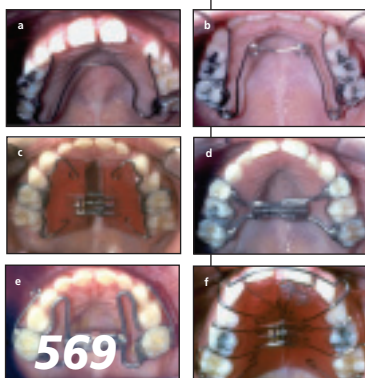
[www.straumann.com](http://www.straumann.com)

SUJETS PROFESSIONNELS

**Retrait, remplacement et mise en place des restaurations à l'amalgame par les dentistes de l'Ontario en 2002** ..... 565  
*Albert O. Adegbembo, Philip A. Watson,*

**Prévalence de la carie de la petite enfance dans 4 collectivités du Manitoba** ..... 567  
*Robert J. Schroth, Pattie Moore, Douglas J. Brothwell*

PRATIQUE CLINIQUE



**Unilateral Posterior Crossbite with Mandibular Shift: A Review** ..... 569  
*David B. Kennedy, Matthew Osepchok*

**Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: Confusion, Controversy and Dental Implications** ..... 575  
*Gary D. Klasser, Joel Epstein*

**Aspiration of an Extracted Molar: Case Report** ..... 581  
*Juan C. Ospina, Jeffrey P. Ludemann*

RECHERCHE APPLIQUÉE

**Résistance à la fracture des prémolaires supérieures restaurées à l'aide de techniques adhésives directes et indirectes** ..... 585  
*Maria Jacinta M. Coelho Santos, Rebeca Barroso Bezerra*

**Efficacité des appareils de photopolymérisation à halogène dans les cabinets dentaires privés de Toronto** ..... 587  
*Omar El-Mowafy, Wafa El-Badrawy, Donald W. Lewis, Babak Shokati, Osama Soliman, Jaffer Kermalli, Avedis Encioiu, Fatma Rajwani, Rema Zawi*



L'ASSOCIATION  
 DENTAIRE  
 CANADIENNE

« Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide aux publications pour nos dépenses d'envoi postal »

**Canada**

Toute demande touchant le **JADC** 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 Communications 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.

# NOUVELLE ORAL-B TRIUMPH.

La brosse la plus intelligente au monde combat la plaque et les mauvaises habitudes de brossage.

Il a été prouvé en clinique que la **nouvelle tête de brosse évoluée** est plus efficace que la tête de brosse la plus populaire.<sup>1</sup>

Les **soies MicroPulse<sup>MC</sup> innovatrices** assurent un nettoyage supérieur dans les espaces interproximaux difficiles à atteindre.<sup>2</sup>

La **nouvelle technologie intelligente** fait appel à un ordinateur incorporé pour fournir des indications encourageantes à vos patients.

La nouvelle Oral-B Triumph réunit un si grand nombre de technologies innovatrices qu'elle incitera vos patients à se soucier davantage de leur santé buccodentaire. Et les résultats remarquables qu'ils obtiendront les garderont motivés. Oral-B. Précisément.

## LA TECHNOLOGIE INTELLIGENTE A UNE INFLUENCE POSITIVE.

### 1:40 MINUTERIE MOTIVANTE

Contrôle la durée du brossage et émet un message d'encouragement à 2 minutes.

Remplacer la tête de brosse

### CONSIGNES DE BROSSAGE

Encouragent à remplacer régulièrement la tête de brosse.

### 4 MODES DE BROSSAGE

Offrent une expérience personnalisée.

Afficheur multilingue

### AFFICHEUR MULTILINGUE

Peut être programmé en 13 langues différentes.

Pour de plus amples renseignements sur le produit, communiquez avec votre distributeur agréé de produits dentaires, appelez-nous au 1 800 268-5217 ou visitez [oralbprofessional.com](http://oralbprofessional.com)

1, 2. Données fichées, par rapport à la tête de brosse Oral-B FlexiSoft®.  
© 2005 Oral-B Laboratories

**Oral-B** PROFESSIONALCARE 9000  
**TRIUMPH**  
TECHNOLOGIE INTELLIGENTE... RÉSULTATS ÉCLATANTS™





Le Dr John P. O'Keefe

## Afficher une nouvelle image

L'apparence a-t-elle une importance? Est-elle seulement superficielle ou nous donne-t-elle une bonne idée de ce qu'une personne (ou un organisme, plus précisément) est? Les concepteurs des émissions américaines de télé-réalité, dans lesquelles les participants subissent une chirurgie esthétique complète comprenant souvent la réfection de la dentition, sont sûrement convaincus que l'apparence est essentielle à la confiance en soi.

Je suis probablement la personne la plus mal placée pour parler du bien-fondé de ces émissions, étant donné que je ne les regarde jamais. Par contre, j'ai entendu certains de mes collègues dentistes discuter des répercussions qu'elles peuvent avoir sur notre profession. Les opinions semblent partagées. Certains disent que ces émissions ont des répercussions positives, car elles sensibilisent davantage les gens aux possibilités intéressantes offertes par la dentisterie esthétique. D'autres craignent qu'elles ne déprécient les services de santé et n'en fassent qu'un simple bien, dépeignant les professionnels de la santé comme des vendeurs.

Bien que la vérité se situe probablement quelque part à mi-chemin, les créateurs de ces émissions sont sûrement heureux que les gens les regardent et discutent de ce qu'elles offrent. Cela me rappelle le vieux dicton des éditeurs qui dit que «c'est plus important d'être lu que de dire la vérité». Bien entendu, dans le cas du *JADC*, nous tentons de dire la vérité (au meilleur de nos connaissances) tout en étant lus par le plus de dentistes possible. Je sais très bien que l'apparence d'une publication est un facteur dont le praticien tiendra compte lorsqu'il tentera de décider s'il lira ou non cette publication après une dure journée de travail.

Des lecteurs me disent qu'il est temps de changer l'apparence du *JADC* – de le rendre plus attrayant sur le plan esthétique en prenant soin de ne pas diminuer la crédibilité du contenu, qui est utile et essentiel aux dentistes canadiens. Je suis de leur avis. À partir du présent numéro, donc, notre

journal affichera une nouvelle image, et ce, à plus d'un égard. Non seulement nous introduisons beaucoup de nouveaux éléments graphiques, mais aussi nous faisons l'essai d'une nouvelle couverture.

Dans le but de rendre hommage à ceux qui contribuent à l'avancement de notre profession, j'invite des personnes à faire publier leur photo sur la page couverture. Ces personnes seront liées en quelque sorte au contenu du numéro en question, qu'il s'agisse de l'auteur d'un article ou du sujet d'une entrevue, d'une nouvelle ou d'un article. Il est important, je crois, de souligner les efforts volontaires de nos collègues, desquels nous profitons tous. Il arrive très souvent que les personnes qui contribuent le plus à leur profession sont celles pour qui la reconnaissance publique et l'autopromotion sont les moindres de leurs préoccupations.

Conscient de ce fait, j'ai demandé au Dr David Kennedy de Vancouver, auteur de 2 articles cliniques, d'accepter qu'on publie sa photo sur la page couverture de ce mois-ci. Depuis de nombreuses années, il contribue grandement à la profession à titre bénévole. C'est comme auteur de l'un de nos manuels de dentisterie pédiatrique qu'il a d'abord attiré mon attention à l'époque où j'étais étudiant. Depuis, il a élargi ses horizons professionnels afin d'y inclure l'orthodontie. J'espère que vous aimerez ses articles sur la prise en charge de l'occlusion croisée unilatérale postérieure – un sujet qui devrait être utile à tous les dentistes généralistes.

La modification du *JADC* est une étape de plus dans notre nouvelle stratégie de publication – une étape qui nous permet de fournir à nos lecteurs et notamment aux membres de l'ADC des services d'information de première qualité. Je considère le journal dans sa version imprimée comme une lecture indispensable aux dentistes canadiens qui souhaitent demeurer à l'affût des faits nouveaux touchant leur vie professionnelle. La version électronique du *JADC*, quant à elle, deviendra plus universelle et érudite. Nous assisterons également cet automne au lancement du nouveau site Web de l'ADC, mettant en vedette des services offerts exclusivement à nos membres.

Bien que nos publications ne subissent pas de changement drastique, leur nouvelle image est le symbole d'un organisme en évolution – particulièrement à l'écoute des besoins de ses membres. Ces changements ne sont pas seulement superficiels. Le *JADC* est l'image que notre organisme projette au monde : un visage humain, ouvert et réceptif. Nous écouterons attentivement vos commentaires.

John O'Keefe  
jokeefe@cda-adc.ca

« La modification du *JADC* est une étape de plus dans notre nouvelle stratégie de publication – une étape qui nous permet de fournir à nos lecteurs et notamment aux membres de l'ADC des services d'information de première qualité. »

# 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.<sup>1,2</sup>

Seul Colgate Total offre une protection éprouvée en clinique<sup>1</sup> qui aide à combattre les problèmes suivants avec un même dentifrice :

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

Il offre aussi une prévention efficace contre les caries<sup>1</sup> et un blanchiment éprouvé en clinique.<sup>3,4\*\*</sup>

Colgate. Le choix des dentistes et des hygiénistes.<sup>†</sup>

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



Le Dr Jack Cottrell

## L'action politique et la dentisterie

Mon expérience en politique municipale à titre de conseiller de quartier au cours des années 1980 m'a appris plusieurs leçons. La plupart ont été très pratiques comme savoir prêter l'oreille aux préoccupations des électeurs et défendre des causes en leur nom. Elle m'a également démontré l'importance de s'engager et de s'intéresser vivement aux questions qui touchent le plus les personnes qu'on représente.

Au nom des dentistes du Canada, l'ADC agit depuis plusieurs années comme porte-parole puissant et unifié auprès du gouvernement fédéral. La présidence de l'ADC me donne l'occasion de partager directement avec les chefs politiques les préoccupations et les expériences des dentistes membres de tout le Canada. Le but poursuivi est de trouver des solutions pratiques afin d'assurer le progrès de la santé buccodentaire du public et de la profession dentaire en général.

Les associations nationales n'existent pas dans le vide. Les forces politiques, économiques et sociales changent constamment et elles peuvent ébranler les valeurs fondamentales que notre profession juge sacrées.

Ces forces comprennent l'influence des tiers-payeurs tentant d'empiéter sur la primauté de la relation patient-dentiste dans l'élaboration d'un plan de traitement. Les compressions du gouvernement ont nui aux établissements d'enseignement du Canada et à la profession à cause d'un financement insuffisant et de l'alourdissement de la dette des étudiants. De plus, l'écart s'accroît entre riches et pauvres à la suite des différentes restrictions du gouvernement visant les programmes sociaux.

En tant qu'association, nous pouvons simplement rester passifs et attendre la suite des événements qui détermineront l'avenir de la dentisterie ou être des joueurs actifs exerçant une influence sur les résultats. L'ADC a choisi la seconde option, saisissant l'occasion d'orienter les changements et de façonner notre avenir au lieu de subir les résultats imposés par autrui.

En tant que dentiste particulier, vous pouvez vous aussi choisir de vous engager directement dans le processus politique. Il se peut que vous ne considériez pas vos collègues dentistes comme des politiciens, mais l'influence des dentistes dans les gouvernements du monde entier hausse l'image de la profession. Le Congrès des États-Unis comprend 3 dentistes, la Chambre des communes et la Chambre des lords du Royaume-Uni en comptent 3 également, et le parti au pouvoir au Québec comprend un membre du cabinet et un ministre de second rang venant de notre profession.

Ce printemps, l'ADC a créé le Comité d'action politique, un nouvel organe pour faire connaître à la base les enjeux de la dentisterie au Canada. Nous avons réuni un groupe choisi de dentistes avisés et réceptifs qui ont accepté de rencontrer leur député en vue de bâtir des relations pratiques et bien informées.

Ces campagnes locales présentent de meilleures chances de succès en ces temps de politique imprévisible due au gouvernement minoritaire. Les députés désirent plus rencontrer les électeurs et sont prêts à appuyer des questions ayant déjà un attrait politique.

La dentisterie est bien placée à cet égard. Il y a plusieurs ministères fédéraux dont les portefeuilles englobent des questions importantes pour la dentisterie. L'ADC travaille de concert avec des groupes de pression influents en vue de présenter les opinions de nos membres sur des questions tels les frais de scolarité, la fiscalité, l'épargne-retraite et l'évaluation des titres étrangers.

Ces questions dépassent les frontières et les solutions n'en sont pas simples, exigeant des débats entre les dentistes et les dirigeants de toutes les régions du pays. Le département des relations gouvernementales de l'ADC est déjà en train de planifier les rencontres des Journées sur la colline du parlement en novembre, une occasion pour partager des informations et pour créer des relations de travail avec des parlementaires fédéraux ciblés.

Il faut les efforts concertés des associations et de particuliers à travers le Canada pour émettre des arguments solides touchant les questions ayant un impact sur la dentisterie. En continuant de sensibiliser et de presser les représentants élus et les fonctionnaires touchant les priorités et les positions de la dentisterie, nous pouvons continuer à avoir une bonne influence sur la profession et la santé buccodentaire de tous les Canadiens.

Jack Cottrell, BSc, DDS  
president@cda-adc.ca

« En tant qu'association, nous pouvons simplement rester passifs et attendre la suite des événements qui détermineront l'avenir de la dentisterie ou être des joueurs actifs exerçant une influence sur les résultats. »

Vous souvenez-vous du temps où vous n'aviez  
besoin que de ceux-ci pour faire sourire les gens?

VOICI LE  
NOUVEAU ET AMÉLIORÉ

**Tetric Ceram®**

EVO  
^

Il est plus rapide, plus facile et garanti pour  
faire sourire tout le monde.

La nouvelle formule microhybride nano-optimisée de Tetric EvoCeram marque une véritable évolution dans la technologie des composites. Grâce à des applications unicolores, il est maintenant plus facile et plus rapide de polir et de sculpter un sourire unique. Ce n'est pas surprenant que tout le monde accueille Tetric EvoCeram le sourire aux lèvres.

Vivez vous-même cette évolution en accédant à  
[WWW.GETTETRICEVOCERAM.COM](http://WWW.GETTETRICEVOCERAM.COM) pour obtenir un  
échantillon **GRATUIT**.

VOICI LE  
NOUVEAU ET AMÉLIORÉ **EVO**  
^  
**Tetric Ceram®**

COMPOSITE DE RESTAURATION NANO-OPTIMISÉ



SATISFACTION DU CLIENT À 100 %  
**GARANTIE!**

[www.ivoclarvivadent.us](http://www.ivoclarvivadent.us). Appelez-nous sans frais au 1-800-533-6825 aux É.-U. ou au 1-800-263-8182 au Canada. © 2005 Ivoclar Vivadent, Inc. Tetric EvoCeram est une marque de commerce d'Ivoclar Vivadent, Inc.

ivoclar  
vivadent®

# Article choc sur les maladies parodontales

J'aimerais féliciter l'ADC pour son *Choix de la rédaction*, un excellent service en ligne qu'elle offre aux membres qui lui fournissent leur adresse électronique.

J'aimerais souligner notamment un des articles<sup>1</sup> présenté dans l'édition d'avril. J'espère que les lecteurs ne se sont pas contentés de lire le résumé de cet article choc, qui ne reflète pas vraiment l'importance réelle de l'article.

La plupart des dentistes savent que la destruction parodontale est due à une réaction inflammatoire non maîtrisée, qui fait suite à une attaque bactérienne et qui est causée par la libération non contrôlée de métalloprotéinases matricielles (MPM), comme la collagénase. De plus, comme nous savons maintenant que cette destruction n'est pas causée par la bactérie, les nouvelles méthodes visant à contrôler cette dégradation cherchent à moduler la réponse de l'hôte par l'administration de médicaments, comme de faibles doses de doxycycline, ayant pour but de réduire au minimum la libération de MPM.

L'article en question décrit de nouvelles données qui indiquent que la carie dentaire est elle aussi le résultat d'une destruction inflammatoire non contrôlée. Il semble ainsi que la plaque dentaire a pour effet de produire un acide qui cause l'érosion de l'émail et maintient un milieu acide dans la zone dentinaire. Il y a ensuite libération non contrôlée de MPM, comme la collagénase, dans le milieu acide, ce qui cause la destruction de la dentine. La carie dentaire, tout comme la maladie parodontale, *résulte d'une réaction inflammatoire non contrôlée et non d'une infection bactérienne*.

Les dentistes ont toujours cru que la carie dentaire était entièrement due à des acides bactériens. Aujourd'hui, on nous dit qu'il s'agit d'un type totalement différent de maladie – d'une inflammation de la dent. Nous en serions probablement venus à la même conclusion plus tôt, si nous nous étions

demandés pourquoi le taux de carie dentaire est le même chez les personnes qui boivent des boissons gazeuses – qu'elles contiennent ou non du sucre. En effet, ce n'est pas le sucre qui est la cause du problème, mais bien l'acide. Il doit y avoir présence d'un acide pour qu'il y ait inflammation de la dentine; cet acide peut provenir d'une source naturelle, par exemple de *Streptococcus mutans* qui se nourrit de sucres fermentescibles, ou d'une source alimentaire artificielle comme les boissons gazeuses, avec ou sans sucre.

Merci de nous avoir présenté un article qui vient ainsi briser un paradigme bien établi.

*Dr Ken Southward, Beamsville (Ontario)*

## Référence

1. Sorsa T, Tjaderhane L, Salo T. Matrix metalloproteinases (MMPs) in oral diseases. *Oral Dis* 2004; 10(6):311–8. Review.

## Indications pour l'ablation des troisièmes molaires

L'article sur les paresthésies iatrogéniques de la troisième division du trijumeau<sup>1</sup> a jeté une lumière intéressante sur un sujet qui est souvent traité de manière accessoire au moment d'obtenir un consentement éclairé à des traitements chirurgicaux. J'ai toutefois été déçu de constater que l'article comptait la prévention de la rechute orthodontique comme indication valable pour l'ablation des troisièmes molaires.

Je crois, quant à moi, que l'ablation des troisièmes molaires comme mesure de prévention du changement post-orthodontique, et non pas de la rechute orthodontique, est réfuté depuis un certain temps déjà par des études comme celles qui ont été effectuées à l'Université de Washington par Robert Little et coll.<sup>2</sup> et qu'il doit y avoir une autre raison contraignante pour recommander l'extraction des troisièmes molaires. Cette mauvaise conception des raisons de l'ablation des troisièmes molaires est répétée par beaucoup de

membres de la profession dentaire et, malheureusement, cet article renforce ces idées fausses.

*Dr Paul A. Witt, Professeur de clinique adjoint  
Faculté de médecine dentaire  
Université de la Colombie-Britannique  
Vancouver (Colombie-Britannique)*

## Références

1. Caissie R, Goulet J, Fortin M, Morielli D. Les paresthésies iatrogéniques de la troisième division du trijumeau : 12 ans d'expérience clinique. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(3):185–90.
2. Ades AG, Joondeph DR, Little RM, Chapko MK. A long-term study of the relationship of third molars to changes in the mandibular dental arch. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1990; 97(4):323–35.

## Réponse d'un des auteurs

Comme le fait observer le Dr Witt, il est généralement reconnu dans la profession dentaire que la relation entre les troisièmes molaires incluses et le chevauchement antérieur est limitée, sinon inexistante. Toutefois, l'objectif de notre article ne consistait pas à débattre des indications de l'ablation des troisièmes molaires, mais simplement à énumérer les indications qui sont citées dans la littérature. Malgré l'accumulation croissante de données scientifiques, l'ablation des troisièmes molaires comme moyen de prévention de la rechute orthodontique reste une pratique courante. Ce fut donc une autre raison d'inclure cette indication dans notre article.

*Dr Jacques Goulet, Spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale, St-Jérôme (Québec)*

## Urgences médicales dans les cabinets dentaires

J'aimerais vous faire part d'un incident qui s'est produit dans mon cabinet, plus tôt cet été. Je venais de recevoir l'excellent CD-ROM «*Medical emergencies in the dental office*» que j'avais consulté durant mes temps libres. Deux jours plus tard, par un curieux hasard, une de mes patientes a fait une réaction anaphylactique complète à un anesthésique, qui était en tout point comparable à celle présentée en introduction dans la vidéo. La ressemblance était saisissante! La patiente est devenue couverte de plaques et elle se tenait la gorge, sentant une obstruction de ses

voies respiratoires. Je lui ai administré 50 mg de Benadryl par voie intramusculaire et j'ai attendu environ une minute, mais les symptômes empiraient. Je lui ai donc immédiatement administré 1 ml d'épinéphrine 1:1000 et, en quelques minutes, sa respiration s'était améliorée.

Cet incident a connu un dénouement heureux et j'aimerais remercier l'ADC qui a eu la clairvoyance de fournir à ses membres cette excellente vidéo, avec lesquels tous les dentistes devraient se familiariser. En 10 ans d'exercice, je n'avais jamais été témoin d'un tel incident. La coïncidence entre cet événement et le moment choisi pour la distribution du vidéo était assez troublante et j'ai pensé que ce fait réel saurait vous intéresser.

Dr Lonny Legault  
Prince George (Colombie-Britannique)

#### Note de la rédaction

Le Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario (CRCDO) a conçu le CD-ROM «*Medical emergencies in the dental office*» à l'intention des dentistes de l'Ontario. Le CRCDO a gracieusement contacté le CDSPI (qui administre l'assurance de la responsabilité civile professionnelle du Régime d'assurance des dentistes du Canada) et l'a invité à distribuer cette vidéo dans tout le pays. Estimant que le CD-ROM était un outil de formation continue utile, le CDSPI et l'ADC l'ont offert aux dentistes de l'extérieur de l'Ontario qui adhèrent au régime d'assurance civile professionnelle et dont les organismes de réglementation ont accepté d'accorder des crédits de FC pour le test.

#### Les dentistes formés à l'étranger : sommes-nous équitables envers eux?

J'ai trouvé que le point de vue du Dr Ernest Cholakis<sup>1</sup> sur les dentistes formés à l'étranger était bien pondéré. Ce dernier soulève des questions qui méritent une sérieuse réflexion, et ses exemples portant sur des dentistes formés à l'étranger qui travaillent dans des régions mal desservies ou comme membre du corps professoral sont particulièrement pertinents.

J'aimerais apporter quelques précisions sur certains points soulevés :

1. La politique générale du gouvernement fédéral du Canada est d'autoriser l'immigration permanente d'environ 240 000 immigrants chaque année. Le gouvernement encourage l'immigration de travailleurs qualifiés qui peuvent immédiatement entrer sur le marché du travail, générer de la richesse et contribuer à l'élargissement de l'assiette fiscale. Si nous présumons qu'un immigrant sur 500 est un dentiste formé à l'étranger, il y aurait donc 480 nouveaux dentistes chaque année au Canada. Cependant, comme les compétences de ces professionnels ne sont pas reconnues ici, ceux-ci ne peuvent travailler dans leurs domaines de compétences, et il est peu probable qu'ils soient bien rémunérés. Une telle situation crée non seulement des difficultés économiques, mais aussi une anxiété psychologique. À l'heure actuelle, on offre aux dentistes formés à l'étranger la possibilité de suivre un programme d'équivalence; cependant, il n'y a qu'environ 80 à 100 places disponibles, de sorte que les 400 autres doivent présenter une autre demande l'année suivante, avec tous les nouveaux-venus qui s'ajouteront. Cette situation crée un effet boule de neige. Sommes-nous équitables envers ces dentistes, en ne leur donnant pas vraiment l'occasion de prouver ce dont ils sont capables?

2. D'un point de vue économique, l'instauration d'un mécanisme qui permettrait de sélectionner des dentistes qualifiés, formés à l'étranger, serait bénéfique pour tous. En effet, ni le gouvernement canadien, ni les provinces, n'ont investi quelque argent dans la formation de ces dentistes. S'ils sont jugés qualifiés, ces dentistes pourraient entrer immédiatement sur le marché du travail et traiter des citoyens canadiens.

J'ai moi-même été formé à l'étranger et j'enseigne à temps plein dans une faculté de médecine dentaire du Canada. Les chiffres que j'ai mentionnés précédemment ne s'appuient pas sur des statistiques réelles et ne sont que des estimations éclairées. J'ai vécu personnellement tous ces problèmes et je crois que, comme pour toute autre

chose dans la vie, la solution ne réside pas dans un point de vue radical, mais plutôt dans une approche équilibrée.

Dr Carlos Flores-Mir, Université de l'Alberta  
Edmonton (Alberta)

#### Référence

1. Cholakis EC. Les dentistes formés à l'étranger voulant exercer au Canada : une autre perspective. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(6):386-7.

J'écris en réponse aux points de vue contradictoires exprimés par les Drs Don Bonang<sup>1</sup> et Ernest Cholakis<sup>2</sup> au sujet des dentistes formés à l'étranger.

Les dentistes formés à l'étranger sont un précieux atout pour la dentisterie au Canada. Un grand nombre de facultés de médecine dentaire canadiennes comptent, parmi les membres à temps plein de leur corps professoral, de ces dentistes. Je peux affirmer sans hésitation, en me basant sur mes propres études de premier cycle en médecine dentaire, que les dentistes formés à l'étranger figurent parmi les meilleurs enseignants et cliniciens à l'Université du Manitoba. Qui plus est, ces dentistes se révèlent extrêmement utiles pour répondre aux besoins dentaires dans les régions insuffisamment desservies du Canada.

Cependant, les organismes de réglementation dentaire provinciaux et autres autorités chargées de la réglementation ont une attitude négative à l'égard de l'agrément de ces dentistes. À titre d'exemple, un groupe de 9 dentistes formés à l'étranger a récemment présenté une requête auprès de la Commission des droits de la personne, alléguant que le Bureau dentaire de Terre-Neuve faisait preuve de discrimination à leur égard, en refusant de leur accorder un permis général d'exercice de la dentisterie, à cause de leur origine nationale. Dans sa décision rendue le 1<sup>er</sup> août 2005, concernant le cas porté en appel devant la Cour suprême de Terre-Neuve-et-Labrador<sup>3</sup>, le juge Leo Barry a conclu que les compétences des plaignants ne posaient pas, et ne posent toujours pas, problème et que le fait d'exiger que les plaignants soient soumis à un autre processus d'évaluation de

Suite à la p. 528

# Défier la nature.



## Couronnes et ponts Lava<sup>MC</sup> 3M<sup>MC</sup> ESPE<sup>MC</sup> : le mariage parfait de l'esthétique et de la résistance.

Plus que jamais, vos patients exigent que leurs restaurations aient l'air aussi naturelles que leurs dents saines. Il était auparavant difficile de réaliser pareilles restaurations. Maintenant, les couronnes et les ponts Lava 3M ESPE vous permettent de répondre plus facilement aux attentes de vos patients. Ces couronnes et ponts sont adaptés aux restaurations antérieures et postérieures non seulement à cause de leurs qualités esthétiques, mais aussi en raison de leur résistance et de leur durabilité. Le système Lava offre huit teintes de coiffe en oxyde de zirconium à haute résistance que vous pouvez adapter exactement à la couleur des dents du patient, et les coiffes ont une translucidité qui imite la dentine naturelle.

**Défiiez maintenant la nature. Demandez à votre laboratoire s'il utilise les couronnes et les ponts Lava 3M ESPE.**

*Créer des couronnes et des ponts d'une esthétique parfaitement naturelle.*



Photos courtoisie de J.H. Bellman RDT et Dr.P. W. Hirschfeld

Courrier  
Suite de la page 526

leurs compétences est à la fois déraisonnable et injustifié.

Globalement, les politiques et les décisions protectionnistes risquent de forcer les professionnels formés à l'étranger à aller enseigner et exercer la médecine dentaire à l'extérieur du Canada, ce qui nuirait grandement à la profession dentaire du pays. J'exhorte donc les associations dentaires provinciales à adopter une attitude plus positive à l'égard des dentistes formés à l'étranger.

*Dr Melvin Lee, Winnipeg (Manitoba)*

### Références

1. Bonang DM. Maintenons nos normes nationales. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(2):75.
2. Cholakis EC. Les dentistes formés à l'étranger voulant exercer au Canada : une autre perspective. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(6):386-7.
3. Bureau dentaire de Terre-Neuve c. Commission des droits de la personne, et coll., [2005] NLTD 125, affaire classée le 1<sup>er</sup> août 2005.

La question des privilèges d'exercice à accorder aux dentistes formés à l'étranger semble alimenter les débats dans les pages du *JADC*. Ayant moi-même travaillé et étudié avec des dentistes formés à l'étranger, j'estime qu'un commentaire de ma part s'impose.

Au risque de généraliser, je crois que nos craintes concernant l'intégration des dentistes formés à l'étranger ne sont nullement fondées. Il peut arriver que nous invoquions l'incompétence en observant des traitements dentaires dispensés à l'étranger. Nous nous formons une image d'une école de médecine dentaire aux ressources matérielles et financières déficientes, où la formation se limite à un enseignant qui fait la démonstration de quelques procédures sur des patients et où seuls les étudiants chanceux peuvent avoir leurs propres patients. Pourquoi cette perception est-elle si loin de la réalité? Il est peut-être vrai que certains dentistes formés à l'étranger répondent à cette description, mais il y en a beaucoup d'autres qui sont tout à fait le contraire. Ces derniers sont si bien formés, expérimentés et bienveillants que leur refuser le privilège d'exercer

serait une grande injustice, à la fois pour nos patients et notre profession.

Heureusement, certains d'entre nous avons eu le plaisir de travailler avec de tels collègues, et les plus chanceux ont pu être formés par eux, ici même au Canada. Ces cliniciens ont une connaissance remarquable de leur spécialité et il en va de même de leur capacité d'appliquer ces connaissances cliniquement, dans le meilleur intérêt des patients. Il est malheureux que nous refusions à ces dentistes les privilèges que nous accordons aux dentistes d'ici. Nous leur proposons plutôt de s'inscrire à un programme d'équivalence offert dans une de nos facultés de médecine dentaire (par du personnel qui – incidemment – a lui aussi été formé à l'étranger).

Il ne fait aucun doute que la discussion doit se poursuivre et que des changements s'imposent. Je n'ai malheureusement pas de solution à proposer. J'aimerais cependant suggérer de ne pas fermer les yeux sur des dentistes qui souhaitent traiter les patients d'ici – et qui sont très bien qualifiés pour le faire – uniquement parce qu'ils ont été formés à l'étranger.

*Dr Fadi Kass, Winnipeg (Manitoba)*

### Les enfants de parents fumeurs

L'autre jour, une femme a amené son enfant de 3 ans à la clinique communautaire pour un examen des dents. Pendant qu'elle passait en revue les antécédents médicaux de l'enfant avec la mère, mon assistante a demandé à la mère en plaisantant si l'enfant fumait. La mère a ri et nous aussi, mais au moment même où l'assistante était sur le point de continuer le reste du questionnaire, j'ai demandé à la mère si elle, elle fumait. Elle a répondu que oui et déclaré qu'elle consommait environ 10 cigarettes par jour. Selon les connais-

sances actuelles sur la fumée secondaire, on peut conclure que l'enfant fume bon gré mal gré depuis la naissance, étant donné que la mère, femme au foyer, fume à son domicile. Quelles seront les conséquences médicales futures de cet environnement de fumée pour l'enfant?

Il serait intéressant d'effectuer une étude de cohorte ou une étude cas/témoins auprès des enfants issus de telles familles pour voir si en fait l'exposition à la fumée secondaire à domicile aboutit à un accroissement du risque pour certains états pathologiques relevant de la médecine générale ou dentaire, comme les caries, l'asthme et les autres troubles respiratoires.

*Dr Ishmael Bruce, Winnipeg (Manitoba)*

### Engagement en faveur des soins aux aînés

L'accès des personnes âgées aux soins buccodentaires est devenu une question d'engagement – de la part de la dentisterie organisée, des différentes instances du gouvernement, des professionnels de la santé et de l'ensemble de la société. Fait : 30 % des personnes âgées présentent des problèmes médicaux et sociaux que le dentiste doit comprendre pour être en mesure de dispenser un traitement approprié. La coordination des divers programmes et la mise en commun des expériences sont donc indispensables pour assurer la prestation des services essentiels par tous les fournisseurs de soins de santé.

Nous ne sommes pas les seuls aux prises avec ce problème. En effet, j'ai récemment assisté à une conférence de la Société française de gérontologie en France, où j'ai pu constater que les facteurs qui font obstacle à l'accès aux soins se comparent souvent à ceux que l'on observe ici. Des débats multidisciplinaires ont alimenté cette rencontre où chercheurs, biologistes, dentistes,

### Commentaire du rédacteur en chef

La rédaction du *JADC* 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 mots ne suffisent pas, nous vous invitons à rédiger un article pour la chronique «Débat et opinion».



travailleurs hospitaliers et professeurs universitaires de France, de Tunisie, de Belgique et du Canada ont abordé des sujets allant de la régénération des cellules souches, à l'accès aux soins en passant par l'efficacité masticatoire. Ce forum transatlantique avait les mêmes objectifs que ceux que s'était fixée l'ADC lors de son forum stratégique 2005 sur l'accès aux soins : les professionnels de la santé doivent pouvoir s'appuyer sur des structures adéquates pour favoriser des interactions médicales, sociales, économiques et humaines solides et continues. Un tel échange d'information ne peut que nous aider à approfondir nos connaissances et favoriser l'évolution de la réflexion sur ce sujet.

Notre profession a la possibilité de jouer un rôle prépondérant, afin de satisfaire à ce besoin actuel de notre société. Le président de l'ADC, le Dr Jack Cottrell, a reconnu qu'il est de la responsabilité de la profession de mener les efforts visant à améliorer l'accès aux soins<sup>1</sup>. Nous sommes en effet dans une excellente position pour promouvoir et diriger les actions requises à cette fin. Il incombe à chacun de nous de travailler à repousser les frontières, de relever les défis et d'assumer collectivement la responsabilité de trouver une solution à cette importante question.

*Dr Alain Thivierge, Vice-président exécutif, Division des soins médicaux et dentaires MultiGen HealthCare Inc., Wakefield (Québec)*

## Référence

1. Cottrell J. Mettre les stratégies en action. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(6):369.

## Un mandat clair de la part du président

Dans son premier «Mot du président»<sup>1</sup> le Dr Cottrell a clairement donné le ton et précisé l'orientation qu'il entend suivre durant son mandat. La citation de Quinn Mills sur l'importance de se préoccuper des autres définit un important principe directeur. Nous devons tous travailler ensemble. Il est essentiel de communiquer le plus possible avec les membres, les associations provinciales et les organismes de réglementation, et d'optimiser les consultations, afin de leur prouver que les opinions et les suggestions de tous sont importantes et

appréciées. Comme le laisse sous-entendre le président, la force de notre profession à l'échelle nationale vient en renforcer la valeur à l'échelle provinciale.

*Dr Philip Watson, Toronto (Ontario)*

## Référence

1. Cottrell J. Votre association : responsable et unifiée. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(5):301.

## Appréciation du travail de l'ADC

Je tiens à féliciter l'ADC pour le travail remarquable qu'elle fait en vue de sensibiliser la population à l'importance d'une bonne santé buccodentaire et à la profession dentaire partout au Canada. Non seulement ces efforts contribuent-ils à éduquer le public, mais ils se traduisent également par une hausse du nombre de personnes qui nous consultent.

Qui plus est, l'ADC m'impressionne avec les nombreux autres projets auxquels elle participe activement. Nous connaissons tous le rôle qu'a joué l'ADC auprès de l'Agence du revenu du Canada, afin de régler la question de la TPS. L'ADC a aussi été fort active en coulisses, afin de faire valoir ses points de vue sur les questions de l'hygiène buccodentaire, des frais de scolarité des universités et de l'intégration des dentistes formés à l'étranger.

En ma qualité de vice-président de l'Association dentaire de l'Asie du Sud, cette question de l'intégration – par ailleurs fort complexe – m'intéresse particulièrement. L'ADC a fait beaucoup de recherches sur ce sujet et elle travaille avec les diverses instances de gouvernement et les divers établissements d'enseignement afin de trouver une solution. Comme cette question a une incidence sur la migration de la main-d'œuvre au Canada, elle exige la participation de nombreux intervenants, et je suis heureux de la manière dont l'ADC a su l'aborder.

ITRANS<sup>MC</sup> est une autre grande réalisation de l'ADC, qui révolutionnera la manière dont le milieu de la dentisterie communiquera au Canada. Ce système nous permettra en effet d'envoyer des radiographies à d'autres praticiens et aux compagnies d'assurance et aussi de traiter directement les transactions par cartes de

crédit et de débit, nous faisant du même coup épargner temps et argent.

Je considère que les avantages qu'offre l'ADC à ses membres dépassent largement les frais d'adhésion. À eux seuls, les frais d'inscription au système ITRANS – sans adhésion à l'ADC – s'élèvent à 360 \$. Or, l'adhésion à l'ADC, qui inclut l'accès à ITRANS, ne coûte que 621 \$. Il ne fait aucun doute que l'ADC sait optimiser les sommes qui sont investies par ses membres.

L'Académie de dentisterie générale (ADG) a constaté que les gens veulent des avantages tangibles en contrepartie de leur cotisation. L'ADC a relevé la barre dans ce domaine, et nous devons continuer nos efforts afin de répondre encore mieux aux demandes de nos membres.

*Dr Neil J. Gajjar, Président désigné, ADG de l'Ontario Vice-président, Association dentaire de l'Asie du Sud*

## Index des annonceurs

3M ESPE . . . . .	516, 527, 549
A-Dec International . . . . .	533, 539
Banque Royale du Canada . . . . .	584
Canadian Straight Wire . . . . .	583
CDSPI . . . . .	563, 574, 590
Colgate-Palmolive Canada Inc. . . . .	522, 586, 599
Fonds de l'ADC . . . . .	598
Henry Schein Ash Arcona . . . . .	600
Ivoclar Vivadent Canada Inc. . . . .	524
Les Producteurs laitiers du Canada . . . . .	566
Oral-B Laboratoires . . . . .	517, 520, 554
Philips Sonicare . . . . .	568
Plaquettes du SISD . . . . .	588–9
Procter & Gamble . . . . .	560
Septodont au Canada, Inc. . . . .	544
Straumann Canada Ltd. . . . .	518
Sunstar Butler . . . . .	514
Vident . . . . .	564

### Le Dr Burton Conrod remporte l'élection présidentielle à la FDI



Le 26 août, le Dr Burton Conrod, un ancien président de l'ADC, a été élu à la majorité par les délégués internationaux pour prendre la tête de la Fédération dentaire internationale.

Le Dr Conrod de Sydney (Nouvelle-Écosse) a été nommé président désigné

de la FDI lors de l'assemblée générale du Congrès dentaire mondial de la FDI. Il est le premier dentiste canadien à être choisi pour diriger cet organisme dentaire international prestigieux.

«Au Canada, nous avons le bonheur d'avoir accompli tellement pour le progrès de la santé buccodentaire et la reconnaissance de son rôle intégral dans le bien-être général, a déclaré le Dr Conrod. C'est un honneur de pouvoir partager de nos connaissances avec le monde tout en ayant l'occasion d'étudier de nouvelles idées émanant de l'étranger.»

Cette nomination historique a couronné l'immense succès du Congrès de la FDI, tenu à Montréal du 24 au 27 août. Le mandat du Dr Conrod de 2 ans en tant que président de la FDI commencera en 2007. Il succèdera à la Dre Michèle Aerden de la Belgique. ➤

### Les dirigeants de l'ADC rencontrent des cadres de l'ADA



De gauche à droite : Le Dr James Bramson, directeur général de l'ADA; le Dr Darryl Smith, vice-président de l'ADC; le Dr Jack Cottrell, président de l'ADC; le Dr Richard Haught, président de l'ADA; le Dr Wayne Halstrom, président désigné de l'ADC; le Dr Robert Brandjord, président désigné de l'ADA; et M. George Weber, directeur général de l'ADC.

Les 18 et 19 juillet, des représentants de l'ADC ont rencontré des cadres de l'Association dentaire américaine (ADA) au siège social de l'ADA, à Chicago (Illinois).

Ces rencontres annuelles font partie des relations réciproques que l'ADC entretient avec son homologue américaine. Pour les dirigeants des 2 associations nationales, il s'agit d'une occasion idéale pour aborder les grandes questions qui pointent à l'horizon et qui gagnent à être étudiés et débattus mutuellement.

Les points à l'ordre du jour comprenaient les frais de démarrage liés au financement et à la gestion d'un cabinet que les nouveaux diplômés doivent assumer. Les représentants ont également abordé des questions liées à l'accès aux soins et aux autres modèles de prestation des soins buccodentaires. Ces discussions ont compris un rapport sommaire des résultats du Forum de l'ADC sur les personnes âgées qui a eu lieu en février 2005. ➤

### Le site Intranet appuie les associations provinciales et les ORD

En juin, un nouvel outil d'échange d'information a été lancé pour faciliter les communications électroniques entre les représentants officiels de l'ADC, les associations dentaires provinciales et les organismes de réglementation dentaire (ORD).

Le site Intranet à l'intention des associations membres et des ORD a été conçu par l'ADC qui s'est engagée à offrir un meilleur cheminement de l'information sur les lois, les règlements et les statistiques nationaux et provinciaux liés à la santé buccodentaire au Canada.

Les directeurs généraux des associations provinciales et les registraires des ORD peuvent maintenant se servir de cet outil pour échanger de l'information provenant de leurs régions avec leurs homologues à travers le pays.

Le site contient actuellement des statistiques sur l'assurance dentaire et les visites chez le dentiste, ainsi que d'autres informations dentaires d'ordre économique. Il comprend également un calendrier des activités de la communauté dentaire indiquant les principales assemblées et activités.

Les premiers commentaires au sujet du site ont été favorables. Un usage accru permettra d'en faire un véritable tableau d'affichage pour diffuser les nouvelles et les informations de la profession dentaire à travers tout le Canada. ➤

## À paraître dans des publications nationales : des messages de santé buccodentaire

Cet automne, l'ADC compte élargir son rôle de porte-parole de la dentisterie voué à la promotion d'une santé buccodentaire optimale avec 2 importants projets d'éducation du public.

Le premier sera un guide spécial de 16 pages sur la santé buccodentaire qui sera incorporé à l'édition d'octobre de *Madame* et de sa publication sœur *Homemaker's*. Ce projet conjoint comprendra des articles sur les relations entre la santé buccodentaire et la santé en général, le brossage et l'utilisation de la soie dentaire, la dentisterie esthétique, des informations sur la santé buccodentaire à l'intention des parents de jeunes enfants et d'adolescents, la nutrition et la santé buccodentaire, et le plan de prévention en 5 points de l'ADC.

*Madame* est un magazine national qui s'adresse aux femmes de 25 à 54 ans, le groupe démographique généralement reconnu pour veiller à la santé buccodentaire de la famille. On estime que plus de 2 millions de Canadiennes et de Canadiens liront ce supplément sur la santé buccodentaire.

Le second projet sera une annonce imprimée soulignant l'importance du Sceau de reconnaissance de l'ADC. Avec le titre d'appel «Choisir un dentifrice ne devrait pas être aussi difficile», cette annonce visera directement, pour la première fois, le consommateur. Elle paraîtra en tandem avec le supplément sur la santé buccodentaire dans *Madame*, ainsi que dans le *Journal de Montréal* et le *National Post*. ❖



Les membres du Caucus canadien de l'Académie de dentisterie générale à l'hôtel Marriott Wardman Park, à Washington.

## Le président de l'ADC s'adresse au Congrès de l'ADG

Du 13 au 17 juillet, l'Académie de dentisterie générale (ADG) a tenu sa 53<sup>e</sup> assemblée annuelle à Washington (D.C.).

M. George Weber, directeur général de l'ADC, et le Dr Jack Cottrell, président de l'ADC, ont assisté à l'assemblée au nom de l'Association. Le Dr Cottrell a été invité à prendre la parole devant toute la délégation de l'ADG lors des cérémonies d'ouverture à la Chambre des délégués. Il a parlé des nombreux champs de collaboration qui existent entre les 2 organismes.

Le congrès a été l'occasion d'une assemblée du Caucus canadien de l'ADG et on y a parlé principalement des avantages de l'adhésion ainsi que des futurs champs de collaboration. Le groupe a également abordé les défis qui attendent la profession. ❖

# La fluoruration de l'eau dans l'actualité

Selon différents médias, un professeur de la Faculté de médecine dentaire de Harvard est accusé d'avoir présenté de manière inexacte les résultats de la thèse de doctorat d'une étudiante portant sur la fluoruration de l'eau. L'étude en question est une dissertation inédite rédigée par la Dre Elise Bassin, portant sur l'association entre le fluorure dans l'eau potable pendant la croissance et le développement et l'incidence de l'ostéosarcome chez les enfants et les adolescents.

D'après le journal *Observer*<sup>1</sup> du Royaume-Uni, l'étude soutient que les garçons exposés au fluorure entre 5 et 10 ans auront un taux accru d'ostéosarcome (un cancer des os rare) entre 10 et 19 ans; aucune donnée n'indique un lien similaire chez les filles.

L'étude de la Dre Bassin date de 2001 et les résultats complets ne sont pas disponibles, étant donné qu'elle n'a pas été revue par des pairs. Cependant, un extrait est apparu sur différents sites Web, où l'auteur admet que ses recherches peuvent avoir des restrictions. ♦

## Référence

1. Woffinden B. Fluoride water 'causes cancer'. *The Observer* June 12, 2005.

## Point de vue de l'Association dentaire canadienne

La rédaction a demandé au chef des programmes dentaires, Euan Swan, BSc, DDS, DDPH, de faire des commentaires au sujet des récents rapports des médias sur la fluoruration de l'eau. En voici le résumé.

Cette année marque le 60<sup>e</sup> anniversaire de la fluoruration des eaux potables au Canada et aux États-Unis. Les villes de Brantford (Ontario) et de Grand Rapids (Michigan) ont commencé à ajuster les taux de fluorure de leurs eaux respectives en 1945. Pour souligner l'occasion, l'Association dentaire américaine (ADA) a accueilli, du 13 au 16 juillet, le Symposium national sur la fluoruration à Chicago (Illinois).

Un usage judicieux des fluorures en dentisterie est une mesure de prévention fructueuse. De l'avis des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, il s'agit de l'un des 10 grands exploits dans le domaine de la santé publique au 20<sup>e</sup> siècle.

Pour sa part, l'ADC continue d'appuyer la fluoruration des eaux municipales puisque c'est une méthode sûre et très efficace pour réduire la carie dans tous les groupes d'âge.

Alliées au fluorure provenant d'autres sources comme les dentifrices, les rince-bouches, les gels ou même le fluorure contenu naturellement dans les aliments, les eaux fluorurées sous contrôle jouent un rôle bénéfique dans la prévention de la carie.

L'ADC dépouille toujours les derniers travaux de recherche sur la fluoruration et, suivant l'ensemble des connaissances scientifiques généralement reçues, rien ne prouve que les taux de cancer chez les humains sont liés aux taux optimaux de fluorure dans l'eau potable.

Les recherches de la Dre Bassin font partie, semble-t-il, d'une étude plus vaste dont les résultats n'ont pas encore été publiés. L'ADC accueille favorablement tout nouvel ajout à la littérature scientifique révisée par des pairs.

L'ADC est au courant d'une étude maintenant effectuée par le Conseil national de recherches des États-Unis. Un sous-comité est en train de réviser les dernières données cliniques et d'exposition touchant les fluorures ingérés à partir des eaux potables et d'autres sources. Un rapport final sera publié à la fin du projet prévue pour février 2006.

Afin de tenir les membres au courant des questions reliées au fluorure, l'ADC a affiché sa position officielle et des FAQ sur le fluorure dans son site Web. ♦

## Ressources connexes

FAQ de l'ADC sur le fluorure  
[www.cda-adc.ca/french/your\\_oral\\_health/faq/fluoride\\_faqs/default.asp](http://www.cda-adc.ca/french/your_oral_health/faq/fluoride_faqs/default.asp)

Déclaration de l'ADC sur l'utilisation des fluorures dans la prévention de la carie  
[http://www.cda-adc.ca/french/members/cda\\_members/position\\_statements/pdfs/fluorides.pdf](http://www.cda-adc.ca/french/members/cda_members/position_statements/pdfs/fluorides.pdf)

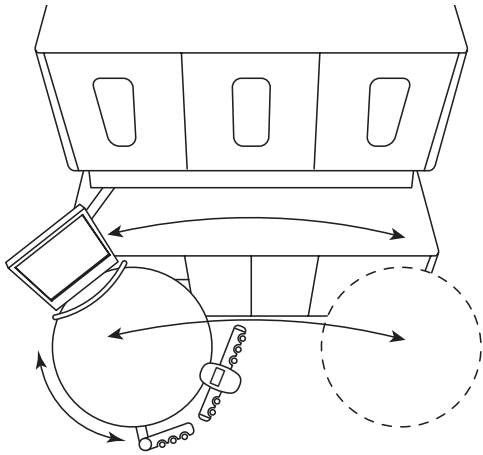
Déclaration de l'ADA sur la fluoruration de l'eau et le cancer des os  
[www.ada.org/prof/resources/positions/statements/fluoride\\_bonecancer.asp](http://www.ada.org/prof/resources/positions/statements/fluoride_bonecancer.asp)

Projet du Conseil national de recherches sur le fluorure dans l'eau potable  
Allez à [www4.nationalacademies.org](http://www4.nationalacademies.org), cliquez sur «Current Projects» et tapez fluoride dans le champ de recherche.



Rainure d'installation exclusive pour une flexibilité maximale du positionnement du moniteur.

Surface de travail ronde et robuste offrant assez d'espace pour y placer tout ce dont vous avez besoin.



La surface de travail et les porte-instruments tournent et pivotent pour permettre un positionnement aux possibilités pratiquement illimités.

# A-DEC 500® Un concept arrière original

Une meilleure position est essentielle à l'augmentation de la productivité en dentisterie, peu importe le type de distribution choisi. C'est pourquoi nous avons créé le A-dec 500 à 360 degrés. En plus d'offrir une surface de travail ronde, rotative et réglable en hauteur, le A-dec 500 offre un porte-instruments pivotant qui peut se placer pratiquement n'importe où autour de la surface de travail, offrant une meilleure visibilité, moins d'étirement et moins de déplacements pour vous et votre assistant(e). Ajoutez à cela la capacité d'intégrer sans problèmes des moteurs électriques, des caméras intrabuccales, ainsi que d'autres petits équipements, et vous avez entre les mains un système entièrement polyvalent qui offre une meilleure ergonomie et une efficacité supérieure à tout autre solution de distribution sur le marché.

Pour de plus amples informations sur le A-dec 500, communiquez avec votre distributeur autorisé A-dec, visitez le [a-dec.com](http://a-dec.com) ou appelez le 1-800-547-1883 dès aujourd'hui.

## Maintenant disponible : Livres de poche sur la TPS

À la suite du succès du Guide sur la TPS publié en 2004, l'ADC a le plaisir d'offrir aux membres une version condensée de ce guide pratique sur les taxes de vente. Le nouveau *Livre de poche sur la TPS* explique les règlements fiscaux s'appliquant à l'exercice de la dentisterie au Canada dans un format plus concis et plus facile à lire.

Cet outil de référence a été conçu en vue de répondre aux besoins spécifiques des dentistes canadiens. Comme tel, il souligne toute différence pouvant exister dans les règlements fiscaux de chacune des provinces. Il examine la taxe fédérale sur les produits et services (TPS), la taxe de vente harmonisée (TVH) dans les provinces du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador, la taxe de vente du Québec (TVQ) ainsi que les taxes de vente provinciales (TVP) dans l'Île-du-Prince-Édouard, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique.

Le *Livre de poche sur la TPS* répond aux questions suivantes :

1. Que sont la TPS, la TVH, la TVQ et la TVP?
2. Comment ces taxes s'appliquent-elles?
3. Quels sont les achats qu'un cabinet dentaire peut faire sans avoir à payer la TPS, la TVH, la TVQ et la TVP?
4. Un cabinet dentaire doit-il s'inscrire, percevoir et remettre ces taxes?

Les dentistes peuvent consulter rapidement ce livre de poche pour être au courant des règlements fiscaux en vigueur au Canada.

L'ADC est heureuse d'offrir gratuitement aux membres le *Livre de poche sur la TPS* en version électronique téléchargeable à partir du volet réservé aux membres du site Web de l'ADC.

La version imprimée se vend 12,95 \$ l'exemplaire. Pour l'obtenir, veuillez télécharger le bon de commande ou joindre Teresa Bertrand par téléphone au 1 (800) 267-6354, poste 2261, ou par courriel à [tbertrand@cda-adc.ca](mailto:tbertrand@cda-adc.ca).

**Remarque :** Le *Livre de poche sur la TPS* donne des informations générales sur les taxes de vente à l'intention des dentistes en s'appuyant sur les règlements fiscaux et administratifs en vigueur le 17 mai 2005. Vous devez cependant consulter votre conseiller fiscal pour vous assurer que ces règlements s'appliquent à votre cas particulier.

## Déclaration des effets indésirables : est-ce facultatif ou obligatoire?

Santé Canada a entrepris des consultations publiques touchant l'adoption d'un système de déclaration obligatoire des effets indésirables (EI) des produits de santé.

Dans un document de travail publié en juin, Santé Canada a déclaré être d'avis que les déclarations d'EI que les professionnels de la santé lui transmettent actuellement représentent seulement un faible pourcentage des EI qui se produisent. En 2004, le nombre de déclarations reçues s'est élevé à 10 238 en tout.

En vertu des règlements actuels, les professionnels de la santé sont incités, mais non obligés, de déclarer les cas d'EI soupçonnés. Santé Canada essaie de déterminer si un système de déclaration obligatoire bien conçu et bien géré augmenterait les taux de déclaration.

La contribution des professionnels de la santé à un tel système est capitale. Ils sont souvent les mieux placés pour observer les EI chez les patients et peuvent les déclarer dans des termes scientifiques clairs.

Quant aux professionnels de la santé, ils reconnaissent que la sous-déclaration des EI est un problème fréquent et grave. D'après un sondage de Santé Canada, 71 % des dentistes sont d'avis que la sous-déclaration des EI est un problème très ou assez grave au Canada présentement.

Dix pays, dont la France, la Suède, la Norvège, l'Autriche et l'Italie, ont déjà adopté un système rendant obligatoire la déclaration des EI par les professionnels de la santé. Le Canada compte étudier ces systèmes et concevoir un programme personnalisé pour améliorer les taux de déclaration au pays.

La preuve qu'un produit de santé a vraiment causé un effet indésirable n'est pas exigée aux fins de la déclaration. Pour la plupart, les déclarations d'EI sont uniquement des liens soupçonnés. Les professionnels de la santé devraient déclarer les cas d'EI soupçonnés au Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments par téléphone au 1-866-234-2345, par télécopieur au 1-866-678-6789 ou par courriel à [cadrm@hc-sc.gc.ca](mailto:cadrm@hc-sc.gc.ca).

### Ressource connexe

Document de travail de Santé Canada sur la déclaration obligatoire des effets indésirables des médicaments :

[http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/consultation/ar-ei\\_mandat-oblig\\_discus\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/consultation/ar-ei_mandat-oblig_discus_f.html)

## La Cour suprême de Terre-Neuve confirme une décision touchant les dentistes formés à l'étranger

La Cour suprême de Terre-Neuve-et-Labrador a confirmé une décision prononcée par le Comité d'enquête de la Commission des droits de la personne de la province en octobre 2004.

Suivant cette décision, le Bureau dentaire de Terre-Neuve-et-Labrador aurait discriminé contre 9 dentistes formés à l'étranger en refusant de leur accorder des permis d'exercer généraux à moins de poursuivre d'autres études et de réussir un autre examen. Les exigences du Bureau dentaire ont été jugées discriminatoires parce qu'elles restreignaient le droit des 9 dentistes à la mobilité nationale d'une «façon disproportionnée, négative et défavorable».

### La récente décision de la Cour suprême

Dans une décision prise en août 2005, le juge Leo Barry, de la Cour suprême, a conclu que le Bureau dentaire aurait pu utiliser son pouvoir discrétionnaire pour résoudre ce problème.

Le juge Barry a cité les exigences de l'organisme de réglementation provincial touchant l'octroi des permis généraux lesquelles stipulent : «À moins que le Bureau dentaire n'en convienne autrement, la détention d'un certificat du Bureau national d'examen dentaire du Canada (BNED) ou la réussite d'un autre examen que le Bureau dentaire peut déterminer.» Selon le juge, les mots «À moins que le Bureau dentaire n'en convienne autrement» établissent que le Bureau dentaire aurait pu exercer son pouvoir discrétionnaire dans ce cas.

Il a fait remarquer que le Bureau dentaire aurait dû s'arrêter aux compétences des 9 dentistes au lieu de considérer la possibilité que d'autres dentistes se plaignent d'avoir à se plier au processus d'accréditation du BNED.

Le Bureau dentaire n'a jamais remis en question les compétences des 9 dentistes, ce qui a été confirmé par le fait que leurs permis provisoires ne comprenaient aucune restriction clinique. Le juge Barry a décidé que, comme les compétences des 9 dentistes n'étaient pas remises en question, leur demander de se faire accréditer autrement pour déterminer leurs compétences était irraisonnable et injustifiable.

Le juge a conclu que le Bureau dentaire avait discriminé contre les 9 dentistes en leur imposant un fardeau (à savoir des études et un examen supplémentaires) et en leur refusant un avantage (à savoir la mobilité nationale). Il est clair, a-t-il dit, que, bien que les actions du Bureau dentaire aient eu des conséquences involontaires, elles ont néanmoins eu un effet discriminatoire négatif pour les 9 dentistes.

La Cour suprême a été d'accord avec la première décision de la Commission des droits de la personne sur tous les points et a donc rejeté l'appel du Bureau dentaire. Aussi a-t-il attribué les dépens à la Commission. ➤

**NDLR :** Cette décision judiciaire fera date et aura sans doute de lourdes conséquences sur la dentisterie canadienne. Nous suivrons donc les développements de cette affaire de près.

Faites connaître votre opinion sur ce sujet en visitant le forum des membres de l'ADC à [www.cda-adc.ca/forum/default.asp](http://www.cda-adc.ca/forum/default.asp).

### Antécédents

Les 9 dentistes en cause ont émigré du Royaume-Uni à Terre-Neuve il y a 20 ans. Le Bureau dentaire leur a alors octroyé des permis provisoires, leur permettant d'exercer la dentisterie dans des endroits géographiques précis. Ces permis provisoires ne comprenaient aucune restriction clinique, mais restreignaient leur exercice surtout à des endroits ruraux ou mal desservis.

Au cours des années 1990, les gouvernements fédéral et provinciaux ont conclu un Accord sur le commerce intérieur visant à éliminer tout obstacle juridique qui gênait la circulation des biens et services dans le pays – y compris la mobilité de la main-d'œuvre.

À la suite de l'adoption de cette loi, le Bureau dentaire a entrepris de négocier un Accord de reconnaissance mutuelle (ARM) avec les organismes de réglementation dentaire du Canada en vue de coordonner les exigences touchant le droit d'exercer dans chacune des juridictions. Avant cet accord, les 9 dentistes ont demandé que leurs permis temporaires soient convertis en permis généraux afin de pouvoir jouir du droit de mobilité nationale.

Le Bureau dentaire a accepté, mais à la condition que les dentistes suivent des cours de perfectionnement professionnel et passent des examens à leurs frais. Comme des changements ont été apportés par la suite aux règlements dentaires provinciaux, les permis des 9 dentistes ont été convertis en 2003, mais ceux-ci se sont vu refuser le droit de mobilité nationale parce qu'ils ne détenaient pas de permis généraux avant la date limite de l'ARM, le 1<sup>er</sup> juillet 2001.

## Le rayonnement à faible dose pose-t-il un risque de cancer?

Selon un rapport du Conseil de recherche national des Académies nationales des États-Unis, même de faibles doses de rayonnement sont susceptibles de créer des risques d'effet nocif pour les personnes.

Sont considérées de faibles doses de rayonnement toutes celles qui vont de 0 millisievert (mSv) à environ 100 mSv. Pour mettre les choses en perspective, en moyenne les Américains sont exposés annuellement à environ 3 mSv de rayonnement naturel provenant de l'environnement. La dose de rayonnement provenant d'une radiographie pulmonaire est d'environ 0,1 mSv et, selon les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, celle d'une radiographie dentaire va de 0,04 à 0,15 mSv.

Les calculs de risque ont été basés sur le modèle «linéaire, aucun seuil admissible» suivant lequel la plus faible dose de rayonnement ionisant peut constituer un risque pour la santé.

«Les recherches scientifiques révèlent qu'il n'y a aucun seuil d'exposition sous lequel on peut démontrer que de faibles taux de rayonnement ionisant sont inoffensives ou bénéfiques», a déclaré Richard R. Monson, président de comité, vice-doyen de la formation professionnelle et professeur d'épidémiologie à l'École de santé publique de Harvard, à Boston. «Les risques pour la santé – en particulier l'apparition de cancers solides dans les organes – augmentent proportionnellement à l'exposition. À de faibles doses de rayonnement, le risque de provoquer des cancers solides est très minime. À mesure que l'exposition générale durant la vie augmente, le risque devient plus grand.»

Selon le rapport, 1 personne sur 100 exposée à 100 mSv de rayonnement durant la vie est susceptible d'avoir un cancer solide ou la leucémie, 50 % de ces cas étant fatals. De plus, on peut prévoir dans le même groupe 42 autres sortes de cancer causées autrement que par le rayonnement à faible dose.

### Observations d'un expert

*Ernest Lam, DMD, PhD, FRCD(C), est professeur agrégé au Département de la dentisterie et directeur de la Division de la radiologie buccale et maxillo-faciale de l'Université de l'Alberta à Edmonton.*

*Nous avons demandé l'opinion du Dr Lam, conseiller de rédaction du JADC, après la publication du rapport des Académies nationales en juin 2005.*

### Les modèles de risque

Les limites de dose de rayonnement et les modèles de risque utilisés actuellement sont fondés principalement sur des extrapolations d'expositions à des doses de rayonnement élevées, tels les incidents de la bombe atomique à Hiroshima et à Nagasaki.

Bien qu'il soit plutôt difficile de déterminer la justesse de ces extrapolations, le modèle linéaire à aucun seuil admissible constitue la méthode la plus conservatrice en ce qu'elle surestime le risque et, par conséquent, met l'accent sur le degré de prudence le plus élevé.

Cependant, il existe 2 modèles de risque moins conservateurs, le modèle quadratique et le modèle linéaire-quadratique, qui assument que le seuil d'une dose doit être atteint avant que des cellules soient endommagées et, par conséquent, que la maladie apparaisse. Ces modèles suggèrent que les cellules ont la capacité de réparer les dommages dus au rayonnement, mais le degré de capacité de réparation est également inconnu.

### Le rayonnement en dentisterie

Les tests actuellement utilisés pour détecter les cellules endommagées par rayonnement sont loin d'être suffisamment sensibles pour déceler les taux de dommage dus aux très faibles doses de rayonnement en dentisterie.

Bien que les doses de rayonnement en dentisterie puissent être minimales, les dentistes doivent quand même faire preuve de prudence. La plupart des organismes observent un simple principe de protection contre le rayonnement – l'un qui demande que le taux de rayonnement auquel on expose un patient soit raisonnablement le plus bas possible. Il s'agit du principe ALARA.

Suivant ce principe, tout rayonnement peut en effet être nocif. Aussi les doses de rayonnement doivent être surveillées et contrôlées, et les expositions ne doivent pas se faire avant d'avoir pris en compte les risques et les avantages et songé aux autres méthodes de diagnostic.

Les dentistes peuvent s'assurer que les doses de rayonnement provenant des radiographies dentaires sont les plus minimales qu'on puisse raisonnablement atteindre en appliquant les critères de sélection appropriés formulés par la Food and Drug Administration des États-Unis (révisés en 2004), soit le film radiographique ou les capteurs les plus sensibles et la collimation rectangulaire du faisceau.

En observant ces méthodes, un dentiste qui prescrit une radiographie le fait en sachant que l'image obtenue constituera un avantage pour le patient et que cet avantage outrepassera tout dommage cellulaire, si minime soit-il, que le rayonnement peut causer. ♦

### Ressources connexes

Position de l'ADC sur le contrôle de l'exposition aux rayons X en dentisterie : [http://www.cda-adc.ca/french/members/cda\\_members/position\\_statements/pdfs/f\\_xradiation.pdf](http://www.cda-adc.ca/french/members/cda_members/position_statements/pdfs/f_xradiation.pdf)

Directives de la Food and Drug Administration pour prescrire des radiographies dentaires : <http://www.fda.gov/cdrh/radhth/adaxray.html>

Communiqué de presse des Académies nationales (29 juin 2005) : <http://www4.nationalacademies.org/news.nsf/isbn/030909156X?OpenDocument>





Le Dr Andrew Rowe

### La SDNB nomme un nouveau président

Le Dr Andrew Rowe a été élu président de la Société dentaire du Nouveau-Brunswick (SDNB) lors de l'assemblée annuelle tenue à Fredericton le 4 juin.

Né à Fredericton où il exerce dans un cabinet privé, le Dr Rowe a obtenu son DDS à l'Université Western Ontario en 1991.

Le Dr Rowe a agi comme représentant de l'Atlantique à l'ADC en tant que membre du Comité de gestion des réclamations. Il est actuellement le représentant de l'Atlantique à l'équipe de projet et au Comité de révision du GSCS&RS. ✦



Le Dr Bernie White

### Nouveau registraire en Saskatchewan

Le Dr Bernie White, de Saskatoon, a été nommé registraire/directeur général du Collège des chirurgiens dentistes de la Saskatchewan.

Le Dr White est un diplômé de la première collation des grades du Collège de médecine dentaire de l'Université de la Saskatchewan en 1971. Il a été membre élu du Conseil du Collège de 1979 à 1984 et son président en 1983.

En 1990, il a été nommé représentant de la Saskatchewan au Bureau des gouverneurs de l'ADC et a fait partie du Bureau des gouverneurs et du Conseil exécutif jusqu'en 1994. L'ADC lui a accordé la Distinction du mérite en 1995.

Le Dr White travaillera au Collège quotidiennement et on pourra le joindre par téléphone au numéro du collège ou par courriel à [bernie@dentalcollege.sk.ca](mailto:bernie@dentalcollege.sk.ca). ✦



Le Dr Grahame Usher

### L'ADNE élit son président

À son assemblée annuelle, l'Association dentaire de la Nouvelle-Écosse (ADNE) a élu président le Dr Grahame Usher pour l'année 2005–2006.

Né à Cornerbrook, à Terre-Neuve, le Dr Usher est un diplômé de l'Université Mount Allison et de l'Université Dalhousie et a fait des études en endodontie à l'Université des sciences de la santé de l'Orégon, à Portland. Il exerce actuellement l'endodontie à Halifax. ✦

## Nouvelle adresse

### Depuis le 15 août, le Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada (CRCDC) loge à l'adresse suivante :

Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada

180, rue Dundas ouest, Pièce 2003

Toronto (Ontario) M5G 1Z8

On trouvera plus d'information sur le CRCDC au site <http://www.rcdc.ca>.





Le 3 juin, lors de la Conférence biennale de l'AFDC tenue à Vancouver (C.-B.), la Pre Craig a reçu le Prix 3M ESPE. De g. à d. : le Dr Edwin Yen, président de l'AFDC, Mme Corrie Kowalchuk de 3M ESPE, la Pre Bonnie Craig de l'UCB, Mme Christine Lau de 3M ESPE, et le Dr Ralph Crawford du FDC.

## Une enseignante de l'UCB obtient le Prix national d'enseignement en médecine dentaire

**F**onds dentaire canadien (FDC) et l'Association des facultés dentaires du Canada (AFDC) ont récemment annoncé que la Pre Bonnie Craig, de l'Université de la Colombie-Britannique (UCB), était la récipiendaire du 4<sup>e</sup> Prix national d'enseignement en médecine dentaire offert par la société 3M ESPE.

Ce prix vise à reconnaître les contributions de caractère exceptionnel à l'enseignement de la médecine dentaire dans les universités canadiennes et rend hommage à un enseignant ayant démontré des qualités remarquables dans l'enseignement.

La Pre Craig a été pendant de nombreuses années une enseignante en hygiène dentaire et en médecine dentaire à l'UCB et y est la directrice fondatrice du programme de formation en hygiène dentaire du baccalauréat en science dentaire (BDSc). Elle a été reconnue pour son savoir, son enthousiasme et son dévouement envers ses étudiants grâce à son leadership, son professionnalisme et ses aptitudes cliniques.

La Dre Joanne Walton, une collègue de l'UCB qui a soumis la candidature de la Pre Craig, a loué ses contributions à l'UCB. «La Pre Craig a non seulement fait preuve d'un esprit d'innovation et de dévouement touchant le programme du BDSc, elle a également participé avec acharnement au programme d'études du DMD à la fois comme enseignante et conceptrice-administratrice de notre nouveau programme d'études axé sur les étudiants.

Le Dr Ralph Crawford, conservateur honoraire du FDC, a aussi pris la parole. «Les bons enseignants inspirent leurs étudiants; ils haussent leur potentiel et leur insufflent une passion pour la carrière et la profession qu'ils ont choisies. C'est grâce au Prix 3M ESPE que nous reconnaissons Bonnie Craig pour être l'une de ces chefs de file spéciaux, pour être une championne qui aide à éduquer et à former les prochains chefs de la profession.» ♦

## Santé Canada lance son nouveau site Web

**S**anté Canada a lancé un nouveau site Web intégré le 9 août dans un effort de rendre son site plus convivial et plus facile à naviguer. L'information qu'il contient est maintenant organisée sous quelques grands titres et elle devient de plus en plus détaillée et technique au fur et à mesure que le navigateur se promène dans le site.

Le nouveau site de Santé Canada comprend MedEffet, une section dédiée à toutes les données pertinentes sur les effets indésirables. Il offre un accès centralisé aux renseignements concernant la sécurité des produits de santé et les déclarations d'effets indésirables, ainsi qu'aux derniers avis, rappels et mises en garde émis sur certains de ces produits. Les dentistes peuvent également s'inscrire aux alertes électroniques de MedEffet, qui avisent par courriel les professionnels de la santé sur toute nouvelle déclaration d'effets indésirables. ♦

### Ressources connexes

Site Web de Santé Canada

[www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca) et

MedEffet

[www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/index_f.html)

❖ La première salle de montre d'A-dec dans un bâtiment de tôle au centre-ville de Newberg, en Oregon. ❖



BIEN DES CHOSES ONT CHANGÉ DEPUIS 40 ANS.  
NOTRE FAÇON DE TRAITER LES GENS, ELLE, N' A PAS CHANGÉ.

CÉLÉBREZ AVEC NOUS NOS 40 ANS EN AFFAIRES GRÂCE À UNE OCCASION SANS PAREILLE D'A-DEC.

Bien traiter les gens est toujours à la mode. Afin de vous remercier de votre soutien au cours de ces 40 ans en affaires, nous avons préparé une offre spéciale que vous apprécierez. Du 15 août au 30 novembre 2005, nous vous offrons un rabais de 1000 dollars à l'achat de l'ensemble



anniversaire A-dec 500® lorsque vous remplacez votre ancien équipement, peu importe sa marque. Pour obtenir tous les détails, communiquez avec votre distributeur local. Pour trouver un distributeur agréé A-dec près de chez-vous, visitez le [www.a-dec.com](http://www.a-dec.com) ou appelez le 1-800-547-1883.

**a dec®**

A-dec Inc., 2601 Crestview Drive  
Newberg, Oregon 97132 USA

# La Faculté de médecine dentaire de l'UWO adopte un nouveau nom

**L'Université Western Ontario (UWO) vient d'adopter un nouveau nom pour sa Faculté de médecine et de médecine dentaire : la Faculté de médecine et de médecine dentaire Schulich.**

Ce nom vise à reconnaître le don de 26 millions de dollars fait par Seymour Schulich en 2004, soit la contribution la plus généreuse dans toute l'histoire de l'université. De cette somme, la dentisterie touchera 4 millions qui serviront à rénover la principale clinique dentaire pour adultes ainsi qu'à créer des bourses pour les étudiants en médecine dentaire et des prix d'excellence pour les enseignants.

« Cette nouvelle source de financement pour la dentisterie nous permettra davantage d'attirer les meilleurs étudiants et les plus brillants, quels que soient leurs besoins financiers, a déclaré la doyenne Carol Herbert. Les travaux de rénovation à la clinique amélioreront notre remarquable formation clinique et permettront d'offrir aux patients un environnement confortable et invitant où les étudiants utiliseront la technologie et l'équipement dernier cri pour exécuter des traitements. »

Quand elle a reçu le don de M. Schulich en 2004, la Faculté de médecine de l'UWO a été nommée la Faculté de médecine Schulich. Depuis, les enseignants et les étudiants en médecine et en médecine dentaire ont été consultés et ont unanimement appuyé une recommandation visant à regrouper les 2 facultés sous une seule appellation. ➤

## DÉCÈS

**Cooper, Dr Mervin L.** : Diplômé de l'Université de Toronto en 1966, le Dr Cooper de Willowdale (Ontario) est décédé le 24 décembre 2004.

**Eversley, Dr Jack A.** : Diplômé de l'Université de Toronto en 1955, le Dr Eversley de Windsor (Ontario) est décédé le 31 mai.

**Harris, Dr Ralph G.** : Diplômé de l'Université de Toronto en 1950, le Dr Harris est décédé le 26 juin à l'âge de 84 ans.

**Hetman, Dr Richard A.** : Diplômé de l'Université de Toronto en 1987, le Dr Hetman d'Oakville (Ontario) est décédé le 14 mars.

**Jackin, Dr Peter M.** : Le Dr Jackin de Winnipeg (Manitoba) est décédé le 14 avril. Diplômé de l'Université McGill en 1951, il a été durant plusieurs années un membre de la Faculté de médecine dentaire de l'Université du Manitoba.

**Kasloff, Dr Zack** : Le Dr Kasloff de Winnipeg (Manitoba) est décédé le 22 avril. Diplômé de l'Université Dalhousie en 1940, il était reconnu internationalement pour sa spécialisation dans les matériaux dentaires.

**Legault, Dr Yves M.** : Diplômé de l'Université de Toronto en 1959, le Dr Legault de Hawkesbury (Ontario) est décédé le 11 avril.

**MacIntosh, Dr E.L.** : Le Dr MacIntosh de North Sydney (Nouvelle-Écosse) est décédé le 25 mai. Diplômé de l'Université Dalhousie en 1952, le Dr MacIntosh était membre à vie de l'ADC.

**Marczuk, Dre Christine** : La Dre Marczuk de Montréal (Québec) est décédée le 27 mai à l'âge de 53 ans.

**McIver, Dr William A.** : Diplômé de l'Université de l'Alberta en 1941, le Dr McIver de Victoria (C.-B.) est décédé le 15 mai. Il était membre à vie de l'ADC.

**Murphy, Dr James D.** : Le Dr Murphy, de Charlottetown (Î.-P.-É.), est décédé le 28 juin. Un diplômé de l'Université de l'Alberta en 1966, il a obtenu le Certificat de mérite de l'ADC en 1997.

**Zokol, Dr Joseph F.** : Le Dr Zokol de Vancouver (C.-B.) est décédé le 12 juillet. Diplômé de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de l'Orégon en 1955, le Dr Zokol a été le précurseur des études en prosthodontie en Colombie-Britannique. ➤

### Pour accéder aux sites Web cités

dans les actualités, rendez-vous aux signets

du JADC de septembre à [www.cda-adc.ca/jadc/vol-71/issue-8/index.html](http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-71/issue-8/index.html).

### L'Université Laval : l'avenir au présent

Dans la foulée de sa mission universitaire de former les futures générations de praticiens, d'enseignants et de chercheurs, la Faculté de médecine dentaire (FMD) de l'Université Laval mise sur ses forces pour créer des alliances touchant non seulement la santé buccodentaire mais aussi la santé publique et la pédagogie universitaire.

Les travaux de recherche à la FMD de Laval sont nombreux et variés. On peut toutefois les regrouper en 3 thèmes : l'infectiologie/immunologie buccales, l'ingénierie/régénération tissulaires et la pathologie/douleur buccofaciale. «Pour pouvoir émerger dans un milieu très compétitif comme la recherche, il faut se trouver des alliés», déclare Noëlla Deslauriers, ancienne vice-doyenne à la recherche et au développement de la FMD. Par exemple, la faculté travaille avec 2 partenaires de l'industrie privée : 3i, un chef de file dans le marché de la reconstruction orale, et Allergan, un pionnier dans la commercialisation de la toxine botulinique A pour le traitement de certains troubles neuromusculaires (comme les douleurs temporo-mandibulaires). Elle travaille également avec l'Institut des nutraceutiques et des aliments fonctionnels dans la prévention et le traitement de maladies parodontales chroniques à l'aide des probiotiques et des polyphénols alimentaires. Mais, comme le souligne la Dre Deslauriers, «c'est très long de négocier avec l'industrie et c'est rare de trouver un partenaire respectant la liberté académique. Tous les projets, surtout en sciences fondamentales, ne sont pas aptes à être subventionnés par le privé.»

Les étudiants impliqués dans la recherche en médecine dentaire sont inscrits à l'un des 3 niveaux suivants : mémoire à la maîtrise en sciences dentaires, stage d'été au premier cycle ou mémoire à la maîtrise sciences fondamentales dans le cadre de recherches interdisciplinaires. Bien que les programmes de formation de 2<sup>e</sup> cycle (p. ex., chirurgie buccale et maxillofaciale, parodontie) soient contingentés, il est difficile de convaincre les étudiants de faire carrière en recherche ou dans l'enseignement. «Mais il y a des oiseaux rares. C'est quasiment une vocation d'ailleurs, puisqu'ils mettent de côté une carrière très lucrative», affirme la Dre Deslauriers.

Le problème de la relève des professeurs à Laval est un problème critique qui s'ajoute à celui du

subventionnement de la recherche, qui est très peu diversifié et guère favorable aux jeunes chercheurs en médecine dentaire. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) sont presque les seules sources de subventionnement au Canada. Sachant qu'à peine 20 % des demandes de subvention sont acceptées, le chercheur fondamentaliste a souvent une bonne longueur d'avance sur le dentiste qui, de par la nature de sa formation, n'a guère de publications à son actif. Heureusement au Québec, il existe le Réseau de recherche en santé buccodentaire (émanant du FRSQ) qui regroupe tous les chercheurs en sciences buccodentaires et dont un des objectifs est d'aider au démarrage de projets.

Malheureusement certains projets de recherche se voient inopinément coupés de l'aide financière des organismes subventionnaires. C'est le cas du projet d'étude sur le lien entre les maladies parodontales et les naissances prématurées. Autrefois subventionné par le FRSQ, ce projet, mené en collaboration avec des gynécologues, des obstétriciens et 1500 femmes, ne s'est vu octroyer aucune aide financière des IRSC, et ce, malgré un très bon accueil. De par sa vaste portée et ses résultats lointains, ce projet coûtait trop cher par rapport aux études plus privées et moins longues.

Toutefois, la relève des professeurs et des chercheurs occupe un des premiers rangs dans les préoccupations non seulement à l'Université Laval mais ailleurs au Québec. C'est pourquoi le regroupement des 3 facultés de médecine dentaire du Québec a reçu des IRSC la somme annuelle de 300 000 \$ pendant 6 ans pour former la relève, «un problème cuisant», précise la Dre Deslauriers. «Ça concerne tout le monde, mais tout le monde n'est pas forcément au courant. Les professeurs qui ne sont pas activement impliqués dans les recherches ne comprennent pas ce problème de relève en recherche clinique dentaire. Ils sont tous étonnés d'apprendre qu'il y a une pénurie de professeurs-cliniciens dans les universités à la grandeur de l'Amérique du Nord.»

Nous traiterons dans des éditions ultérieures de l'implication sociale de la FMD de Laval. Nous parlerons de ses implications au niveau des personnes âgées (programme de gérontologie), des populations nordiques (programme de résidence multidisciplinaire), des pays en voie de développement (stages humanitaires), des handicapés (clinique de soins adaptés) et de la pratique privée (contrôle des infections et enseignement clinique). ➤

*La rubrique épisodique du JADC, «Nouvelles francophones», a pour objectif de mettre en vedette les accomplissements de la dentisterie francophone au Canada, et notamment au Québec. Les articles de la rubrique sont publiés uniquement dans la version française du JADC. Ce mois-ci, nous publions le compte-rendu d'une entrevue avec la Dre Noëlla Deslauriers, ancienne vice-doyenne à la recherche et au développement de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval. Cette entrevue servira d'entrée en matière à la publication prochaine d'articles sur l'implication sociale de la faculté. Si vous aimeriez contribuer à cette rubrique ou offrir des commentaires et suggestions, communiquez avec le Dr John O'Keefe à [jokeefe@cda-adc.ca](mailto:jokeefe@cda-adc.ca).*

# THE DENTAL ADVISOR™

"Improved Patient Care Through Research"

## Pièces à main électriques

**Q** À quoi peut-on attribuer la popularité croissante des pièces à main électriques aux États-Unis?

**R** Les pièces à main électriques sont utilisées depuis de nombreuses années en Europe. Aux États-Unis, les premiers systèmes n'étaient dotés que de trousse de conversion air/électrique; aujourd'hui, toutefois, les nouveaux moteurs électriques peuvent être parfaitement intégrés à la tubulure du système d'alimentation. De plus, leur vitesse et leur couple constants, de même que leur précision de coupe concentrique, procurent des avantages par rapport aux turbines à air comprimé. Un grand nombre de systèmes offrent en outre un affichage numérique de la vitesse de fonctionnement, et tous les systèmes actuels de pièces à main électriques sont dotés de dispositifs d'éclairage et de refroidissement par eau pulvérisée. Enfin, des moteurs sans balais y ont récemment été ajoutés pour éliminer l'entretien de routine.



L'article de ce mois-ci du DENTAL ADVISOR est extrait du numéro de juin 2004, vol. 21, n° 5

Le DENTAL ADVISOR évalue et classe les produits et les équipements dentaires selon des protocoles cliniques et de laboratoire objectifs. La publication consiste en des évaluations cliniques, des évaluations globales à long terme, des comparaisons de produits et des rapports de spécialité. Pour 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

### THE DENTAL ADVISOR recommande :

#### ELECTROtorque, Optima Plus T&R et Titan E-lectric



94 %

**Optima Plus T&R**  
(Bien Air)



92 %

**Titan E-lectric**  
(DentalEZ Group/StarDental®)

### Avantages des pièces à main électriques

- Vitesse et torque constantes sous charge
- Coupe concentrique
- Accessoires sans turbine
- Même moteur alimentant tous les accessoires à haute et basse vitesses (70 – 200 000 tr/min)
- Commande manuelle de la vitesse – affichage numérique
- Gamme variée d'accessoires – basse vitesse, haute vitesse, traitements endodontiques, implant

### Autres produits offerts



**eStylus**  
(Midwest)



**Optima MX**  
(Bien Air)

### Améliorations récentes apportées aux pièces à main électriques

- Moteurs sans balais
- Moteurs plus courts et plus légers
- Diminution du nombre d'accessoires
- Réduction de la hauteur et/ou de l'angle d'attache
- Mode d'inversion automatique pour les procédures endodontiques ■

# Évaluation des pièces à main électriques

Produit	Fabricant	Plage de vitesses du moteur (tr/min)	Vitesse du moteur des accessoires (tr/min)	Options d'installation*	Poids/longueur du moteur	Inversion automatique	Sans balais	Coût du moteur	Coût des pièces à main	Cote clinique (%)
EA-40LT	A-dec/W&H	2000-40 000	150-200 000	TT, A-dec Cascade-I	79 g/47 mm	Non	Oui	2700 \$	1175 \$	nd
EA-50LT	A-dec/W&H	300-40 000	3-200 000	A-dec 500-I	79 g/47 mm	Non	Oui	2800 \$	1250 \$	nd
ELECTROtorque	KaVo	2000-40 000	27-200 000	E	94 g/46 mm	Non	Non	1795 \$	25LPA - 1540 \$ 25LHA - 1195 \$	96
ELECTROtorque plus 701KL	KaVo	2000-40 000	27-200 000	Salle opératoire seulement	99 g/46 mm	Non	Oui	2905 \$	25LPA - 1540 \$ 25LHA - 1195 \$	cé
eStylus	Midwest	1500-40 000	150-200 000	E, T	98 g/51 mm	Oui Avec torque	Non	2458 \$	HS - 1295 \$ LS - 1062 \$	cé
Optima MX	Bien Air	100-40 000	150-200 000	E, I	116 g/66 mm	Oui Avec torque	Oui	2950 \$	1154 \$	cé
Optima Plus T&R	Bien Air	20-40 000	100-200 000	E, I	102 g/64 mm	Oui Avec torque	Non	2100 \$ (E) 2600 \$ (I)	1154 \$	94
TiMax EL 400	NSK	1000-40 000	100-200 000	E, I	106 g/69 mm	Non	Non	1350 \$	880 \$ (régulier) 980 \$ (mini)	nd
Titan E-lectric	DentalEZ Group/ StarDental	1000-40 000	62,5-200 000	E, I, T	106 g/69 mm	Non	Non	1650 \$	1095 \$	92

nd = non disponible, cé = en cours d'évaluation

\* E = externe; I = interne; T = modèle de table

Les coûts sont indiqués à titre de comparaison seulement et ils n'entrent pas dans le calcul de la cote. Dollars américains.

## ABONNEZ-VOUS DÈS MAINTENANT!

### ABONNEZ-VOUS DÈS MAINTENANT!

Abonnez-vous en ligne à [www.dentaladvisor.com](http://www.dentaladvisor.com)

1 an 99 \$       2 ans 187 \$       3 ans 258 \$

Prix en devises américaines. Envoi par avion/outremer, ajouter 20 \$ par année.

Au Canada, ajouter 10 \$ par année.

Chèque inclus (payable à THE DENTAL ADVISOR)

Visa/Mastercard

N° de la carte

Date d'expiration

Signature

Nom

Adresse

Ville

Province

Code postal

Pays

Téléphone

Télexcopieur

Courriel

Envoyez par la  
poste à :

THE DENTAL ADVISOR  
3100 West Liberty, Suite B  
Ann Arbor, MI 48103 USA

Tél. : 800.347.1330  
734.665.2020  
Téléc. : 734.665.1648

Courriel : [info@dentaladvisor.com](mailto:info@dentaladvisor.com)  
Site Web : [www.dentaladvisor.com](http://www.dentaladvisor.com)

Annnonce importante :

*Septanest<sub>MC</sub> - maintenant fabriqué au Canada.*

## Lorsque nous fabriquons des anesthésiques, nous suivons quatre règles simples...

### 1. Stérile 2. Stérile 3. Stérile 4. Stérile



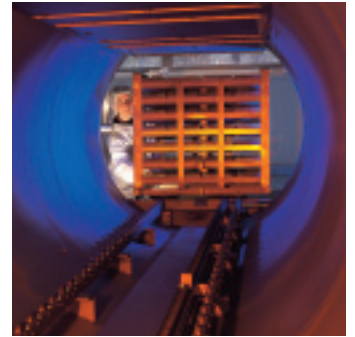
- Toute l'eau servant à la préparation de nos anesthésiques est déminéralisée et distillée sur le lieu même de fabrication.



- Les anesthésiques sont préparés dans des conditions stériles.



- Les cartouches sont lavées sous des conditions stériles et alors aseptiquement remplies sous un contrôle constant de qualité.



- Les cartouches remplies sont alors autoclavées à 121 °C pendant 15 minutes.

Les nouvelles unités de fabrication des anesthésiques de Septodont permettent d'assurer que chaque étape cruciale de la fabrication soit exécutée sous les conditions de stérilité les plus drastiques. De plus, chaque cartouche ainsi remplie de marque Septodont est autoclavée avant l'emballage final.



**Septodont au Canada, Inc.**  
Distributeur des Produits Septodont et Novocol  
Cambridge, ON (800) 647-0643  
[www.septodont.ca](http://www.septodont.ca)





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



## QUESTION 1

### Comment puis-je retirer, modifier et réutiliser une restauration indirecte fonctionnelle en cas de complication?

Dans l'exercice clinique, un problème frustrant et souvent difficile se pose lorsque survient une complication sur une dent portant une restauration fixe, et cette situation est d'autant plus ennuyante lorsqu'il s'agit d'un traitement qui vient d'être terminé. Selon une étude récente<sup>1, 2</sup>, des complications les plus fréquentes associées aux couronnes classiques (coulées en or et céramo-métalliques) ont trait à la nécessité d'instaurer un traitement endodontique (3 %) et à la manifestation de fracture de la porcelaine (3 %). Dans le cas de prothèses fixes traditionnelles, un traitement endodontique sur pilier s'est avéré nécessaire dans 11 % des cas et il y a eu fracture de la porcelaine dans 2 % des cas<sup>1</sup>.

Durant le traitement endodontique, la restauration doit être modifiée (c.-à-d. perforée) pour donner accès au canal radiculaire; dans bien des cas, il faut aussi enlever une partie appréciable de la portion coronaire de la dent ou de la structure du pilier pour compléter le traitement. Afin de refermer l'ouverture d'accès pratiquée dans une couronne céramo-métallique ou coulée en or, un inlay indirect coulé est le meilleur choix pour rétablir l'intégrité occlusale de la restauration initiale. L'utilisation d'un amalgame pour la réparation directe d'une restauration en or cause une corrosion appréciable, ainsi que des changements perceptibles dans l'amalgame et l'or (l'amalgame non gamma-2 cause une corrosion légèrement moindre que les autres amalgames). Les grosses réparations en résine composite n'offrent pas une solution satisfaisante à long terme, même s'il est possible d'en refaire la surface.

Les complications liées aux fractures de la porcelaine peuvent être réparées directement avec une résine composite ou en liant de la nouvelle porcelaine à la restauration existante. Cependant, même si ces techniques sont régulièrement utilisées en exercice clinique, leur résultat n'est pas toujours optimal.

Aussi est-il légitime de se demander si la restauration peut être modifiée, retirée, réparée et scellée, tout en restant fonctionnelle.

Prenons comme exemple un traitement endodontique non chirurgical devant être pratiqué sur une dent qui a été restaurée avec une couronne coulée en or ou une couronne céramo-métallique. J'informe d'abord le patient que la procédure consiste à pratiquer un trou d'accès dans la couronne, à dispenser le traitement nécessaire puis à réparer l'ouverture d'accès tel qu'indiqué précédemment. Je lui explique également qu'il serait peut-être possible de retirer la restauration, de la réparer en laboratoire, puis de la remettre en place, de manière à ce qu'elle soit aussi fonctionnelle qu'avant la complication. Cependant, je lui mentionne aussi les complications possibles de cette dernière procédure et l'informe que les ponts et les couronnes ne peuvent pas tous être retirés.

#### Retrait

L'illustration 1 montre une fracture de la porcelaine sur une prothèse fixe fonctionnelle de 26 ans, dont la porcelaine ne s'harmonise plus aux autres dents naturelles – un cas jugé tout indiqué pour le retrait et la réparation de la prothèse.

D'après mon expérience, le système de retrait de ponts et couronnes Metalift (Classical Practice Resources, Baton Rouge, La.) convient au retrait en douceur des couronnes simples (coulées en or et céramo-métalliques) et des prothèses fixes. Voici la marche à suivre :

- Pratiquer un trou pilote avec une fraise à haute vitesse n° 1.
- Créer un canal de précision à l'intérieur duquel un instrument auto-taraudeur pratique un filetage dans le métal de la restauration (ill. 2).
- Une fois engagé dans le métal, l'instrument pousse contre la dent ou le pilier, brise la couche de ciment et soulève la restauration.

#### Réparation

Après avoir mis en place la prothèse sur un modèle (ill. 3), les perforations occlusales dans le métal peuvent être réparées rapidement en laboratoire avec un appareil à souder au laser (ill. 4 et 5). Si la perforation est large, une coulée du même métal est placée dans la



III. 1 : Prothèse fonctionnelle de 26 ans qui présente une fracture de la porcelaine et qui ne s'harmonise plus aux autres dents naturelles.



III. 2 : Filetage pratiqué par 2 instruments auto-taraudeurs dans les piliers.



III. 3 : Prothèse sur modèle, prête à être réparée.



III. 4 : Vue occlusale de la réparation soudée au laser.



III. 5 : Vue interne de la réparation soudée au laser.



III. 6 : Restauration réparée, prête à être scellée.

perforation puis est soudée par faisceau laser à la restauration. Dans le cas de perforations plus petites, du fil du même métal est utilisé. Cette procédure exige une attention et des soins particuliers, pour éviter de surchauffer les restaurations céramo-métalliques durant le soudage au laser (la porcelaine pourrait s'enlever si elle est surchauffée). La restauration doit être soudée sur les faces interne et externe. La soudure sur la face interne de la restauration est ensuite ajustée au modèle initial, s'il est disponible. La face occlusale est également corrigée, s'il y a lieu.

Avant de procéder à une perforation occlusale dans la porcelaine ou à la réparation de la porcelaine fracturée, il faut éliminer les contaminants et l'humidité en trempant la restauration dans une solution pour porcelaine, pendant au moins 4 heures (de préférence toute la nuit) ou en la laissant tremper au four toute la nuit à une température de 200 °C à 260 °C. Une feuille de platine est ensuite adaptée à la face interne de la couronne, puis une porcelaine opaque, une porcelaine translucide et du maquillage de surface sont appliqués. Pour éviter d'altérer la porcelaine réparée, il est préférable d'ajuster l'occlusion sur la dent opposée. En cas de difficulté à mettre en place la restauration, la préparation peut être soigneusement meulée (ill. 6).

### Succès

J'ai utilisé cette technique avec succès, non seulement pour des restaurations avec face occlusale en métal

coulé, mais aussi des restaurations céramo-métalliques avec face occlusale en porcelaine. Cependant, elle ne fonctionne pas pour les restaurations toutes céramiques. La réutilisation d'une restauration fonctionnelle en cas de complication offre un avantage évident pour le patient et améliore la cote d'estime du patient envers le clinicien. ✦

### L'AUTEUR



**Remerciements :** L'auteur remercie sincèrement Art Maister, de Crosstown Dental Laboratory, pour l'avoir informé et conseillé sur les techniques de modification en laboratoire pour les perforations dans la porcelaine et le métal.

Le Dr Terry Koltek exerce dans un cabinet privé à Winnipeg (Manitoba). Il est membre de l'ACDRP. Courriel : [wikoltek@gmail.com](mailto:wikoltek@gmail.com).

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

### Référence

1. Goodacre CJ, Bernal G, Rungcharassaeng K, Kan JY. Clinical complications in fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent* 2003; 90(1):31-41.

### Lectures supplémentaires

Barzilay I. Point de service — Comment puis-je retirer efficacement les prothèses fixes? *J Can Dent Assoc* 2004; 70(6):409-10.

Westerman R.D. Metalift. Vidéo et diapositives sur la technique Metalift : voir [www.metalift.com](http://www.metalift.com).

## QUESTION 2

## Comment peut-on restaurer les abfractions d'une manière qui soit prévisible et agréable du point de vue esthétique?

### Contexte

**A**u cours des 20 dernières années, les procédures de restauration ont gagné en complexité et sont maintenant de plus en plus régies par des considérations esthétiques<sup>1</sup>. En outre, les patients conservent leurs dents plus longtemps et recherchent des résultats plus agréables du point de vue esthétique, même lorsqu'ils présentent des lésions complexes,

comme des abfractions (ill. 1) dans la région antérieure et la région prémolaire du maxillaire supérieur. Les abfractions se caractérisent par des défauts angulaires en forme de coin qu'on trouve dans les régions cervicales des dents. On croit qu'elles sont causées par une surcharge de forces mécaniques enclenchées par la flexion cuspidienne suivie de la dégradation de l'émail et de la dentine<sup>2</sup>. Elles se trouvent typiquement du côté labial de la dent.

Les abfractions entraînent une série de séquelles, y compris la sensibilité au froid et la stimulation mécanique en raison de l'exposition de la dentine, l'apparition de caries radiculaires à cause de l'enlèvement inadéquat de la plaque à l'intérieur du défaut et l'hyperplasie gingivale par suite d'une architecture radiculaire et d'un profil d'émergence inadéquats<sup>3,4</sup>. Ces signes et symptômes secondaires n'apparaissent pas nécessairement de manière simultanée.

En plus d'offrir une technique de restauration prévisible et esthétiquement agréable, le clinicien doit sensibiliser (et motiver) le patient, de même que chercher à prévenir l'apparition d'autres lésions. Le patient doit comprendre les causes de l'abfraction (bruxisme, serrement des dents, abrasion causée par la brosse à dents). Il requiert habituellement une plaque occlusale en acrylique bien ajustée, mise en place pour protéger les dents des 2 maxillaires lorsqu'en occlusion<sup>5,6</sup>.

### Protocole de thérapeutique clinique des abfractions

1. Administrer un anesthésique topique et local comme s'il s'agissait d'une procédure de restauration ordinaire.
2. Sélectionner une teinte pour la restauration avant de commencer la procédure et avant l'assèchement des dents.
3. Placer une corde à rétraction gingivale tressée tout le long de la surface faciale et dans la région gingivale; se servir d'une corde de taille 0 ou 00 (UltraPak, Ultradent Products Inc., South Jordan, Utah), selon la prouction fondeur de la lésion. Dans les régions où la lésion s'étend au-delà de 1 mm, procéder à



III. 1 : Abfractions et apparition de caries radiculaires.



III. 2 : Préparation de la lésion avec rétraction gingivale, chamfrein gingival et biseau coronaire long.



III. 3 : Apparence luisante de la préparation avant l'application de la résine adhésive.



III. 4a : Apparence d'une abfraction avant la préparation en vue de la restauration. Les caries radiculaires et le contour des gencives en forme de rouleau sont évidents.



III. 4b : Restauration achevée après retrait de la corde à rétracter et la finition des marges proximales.



III. 4c : Amélioration de la réponse du tissu marginal et effet de camouflage de la restauration 2 semaines après l'intervention.

un gingivectomie à l'aide d'un instrument radio-chirurgical servant à pratiquer des incisions microlisses (n° 113F, Ellman International Inc., Hewlett, N.Y.). Une digue en caoutchouc peut être mise à la place de la corde à rétracter. Toutefois, il faut savoir que la digue devient plus encombrante en présence d'abfractions multiples et qu'elle peut empêcher l'accès à la région traitée pendant la préparation et la finition.

4. Procéder à la préparation initiale avec une fraise diamantée en forme de crayon (modèle 2856-016, Brasseler, Savannah, Géorgie) le long de l'axe long de la dent, en plaçant un chamfrein de 0,7 mm au niveau de la crête gingivale, de sorte qu'il s'étende au-delà de l'angle facio-proximal jusque dans la région de l'embrasure (ill. 2). La marge coronaire se compose d'un long biseau (1,5–2,0 mm) et s'étend typiquement jusqu'au tiers moyen de la surface faciale ou jusqu'au moins 2 mm coronairement par rapport à la lésion (selon les caractéristiques esthétiques voulues). Retirer les caries et la dentine ramollie avec une fraise ronde n° 6 (Premier, King of Prussia, Penn.) réglée à vitesse lente.
5. La phase de restauration consiste à procéder à un bon isolement (rouleaux de coton, pompe à salive, etc.) et à appliquer un apprêt automordant (Kuraray, Kurashiki, Okayama, Japon). Comme la rétention est la clé du succès, il est important de reconnaître que les systèmes automordants performant aussi bien que les systèmes où l'acide et l'apprêt sont séparés, eu égard à la résistance adhésive en tension<sup>7,8</sup>. Mettre une couche d'apprêt sur la dentine jusqu'à l'obtention d'une surface luisante au séchage (ill. 3). Appliquer ensuite une couche mince de résine adhésive (Bisco, Itasca, Ill.) et photopolymériser pendant 20 secondes. Selon la profondeur de la lésion, appliquer un composite de faible viscosité (Bisco) dans les régions plus profondes de la préparation. Ensuite, sculpter et façonner un composite microhybride (Kerr, Orange, Calif.) à l'aide d'un instrument en plastique fin (IPC-A, Hu-Friedy, Chicago, Ill.) de sorte que seule une finition minimale soit nécessaire. Photopolymériser pendant 10 secondes seulement pour réduire au minimum la contraction et réévaluer les contours et les marges.
6. Procéder à une finition précise à haute vitesse à l'aide d'abord d'une fraise à finition pointue au carbure puis d'une fraise à finition ronde au carbure (ET6, 7653-012, Brasseler, Savannah, Géorgie), et ensuite d'une cupule de polissage pour composite (Enhance, Caulk Dentsply,

Milford, Del.) et, enfin, d'une cupule ou d'un disque en caoutchouc (Ivoclar Vivadent, Mississauga, Ont.). Avant de terminer la finition des régions gingivales et interproximales, retirer la corde à rétracter. Finalement, passer de la soie dentaire entre les contacts adjacents, puis se servir de bandes de papier abrasif en métal moyen et fin (Premier) pour silhouetter les marges proximales et les finir. Achever la restauration avec une polymérisation finale de 40 secondes.

Cette technique de traitement des abfractions permet une augmentation de la surface de liaison et de la force d'adhésion, une réponse parodontale hygiénique, une forme à résistance accrue, une amélioration esthétique des tissus durs (ill. 4a à 4c) et, en particulier, une atténuation de la sensibilité post-opératoire, caractéristiques qui aident toutes le clinicien à réussir cette procédure de restauration et qui conduisent à une satisfaction accrue du patient. ♦

## L'AUTEUR



Le Dr Peter Taylor exerce dans un cabinet privé à Oakville (Ontario) axé sur la dentisterie restauratrice. Il est dentiste de service à l'Hôpital Oakville Trafalgar Memorial et chargé de clinique à temps partiel à l'Université Western Ontario à London. Il est membre de l'ACDRP. Courriel : [taydent@aol.com](mailto:taydent@aol.com).

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

## Références

1. Allen EP, Bayne SC, Brodine AH, Cronin RJ Jr, Donovan TE, Kois JC, and other. Annual review of selected dental literature: report of the Committee on Scientific Investigation of the American Academy of Restorative Dentistry. *J Prosthet Dent* 2002; 88(1):60–88.
2. Litonjua LA, Andreana S, Patra AK, Cohen RE. Assessment of stress analyses in the theory of abfraction. *Biomed Mater Eng* 2004; 14(3):311–21.
3. Rees JS, Jagger DC. Abfraction lesions: myth or reality? *J Esthet Restor Dent* 2003; 15(5):263–71.
4. Piotrowski BT, Gillette WB, Hancock EB. Examining the prevalence and characteristics of abfractionlike cervical lesions in a population of U.S. veterans. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(12):1694–701.
5. McCubbin J. Abfraction. *J Am Dent Assoc* 2002; 133(6):694,696.
6. Rees JS, Hammadeh M, Jagger DC. Abfraction lesion formation in maxillary incisors, canines and premolars: a finite element study. *Eur J Oral Sci* 2003; 111(2):149–54.
7. Kubo S, Konishi Y, Yokota H, Hayashi Y. Effect of one-bottle self-etching primer on microleakage of cervical restorations. *J Dent Res* 1999; 78(Spec Iss):2965.
8. Santini A, Ivanovic V, Ibbetson R, Milia E. Influence of marginal bevels on microleakage around Class V cavities bonded with seven self-etching agents. *Am J Dent* 2004; 17(4):257–61.

# Maintenant 33 % plus rapide!<sup>1</sup>



## Offre d'essai spéciale

Essayez le NOUVEAU matériau pour prise d'empreintes rapide en polyéther Impregum Penta Soft pour

**199,00 \$** (prix de détail suggéré)

- **Meilleures propriétés hydrophiles que tout autre système de matériau pour prise d'empreintes VPS.**  
Déloge l'humidité dès le début du mélange – lorsque cela importe – pour des prises d'empreintes *sans bulles!*
- **Le polyéther moins rigide de Penta Soft est plus facile à retirer.**  
*Idéal pour une utilisation avec des porte-empreintes doubles pour arcades supérieures et inférieures;* offre une saveur fraîche de menthe.
- **Préféré aux systèmes de matériau pour prise d'empreintes VPS, en raison de son excellente reproduction des détails** dans un environnement humide.<sup>2</sup>
- **Produit des restaurations ajustées avec précision, sans distorsion.**  
Le polyéther unique offre une excellente marge de tolérance ce qui permet de réduire votre niveau de stress et celui de votre assistant(e).



### Le test de l'aile de requin le prouve! Plus l'aile est longue, meilleure est la fluidité!

Le matériau pour prise d'empreintes rapide en polyéther Impregum Penta Soft s'infiltré mieux dans les endroits les plus difficiles à atteindre, tout en ne s'affaissant pas, reproduisant ainsi plus de détails que *tout autre* système de matériau pour prise d'empreintes VPS! En fait, il offre la meilleure fluidité pendant la *totalité du temps* de travail.

Les résultats illustrés ont été constatés à la fin du temps de travail recommandé par le fabricant.<sup>3</sup>



Impregum Soft LB



Aquasil Ultra LV



Aquasil Ultra XLV



Exafast NDS Injection

Matériau pour prise d'empreintes rapide en polyéther

**Impregum<sup>MC</sup>  
Penta<sup>MC</sup> Soft**

<sup>1</sup>Temps de travail/de prise 33 % plus rapide que tout autre matériau pour prise d'empreintes rapide en polyéther Impregum Penta.

<sup>2</sup>Données disponibles. <sup>3</sup>Photographies fournies par 3M ESPE.

Pour commander communiquez avec un distributeur autorisé de 3M ESPE. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les produits et les essais, composez le 1 800 265-1840 poste 6229.

**3M ESPE**

## QUESTION 3

## Quels sont les facteurs essentiels au succès des implants unitaires antérieurs mis en charge immédiatement?

### Contexte

L'utilisation d'implants dentaires pour supporter une prothèse est un traitement efficace qui a fait ses preuves et dont les résultats sont prévisibles.



III. 1 : Patient ayant demandé la réfection d'un pont papillon défaillant. La radiographie montre un développement insuffisant de l'os inter-radicaire et un contour osseux plat.



III. 2 : Cette photographie du patient montre une dysharmonie des tissus mous.



III. 4 : Radiographie de l'implant terminé, avec pilier en céramique. À remarquer la longueur et la position de l'implant.



III. 3 : Radiographie du pilier temporaire, après mise en charge immédiate de l'implant.



III. 5 : Photographie de l'implant terminé, montrant le développement des tissus mous et des papilles, favorisé par la mise en charge immédiate et la manipulation des tissus mous.

Initialement, les recherches préconisaient une technique d'implantation en 2 étapes, avec mise en charge différée de l'implant. Cette technique aidait à prévenir non seulement les micro-mouvements susceptibles de nuire à l'osséointégration, mais aussi la croissance épithéliale descendante durant la guérison, qui pouvait entraîner subséquemment la défaillance de l'implant.

Les techniques d'implantation dentaire ont évolué et elles permettent aujourd'hui une mise en charge immédiate de l'implant avec pose d'une restauration provisoire. Des études récentes indiquent ainsi que le taux de succès des traitements avec mise en charge immédiate se compare à celui obtenu par la technique traditionnelle. Il importe cependant de faire une évaluation approfondie du patient et de bien planifier le traitement pour assurer un résultat optimum.

Afin de déterminer si l'implantation avec mise en charge immédiate est indiquée pour la restauration d'un espace édenté antérieur, plusieurs critères doivent être pris en considération.

### Critères pour assurer le succès du traitement

#### Critères reliés à la chirurgie

Le dentiste praticien doit s'assurer que l'implant mis en place restera stable, afin de favoriser l'osséointégration. L'implant ne doit donc pas être inséré dans un os spongieux mou; de plus, le dentiste doit être expérimenté et posséder une excellente technique chirurgicale.

#### Critères reliés à l'hôte

La qualité et la quantité de l'os qui recevra l'implant sont 2 autres facteurs cruciaux. La radiographie doit montrer une bonne densité osseuse, et le site futur de l'implant doit être exempt d'obstructions anatomiques (par exemple sinus ou dents adjacentes) et d'anomalies osseuses, et il ne doit y avoir aucun signe d'infection. À l'intérieur de la bouche, la largeur bucco-linguale doit être suffisante et il doit y avoir préservation de la plaque corticale. Si l'un ou l'autre de ces facteurs n'est pas respecté, il vaut mieux utiliser la méthode traditionnelle en 2 étapes, car il pourrait être nécessaire de procéder à une augmentation osseuse et le temps de guérison pourrait être plus long.

La présence de maladies métaboliques ou autres affections est un autre facteur susceptible de compromettre la guérison. Ainsi, des affections systémiques comme le diabète, ou encore des antécédents récents de radiothérapie, seraient des contre-indications à une mise en charge immédiate. Ce traitement ne convient pas non plus aux personnes qui fument ou à celles dont l'hygiène buccodentaire laisse à désirer.

**Critères reliés à l'implant**

Pour assurer le succès de l'implant, il faut utiliser un implant vissé, à surface rugueuse, qui mesure au moins 10 mm de longueur.

**Critères reliés à l'occlusion**

Durant la phase de guérison qui suit la pose de l'implant, il est important qu'aucune charge occlusale centrée, ni aucun mouvement d'excursion, ne s'exerce sur la couronne provisoire de l'implant. Des habitudes parafunctionnelles comme le bruxisme peuvent aussi être une importante contre-indication à la mise en charge immédiate.

**Conclusions**

La technique d'implantation avec mise en charge immédiate ne présente pas d'inconvénient évident, si ce n'est qu'elle ne peut être pratiquée dans toutes les sections de la bouche. Les avantages ont trait notamment à la durée de traitement plus courte, à la facilité de déterminer l'emplacement idéal de l'implant (immédiatement après l'extraction), au caractère peu invasif de cette intervention et aux traumatismes tissulaires qui sont réduits au minimum, à l'optimisation de la hauteur de l'os et de la préservation des tissus mous, à la simplification de la phase prothétique et, plus important encore, au confort et au bien-être psychologique accrus du patient. Autre avantage, les implants mis en charge immédiatement améliorent l'apparence sur-le-champ et donnent des résultats instantanés. Par conséquent, avant de procéder à une extraction ou à la mise en place d'un

implant, le dentiste devrait se demander si le patient serait un bon candidat pour un implant à mise en charge immédiate.

La mise en charge immédiate des implants dentaires offre un traitement très intéressant lorsque les cas sont choisis avec soin, que la bonne technique est utilisée et que les considérations liées aux tissus durs et mous sont évaluées méthodiquement. Les **illustrations 1 à 5** présentent des images et des radiographies prises avant et après une implantation avec mise en charge immédiate, qui j'ai récemment réalisée. ➤

**L'AUTEUR**

Le Dr Brian Friesen exerce dans un cabinet privé de Winnipeg (Manitoba) et se spécialise dans la dentisterie sur implant et la dentisterie cosmétique. Il est un ancien président de l'Académie canadienne de dentisterie restauratrice et de prosthodontie. Courriel : brianfriesen@mts.net.

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

**Lecteurs supplémentaires**

Gapski R, Wang HL, Mascarenhas P, Lang NP. Critical review of immediate implant loading. *Clin Oral Impl Res* 2003; 14(5):515-27.

Kan JY, Rungcharassaeng K. Immediate placement and provisionalization of maxillary anterior single implants: a surgical and prosthodontic rationale. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 2000; 12(9):817-24.

Misch CE, Hahn J, Judy KW, Lemons JE, Linkow LI, Lozada JL, and others. Workshop guidelines on immediate loading in implant dentistry. November 7, 2003. *J Oral Implantol* 2004; 30(5):283-8.

Morton D, Jaffin R, Weber HP. Immediate restoration and loading of dental implants: clinical considerations and protocols. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004; 19(Suppl):103-8.

## ACADÉMIE CANADIENNE DE DENTISTERIE RESTAURATRICE ET DE PROSTHODONTIE



Les **objectifs** de l'Académie sont : favoriser une meilleure santé chez les Canadiens en perfectionnant l'art et la science de la dentisterie restauratrice et prosthodontique; promouvoir le plus haut degré d'éthique professionnelle parmi ses membres de la profession dentaire; encourager à la fois une qualité et une quantité accrues de l'enseignement de la dentisterie restauratrice et prosthodontique dans les écoles dentaires des universités canadiennes; offrir une formation continue en dentisterie restauratrice et de prosthodontie à ses membres ainsi qu'aux membres de la profession dentaire au Canada.

Les **assemblées annuelles** de l'Académie se déroulent dans différentes régions du pays. En 2006, l'assemblée annuelle se tiendra à l'hôtel Casino Nova Scotia à Halifax, en Nouvelle-Écosse, du 28 septembre au 1<sup>er</sup> octobre. Cet hôtel, situé au centre d'une ville cosmopolitaine au style à la fois moderne et d'antan, est l'endroit idéal pour l'assemblée 2006 de l'Académie!

Pour obtenir plus de renseignements, communiquez avec la présidente des congrès, la Dre Maureen Andrea, à [chesterclinicdental@aliantzinc.ca](mailto:chesterclinicdental@aliantzinc.ca).

## QUESTION 4

Peut-on envisager la mise en place d'implants pour accroître la rétention et la stabilité d'une prothèse partielle amovible, utilisée pour la restauration d'un édentement partiel?

**E**n général, les prothèses partielles amovibles (PPA) sont retenues à l'aide de crochets, d'attaches scellées, d'attaches intra-coronaires ou extra-coronaires, de couronnes télescopes ou de coiffes radiculaires. Le choix du dispositif de rétention approprié varie en fonction de la substance dentaire encore présente (c.-à-d. couronne clinique intacte, dent cariée nécessitant une restauration coronaire, ou dent dont seulement la racine est récu-

pérable), des relations intramaxillaires et intermaxillaires, ainsi que des préférences du patient sur le plan esthétique. Lorsqu'une dent intacte non cariée doit servir de pilier, le meilleur choix consiste en un crochet ou une attache scellée; par contre, une couronne télescope ou autre couronne conviendra mieux à une dent obturée ou une dent cariée à pulpe vivante. Enfin, s'il s'agit d'une dent à pulpe non vivante dont la couronne clinique a été détruite, la coiffe radicu-

laire s'avère alors le meilleur choix, car ce traitement est celui qui offre le plus de latitude quant à l'emplacement de la couronne clinique, lequel doit être déterminé à l'avance à l'aide d'un modèle en cire diagnostique.

Les plaintes couramment formulées au sujet des PPA, en particulier dans les cas de selles libres bilatérales (classe I de Kennedy), ont trait au manque de stabilité, à la faible rétention et au caractère inesthétique du dispositif d'attache. Bien que la littérature fasse rarement mention de l'utilisation d'implants comme dispositif de rétention dans les cas d'édentement partiel<sup>1-3</sup>, cette option constitue néanmoins un traitement d'appoint utile dans les 2 situations suivantes :

1. lorsqu'un implant est indiqué en complément des dents naturelles, pour améliorer la rétention, la stabilité et le soutien de la PPA, simplifier la conception de la prothèse et assurer un plus grand confort au patient;
2. lorsqu'un implant est mis en place en remplacement d'une dent naturelle, pour faciliter la rétention d'une PPA indépendante du reste de la dentition et remplacer un tenon radulaire potentiel dont le pronostic est douteux.

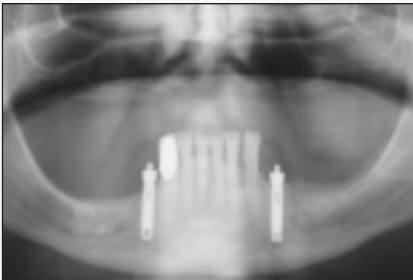
La pose d'un implant pour la restauration par PPA n'est indiquée que lorsqu'il ne reste que quelques dents pouvant servir de dispositifs de rétention et/ou que la position de ces piliers n'est pas favorable, p. ex. toutes les dents sont regroupées dans une même zone plutôt que d'être dispersées sur l'ensemble de l'arcade. Dans ce dernier cas,



III. 1a : Édentement de classe I de Kennedy, avec selles libres bilatérales.



III. 1b : La prothèse partielle amovible est retenue par des implants dans la région de la première prémolaire.



III. 1c : La radiographie montre que la dent 33 n'est pas cariée et que la dent 43 a déjà été restaurée à l'aide d'une couronne.



III. 2a : La dent 33 a été remplacée par un implant intégrant un pilier Boule.



III. 2b : Prothèse hybride avec plaque de soutènement dans la zone de la coiffe radulaire (dents 42 et 43).



III. 2c : La radiographie montre la coiffe radulaire (dent 43) et l'implant (région 33).





**III. 3a** : Un implant avec couronne télescope dans la région 23 confère une plus grande rétention.



**III. 3b** : La prothèse partielle amovible est retenue par une attache scellée (dent 11), un implant et des crochets postérieurs.



**III. 3c** : Des radiographies périapicales montrent la dentition résiduelle dans les mâchoires inférieure et supérieure, avec les attaches scellées (dents 11 et 42), l'implant (région 23) et la coiffe radulaire (dent 34).

Les implants sont également indiqués lorsque le pronostic d'une dent-pilier est douteux ou faible et qu'il convient de réduire au minimum le risque d'échec. En pareils cas, le clinicien doit déterminer l'emplacement idéal de l'implant, afin de décider s'il doit extraire une dent et procéder à la mise en place immédiate de l'implant ou si une zone édentée adjacente conviendra mieux à l'insertion de l'implant (**ill. 2a, 2b et 2c**).

Les implants unitaires mis en place pour conférer un soutien additionnel à une PPA peuvent facilement être augmentés à l'aide d'attaches préfabriquées, comme des piliers Boule ou des Locators. Comme ces dispositifs d'attache sont placés en ligne avec l'axe de l'implant et que les systèmes de piliers ne permettent qu'une divergence limitée, l'orientation de l'implant doit coïncider avec l'axe d'insertion de la prothèse. Dans les autres cas, les piliers individuels, comme les couronnes télescopes, doivent être fabriquées en laboratoire par un technicien selon une procédure plus complexe (**ill. 3a, 3b et 3c**). Ces facteurs doivent être pris en considération durant la planification du traitement et exigent un diagnostic minutieux dès le départ, pour éviter les complications mécaniques et la perte de rétention causée par l'usure. ♦

l'insertion d'implants supplémentaires augmente l'aire de soutien et réduit la charge sur les tissus mous. De plus, comme la PPA prend davantage appui sur les dents et sur les implants que les muqueuses, l'extension de la base de la prothèse peut être réduite et le confort du patient sera amélioré.

L'utilisation de crochets est généralement indiquée lorsque la dentition résiduelle antérieure (selles libres bilatérales) est non cariée ou qu'elle a été adéquatement restaurée (**ill. 1a**); cette solution est toutefois souvent jugée inacceptable par le patient, pour des raisons d'esthétique. En insérant un implant en aval de la dent postérieure, de chaque côté, on obtient une rétention suffisante qui rend inutile l'utilisation de crochets. La dentition résiduelle est alors indépendante de la prothèse (**ill. 1b et 1c**).

## L'AUTEURE



La Dre Nicola Zitzmann est professeure adjointe à l'Université de Bâle, en Suisse, et elle est spécialisée en dentisterie de reconstruction. La Dre Zitzmann a été conférencière invitée à l'assemblée annuelle de l'ACDRP qui s'est tenue à Québec, en septembre. Courriel : N.Zitzmann@unibas.ch.

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

## Références

1. Ganz SD. Combination natural tooth and implant-borne removable partial denture: a clinical report. *J Prosthet Dent* 1991; 66(1):1-5.
2. Keltjens HM, Kayser AF, Hertel R, Battistuzzi PG. Distal extension removable partial dentures supported by implants and residual teeth: considerations and case reports. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1993; 8(2):208-13.
3. Mitrani R, Brudvik JS, Phillips KM. Posterior implants for distal extension removable prostheses: a retrospective study. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2003; 23(4):353-9.



## Aidez vos patients à aviver le bel éclat blanc de leur sourire.

Un sourire éclatant de blancheur est de toute beauté. Et maintenant Oral-B et Rembrandt, deux chefs de file en matière d'hygiène buccodentaire, s'associent pour offrir une gamme complète de solutions destinées à aider vos patients à rehausser la beauté et l'éclat sain de leur sourire. Pour obtenir des renseignements sur notre nouvel Ensemble de blanchiment professionnel au fauteuil, nos produits d'hygiène buccodentaire à usage quotidien et à domicile, ainsi que notre soutien marketing, visitez [oralbprofessional.com/whitening](http://oralbprofessional.com/whitening), ou composez le 1 800 268-5217 pour demander à un représentant de communiquer avec vous.

professionnel ■ ■ ■ ■ ■  
gels | plateaux | bandes | dentifrices | brosses électriques

**Oral-B®**  
**REMBRANDT®**

# Traitement de l'occlusion croisée unilatérale postérieure avec déviation mandibulaire

David Kennedy, BDS, LDS, MSD, FRCD(C)

*La rubrique «Images cliniques» est une série d'essais en image qui traite de l'art technique de la dentisterie clinique. Cette rubrique présente étape par étape des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet dentaire. Pour soumettre un cas ou recommander un clinicien à cette rubrique, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à [jokeefe@cda-adc.ca](mailto:jokeefe@cda-adc.ca).*

L'occlusion croisée unilatérale postérieure avec déviation mandibulaire se manifeste chez environ 7 % des enfants. Ce problème se corrige rarement spontanément, et l'absence de traitement peut donner lieu à une croissance asymétrique. Cependant, si le traitement est instauré à la toute fin de la phase de dentition primaire ou au début du stade de dentition mixte, la durée du traitement est habituellement courte, et le pronostic est bon.

Les premières données versées au dossier d'une fillette de 6 ans (ill. 1) montraient, avant le traitement, une occlusion croisée du côté gauche, avec transition perceptible d'une relation centrée à une occlusion centrée et déviation de la ligne médiane mandibulaire en direction du côté de l'occlusion croisée. Les relations molaires et canines étaient également asymétriques, la relation du côté de l'occlusion étant de classe II (demi-cuspide), alors qu'elle était de classe I

du côté opposé. De plus, en raison de l'espace interproximal limité entre les incisives primaires supérieures, un chevauchement des incisives permanentes supérieures commençait à se manifester. La fabrication d'un appareil d'expansion de Haas, qui serait utilisé pour obtenir une expansion maxillaire, a été échelonnée sur 3 visites. À la première visite, les séparateurs ont été mis en place en amont des deuxièmes molaires primaires supérieures. Après 1 semaine, les séparateurs ont été retirés et les bagues ont été ajustées, puis les séparateurs ont été remis en place et une empreinte supérieure a été prise. À la troisième visite, les séparateurs ont été retirés, et, avant le scellement, avec l'appareil hors de la bouche, on a montré au parent comment l'activer. Dans un tel cas, il faut éviter de trop remplir les bagues de ciment, car le ciment s'infiltrera sous l'acrylique durant le scellement et il sera impossible de le retirer.



**Illustration 1 :** Données du dossier d'une fillette de 6 ans, présentant une occlusion croisée et une asymétrie du côté gauche, avant le traitement.

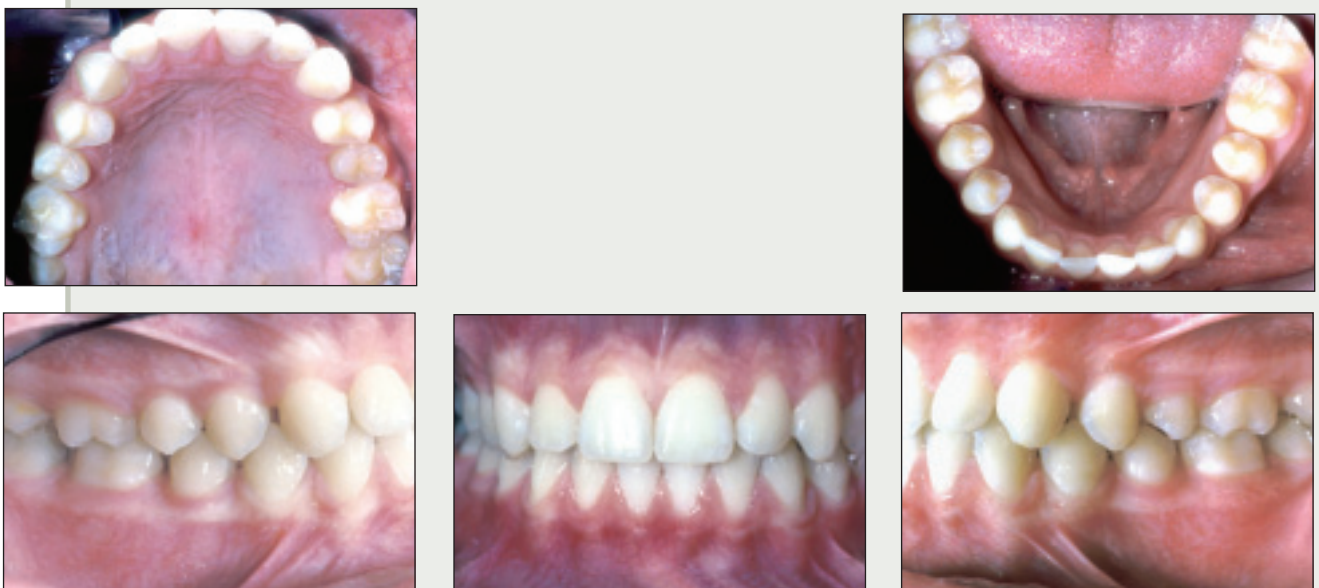
Pour obtenir une expansion lente du maxillaire supérieur, il faut tourner l'appareil d'un quart de tour (ce qui donne lieu à une expansion de 0,2 à 0,25 mm) tous les 2 à 3 jours; ce sont les parents qui activent l'appareil à la maison. Comme l'expansion totale souhaitée est habituellement de 5 à 6 mm, le traitement de correction s'échelonne sur 6 à 8 semaines. Le parent et l'enfant ont

été avertis qu'il pourrait y avoir des troubles temporaires de la parole et formation excessive de salive durant la première semaine. Après la surcorrection de l'occlusion croisée, l'appareil a été laissé en place pendant 6 mois additionnels de rétention passive.

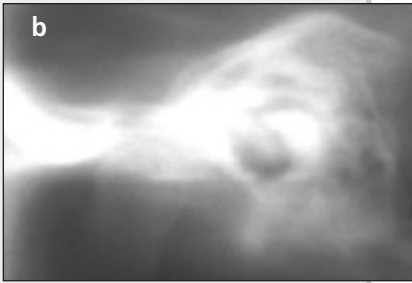
Après le retrait de l'appareil (ill. 2), les données du dossier de la patiente montrent une



**Illustration 2 :** Données du dossier, après le traitement de la fillette alors âgée de 7 ans, montrant la correction de l'occlusion croisée et la rétablissement de la symétrie.



**Illustration 3 :** Données du dossier montrant la dentition permanente à 13 ans et indiquant une bonne stabilité à long terme de la correction.



**Illustration 4 :** Tomogrammes.  
**a.** Côté droit, avant le traitement.  
**b.** Côté gauche, avant le traitement.  
**c.** Côté droit, après le traitement;  
**d.** Côté gauche, après le traitement.

légère surexpansion et la correction de l'occlusion croisée. La déviation fonctionnelle du maxillaire inférieur a été éliminée, ce qui a permis une correction spontanée de la déviation de la ligne médiane et des relations molaires asymétriques. Le chevauchement des incisives permanentes supérieures – qui avait précédemment été observé – a lui aussi été corrigé, et les premières molaires permanentes font éruption dans la bonne position transversale. Aucun autre traitement n'a été dispensé avant l'éruption de toutes les dents permanentes.

L'ill. 3 montre la bouche de la patiente, après l'éruption de toutes les dents permanentes. Non seulement la correction initiale de l'occlusion croisée s'est-elle maintenue, mais il en a été de même de la correction de l'asymétrie. L'occlusion était maintenant

idéale, si ce n'est un léger chevauchement des incisives inférieures. Dans le cas présenté ici, l'intervention précoce a permis une correction permanente et a évité le recours à un traitement plus complexe.

L'ill. 4 montre les tomogrammes pris avant le traitement et immédiatement après. Avant le traitement, un large espace postéro-supérieur séparait le condyle de la fosse dans le côté opposé à l'occlusion croisée (le côté droit); immédiatement après le traitement, le condyle s'était centré à l'intérieur de la fosse et l'asymétrie avait été corrigée. Il était également resté centré dans la fosse, du côté de l'occlusion croisée.

Le traitement précoce de cette patiente a été bénéfique à court et à long terme et s'est révélé une méthode rentable pour corriger de façon permanente une malocclusion. ✦

#### L'AUTEUR



Le **Dr. Kennedy** exerce l'orthodontie à Vancouver et à Richmond (C.-B.).

**Écrire au :** Dr David Kennedy, 200-650, 41e av. O., Vancouver, C.-B. V5Z 2M9. Courriel : drdavidkennedy@yahoo.ca.

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré.

# Passer de la cession à la non-cession des prestations : C'est plus facile que vous le pensez

Sandie Baillargeon, B Admin

Les prestations d'assurance dentaire sont un sujet qui suscite toujours un débat vigoureux entre les fournisseurs de soins et les patients. Dans la profession dentaire, il est généralement entendu que les prestations dentaires sont simplement une aide financière visant à défrayer les coûts de traitement. Or, les conditions et les paramètres d'un régime d'assurance peuvent influencer grandement sur les décisions d'un patient touchant ses traitements. Combien souvent revient cette question : «Est-ce que ce sera couvert par mon assurance?» Les équipes dentaires s'évertuent à tenter de convaincre les patients de la nécessité d'un traitement non couvert par un régime d'assurance.

Pour offrir les meilleurs soins possibles, votre cabinet doit être axé sur le patient et non motivé par les régimes d'assurance. Quand vous comptez trop sur les prestations d'assurance, vous vous exposez à des risques. Imaginez l'impact que votre cabinet subirait si les principales industries locales fermaient soudainement leurs portes, faisaient des mises à pied massives ou cessaient de couvrir les soins dentaires. Les prestations d'assurance dentaire sont un élément coûteux des régimes d'avantages sociaux collectifs et quand les entreprises éprouvent des difficultés économiques, les régimes d'assurance dentaire sont souvent les premiers éliminés.

En acceptant la cession des prestations, vous donnez également l'impression que votre cabinet gère des régimes d'assurance. Si l'étendue de la couverture change soudainement au niveau de l'employeur ou si les prestations sont refusées pour un service spécifique, le patient peut blâmer votre

cabinet s'il pense que vous contrôlez les prestations auxquelles il a droit.

Une façon de vous protéger contre de tels scénarios est de renoncer à la cession des prestations. Comme tout changement pose un défi, le mieux est d'y aller lentement et stratégiquement avec une souplesse fonctionnelle pour accommoder tous les besoins des patients. Voici un plan en 3 étapes pour vous guider durant la transition.

1

**Créez des options financières et des politiques flexibles.** Mettez l'accent sur ce que vous pouvez offrir aux patients en soulignant les opportunités et non les contraintes. Par exemple, les plans de paiements mensuels sans intérêt pour les cas les plus graves sont souvent attrayants pour les patients et constituent un excellent outil de marketing; ils peuvent rendre des plans de traitement plus accessibles et plus abordables.

Une autre façon de répondre aux besoins de vos patients est d'accepter des paiements mensuels par prélèvements automatiques sur leur carte de crédit ou compte bancaire.

Les plans de financement par un tiers sont une autre option, mais assurez-vous d'aviser vos patients des taux d'intérêt élevés de ces plans. En outre, le financement par un tiers peut nuire à la relation établie avec vos patients.

*Afin de répondre aux demandes de renseignements et de ressources des dentistes sur les aspects commerciaux de la dentisterie, une nouvelle rubrique intitulée «Les affaires de la dentisterie» sera publiée périodiquement dans le JADC. De plus, d'autre matériel sur la gestion du cabinet paraîtra sur le site Web de l'ADC, dans la section réservée aux membres. Si vous avez des suggestions d'article, faites-les parvenir à [publication@cda-adc.ca](mailto:publication@cda-adc.ca)*

2

**Éduquez et informez vos patients.** Une fois vos politiques financières adoptées, commencez à faire l'éducation de vos patients. Fixez une échéance de 12 à 18 mois et commencez à renseigner vos patients actuels sur les diverses options financières offertes.

Vous pouvez afficher à la réception une annonce touchant les changements à venir et la date de leur mise en vigueur. Si vous envoyez des relevés de compte à vos patients, joignez-y un feuillet expliquant ces changements.

Quand vos patients se présentent à leur rendez-vous régulier, dites-leur pourquoi vous faites ces changements et comment ceux-ci vont les toucher. Lors de l'entrevue avec un nouveau patient, expliquez les options financières que vous offrez et soulignez combien il est facile d'obtenir les soins dont il a besoin. Renforcez l'idée que les prestations dentaires relèvent d'un contrat entre lui et son employeur et que les traitements recommandés font strictement partie de la relation patient-dentiste. Ces stratégies donneront à vos patients assez de temps pour s'ajuster à vos nouvelles politiques de paiement.

3

**Éduquez et informez votre équipe dentaire.** Toute l'équipe dentaire doit croire en vos nouvelles politiques et les appuyer. Par exemple, le personnel doit éviter de préjuger de la volonté ou de la capacité d'un patient à payer un traitement. En général, toute idée préconçue nuit aux résultats. Vous devez discuter les nouvelles réalités liées à la non-cession des prestations avec les membres de votre personnel bien avant d'entreprendre les changements. Éliminez toute idée préconçue ou crainte que votre personnel peut avoir au sujet de vos nouvelles politiques.

Encouragez votre équipe à renseigner les patients sur les options financières personnalisées conçues pour répondre aux besoins de chacun des patients. Vous pouvez également les inciter à souligner comment les demandes de prestation peuvent être acheminées par voie électronique, permettant aux patients d'être indemnisés par leurs assureurs en une semaine.

Certains dentistes craignent que leurs patients quittent le cabinet s'ils renoncent à la cession des prestations. Les patients s'adaptent tant et aussi longtemps qu'ils sont bien informés et se voient offrir d'autres solutions. La force de votre relation avec eux les incite à la loyauté. Aidez-les à devenir des consommateurs avertis et à faire des soins dentaires une priorité dans leurs décisions d'achat.

Faire passer votre cabinet de la cession à la non-cession des prestations peut sembler décourageant, mais les avantages dépassent de beaucoup les risques. Vous protégerez votre cabinet contre la menace de pertes financières lors de difficultés économiques tout en offrant des soins adaptés spécifiquement à votre clientèle. La clé est l'éducation de vos patients et de votre équipe dentaire tout en faisant preuve de souplesse et en offrant des services d'excellente qualité. Vos patients resteront heureux, disposés à vous adresser leurs parents et amis, et vous aurez un cabinet qui a amélioré ses rentrées de fonds et a moins de soucis financiers. ✦

#### L'AUTEURE



*Mme Baillargeon est présidente du Centre des sciences de la santé du Collège George Brown et directrice de cours pour le Programme de certificat en gestion du cabinet dentaire à l'Université de Toronto.*

*Écrire à : Mme Sandie Baillargeon, 5322, avenue Dryden, Burlington, ON L7L 6Z9. Courriel : sbaillar@gbrownc.on.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.*



Cinnamon Rush



Extreme Herbal Mint



Fresh Citrus Breeze

\*Has been shown to cause patients to brush longer.<sup>1,2</sup>



Vanilla Mint

Crest® Whitening Expressions® is now also available in smooth vanilla with a kick of mint.

To order, visit [dentalcare.com/canada](http://dentalcare.com/canada) and reference promotion code: JCDA

**Crest** Healthy-Looking. Beautiful Smiles For Life



<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Crest Whitening Expressions fights cavities.

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



# Recevoir des cadeaux : débat sur les conflits d'intérêts

Barry Schwartz, DDS, MHS Bioethics

### Auteur-ressource

Dr Schwartz  
Courriel : bschwar@uwo.ca



© J Can Dent Assoc 2005; 71(8):561-2  
Cet article a été révisé par des pairs.

Juste avant le congé de Noël, Isabelle se tenait debout au bureau de la réceptionniste et attendait qu'on lui fixe un rendez-vous pour des soins continus avec le Dr Tremblay. C'est alors qu'arrive un livreur, portant 2 magnifiques paniers-cadeaux. Pendant que la réceptionniste signe l'accusé de réception, Isabelle demande au représentant de FedEx si le cadeau provient d'un patient heureux des soins obtenus.

«Non, répond-il, ils proviennent de l'orthodontiste qui est en bas de la rue. On m'a dit de ne pas livrer le plus petit panier au bureau d'à côté avant d'avoir livré le plus gros ici. Le Dr Tremblay envoie à l'orthodontiste beaucoup plus de patients et il ne faut pas que l'autre dentiste se sente embarrassé.»

«Je ne savais pas que les dentistes recevaient des commissions, répond Isabelle. Pas étonnant que les traitements orthodontiques de ma fille aient coûté si cher!»

«Beaucoup d'entreprises font ça à Noël. Joyeuses fêtes!», lui dit le livreur.

«À vous aussi, répond Isabelle. Pourrais-je parler au Dr Tremblay», demande Isabelle à la réceptionniste.

«Désolée Isabelle, répond-elle. Il a quitté tôt aujourd'hui. Il devait dîner et aller voir une partie de hockey avec l'orthodontiste d'en bas.»

Isabelle est sortie du cabinet sans fixer de rendez-vous, se disant «Quelle entreprise! Je croyais que c'était un cabinet *professionnel!*»

Donner des cadeaux, c'est une manière acceptable de faire plaisir à quelqu'un. Par contre, selon Etiquette International, «les cadeaux que l'on donne de façon systématique, négligente ou inopportune peuvent faire plus de mal que de bien à votre cause ou à votre relation. Les cadeaux ne remplacent jamais un comportement bienveillant, de bonnes habitudes d'affaires, le bon vouloir ni les belles manières. Ils ne devraient pas non plus constituer un pot-de-vin ni être perçus comme tel»<sup>1</sup>.

C'est là que surviennent les conflits d'intérêts. On dit qu'une personne, un dentiste par exemple, est dans une situation de conflit d'intérêts lorsque ses intérêts personnels entrent en conflit avec ses obligations professionnelles, ce qui l'empêche d'exercer ses fonctions équitablement<sup>2</sup>. Le conflit d'intérêts n'est pas défini que par une seule partie. Si l'on perçoit l'existence d'un conflit d'intérêts, comme c'est le cas d'Isabelle, il est alors aussi réel que si le dentiste considérait le cadeau comme inopportun. Selon le Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, «il n'est pas nécessaire que votre jugement soit en fait compromis. Si les faits sont tels qu'ils incitent une personne raisonnable à penser que votre jugement peut être affecté même légèrement, on est alors en présence d'une situation perçue de conflit d'intérêts»<sup>3</sup>.

Les relations professionnelles sont fondées sur le respect mutuel et le partage des valeurs. Les dentistes qui se trouvent dans une situation de conflit d'intérêts risquent de détruire la confiance qui existe entre eux et leurs patients<sup>4</sup>. Le Dr Tremblay peut donner comme raison que les cadeaux qu'il reçoit ne sont qu'une «marque de reconnaissance» pour tous les patients qu'il envoie à l'orthodontiste et qu'ils n'influencent d'aucune façon ses habitudes de renvoi. Ce même argument pourrait être utilisé dans le cas des dîners et billets de hockey gratuits que les médecins vers qui le Dr Tremblay renvoie des patients et son fournisseur de produits dentaires peuvent lui donner régulièrement. Toutefois, de nombreuses études sur le sujet se permettraient de ne pas partager cet avis.

Une compagnie pharmaceutique soulignait, dans une publication promotionnelle, que les dîners promotionnels avaient permis d'augmenter de 80 % les ventes du médicament concerné<sup>5</sup>. Selon un article publié dans le *Journal of the American*

*Medical Association*<sup>6</sup>, une recherche d'études et d'articles dans MEDLINE sur les conflits d'intérêts en médecine a permis de découvrir que l'étendue des relations entre les médecins et l'industrie semble avoir une incidence tant sur le comportement professionnel des médecins que sur leurs pratiques en matière de prescription. En affaires, aucune compagnie ne distribue l'argent de ses actionnaires dans un élan de générosité désintéressée. Les gens investissent dans des activités promotionnelles parce qu'elles augmentent les ventes. Aucun dîner *gratuit* n'est réellement *exempt* de toute obligation<sup>7</sup>.

L'exemple ci-dessus évoque certaines questions éthiques, la première étant l'équité en matière d'information (justice). Si le Dr Tremblay avait dit à Isabelle, lorsqu'il a recommandé à sa fille de consulter l'orthodontiste, que des dîners, billets et cadeaux de Noël lui étaient donnés par l'orthodontiste tout au long de l'année et qu'ils n'influencent d'aucune façon ses habitudes de renvoi, Isabelle aurait été libre de déterminer si cette situation lui convenait ou non. Il est normal que des patients se sentent vulnérables dans une relation fondée sur la prestation de soins. Ils doivent avoir confiance que les décisions prises ont pour but de fournir les meilleurs soins possibles, ce qui pourrait en effet être le cas. L'important, c'est d'informer. Pour mieux évaluer une situation de conflit d'intérêts, les dentistes n'ont qu'à se demander s'ils accepteraient que leurs patients découvrent qu'ils reçoivent des cadeaux dans le cadre d'une relation professionnelle. S'ils répondent non, il convient alors de donner au moins aux patients tous les renseignements pertinents<sup>4</sup>.

Autre point : le prix du cadeau et qui le paie. Les frais reliés à la promotion des médicaments sont inclus dans le coût des médicaments, qui est assumé par le patient. Il en est de même pour les frais promotionnels engagés par les spécialistes dentaires, qui sont calculés dans les frais demandés au patient. Autrement dit, c'est le patient qui indirectement paie les cadeaux et dîners que reçoit le dentiste qui renvoie ses patients.

Dans les discussions que j'ai eues avec de nombreux praticiens, on dit souvent que tout le monde fait cela, donc quelle différence cela ferait qu'un dentiste agisse différemment? Pour répondre à cette question, prenons l'exemple d'une jeune femme sur une plage jonchée d'étoiles de mer, en train de les rejeter une à la fois à la mer. Un passant lui fait la remarque suivante : «Il y a des millions d'étoiles de mer sur cette plage. Comment espérez-vous que cela change quelque chose?» La jeune femme lui répond : «Cela a changé quelque chose pour celles que j'ai rejetées!»

Certains choix s'offrent aux dentistes qui évitent les situations possibles de conflit d'intérêts associées à des cadeaux. Ils peuvent dire à leurs collègues qui leur offrent des cadeaux que leur cabinet a établi une nouvelle politique les interdisant d'en accepter, puis retourner tout cadeau subséquent, accompagné de remerciements et d'explications. Ils peuvent, à la place du cadeau, demander qu'un don soit fait à un organisme de bienfaisance en leur nom. Enfin, les dentistes peuvent accepter les cadeaux pour faire plaisir à leur personnel, puis faire parvenir un don à un organisme de bienfaisance équivalant à la valeur approximative du cadeau.

Les dentistes traitants continueront de recevoir des cadeaux tant et aussi longtemps qu'ils en attendront. Les fournisseurs de produits dentaires inviteront des acheteurs potentiels à dîner, car ces derniers, en gage de reconnaissance, se sentiront obligés de remercier le geste de générosité – en achetant des produits de cette compagnie. Les compagnies pharmaceutiques et les fabricants d'implants accompagnent leurs colloques de dîners et de cadeaux de «remerciement». Les fabricants de dentifrices offrent des produits «gratuits» aux dentistes pour leur usage personnel. Ces cadeaux sont-ils vraiment gratuits ou est-ce qu'ils sont payés par l'utilisateur final, c'est-à-dire le patient?

On cessera de donner des cadeaux aux dentistes seulement quand ceux-ci cesseront de les accepter. Recevoir des cadeaux de la part de spécialistes a de nombreuses conséquences sur le plan éthique pour les dentistes qui leur renvoient des patients. À mon avis, ces dentistes devraient envoyer des cadeaux aux spécialistes en guise de remerciement pour les bons soins prodigués à leurs patients. Je ne vois ici aucune forme de conflit d'intérêts. Après tout, les services aux patients ne sont-ils pas l'essence de l'exercice d'une profession? ♦

## L'AUTEUR

*Le Dr Schwartz est professeur adjoint d'administration du cabinet à la Faculté de médecine dentaire de l'Université Western Ontario. Il détient un certificat de règlement extrajudiciaire des conflits.*

*Écrire au : Dr Barry Schwartz, 14, ch. Ravencliff, Thornhill ON L3T 5N8. Courriel : bschwar@uwo.ca.*

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

## Références

1. Klinkenberg, H. Etiquette International. The art of giving. Disponible à l'adresse URL : <http://www.salesvantage.com/article/view.php?w=236> (accédé le 7 juillet 2005).
2. 'Lectric Law Library. The 'Lectric Law Library's lexicon on conflict of interest. Disponible à l'adresse URL : [www.lectlaw.com/def/c095.htm](http://www.lectlaw.com/def/c095.htm) (accédé le 7 juillet 2005).
3. Royal College of Dental Surgeons of Ontario. Conflict of interest guidelines. August 2002. Disponible à l'adresse URL : [www.rcdso.org/pdf/guidelines/conflict\\_interest.pdf](http://www.rcdso.org/pdf/guidelines/conflict_interest.pdf) (accédé le 7 juillet 2005).
4. Lemmens T, Singer PA. Bioethics for clinicians: 17. Conflict of interest in research, education and patient care. *CMAJ* 1998; 159(8):960-5. Disponible à l'adresse URL : [www.cmaj.ca/cgi/reprint/159/8/960](http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/159/8/960) (accédé le 7 juillet 2005).
5. Randall T. AMA, pharmaceutical association form 'solid front' on gift-giving guidelines. *JAMA* 1991; 265(18):2304-5.
6. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000; 283(3):373-80.
7. Rawlins MD. Doctors and the drug makers. *Lancet* 1984; 2(8397):276-8.

## Note du rédacteur en chef

Les articles de la rubrique «Débat» ont pour objectif d'animer la discussion, et je sais que cet article suscitera beaucoup de controverse chez de nombreux collègues. Le présent scénario s'attarde sur une spécialité dentaire en particulier (l'orthodontie), mais le sujet touche à cet égard, n'hésitez pas à envoyer une lettre à la rédaction ou à faire part de vos pensées en ligne au forum des membres de l'ADC à l'adresse [www.cda-adc.ca/forum](http://www.cda-adc.ca/forum).

Vous aurez besoin d'un mot de passe pour accéder au forum des membres. Si vous ne connaissez pas votre mot de passe ou si vous l'avez oublié, des instructions en ligne sont données pour vous aider à trouver ces renseignements. Vous pouvez aussi communiquer avec l'ADC par téléphone au 1-800-267-6354, de 8 h à 16 h (HNE), ou par courriel à [reception@cda-adc.ca](mailto:reception@cda-adc.ca).

L'assurance invalidité de longue durée du Régime d'assurance des dentistes du Canada

# Vous arrive-t-il encore de remettre à demain l'idée d'élever votre couverture invalidité ?

## À faire

- lire Guerre et paix
- nettoyer le garage
- placer les boîtes de conserve par ordre alphabétique
- élever la couverture invalidité

Si le revenu que vous tirez dans la dentisterie a augmenté, mais vous n'avez pas mis à jour votre couverture invalidité, vous risquez d'affronter de sérieuses difficultés financières advenant une invalidité.

Heureusement, vous pouvez demander une couverture additionnelle par l'intermédiaire du Régime d'assurance des dentistes du Canada, *que vous soyez couvert ailleurs ou dans le cadre du Régime.*

**L'assurance invalidité de longue durée** du Régime offre une couverture complète pour soutenir votre revenu, à savoir des propriétés qu'il ne vous arrivera pas toujours de trouver dans d'autres plans, notamment la couverture pour VIH et hépatite B et C — *sans supplément.*

Une maladie ou une blessure incapacitante peut frapper sans crier gare, alors ne remettez pas à demain. Demandez votre couverture dès aujourd'hui. Et pour y être admissible, vous devez soumettre des preuves d'assurabilité médicales et financières.)

**1 877 293-9455 (sans frais), poste 5003\***

\* Des restrictions s'appliquent en matière de services consultatifs dans certaines juridictions.

L'assurance invalidité de longue durée est offerte par l'intermédiaire du Régime d'assurance des dentistes du Canada et établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie).

Inscrivez la protection du revenu en tête de liste. Appelez-moi au numéro indiqué et je vous aiderai à déterminer le montant maximum de prestation d'invalidité mensuelle que vous pouvez demander dans le cadre du Régime d'assurance des dentistes du Canada\*.

*Susan Roberts,  
FLMI, ACS  
Conseils  
professionnels  
en direct Inc.*





# COMMENT OBTENIR UNE TEINTE PARFAITE?

## VOUS NE COUREZ AUCUN RISQUE avec le VITA Easyshade®



Parfois, il n'y a pas de pari plus risqué que de sélectionner la correspondance de teinte parfaite pour la restauration d'une dent antérieure. Une fatigue oculaire, un éclairage inapproprié ou insuffisant, les vêtements du patient, le maquillage et même la distance par rapport à la dent peuvent participer à une mauvaise sélection de teinte.

Il existe désormais un moyen facile et rapide permettant de faire un pari que vous êtes sûr de gagner. C'est le VITA Easyshade. Il est conçu pour mesurer les teintes de façon immédiate et précise. Il vous suffit de pointer, cliquer, et voilà : vous obtenez une teinte VITA® précise, quelles que soient les conditions de luminosité. Recevez votre VITA Easyshade dès aujourd'hui et prescrivez immédiatement plus de 97 teintes VITA Classical et 3D-Master®.

800-263-4778

800-828-3839 au USA • [www.vident.com](http://www.vident.com)

VITA Easyshade®

 **VIDENT**<sup>TM</sup>  
C A N A D A

©Vident 2005

# Retrait, remplacement et mise en place des restaurations à l'amalgame par les dentistes de l'Ontario en 2002

Albert O. Adegbembo, BDS, DDPH, MSc, FRCD(C), Philip A. Watson, DDS, MScD

## Version abrégée

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du eJADC à : <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-71/issue-8/565.html>

© J Can Dent Assoc 2005; 71(8):565  
Cet article a été révisé par des pairs.

L'utilisation de matériaux de remplacement de l'amalgame dentaire est en hausse dans bon nombre de pays, mais on possède peu de données sur l'usage actuel de l'amalgame en Ontario.

**Objectif :** Brosser un portrait du retrait, du remplacement et de la mise en place de l'amalgame dentaire par les dentistes exerçant en Ontario.

**Méthodologie :** Un questionnaire à remplir soi-même a été posté à un échantillon aléatoire de dentistes, pour recueillir de l'information sur le nombre de restaurations à l'amalgame à 1, 2, 3 ou  $\geq 4$  surfaces et de reconstitutions de pile en amalgame retirées, remplacées, ou mises en place sur une période de 7 jours, soit par des dentistes généralistes soit par des spécialistes, ainsi que sur le nombre de semaines d'exercice durant l'année et le nombre d'années d'exercice. Des algorithmes informatisés ont ensuite été élaborés pour déterminer le nombre de restaurations retirées, remplacées ou réalisées par chaque dentiste, durant la période de

7 jours et sur toute l'année, puis des analyses statistiques ont été faites pour déterminer les différences entre les groupes.

**Résultats :** Le taux de réponse global a été de 44 % (878/1996). La grande majorité des répondants (90 %) étaient des dentistes généralistes, représentatifs des dentistes autorisés à exercer. Les répondants exerçaient en moyenne depuis 20,1 ans et ceux qui avaient retiré ou mis en place une restauration à l'amalgame ont dit travailler en moyenne 45,7 semaines par année. La plupart des dentistes (82 %) ayant rempli le questionnaire ( $n = 837$ ) avaient retiré ou mis en place au moins une restauration à l'amalgame durant la période de 7 jours. Chaque dentiste avait retiré en

moyenne 8,91 restaurations à l'amalgame mais n'en avait mis en place que 6,64, dont 2,99 étaient de nouvelles restaurations et 3,65 des remplacements de restaurations à l'amalgame sur des dents préalablement restaurées. Les répondants ont déclaré avoir retiré au total 1471 restaurations à l'amalgame une face, dont seulement 411 (28 %) ont été remplacées par de nouvelles restaurations à l'amalgame (d'autres matériaux ont donc dû être utilisés). Ainsi, seulement 42 %, 40 %, 58 % et 67 % respectivement des restaurations à l'amalgame 2, 3 et  $\geq 4$  surfaces et des reconstitutions de pile ont été remplacées par de nouvelles restaurations à l'amalgame, le taux de remplacement de l'amalgame sur les canines, les prémolaires, les molaires inférieures et supérieures et les molaires primaires s'établissant respectivement à 22 %, 29 %, 45 % et 62 %. Selon les estimations, chaque dentiste a retiré en moyenne 413 restaurations à l'amalgame en 2002. De ce nombre, 168 ont été remplacées par de nouvelles restaurations à l'amalgame et 137 nouvelles restaurations à l'amalgame ont été réalisées sur des dents jusque là non restaurées, ce qui représente une perte nette de 108. Pour l'ensemble de 2002, on estime que les dentistes de l'Ontario ont retiré quelque 2,8 millions d'amalgames, mais le nombre estimatif de restaurations à l'amalgame mises en place (nouvelles restaurations et remplacement d'anciennes restaurations) n'a été que d'environ 2,1 millions, les résultats indiquant une perte nette plus marquée au niveau des dents antérieures (c.-à-d. canines et prémolaires), où l'apparence constitue un élément déterminant de la restauration.

**Conclusions :** Il semble que les dentistes de l'Ontario suivent la tendance observée dans d'autres pays et privilégient l'utilisation de produits de remplacement de l'amalgame. ♦

EN 2002, LES DENTISTES DE L'ONTARIO ONT RETIRÉ QUELQUE 2,8 MILLIONS D'AMALGAMES, MAIS N'EN ONT MIS EN PLACE QU'ENVIRON 2,1 MILLIONS.



# Le fromage ne fait qu'une bouchée de la carie

Le fromage est un allié important contre la carie dentaire. En effet, il aide à prévenir la carie de la couronne et de la racine<sup>1 à 4</sup>. Consommer un petit morceau de fromage peut non seulement prévenir la formation de la carie, mais semble aussi renverser le processus dès les premiers signes de carie dentaire, l'effet protecteur étant maximal à la fin du repas<sup>4,5</sup>.

Voulez-vous en savoir davantage ? Visitez le [www.croquezsante.ca](http://www.croquezsante.ca).



1. Kashket S et DePaola DP. 2002. *Nutr Reviews* 60:97-103. 2. Papas AS et coll. 1995. *Am J Clin Nutr* 61(suppl):417S-422S. 3. Jenkins GN et Hargreaves JA. 1989. *Caries Res* 23:159-164. 4. Jensen ME. 1999. *Cariol* 43(4):615-633. 5. Drummond BK et coll. 2002. *Eur J Paediatric Dent* 3:188-194.

# Prévalence de la carie de la petite enfance dans 4 collectivités du Manitoba

Robert J. Schroth, DMD, MSc, Pattie Moore, RDH, BA,  
Douglas J. Brothwell, DMD, BEd, DDPH, MSc

## Version abrégée

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du eJADC à : <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-71/issue-8/567.html>

© J Can Dent Assoc 2005; 71(8):567  
Cet article a été révisé par des pairs.

La carie de la petite enfance (CPE) est une forme particulièrement destructrice de carie dentaire qui touche les jeunes enfants et qui peut contribuer à une santé sous-optimale et à un retard staturo-pondéral. Peu de données ont été publiées sur la prévalence de ce problème au Manitoba, mais les longues listes d'attente pour le traitement de la CPE dans les hôpitaux indiquent qu'un grand nombre d'enfants de la province en souffrent, notamment parmi les enfants d'ascendance autochtone. Or, le traitement de réadaptation sous anesthésie générale comporte certains risques et il est coûteux.

**Objectifs :** Une enquête de base a été entreprise en novembre 2001 et s'est poursuivie sur une période de 5 mois, pour évaluer la santé buccodentaire des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire de 4 collectivités pilotes et déterminer les connaissances, les attitudes et les comportements de leurs parents ou tuteurs à l'égard de la santé buccodentaire. Utilisant une approche fondée sur le développement communautaire, les organismes participant au projet voulaient instaurer un programme de prévention de la CPE qui pourrait être appliqué dans l'ensemble de la province.

Cet article décrit la prévalence de base de la CPE et les facteurs de risque associés à la manifestation de cet état. Ces données devraient faciliter la mise en œuvre d'initiatives de développement communautaire et l'élaboration de politiques visant à lutter contre la CPE dans des collectivités précises du Manitoba.

**Méthodologie :** Quatre collectivités du Manitoba ont été choisies à partir des meilleures données disponibles sur le nombre de jeunes enfants devant subir un

traitement dentaire sous anesthésie générale. Deux de ces collectivités étaient situées dans la région sud de la province et les 2 autres dans le nord. Dans chacune de ces 2 régions, une collectivité représentait une population défavorisée d'un grand centre urbain et l'autre était une collectivité des Premières Nations (vivant sur une réserve). Les parents ou tuteurs des enfants de moins de 6 ans ont été invités à participer à l'étude. Chaque enfant a subi un examen de la dentition primaire et le parent ou tuteur a répondu à un questionnaire rétrospectif dans le cadre d'une entrevue. Un diagnostic de CPE était posé si l'enfant présentait au moins une dent cariée, extraite ou obturée (indice CEOD).

**Résultats :** Au total, 408 enfants et leurs parents ou tuteurs ont participé à l'étude. La prévalence globale de la CPE a été de 53,7 %. Le taux a été similaire dans les 4 collectivités, aucune différence statistiquement significative n'étant observée entre les collectivités urbaines à risque élevé et les Premières Nations (sur réserve). L'indice CEOD moyen a été de 4,2. Les enfants plus âgés étaient plus susceptibles de souffrir de CPE ( $p < 0,001$ ), mais aucune corrélation n'a été observée entre le niveau de scolarité du parent ou tuteur et la prévalence de la CPE ( $p > 0,05$ ). Les enfants souffrant de CPE avaient aussi plus de plaque dentaire ( $p < 0,001$ ).

**Conclusions :** Les résultats de cette étude indiquent que la CPE est un grave problème au Manitoba. Ils ont aussi permis d'établir une référence pour aider à évaluer l'efficacité des initiatives de prévention actuelles et futures dans ces 4 collectivités. Les solutions communautaires devraient être privilégiées et seraient plus efficaces si elles étaient combinées aux stratégies visant à promouvoir une bonne santé buccodentaire et à prévenir la carie dentaire dès la petite enfance. ♦

LA PRÉVALENCE GLOBALE DE LA CPE A ÉTÉ DE 53,7 %. LE TAUX A ÉTÉ SIMILAIRE DANS LES 4 COLLECTIVITÉS.



## Les faits cliniques.

Notre technologie brevetée Sonicare crée une action de nettoyage fluide dynamique unique la rendant exceptionnellement efficace et douce :



- Enlève 3 fois plus de films biologiques de la plaque au-delà des soies que la première brosse à dents oscillante rechargeable<sup>1</sup>
- Il a été prouvé cliniquement qu'elle diminue la gingivite et aide à réduire les poches parodontales<sup>2</sup>
- Est jusqu'à 4 fois plus douce pour la dentine que la gamme de produits Oral-B 3D Excel<sup>3</sup>

## La sensation vivifiante.

Seule Sonicare stimule votre bouche grâce à son action de nettoyage – pour une expérience de brossage que les professionnels et les patients peuvent vraiment aimer :

- C'est pourquoi 98% des professionnels des soins dentaires qui utilisent Sonicare Elite® durant 90 jours la recommanderaient à leurs patients<sup>4</sup>

Sonicare – une technologie brevetée conçue spécifiquement pour donner des résultats crédibles si incroyablement vrais.

**arrêter le brossage**  **démarrer la sonicare**



**sonicare**  
the **sonic** toothbrush la brosse à dents **sonic**

**PHILIPS**

[www.sonicare.com](http://www.sonicare.com)

1. Hope CK, Wilson M. University College London, Eastman Dental Institute Am. J. Dent 2002; 15 (special issue) 7B-11B (étude in vitro versus l'autre principale brosse à dents électrique)

2. Donly K. University of Texas. Données en dossier: (étude in vivo)

3. Sorensen JA, Nguyen H. Oregon Health and Science University Am J Dent 2002 :15 (special issue) :26B-32B (étude in vitro versus l'autre principale brosse à dents électrique)

4. Selon une évaluation monadique de Sonicare Elite auprès d'hygiénistes dentaires licencié(e)s et basée sur la pratique au cours de laquelle la marque était identifiée.



# Unilateral Posterior Crossbite with Mandibular Shift: A Review

David B. Kennedy, BDS, LDS, MSD, FRCD(C), Matthew Osephook, BSc, DDS

## Auteur-ressource

Dr Kennedy  
Courriel : drdavidkennedy  
@yahoo.ca



## SOMMAIRE

Le recensement de la littérature qui est présenté recommande le traitement orthodontique précoce des occlusions croisées unilatérales postérieures avec déviation mandibulaire. Le traitement s'accompagne d'un taux élevé de succès s'il est réalisé tôt. Les données indiquent que les occlusions croisées ne peuvent se corriger d'elles-mêmes, qu'elles ont un lien avec les problèmes temporomandibulaires et qu'elles donnent lieu à une adaptation squelettique, dentaire et musculaire – autant de facteurs supplémentaires en faveur d'un traitement précoce. Il peut être difficile de traiter des occlusions croisées unilatérales chez des adultes sans combiner orthodontie et chirurgie. Le meilleur moment pour dispenser le traitement est lorsque le patient est à la fin du stade de la dentition primaire ou au début du stade de la dentition mixte, car les traitements d'expansion sont très efficaces dans ce groupe d'âge et l'expansion crée plus d'espace pour les incisives permanentes. Le traitement des occlusions croisées unilatérales postérieures consiste généralement en l'expansion symétrique de l'arcade supérieure, l'élimination des interférences occlusales sélectives et la correction de la déviation fonctionnelle du maxillaire inférieur. Le dentiste généraliste et le dentiste pédiatrique doivent pouvoir diagnostiquer avec succès les occlusions croisées unilatérales postérieures et dispenser le traitement requis ou diriger le patient vers un professionnel compétent pour profiter des bienfaits d'un traitement précoce.

**Mots clés MeSH :** malocclusion/diagnosis; malocclusion/therapy; orthodontic appliance design; palatal expansion techniques/instrumentation

© J Can Dent Assoc 2005; 71(8):569–73  
Cet article a été révisé par des pairs.

Posterior crossbite is defined as any abnormal buccal–lingual relation between opposing molars, premolars or both in centric occlusion.<sup>1</sup> The reported incidence of posterior crossbites ranges from 7% to 23% of the population.<sup>1–6</sup> Higher incidence rates may result when an edge-to-edge transverse discrepancy is included in the definition of crossbite.<sup>4</sup> The most common form of posterior crossbite is a unilateral presentation with a functional shift of the mandible toward the crossbite side (FXB); it occurs in 80% to 97% of posterior crossbite cases.<sup>5–7</sup> The prevalence of FXB at the deciduous dentition stage is 8.4% and drops to 7.2% at the mixed dentition stage.<sup>6</sup> The frequency of spontaneous self-correction ranges from 0% to 9%.<sup>5,6</sup> Similarly, the spontaneous development of crossbite that was not present earlier is 7%.<sup>5</sup>

The etiology of posterior crossbite can include any combination of dental, skeletal and

neuromuscular functional components. Allen and others<sup>8</sup> examined the skeletal contributions to posterior crossbites. Smaller maxillary to mandibular intermolar dental width ratio and greater lower face height were the 2 variables most often associated with posterior crossbite. A small maxilla to mandible width ratio may arise from genetic or environmental factors. Upper airway obstruction in the form of hypertrophied adenoids or tonsils and allergic rhinitis can result in mouth breathing and are correlated with the development of posterior crossbites.<sup>9–11</sup> Those who have been intubated during infancy also have a significantly higher prevalence of posterior crossbites.<sup>12</sup>

Non-nutritive sucking habits are associated with development of posterior crossbite. In 2- to 6-year-old American children, finger-sucking habits were significantly associated with posterior crossbite.<sup>3</sup> A large study of

Scandinavian 3-year-old children compared previous or continuing finger and pacifier habits with crossbite.<sup>13</sup> Using logistic regression, pacifier use was associated with increased mandibular intercanine width, decreased maxillary intercanine width and increased incidence of posterior crossbite. Another study of 2- to 5-year-olds reported a significantly higher prevalence of posterior crossbite when a pacifier had been used.<sup>14</sup> Both pacifiers and prolonged digit sucking, particularly if extended beyond age 4, are strongly associated with the development of posterior crossbites.<sup>13-16</sup> It is important to point out that associations between non-nutritive sucking habits, airway obstructions, neonatal intubation and posterior crossbites do not necessarily suggest a cause and effect relation.

### Differential Diagnosis

Simple crossbites involving a single tooth occur when teeth are deflected out of line as a result of overretention of deciduous teeth, a deficient arch length or an aberrant eruption pattern.<sup>6</sup> The clinical presentation of FXB is a unilateral crossbite with a functional shift of the mandible toward the crossbite side. A centric occlusion (CO) to centric relation (CR) discrepancy is evident in an FXB, whereas CO and CR are usually coincident in a true unilateral crossbite. A bilateral crossbite due to skeletal imbalance between maxillary and mandibular transverse dimensions differs from an FXB only in degree of severity; the maxillary to mandibular width discrepancy is less with FXB. Lateral shift of the mandible in an FXB results in a mandibular skeletal (and often dental) midline deflection to the crossbite side. The maxillary arch is usually symmetrical with coincident maxillary dental and skeletal midlines. The maxilla is transversely constricted in an FXB with marginal ridges in line and absence of simple dental crossbite. Because of this transverse maxillary deficiency, frequently more crowding is seen in the maxilla than in the mandible. The crossbite side in an FXB often shows a partial or full Class II molar relationship; the non-crossbite side shows a Class I relationship due to rotational closure of the mandible.<sup>17</sup> Pretreatment tomograms reveal an asymmetric condyle position; the non-crossbite side is down and forward in the fossa and the crossbite side is centred in the fossa.<sup>17</sup> Occasionally the mandible is too wide, accounting for a shift of the mandible to FXB, although this is not a common presentation.

### Rationale for Early Treatment

#### Success Rates

For early treatment to be viable, success rates for the chosen treatment method must be high enough for patients to see a justification for attempting treatment. Treatment in the deciduous dentition stage is usually followed by correct transverse eruption of first permanent premolars.<sup>4-6,17,18</sup> Despite this, it may be prudent to postpone treatment until the first permanent molars erupt to rule out self-correction and to incorporate these teeth into the appliance. In 7-year-old

children, whose FXB involving first permanent and deciduous molars was treated and followed longitudinally, premolars erupted normally in all 12 treated patients.<sup>6</sup> The type of appliance, follow-up period and criteria used for definition of success also affect the reported success rate. Success rates for FXB treatment with expansion appliances in the early mixed dentition stage range from 84% to 100%.<sup>2,4-6,18-22</sup> Fixed appliances are typically favoured for expansion due to reduced cost and treatment time. Treatment and retention time using the quad helix was a fifth and cost was a third that of the removable expansion plate.<sup>20,21</sup> The increased treatment time and cost for removable expansion plates is a reflection of poor compliance and lost appliances.<sup>20,21</sup>

#### Self-Correction and Equilibration

The rate of self-correction of crossbites is too low to justify non-intervention.<sup>6,7</sup> Posterior crossbites in the deciduous dentition showed self-correction of between 0% and 9%.<sup>5,6</sup> Removal of functional interferences has been shown to be useful only in patients under the age of 5, with success rates ranging from 27% to 64%.<sup>4,5,23</sup> In a study of 76 4-year-old children with posterior crossbite, Lindner<sup>23</sup> reported 50% correction after functional grinding. The greatest chance of correction after selective grinding occurred when the maxillary intercanine width was at least 3.3 mm greater than the corresponding mandibular intercanine width.<sup>23</sup>

#### Adaptation

There is a growing body of evidence that untreated crossbites will lead to permanent growth alteration, making early treatment crucial. Evidence from tomographic studies has shown that the condyles in child crossbite patients are related asymmetrically within the fossa, but that symmetry is restored after early treatment.<sup>17,24,25</sup> It has been inferred that the glenoid fossa and condyle will undergo remodelling during growth to compensate for condylar asymmetry if left untreated, although no longitudinal research has provided conclusive evidence of glenoid fossa and condylar skeletal adaptation. However, symmetry of the mandible and its rotational position relative to the cranial base is altered in adult patients with untreated posterior crossbites.<sup>26,27</sup> In one study,<sup>27</sup> submentovertex radiographic imaging in 30 adults with unilateral posterior crossbite demonstrated that the mandible is rotated relative to the cranial base but symmetrical within the fossa compared with 30 normal adults. Correction of FXB with maxillary expansion in growing patients has been shown to establish condyle and dental symmetry<sup>17,24</sup> and to realign the mandibular rotation.<sup>17,18</sup> Despite conflicting evidence, one conclusion we can draw is that the muscle,<sup>28</sup> skeletal and joint adaptation in crossbites occurs early in development.<sup>17,27</sup> Once these adaptations are firmly established in adulthood, treatment may require a combined orthodontic and surgical approach. To achieve the potential benefits of correcting FXB, maxillary expansion must be performed early, before fusion of the palatal halves.<sup>29</sup>

### Temporomandibular Disorders

Early correction of posterior crossbites may help prevent signs and symptoms of temporomandibular disorder (TMD). Recent research has shown a correlation between posterior crossbite and the signs and symptoms of TMD,<sup>30,31</sup> although other studies were unable to find a causal link.<sup>32,33</sup> Therefore, crossbite may be a cofactor in the identification of patients with TMD, but its role should not be overstated.

### Treatment Timing

Maxillary expansion should be directed toward opening of the midpalatal suture, as this reduces the likelihood of dental relapse and reduces adverse side effects resulting from tooth tipping.<sup>34</sup> Sutural expansion is more stable than dental tipping<sup>34</sup>; therefore, all efforts should be directed toward maximal sutural opening and minimal dental tipping. During the deciduous and early mixed dentition stages (patients under 8 years of age) smaller forces can be used to achieve sutural expansion, as evidenced by a midline diastema during expansion or by radiographic images that show opening of the suture.<sup>18,34</sup> Another advantage of early treatment (deciduous or very early mixed dentition) is improvement of maxillary arch length deficiency secondary to maxillary constriction, because the permanent incisors are afforded more space before or during eruption than if the crossbite is treated at a later age. When expansion is carried out during the late deciduous dentition, the first permanent molars usually erupt into satisfactory transverse positions (i.e., without crossbite).<sup>6,17,18</sup>

Treatment during the late mixed dentition is difficult because of exfoliating deciduous teeth. Older patients in the early permanent dentition stage (12 years and up) require greater force for expansion and a faster rate of expansion because of growth-related changes in suture biology.<sup>34</sup> Treatment of FXB by maxillary expansion is, therefore, best carried out during the late deciduous or early mixed dentition stages.

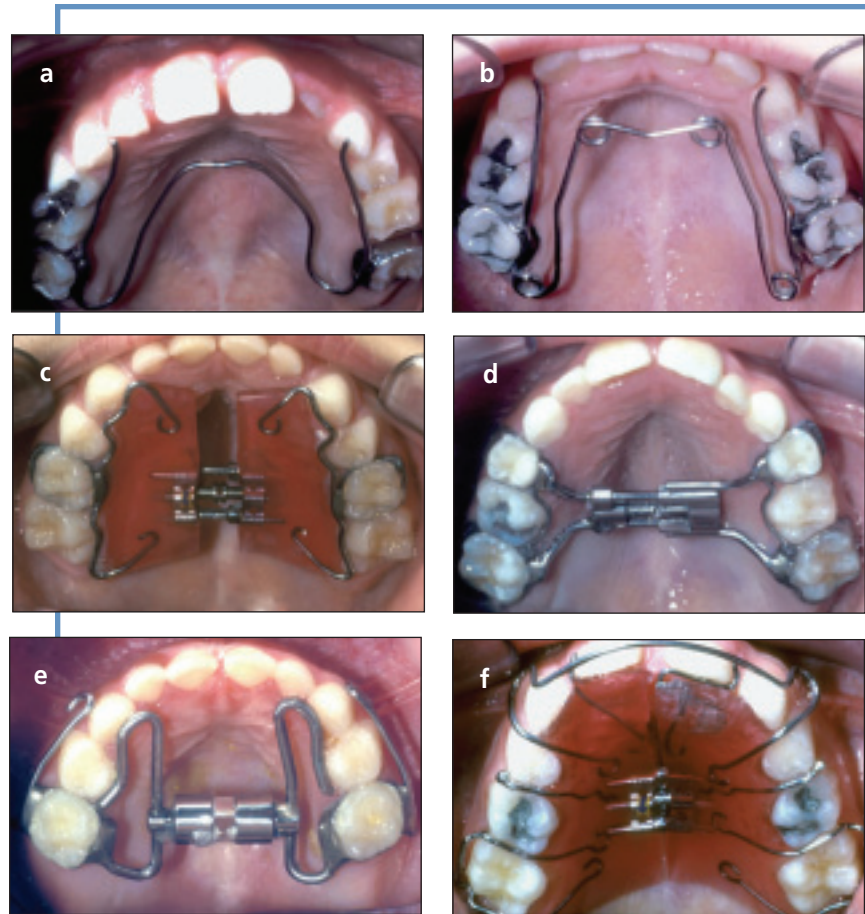
### Treatment

Treatment of FXB involves expansion of the maxillary arch, removal of occlusal interferences and elimination of the functional shift. Slow maxillary expansion can be used during the deciduous or early mixed dentition stages. With a W arch (Fig. 1a), quad helix (Fig. 1b), or a fixed expander, such as a Haas (Fig. 1c), hyrax (Fig. 1d)

or superscrew (Fig. 1e), the rate of expansion is a quarter revolution of the screw every second or third day and the estimated time to correct the crossbite is 6–12 weeks. Overexpansion is appropriate, to the point where the lingual cusps of the upper molars contact the buccal cusps of the lower molars. The appliance should be left in place to serve as a retainer for an additional 4–6 months (and for a period at least equal to that required to correct the crossbite). When a screw is used as the active mechanism, it can be stabilized with a ligature wire or with composite to prevent relapse.

If a removable appliance (Fig. 1f) is used, the turning frequency decreases to every fifth to seventh day, as a faster rate tends to displace the appliance. This slower approach is also used for “fan expanders” to prevent the expanding portion of the appliance from riding occlusally. It is imperative that the appliance is made with well-fitting clasps to prevent displacement. Removable appliances are not recommended, as poor compliance may result in relapse of the previous expansion and lower success rates.<sup>4,5,19–21</sup>

Rapid maxillary expansion can be used in the deciduous, early mixed or early permanent dentition stages using a Haas,



**Figure 1:** Appliances that can be used for maxillary expansion: a. W arch; b. Quad helix; c. Haas; d. Hyrax; e. Superscrew; f. Removable.

hyrax or superscrew expander. The rate of expansion is 1–2 quarter revolutions of the screw per day, and the estimated time to treat the crossbite is 2–6 weeks. The patient should be warned that a midline maxillary diastema will be created initially. During the retention stages of care, the diastema will gradually close, often by dental tipping as transeptal fibres approximate the central incisors. Deliberate overexpansion is done to help counteract relapse. Retention is necessary for a minimum of 4–6 months. This can be done either by fabricating a removable retainer or by leaving the appliance in place. With patients in the early permanent dentition stage of development, rapid maxillary expansion is recommended as it will result in a greater degree of skeletal expansion and produce less dental tipping than other protocols.

### Potential Side Effects of Treatment

In rapid maxillary expansion, some spontaneous increase occurs in the intercanine width of the mandibular permanent dentition.<sup>35,36</sup> This also occurs to a minimal degree with slow maxillary expansion in the early mixed dentition stage.<sup>17</sup> As the lingual cusps of the maxillary posterior teeth engage against the mandibular posterior teeth, an anterior open bite can develop, especially when second permanent molars are present. This bite opening may be desirable or undesirable. When a tendency for anterior open bite exists, great care must be taken to control molar eruption. Maxillary protraction can occur secondary to the mandibular autorotation caused by the bite opening. Furthermore the mere act of sutural expansion can cause forward movement of the maxilla.<sup>37</sup> This can be useful in Class III cases, especially when maxillary protraction is used in conjunction with maxillary expansion.

In the short term, one can expect a 4-mm increase in arch perimeter secondary to correction of FXB in the deciduous or early mixed dentition stage of development.<sup>38</sup> Long-term follow-up shows that about 85% of this perimeter increase is retained.<sup>39</sup> However, Gianelly<sup>40</sup> warns that although the increase in maxillary arch perimeter is stable, it is not always a good strategy for all cases of arch length deficiency as mandibular expansion is not stable. ♦

### THE AUTHORS



**Dr. Kennedy** practices orthodontics in Vancouver and Richmond, B.C.



**Dr. Osepchook** is a general dentist in Burnaby and Langley, B.C., and a clinical instructor at the University of British Columbia, Vancouver, B.C.

**Correspondence to:** Dr. David Kennedy, 200-650 W 41st Ave., Vancouver, BC V5Z 2M9. E-mail: drdavidkennedy@yahoo.ca.

The authors have no declared financial interests.

### References

1. Moyers R. Handbook of orthodontics. 2nd ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, Inc; 1966. p. 332–41.
2. Thilander B, Lennartsson B. A study of children with unilateral posterior crossbite, treated and untreated, in the deciduous dentition — occlusal and skeletal characteristics of significance in predicting the long-term outcome. *J Orofacial Orthop* 2002; 63(5):371–83.
3. Infante PF. An epidemiologic study of finger habits in preschool children as related to malocclusion, socioeconomic status, race, sex and size of community. *ASDC J Dent Child* 1976; 43(1):33–8.
4. Kuroi J, Berglund L. Longitudinal study and cost-benefit analysis of the effect of early treatment of posterior crossbites in the primary dentition. *Eur J Orthod* 1992; 14(3):173–9.
5. Thilander B, Wahlund S, Lennartsson B. The effect of early interceptive treatment in children with posterior crossbite. *Eur J Orthod* 1984; 6(1):25–34.
6. Kutin G, Hawes RR. Posterior cross-bites in the deciduous and mixed dentitions. *Am J Orthod* 1969; 56(5):491–504.
7. Schroder U, Schroder I. Early treatment of unilateral posterior crossbite in children with bilaterally contracted maxillae. *Eur J Orthod* 1984; 6(1):65–9.
8. Allen D, Rebello J, Sheats R, Ceron AM. Skeletal and dental contributions to posterior crossbites. *Angle Orthod* 2003; 73(5):515–24.
9. Oulis CJ, Vadiakas GP, Ekonomides J, Dratsa J. The effect of hypertrophic adenoids and tonsils on the development of posterior crossbite and oral habits. *J Clin Pediatr Dent* 1994; 18(3):197–201.
10. Kerr WJ, McWilliams JS, Linder-Aronson S. Mandibular form and position related to changed mode of breathing — a five-year longitudinal study. *Angle Orthod* 1989; 59(2):91–6.
11. Bresolin D, Shapiro PA, Shapiro GG, Chapko MK, Dassel S. Mouth breathing in allergic children: its relationship to dentofacial development. *Amer J Orthod* 1983; 83(4):334–40.
12. Kopra DE, Davis EL. Prevalence of oral defects among neonatally intubated 3- to 5- and 7- to 10-year old children. *Pediatr Dent* 1991; 13(6):349–55.
13. Ogaard B, Larsson E, Lindsten R. The effect of sucking habits, cohort, sex, intercanine widths, and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegian and Swedish 3-year-old children. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1994; 106(2):161–6.
14. Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C. Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24- to 59-month old children. *Pediatr Dent* 1995; 17(7):437–44.
15. Lindner A, Modeer T. Relation between sucking habit and dental characteristics in preschool children with unilateral crossbite. *Scand J Dent Res* 1989; 97(3):278–83.
16. Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002; 121(4):347–56.
17. Hesse KL, Artun J, Jondeph DR, Kennedy DB. Changes in condylar position and occlusion associated with maxillary expansion for correction of functional unilateral posterior crossbite. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1997; 111(4):410–8.
18. Bell RA, LeCompte EJ. The effects of maxillary expansion using a quad-helix during the deciduous and mixed dentitions. *Amer J Orthod* 1981; 79(2):152–61.
19. Bjerklin K. Follow-up controls of patients with unilateral posterior cross-bites treated with expansion plates or the quad-helix appliances. *Am J Orofac Orthop* 2000; 61(2):112–24.
20. Ranta R. Treatment of unilateral posterior crossbite: comparison of the quad-helix and removable plate. *ASDC J Dent Child* 1988; 55(2):102–4.
21. Hermanson H, Kuroi J, Ronnerman A. Treatment of unilateral posterior crossbite with quad-helix and removable plate. *Europ J Orthod* 1985; 7(2):97–102.
22. Erdinc A, Ugur T, Erbay E. A comparison of different treatment techniques for posterior crossbite in the mixed dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1999; 116(3):287–300.
23. Lindner A. Longitudinal study of the effect of early interceptive treatment in 4-year old children with unilateral cross-bite. *Scand J Dent Res* 1989; 97(5):432–8.
24. Myers DR, Barenie JT, Bell RA, Williamson EH. Condylar position in children with functional posterior crossbite: before and after crossbite correction. *Pediatr Dent* 1980; 2(3):190–4.
25. Pinto AS, Buschang PH, Throckmorton GS, Chen P. Morphological and positional asymmetries of young children with functional unilateral posterior crossbite. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2001; 120(5):513–20.

26. Pirttiniemi P, Raustia A, Kantomaa T, Pyhtinen J. Relationships of bicondylar position to occlusal symmetry. *Eur J Orthod* 1991; 13(6):441-5.
27. O'Byrn BL, Sadowsky C, Schneider B, BeGole EA. An evaluation of mandibular asymmetry in adults with unilateral posterior crossbite. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1995; 107(4):394-400.
28. Throckmorton GS, Buschang PH, Hayasaki H, Pinto AS. Changes in the masticatory cycle following treatment of posterior unilateral crossbite in children. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2001; 120(5):521-9.
29. Melsen B. Palatal growth studied on human autopsy material. A histologic microradiographic study. *Am J Orthod* 1975; 68(1):42-54.
30. Alamoudi N. The correlation between occlusal characteristics and temporomandibular dysfunction in Saudi Arabian children. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 24(3):229-36.
31. Egermark-Ericksson I, Carlsson GE, Magnusson T, Thilander B. A longitudinal study on malocclusion in relation to signs and symptoms of cranio-mandibular disorders in children and adolescents. *Eur J Orthod* 1990; 12(4):399-407.
32. Sari S, Sonmez H, Oray GO, Camdeviren H. Temporomandibular joint dysfunction and occlusion in the mixed and permanent dentition. *J Clin Pediatr Dent* 1999; 24(1):59-62.
33. Keeling SD, McGorray S, Wheeler TT, King GJ. Risk factors associated with temporomandibular joint sounds in children 6 to 12 years of age. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1994; 105(3):279-87.
34. Bell RA. A review of maxillary expansion in relation to rate of expansion and patient's age. *Am J Orthod* 1982; 81(1):32-7.
35. Haas AJ. Palatal expansion: just the beginning of dentofacial orthopedics. *Amer J Orthod* 1970; 57(3):219-55.
36. Haas AJ. Long-term posttreatment evaluation of rapid palatal expansion. *Angle Orthod* 1980; 50(3):189-94.
37. Sarver DM, Johnston MW. Skeletal change in vertical and anterior displacement of the maxilla with bonded rapid palatal expansion appliances. *Amer J Orthod Dentofacial Orthop* 1989; 95(6):462-6.
38. Berlocher WC, Mueller BH, Tinanoff N. The effect of maxillary palatal expansion on the primary dental arch circumference. *Pediatr Dent* 1980; 2(1):27-30.
39. McNamara JA, Baccetti T, Fianchi L, Herberger TA. Rapid palatal expansion followed by fixed appliances: a long-term evaluation of changes in arch dimension. *Angle Orthod* 2003; 73(4):344-53.
40. Gianelly AA. Rapid palatal expansion in the absence of crossbites: added value? *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003; 124(4):362-5.

## • L'attrait de la côte! •

### Conférence internationale des étudiants en médecine dentaire 2006

Du 13 au 15 janvier 2006  
Sheraton Wall Centre  
Vancouver (C.-B.)

### Combinez l'agitation de la ville à la beauté de la nature!

La Société des étudiants de premier cycle en médecine dentaire de l'Université de la Colombie-Britannique vous invite à assister à la 11<sup>e</sup> Conférence internationale annuelle des étudiants en médecine dentaire (IDSC).

Voici un aperçu de ce que propose la Conférence cette année :

- ✓ Activités sociales et visites de la ville avant la conférence
- ✓ Programme de formation personnalisé\* avec séminaires et cours magistraux
- ✓ Dîner de gala et plusieurs autres activités

\* Les dentistes praticiens sont également invités à y assister pour obtenir des crédits de formation continue.

Pour plus de renseignements sur l'inscription l'hébergement et l'événement, visitez le site [www.idsc2006.ca](http://www.idsc2006.ca).

**iDSC2006.ca**

# ALORS, QUELLE EST LA MEILLEURE AFFAIRE ?



Quand vous louez un véhicule, de deux choses l'une. Ou vous basez votre décision sur le prix seulement, et vous prêtez alors le flanc à des inconvénients majeurs, notamment perdre un temps fou à chercher partout... vous engager dans des durées peu flexibles... et vous résoudre à sacrifier les avantages mêmes auxquels vous tenez vraiment.

Ou vous appelez le **programme Location-autos pour les dentistes du Canada** pour **tirer une valeur réelle** de votre location en :

- **gagnant du temps** — parce qu'un expert prendra soin de tout pour vous, depuis faire les arrangements pour vous faire essayer le véhicule jusqu'à s'occuper de toutes les négociations et de la paperasse
- **bénéficiant de durées de location sur mesure** — allant de 6 à 60 mois
- **vous offrant une vaste sélection de véhicules** — de qualité, neufs et d'occasion

Visitez le nec plus ultra la votre prochaine fois que vous louez votre véhicule. Appelez le **1 877 882-3257** aujourd'hui.

Mis exclusivement à la disposition des dentistes, des membres de leurs familles et des membres de leurs personnels, le programme Location-autos pour les dentistes du Canada est un service affilié du CDSPI, dirigé par Cardel Leasing Limited.

**Cardel**  
Leasing ...making leasing easy since 1972

**CDSPI**

05-236 07/05

LE PROGRAMME DE PLACEMENT DES DENTISTES DU CANADA

## Que ferez-vous du temps et de l'argent que vous épargnez ?



Le *CGP de l'ADC* (compte à gestion personnalisée) vous assure la gestion personnalisée de votre portefeuille, *sans supplément*.

Un professionnel en placement chevronné créera un portefeuille de fonds de l'ADC, conçu spécialement pour vous, et il gèrera et surveillera le compte pour vous — ce qui vous fera gagner du temps. Et, à la différence de n'importe où ailleurs, il n'y a pas de supplément à payer pour ce service spécialisé — outre les modiques honoraires de gestion habituellement applicables aux fonds de l'ADC.

Commencez à investir dans le *CGP de l'ADC*, appelez les Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI.

**1 877 293-9455 ou (416) 296-9455, poste 5021**

<sup>†</sup>Le placement initial requis pour un CGP de l'ADC s'établit à 100 000 \$.

\*Des restrictions s'appliquent aux services consultatifs dans certaines juridictions.



L'ASSOCIATION  
DENTAIRE  
CANADIENNE

05-358 07/05

# Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: Confusion, Controversy and Dental Implications

Gary D. Klasser, DMD, Cert Orofacial Pain, Joel Epstein, DMD, MSD, FRCD(C)

## Auteur-ressource

Dr Klasser  
Courriel :  
gklasser@uic.edu



## SOMMAIRE

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont utilisés pour le traitement de la douleur, y compris la douleur odontogène, depuis de nombreuses années. Bien qu'ils soient efficaces pour soulager les symptômes, ces médicaments ne sont pas sans effets secondaires, lesquels se manifestent principalement par une toxicité des voies gastro-intestinales supérieures. Pour prévenir ces effets secondaires, l'industrie pharmaceutique a mis au point des AINS qui inhibent de façon sélective l'isoenzyme cyclo-oxygénase 2 (COX-2) – une enzyme inductible qui s'exprime aux sièges de l'inflammation – mais qui n'agissent pas sur l'isoenzyme COX-1 associée à la protection gastrique. Le 30 septembre 2004, la société pharmaceutique qui produisait le rofécoxib (Vioxx) – un inhibiteur de la COX-2 – a volontairement retiré ce produit du marché, sur la base des données recueillies dans le cadre d'un vaste essai clinique continu qui établissaient un lien entre ce médicament et un risque accru d'effets cardiovasculaires indésirables. Cette découverte inattendue a forcé le milieu médical à recenser la littérature existante sur ce produit et d'autres médicaments connexes et a aussi donné lieu à des recherches nouvelles visant à mieux comprendre les mécanismes par lesquels pourrait se produire ce grave effet secondaire. Cependant, plutôt que de clarifier la situation, les rapports ont semé la confusion et la controverse au sujet de l'innocuité de tous les types d'AINS, les principales préoccupations ayant trait au risque d'effets cardiovasculaires indésirables associés à l'utilisation d'un médicament en particulier et à la possibilité d'un effet de classe. Les auteurs de cet article passent en revue les derniers événements et résultats d'études et discutent de leurs répercussions en dentisterie.

© J Can Dent Assoc 2005; 71(8):575–80  
Cet article a été révisé par des pairs.

**Mots clés MeSH :** anti-inflammatory agents, non-steroidal; cyclooxygenase inhibitors/adverse effects; pain/drug therapy

Over the past 40 years, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) have been widely used to treat various types of acute and chronic pain. Although NSAIDs relieve symptoms, they are not without significant adverse effects, the most noteworthy being upper gastrointestinal (stomach and duodenum) toxicity. Use of NSAIDs leads to hospitalization due to ulcer complications (bleeding and perforation) in about 1% of users annually and may result in thousands of deaths every year.<sup>1</sup>

### COX-1 and COX-2 Isoenzymes

NSAIDs act by inhibiting both forms of the cyclooxygenase enzyme: COX-1 and COX-2. Cyclooxygenase catalyzes the conversion of arachidonic acid to prostaglandins, prostacyclin and thromboxane. The COX-1 isoenzyme is constitu-

tively expressed in many tissues, including gastrointestinal mucosa, where it provides mucoprotective prostaglandins, initiates platelet aggregation and regulates renal blood flow. The COX-2 isoenzyme is induced to generate prostaglandins that mediate inflammation contributing to pain, edema and tissue destruction. COX-2 is also expressed in the brain and kidneys, where it plays an undefined physiologic role.<sup>2</sup> Nonselective NSAIDs can inhibit both COX-1 and COX-2 isoenzymes, producing both therapeutic and toxic effects. Therapeutic doses of nonselective NSAIDs lead to gastrointestinal bleeding and inhibition of mucoprotective prostaglandins. These potentially adverse events led to the discovery of selective COX-2 inhibitors, which spare COX-1 thus maintaining the gastroprotective effect.<sup>3</sup>

## COX-2 Inhibitors

In 1999, rofecoxib (Vioxx, Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J.) and celecoxib (Celebrex, Pfizer, Inc., New York, N.Y.) were the first 2 drugs in this new class of COX-2 inhibitors to be approved for use. In 2001, a third medication in this class, valdecoxib (Bextra, Pfizer, Inc., New York, N.Y.) was approved. In 2003, the COX-2 inhibitors accounted for more than \$5 billion in sales in the United States.<sup>4</sup> Dentistry also embraced the use of this class of medications for the management of acute pain in the belief that COX-2 inhibitors have therapeutic effects and are devoid of gastric toxicity.<sup>5</sup>

## VIGOR and CLASS Studies

The emergence of rofecoxib and celecoxib was based on 2 large prospective, randomized, double-blinded controlled trials. The primary outcome measure was a lower incidence of gastrointestinal toxicity. The Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research (VIGOR) study<sup>6</sup> involved over 8,000 patients with rheumatoid arthritis, who were assigned to receive either rofecoxib, 50 mg daily, or naproxen (a nonselective NSAID), 500 mg twice daily, for approximately 10 months. The results of this study showed that rofecoxib and naproxen had similar efficacy against rheumatoid arthritis; however, rofecoxib resulted in half the number of clinically relevant adverse upper gastrointestinal events. An unexpected finding was a higher incidence of myocardial infarction (MI) in the rofecoxib group (0.4% vs 0.1%). Because this trial did not have a placebo group, the findings generated several possible hypotheses to account for the results: that this may have been a chance finding, that “coxibs” produce adverse events, that naproxen has cardioprotective effects or that rofecoxib promotes adverse cardiovascular events.

The Celecoxib Long term Arthritis Safety Study (CLASS)<sup>7</sup> involved over 8,000 patients with either osteoarthritis or rheumatoid arthritis with a total of 4,573 patients receiving treatment for 6 months. Patients were randomly assigned to receive either celecoxib, 400 mg twice daily (2 and 4 times the maximum doses for rheumatoid or osteoarthritis), ibuprofen, 800 mg 3 times daily, or diclofenac, 75 mg twice daily. Acetylsalicylic acid (ASA; Aspirin, Bayer Inc, Toronto, Ont.) use for cardiovascular prophylaxis ( $\leq$  325 mg/day) was permitted. The study revealed that celecoxib, at doses greater than those indicated clinically for pain management, was associated with a lower incidence of gastrointestinal toxicity compared with nonselective NSAIDs. Importantly, there were no differences in the incidence of cardiovascular events between celecoxib and NSAIDs users irrespective of ASA use.

## Re-evaluation of Studies

These diverging results prompted researchers to re-evaluate the studies. Weir and others<sup>8</sup> and Konstam and others<sup>9</sup> conducted a pooled analysis from 23 studies (including VIGOR) representing more than 14,000 patient-years. They demonstrated that rofecoxib was not associated with excess

cardiovascular events compared with either placebo or non-naproxen NSAIDs. In addition, they concluded that naproxen was the outlier, suggesting a possible cardioprotective benefit. Another observational study<sup>10</sup> reported that although high-dose rofecoxib ( $>$  25 mg/day) was associated with a greater risk of cardiovascular events, at lower doses ( $\leq$  25 mg/day) there was no evidence of increased risk. In a large population-based retrospective cohort study, there was no increase in the short-term risk of acute MI among users of rofecoxib or celecoxib.<sup>11</sup>

Studies investigating the effect of naproxen on cardiovascular risk have also yielded conflicting results. In 2 observational cohort studies, no reduction in risk was reported with naproxen use,<sup>11,12</sup> whereas a cardioprotective effect was noted in several other studies.<sup>13–16</sup> It appears from these studies that rofecoxib was not involved in producing a higher rate of adverse cardiovascular events, with uncertainty surrounding the cardioprotective effects of naproxen.

In September 2004, the medical community was shocked to hear that Vioxx was being voluntarily withdrawn from the market. The decision was based on the Adenomatous Polyp Prevention on Vioxx (APPROVe) trial, which studied 2,600 patients with no history of cardiovascular disease before enrollment for the prevention of recurrence of colorectal polyps. The study was to be 3 years in duration, but was halted early due to the increased risk of MI or stroke among the group that was taking 25 mg/day rofecoxib, which was twice that of the group taking placebo. The results of this study were contrary to previously reported data (other than the VIGOR study) and prompted investigation as to whether cardiovascular events are a result of all “coxibs” or only the individual drug.

Mukherjee and others<sup>16</sup> conducted a meta-analysis of clinical trials to compare cardiovascular events associated with rofecoxib and celecoxib. Their results revealed an increased risk with both COX-2 inhibitors. Juni and others<sup>17</sup> did a standard and cumulative random-effects meta-analysis of 18 randomized trials from bibliographic databases and United States Food and Drug Administration (FDA) files. They reported that by the end of 2000, patients assigned to rofecoxib had a relative risk of MI of 2.24 (1.24–4.02) compared with the control group (placebo, non-naproxen NSAID or naproxen). Solomon and others<sup>18</sup> conducted a matched case-control study of 54,475 patients 65 years of age or older and concluded that rofecoxib was associated with an elevated risk of acute MI compared with celecoxib and no NSAID use. They also found that doses of rofecoxib  $>$  25 mg/day were associated with a higher risk than doses  $\leq$  25 mg/day with the risk elevated in the first 90 days but not thereafter.

Additional controversy and confusion occurred in December 2004 when the FDA halted the Adenoma Prevention with Celecoxib (APC) trial in which 2,000 patients were being studied over 33 months to determine



whether celecoxib could prevent colon cancer. Patients taking 400 mg celecoxib twice daily had a 3.4 times greater risk of a cardiovascular event than those taking placebo. Patients taking 200 mg celecoxib twice daily also had a risk that was 2.5 times that of patients taking placebo.<sup>19</sup>

This was contrary to 2 other long-term studies involving celecoxib. In the Prevention of Spontaneous Adenomatous Polyps (PreSAP) study, 2,400 patients were followed for 2 years to determine whether 400 mg celecoxib daily could prevent polyps from progressing to colon cancer. The results of this ongoing study have not revealed any increased risk of cardiovascular events compared with placebo.<sup>20</sup> In a second

study, the Alzheimer's Disease and Prevention Study (ADAPT), 2,500 patients at high risk of Alzheimer's disease and aged  $\geq 70$  years were being studied to determine whether 400 mg celecoxib daily or 220 mg naproxen sodium (Aleve, Bayer, Morristown, N.J.) twice daily could prevent Alzheimer's disease. This study was halted by the National Institutes of Health after 70 of the 2,500 patients had a stroke or heart attack resulting in 23 deaths. Interestingly, the rate of cardiovascular events associated with the use of celecoxib was similar to that with placebo but there was a 50% increase in the rate of heart attacks or strokes with naproxen sodium

**Table 1.** Summary of findings of COX-2 inhibitor trials related to cardiovascular events

Trial	Drug (dose)	Disease treated	Findings related to cardiovascular events
ADAPT (2,500 patients aged $\geq 70$ years at high risk for Alzheimer's disease; to determine whether the drugs could prevent Alzheimer's disease)	Celecoxib (400 mg qd)  Naproxen (200 mg bid)	Alzheimer's disease	Compared with placebo, no difference with celecoxib; 50% increase in risk of MI/stroke with naproxen
APC (about 2,000 patients; to study whether celebrex could prevent colon cancer)	Celecoxib (400 mg or 800 mg qd)	Colorectal cancer	Compared with placebo (6 CV events), at 400 mg qd, celecoxib increased risk of major adverse cardiac event 2.5-fold (15 CV events); at 800 mg qd, risk increased 3.4-fold (20 CV events)
APPROVe (2,600 patients; to investigate the prevention of recurrence of colorectal polyps)	Rofecoxib (25 mg qd)	Colorectal cancer	At 18 months, rate of MI/stroke for rofecoxib vs. placebo: 3.5% vs. 1.9% ( $p < 0.001$ )
CLASS (over 8,000 patients with OA and RA)	Celecoxib (400 mg bid)  Diclofenac (75 mg bid)  Ibuprofen (800 mg tid)	Arthritis	No differences between groups
PreSAP (about 2,400 patients; to determine whether celebrex could prevent polyps from progressing to colon cancer)	Celecoxib (400 mg qd)	Colorectal cancer	Compared with placebo, preliminary reports suggest use of celecoxib not associated with increased risk of CV events
VIGOR (over 8,000 patients with RA)	Rofecoxib (50 mg qd)  Naproxen (500 mg bid)	Arthritis	For any thrombotic CV event, rofecoxib (45 events) vs. naproxen (19 events); $p < 0.002$

ADAPT = Alzheimer's Disease Anti-inflammatory Prevention Trial; APC = Adenoma Prevention with Celecoxib; APPROVe = Adenomatous Polyp Prevention on Vioxx; bid = twice a day; CLASS = Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study; CV = cardiovascular; MI = myocardial infarction; OA = osteoarthritis; PreSAP = Prevention of Spontaneous Adenomatous Polyps; qd = daily; RA = rheumatoid arthritis; tid = 3 times a day; VIGOR: Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research.

compared with placebo.<sup>21</sup> A summary of these studies is presented in **Table 1**.

There have also been reports of increased risk of cardiovascular events in patients administered valdecoxib (intravenous and oral) following coronary artery bypass graft surgery.<sup>22</sup>

In light of these recent controversial findings, Graham and others<sup>23</sup> completed a nested case–control study with data from Kaiser Permanente in California on a cohort of patients treated with NSAIDs. They compared current exposure to COX-2 inhibitors and nonselective NSAIDs with remote exposure to any NSAID, and rofecoxib was compared with celecoxib. They found that during 2,302,029 person-years follow-up, there were 8,143 cases of serious coronary disease of which 2,210 (27.1%) were fatal. They concluded that rofecoxib use (all doses) increased the risk of serious coronary disease compared with celecoxib use. Celecoxib was not associated with any increased risk of cardiac events compared with remote NSAID use, while naproxen use appeared to confer a slightly increased risk. They further estimated that between 88,000 and 140,000 excess cases of serious coronary disease might have resulted from the use of rofecoxib rather than other NSAIDs in the United States alone since the introduction of rofecoxib in 1999.

In a population-based, retrospective cohort study of 113,927 elderly people without previous MI and newly treated with an NSAID over a 3.5-year period, Levesque and others<sup>24</sup> assessed the influence of various NSAIDs on the risk of a first MI. Their results provided evidence for increased risk of acute MI in current users of rofecoxib among elderly patients with no history of MI. There was a further increase in risk at higher doses. No increased risk was observed with celecoxib or other NSAIDs under study.

The results of these studies seem to support the hypothesis that adverse cardiovascular events are more related to a particular drug, rofecoxib, than to the entire class of COX-2 inhibitors. Kimmel and others<sup>25</sup> addressed this situation using a case–control design to study patients presenting with a first non-fatal MI. After discharge from a hospital, patients and those in the control group were interviewed by telephone regarding their use of nonselective non-aspirin NSAIDs as well as COX-2 inhibitors (excluding valdecoxib). No evidence of a class effect of COX-2 inhibitors on cardiovascular toxicity was found. However, rofecoxib use was associated with a statistically significant (2.72) increase in the odds of MI compared with celecoxib use. Nonselective NSAIDs were associated with reduced odds of a non-fatal MI relative to non-users.

### **Dental Practitioner Choices**

Amid the conflicting information, the dental practitioner must assess the usefulness of COX-2 inhibitors in the practice of dentistry. An appraisal of the drug interaction profile of NSAIDs and COX-2 inhibitors must be

made and the practitioner must determine whether COX-2 inhibitors are more advantageous than and equally efficacious as NSAIDs as a therapeutic agent in dentistry. Contraindications for the use of either class of drug are patients with a history of impaired renal or hepatic function; hypersensitivity to ASA, the specific drug, or the class of drugs; and precaution for those with a history of congestive heart failure, hypertension or asthma. The risk of gastrointestinal toxicity associated with COX-2 inhibitors is less than that with nonselective NSAIDs. Also, nonselective NSAIDs inhibit platelet aggregation, thus prolonging bleeding times, whereas COX-2 inhibitors do not. Celecoxib should not be prescribed to those who are allergic to sulfonamides.

### **Acute Versus Chronic Use**

Most pain emanating from the dental setting is acute pain arising from preoperative conditions (infection, inflammation) or procedure-based (surgical, inflammatory). An accepted model for assessing the efficacy of analgesics to treat acute pain is extraction of third molars.<sup>26,27</sup> In general, studies of this acute pain model have found that COX-2 inhibitors are no more efficacious than older, nonselective NSAIDs.<sup>5,28–33</sup> Reported benefits of COX-2 inhibitors are reduced incidence of gastric ulceration, minimal effect on platelet aggregation and apparently longer duration of action than conventional analgesics (ASA, acetaminophen and ibuprofen). However, COX-2 inhibitors are more expensive than nonselective NSAIDs (especially those available in generic forms), they are not available over the counter and have similar contraindications and drug interactions to the equally effective and less-expensive nonselective NSAIDs.<sup>2,5,34</sup>

Nevertheless, any patient experiencing acute dental pain who is at high risk of gastrointestinal bleeding, ulceration or perforation would benefit from COX-2 inhibitors. Generally, elderly patients may also benefit because of their higher risk of adverse reactions. The practitioner must weigh the benefits of reduced risk of gastrointestinal toxicity against the increased risk of a cardiovascular event in this acute setting. It is important for the practitioner to understand that in the studies involving COX-2 inhibitors (discussed above), no adverse cardiovascular events occurred in the short term. Therefore, the use of COX-2 inhibitors for acute pain in selected medically compromised patients with or without cardiovascular disease may be indicated.

Chronic pain, including musculoskeletal pain, arthritic pain, cancer pain and neurologic or neuropathic pain may be treated by some dental providers, but does not represent common pain seen by dental practitioners.

### **FDA and Health Canada Decisions**

From February 16 to 18, 2005, FDA convened an advisory panel to review the overall safety of COX-2 inhibitors. Panellists voted 31–1 to keep celecoxib on the market. Voting on valdecoxib was much closer: 17–13 in favour of keeping it on the market. In spite of this favourable vote, valdecoxib was

removed from the market in April 2005, with FDA citing risks as outweighing the benefits. For the controversial drug rofecoxib, voting was 17–15 in favour of allowing it to be sold even though it was previously withdrawn. Recently, FDA announced changes in the marketing of NSAIDs (prescription and over the counter) including COX-2 inhibitors.<sup>35</sup> Manufacturers will have to highlight the potential increased risk of cardiovascular events and the potential for gastrointestinal bleeding in their package inserts. This announcement did not apply to ASA due to its cardioprotective effects in certain populations. Simultaneously, Health Canada developed new restrictions on the use of celecoxib.<sup>36</sup>

## Conclusion

Until more definitive studies are carried out, dentists should assess the risks and benefits of each medication, taking into account the medical history and analgesic requirements of each individual patient (see **Appendix 1, FDA interim recommendations (23 Dec. 2004)** at [www.cda-adc.ca/jcda/vol-71/issue-8/575.html](http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-71/issue-8/575.html)). The practitioner must realize that the risk–benefit balance for the use of pharmaceuticals in the usual dental acute setting is quite different from a chronic situation. With this knowledge, the practitioner must decide which therapeutic agent is appropriate for his or her patient. ♦

## THE AUTHORS



**Dr. Klasser** is an assistant professor in the department of oral medicine and diagnostic sciences, College of Dentistry, University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois. Dr. Klasser is a minor stockholder of Merck & Co.



**Dr. Epstein** is a professor and head of the department of oral medicine and diagnostic sciences, College of Dentistry, University of Illinois at Chicago; and director of the interdisciplinary program in oral cancer, College of Medicine, Chicago Cancer Center, Chicago, Illinois. Dr. Epstein is a minor stockholder of Pfizer Inc.

**Correspondence to:** Dr. Gary D. Klasser, Department of Oral Medicine and Diagnostic Sciences, College of Dentistry, University of Illinois at Chicago, 801 South Paulina St., Room 556 (M/C 838), Chicago, IL 60612-7213. E-mail: [gklasser@uic.edu](mailto:gklasser@uic.edu).

## References

1. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med* 1999; 340(24):1888–99.
2. Dionne R. COX-2 inhibitors: better than ibuprofen for dental pain? *Compend Contin Educ Dent* 1999; 20(6):518–20, 22–4.
3. Hawkey CJ. COX-1 and COX-2 inhibitors. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001; 15(5):801–20.
4. Abelson R, Gardiner H. Pfizer warns of risks from its painkiller. *The New York Times* 2004; 16 Oct., B1.
5. Dionne RA, Berthold CW. Therapeutic uses of non-steroidal anti-inflammatory drugs in dentistry. *Crit Rev Oral Biol Med* 2001; 12(4):315–30.
6. Bombardier C, Laine L, Reicin A, Shapiro D, Burgos-Vargas R, Davis B, and others. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. VIGOR Study Group. *N Engl J Med* 2000; 343(21):1520–8.
7. Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A, and others. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory

8. Weir MR, Sperling RS, Reicin A, Gertz BJ. Selective COX-2 inhibition and cardiovascular effects: a review of the rofecoxib development program. *Am Heart J* 2003; 146(4):591–604.
9. Konstam MA, Weir MR, Reicin A, Shapiro D, Sperling RS, Barr E, and other. Cardiovascular thrombotic events in controlled, clinical trials of rofecoxib. *Circulation* 2001; 104(19):2280–8.
10. Ray WA, Stein CM, Daugherty JR, Hall K, Arbogast PG, Griffin MR. COX-2 selective non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of serious coronary heart disease. *Lancet* 2002; 360(9339):1071–3.
11. Mamdani M, Rochon P, Juurlink DN, Anderson GM, Kopp A, Naglie G, and others. Effect of selective cyclooxygenase 2 inhibitors and naproxen on short-term risk of acute myocardial infarction in the elderly. *Arch Intern Med* 2003; 163(4):481–6.
12. Ray WA, Stein CM, Hall K, Daugherty JR, Griffin MR. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of serious coronary heart disease: an observational cohort study. *Lancet* 2002; 359(9301):118–23.
13. Solomon DH, Glynn RJ, Levin R, Avorn J. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2002; 162(10):1099–104.
14. Watson DJ, Rhodes T, Cai B, Guess HA. Lower risk of thromboembolic cardiovascular events with naproxen among patients with rheumatoid arthritis. *Arch Intern Med* 2002; 162(10):1105–10.
15. Rahme E, Pilote L, LeLorier J. Association between naproxen use and protection against acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2002; 162(10):1111–5.
16. Mukherjee D, Nissen SE, Topol EJ. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors. *JAMA* 2001; 286(8):954–9.
17. Juni P, Nartey L, Reichenbach S, Sterchi R, Dieppe PA, Egger M. Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis. *Lancet* 2004; 364(9450):2021–9.
18. Solomon DH, Schneeweiss S, Glynn RJ, Kiyota Y, Levin R, Mogun H, and other. Relationship between selective cyclooxygenase-2 inhibitors and acute myocardial infarction in older adults. *Circulation* 2004; 109(17):2068–73.
19. U.S. Food and Drug Administration. FDA statement on the halting of a clinical trial of the cox-2 inhibitor celebrex. 17 Dec. 2004. Available from URL: [www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01144.html](http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01144.html).
20. U.S. Food and Drug Administration. FDA alert for practitioners — celecoxib (marketed as Celebrex). 7 Apr. 2005. Available from URL: [www.fda.gov/cder/drug/infopage/celebrex/celebrex-hcp.htm](http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/celebrex/celebrex-hcp.htm).
21. US Food and Drug Administration. FDA alert for healthcare providers — naproxen. 20 Dec. 2004. Available from URL: <http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01148.html>.
22. US Food and Drug Administration. Bextra label updated with boxed warning concerning severe skin reactions and warning regarding cardiovascular risk. 9 Dec. 2004. Available from URL: [www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2004/ANS01331.html](http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2004/ANS01331.html).
23. Graham DJ, Campen D, Hui R, Spence M, Cheetham C, Levy G, and others. Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclo-oxygenase 2 selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs: nested case–control study. *Lancet* 2005; 365(9458):475–81.
24. Levesque LE, Brophy JM, Zhang B. The risk for myocardial infarction with cyclooxygenase-2 inhibitors: a population study of elderly adults. *Ann Intern Med* 2005; 142(7):481–9.
25. Kimmel SE, Berlin JA, Reilly M, Jaskowiak J, Kishel L, Chittams J, and other. Patients exposed to rofecoxib and celecoxib have different odds of nonfatal myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2005; 142(3):157–64.
26. Cooper SA, Beaver WT. A model to evaluate mild analgesics in oral surgery outpatients. *Clin Pharmacol Ther* 1976; 20(2):241–50.
27. Averbuch M, Katzper M. Baseline pain and response to analgesic medications in the postsurgery dental pain model. *J Clin Pharmacol* 2000; 40(2):133–7.
28. Doyle G, Jayawardena S, Ashraf E, Cooper SA. Efficacy and tolerability of nonprescription ibuprofen versus celecoxib for dental pain. *J Clin Pharmacol* 2002; 42(8):912–9.
29. Khan AA, Brahim JS, Rowan JS, Dionne RA. In vivo selectivity of a selective cyclooxygenase 2 inhibitor in the oral surgery model. *Clin Pharmacol Ther* 2002; 72(1):44–9.
30. Malmstrom K, Fricke JR, Kotey P, Kress B, Morrison B. A comparison of rofecoxib versus celecoxib in treating pain after dental surgery: a single-center, randomized, double-blind, placebo- and active-comparator-controlled, parallel-group, single-dose study using the dental impaction pain model. *Clin Ther* 2002; 24(10):1549–60.

31. Morrison BW, Christensen S, Yuan W, Brown J, Amlani S, Seidenberg B. Analgesic efficacy of the cyclooxygenase-2-specific inhibitor rofecoxib in post-dental surgery pain: a randomized, controlled trial. *Clin Ther* 1999; 21(6):943-53.
32. Ehrich EW, Dallob A, De Lepelreire I, Van Hecken A, Riendeau D, Yuan W, and others. Characterization of rofecoxib as a cyclooxygenase-2 isoform inhibitor and demonstration of analgesia in the dental pain model. *Clin Pharmacol Ther* 1999; 65(3):336-47.
33. Malmstrom K, Daniels S, Kotey P, Seidenberg BC, Desjardins PJ. Comparison of rofecoxib and celecoxib, 2 cyclooxygenase-2 inhibitors, in postoperative dental pain: a randomized, placebo- and active-comparator-controlled clinical trial. *Clin Ther* 1999; 21(10):1653-63.
34. Jeske AH. COX-2 inhibitors and dental pain control. *J Gt Houst Dent Soc* 1999; 71(4):39-40.
35. U.S. Food and Drug Administration. FDA Public Health Advisory. FDA announces important changes and additional warnings for COX-2 selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). 7 Apr. 2005. Available from URL: [www.fda.gov/cder/drug/advisory/COX2.htm](http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/COX2.htm).
36. Health Canada. Advisory: Health Canada has asked Pfizer to suspend sales of its drug BextraT and informs Canadians of new restrictions on the use of Celebrex. 7 Apr. 2005. Available from URL: [www.hc-sc.gc.ca/english/protection/warnings/2005/2005\\_17.html](http://www.hc-sc.gc.ca/english/protection/warnings/2005/2005_17.html).
37. U.S. Food and Drug Administration. Public Health Advisory: Non-steroidal anti-inflammatory drug products (NSAIDs). 23 Dec. 2004. Available from URL: [www.fda.gov/cder/drug/advisory/nsaids.htm](http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/nsaids.htm).

## Nouveau service bientôt offert aux membres de l'ADC!

**Les membres de l'ADC auront bientôt accès à Lexi-Comp Online<sup>MC</sup> — un outil en ligne qui offre des renseignements cliniques sur les traitements en salle opératoire aux dentistes canadiens.**

Lexi-Comp Online propose une série de bases de données cliniques, qui ont pour but de renseigner les praticiens sur les médicaments d'ordonnance et les médicaments en vente libre. Lexi-Comp fait appel à des dentistes, des pharmaciens et d'autres cliniciens expérimentés pour rédiger, réviser et corriger l'information sur les médicaments qui y est consignée.

Deux bases de données Lexi-Comp seront accessibles à partir du volet réservé aux membres sur le site Web de l'ADC.

1. Lexi-Drugs Online<sup>MC</sup> contient des renseignements cliniques sur plus de 1600 monographies couvrant plus de 8000 médicaments de marque. Cette base de données propose notamment :
  - des mises à jour quotidiennes, un examen des principales questions liées à la sécurité et des mises en garde particulières tirées de la documentation de base ou provenant des gouvernements et des fabricants
  - des renseignements, extraits de la monographie des produits, qui ont trait aux effets particuliers des médicaments sur les traitements dentaires (p. ex., précautions relatives à un vasoconstricteur/anesthésique local);
  - des commentaires propres à la dentisterie;
  - des renseignements sur des médicaments et marques de commerce canadiens.
2. Lexi-Natural Products<sup>MC</sup> est une base de données qui contient des renseignements cliniques sur des produits naturels d'usage courant, ainsi que sur leurs interactions possibles avec des médicaments d'ordonnance et des médicaments en vente libre.

Parmi les autres produits à valeur ajoutée qui sont offerts, mentionnons des outils pédagogiques destinés aux patients adultes et pédiatriques. Ces feuillets d'information personnalisables, désignés Lexi-PALS<sup>MC</sup> et Pedi-PALS<sup>MC</sup>, présentent des renseignements clairs et concis sur les traitements et les médicaments et sont offerts en 18 langues.

**Plus de renseignements sur ces nouveaux services Lexi-Comp seront offerts aux membres de l'ADC en octobre dans le site Web de l'Association.**



Lexi-Comp Online<sup>MC</sup>, Lexi-Drugs Online<sup>MC</sup>, Lexi-Natural Products<sup>MC</sup>, Lexi-PALS<sup>MC</sup> et Pedi-PALS<sup>MC</sup> sont toutes des marques de commerce déposées de Lexi-Comp, Inc.

# Aspiration of an Extracted Molar: Case Report

Juan C. Ospina, MD, Jeffrey P. Ludemann, MD, FRCSC

## Auteur-ressource

Dr Ludemann  
Courriel:  
jludemann@cw.bc.ca



## SOMMAIRE

On présente ici un cas d'aspiration d'une molaire extraite. Le principal objectif de l'article est d'offrir aux collègues dentistes un outil éducatif sur le cas d'aspiration d'un corps étranger pour aider à prévenir le diagnostic tardif de telles situations à l'avenir.

© J Can Dent Assoc 2005; 71(8):581-3  
Cet article a été révisé par des pairs.

**Mots clés MeSH :** bronchi; bronchoscopy; foreign bodies/therapy; tooth

Foreign-body aspiration is serious and potentially fatal. Early diagnosis is key to the prevention of complications.<sup>1,2</sup> Correct interpretation and integration of history, physical examination and radiographic evidence are necessary to achieve an early diagnosis of foreign-body aspiration.<sup>3</sup>

### Case Report

A dentist extracted a molar from an 8-year-old boy under local anesthesia.

According to the patient and his mother, at the moment of extraction of the molar, he cried then had a severe coughing fit. The dentist told them that the molar had probably been swallowed. The patient was prescribed amoxicillin for 7 days and sent home without investigation.

For a few days, the patient had occasional coughing paroxysms, but otherwise felt well. Then, 12 days after the extraction, he developed fever (39°C) and right pleuritic pain. He presented to his community emergency room, where he was found to have crackles in the right pulmonary base, but no respiratory distress and normal oxygen saturation. Chest radiographs (Figs. 1 and 2) revealed a molar in the bronchus intermedius, atelectasis in the right-middle and lower lobe, and mediastinal shift to the right.

He was transferred to BC Children's Hospital and underwent rigid laryngobronchoscopy under general anesthesia with spontaneous respirations. Telescopic examination revealed a small amount of granulation tissue surrounding the molar in

the bronchus intermedius. The molar was grasped with sharp-toothed optical forceps and carefully removed. The bronchoscope was reinserted and a large amount of mucopurulent fluid was suctioned from the bronchi distal to the granulation tissue.

The patient was treated with intravenous clindamycin and cefuroxime, plus inhaled steroids and chest physiotherapy. By the next day, his pleuritic pain, cough and fever had resolved and radiographs revealed complete pulmonary re-expansion. He was discharged home on amoxicillin/clavulanic acid and inhaled steroids for 7 days and made a complete recovery.

### Discussion

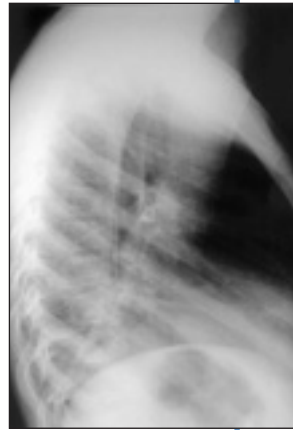
Most cases of aspiration of teeth and other dental material occur secondary to blunt maxillofacial trauma.<sup>4,5</sup> Aspiration of deciduous teeth is surprisingly uncommon, especially considering how often young children aspirate nuts, raw carrot fragments and other small, hard objects.<sup>3</sup>

In 1920, Hedblom<sup>6</sup> reported 32 cases of aspiration of extracted teeth. Subsequently, few such reports have appeared in the literature. Nonetheless, aspiration of extracted teeth remains an important and serious clinical situation.

In this report, the key sign that the patient had aspirated the molar was his coughing paroxysm. When a dental patient has a coughing paroxysm and not all teeth and foreign objects can be accounted for, chest radiography is



**Figure 1:** Anteroposterior chest radiograph showing a molar in the bronchus intermedius; atelectasis in the right-middle and lower lobe; and a mediastinal shift to the right.



**Figure 2:** The molar is at the centre of this lateral chest radiograph; distal atelectasis is also apparent.

mandatory. Teeth and metal objects are clearly visible on radiographs. However, when aspiration of a radiolucent material is suspected, diagnosis will be more difficult and must be based on integration of history, physical exam and radiology, along with an understanding of the natural history of bronchial foreign bodies.

As Jackson and Jackson<sup>7</sup> initially described in the early 1900s, there are 3 clinical phases in bronchial foreign-body aspiration. The initial *acute phase* is characterized by a coughing paroxysm that lasts at least a few minutes.

Next is a *quiescent phase*, in which the patient is relatively asymptomatic. During this phase, however, the foreign body creates a bronchial check-valve, allowing ingress of air during inspiration, but partly preventing egress of air during expiration. This results in an expiratory wheeze that is loudest over the ipsilateral lung. It also results in obstructive emphysema, which may be seen radiographically on expiratory films as ipsilateral pulmonary hyperinflation and contralateral mediastinal shift. These clinical findings would have been noted in this case, had they been sought after the patient's initial coughing fit.

About one week later, once the bronchial mucosa becomes tightly swollen around the foreign body, a stop-valve is created and the distal pulmonary tissue collapses and becomes infected. This is the *complication phase*. If prolonged, it may result in chronic bronchitis and bronchopneumonia.

Since 1974, there have been 3 reports of cases in which diagnosis of adult patients with an aspirated tooth was delayed until the complication stage. One patient failed initial antibiotic therapy for endobronchial actinomycesis,<sup>8</sup> one patient was initially misdiagnosed with bronchial cancer,<sup>9</sup> and one patient had a respiratory arrest and died of sepsis 12 days later.<sup>10</sup> In each case, chest radiographs revealing the bronchial tooth had initially been misread.

The sooner a bronchial foreign body is diagnosed, the easier it is to remove. In this case, the surrounding bronchial granulation tissue, fortunately, did not bleed significantly or obscure the tooth. Although most bronchial foreign bodies are prone to fragmentation and must be removed with "peanut forceps," in this case, sharp-toothed forceps were ideal for grasping the root of the molar. Generally, a rigid bronchoscope is the best tool for removal of a bronchial foreign body.<sup>3</sup> However, if a patient has aspirated a tooth because of maxillofacial trauma and rigid bronchoscopy is contraindicated, then the tooth may be removed with a flexible bronchoscope or, if necessary, tracheotomy.<sup>4,5</sup> Finally, even before the age of antibiotics, Jackson and Jackson<sup>7</sup> found that once a bronchial foreign body and distal secretions have been removed, 99% of patients will recover completely.

### Conclusion

When a dental patient has a coughing paroxysm and not all teeth and foreign objects can be accounted for, chest radiography is mandatory. Urgent medical evaluation and treatment may be necessary. ♦

### THE AUTHORS



*Dr. Ospina was pediatric otolaryngology fellow at the BC Children's Hospital, Vancouver, British Columbia, when the article was written.*



*Dr. Ludemann is a clinical assistant professor of otolaryngology at the University of British Columbia, and attending physician at the ENT clinic of the BC Children's Hospital, Vancouver, British Columbia.*

*Correspondence to: Dr. Jeffrey P. Ludemann, BC Children's Hospital, 4480 Oak St., Vancouver, BC V6H 3V4. E-mail: jludemann@cw.bc.ca.*

*The authors have no declared financial interests.*

### References

1. Reilly J, Thompson J, MacArthur C, Pransky S, Beste D, Smith M, and others. Pediatric aerodigestive foreign body injuries are complications related to timeliness of diagnosis. *Laryngoscope* 1997; 107(1):17-20.
2. Esclamado RM, Richardson MA. Laryngotracheal foreign bodies in children. A comparison with bronchial foreign bodies. *Am J Dis Child* 1987; 141(3):259-62.
3. Ludemann JP, Hughes CA, Holinger LD. Management of foreign bodies of the airway. In: Shields TW, LoCicero J, Ponn RB, editors. *General thoracic surgery*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 853-61.
4. Tal-Or E, Schwarz Y, Bloom Y, Kluger Y, Roodik V, Sorkin P. Aspirated tooth removal from airway through tracheotomy and flexible bronchoscopy. *J Trauma* 1996; 40(6):1029-30.
5. Fiesemann JF, Zavala DC, Keim LW. Removal of foreign bodies (two teeth) by fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1977; 72(2):241-3.
6. Hedblom CA. Foreign bodies of dental origin in a bronchus pulmonary complication. *Ann Surg* 1920; 71:568-80.
7. Jackson C, Jackson CL. *Bronchoscopy, esophagoscopy and gastroscopy: a manual of peroral endoscopy and laryngeal surgery*. 3rd ed. Philadelphia: W.B.

Saunders Company; 1934.

8. Bergthorsdottir R, Benediktsdottir KR, Thorsteinsson SB, Baldursson O. Endobronchial actinomycosis secondary to a tooth aspiration. *Scan J Infect Dis* 2004; 36(5):384-6.

9. Ochmanski W, Krawczyk K. [Foreign body imitating bronchial neoplasm] *Przegląd Lek* 1997; 54(1):70-2 [Polish].

10. Allison MJ, Pezzia A, Gerszten E, Giffler RF, Menzoza D. Aspiration pneumonia due to teeth — 950 AD and 1973 AD. *South Med J* 1974; 67(4):479-83.



## Recherchez dans le Calendrier des événements dentaires

### L'ADC lance son calendrier des événements dentaires

L'ADC offre maintenant sur son site Web un calendrier interactif des événements dentaires, qui a pour but d'informer les dentistes sur les événements professionnels à venir.

Les personnes qui visitent le site peuvent consulter le calendrier pour y obtenir des renseignements à jour sur d'importants séminaires, rencontres et ateliers dentaires d'envergure nationale et internationale.

Un outil de recherche permet en outre de faire une recherche précise par lieu, date ou catégorie d'événement (p. ex., congrès ou atelier). Les organisations dentaires et autres organismes du domaine de la santé peuvent aussi soumettre un événement pour l'inclure au calendrier.

(Toutes les données seront vérifiées et approuvées avant d'être affichées, et l'affichage se fera dans la langue de présentation.)

**Consultez le nouveau calendrier des événements dentaires dès aujourd'hui.**

[www.cda-adc.ca/french/news\\_events/calendar/default.asp](http://www.cda-adc.ca/french/news_events/calendar/default.asp)

# Expand Your Practice with Orthodontics!

- Enhance Patient Care
- Increase your satisfaction
- Grow your income

## CSW & Functional Orthodontic Program

- Most comprehensive Fixed and Interceptive orthodontic course available today! Ten sessions spread over two years.
- Designed for those new to orthodontics and for experienced doctors who want to upgrade their skills.
- Covers full spectrum from diagnosis and treatment planning to effective application of Functional Appliance and Straight Wire therapy.
- Personal case study at each session! Attendance limited!
- For a complete description of the course compendium please call 1-877-20-ORTHO or email [info@cswfop.com](mailto:info@cswfop.com)

### First Sessions Starting In:

Halifax Oct. 28 & 29      Toronto Oct. 30 & 31  
Winnipeg Nov. 4 & 5      Vancouver Nov. 6 & 7

*All dates and locations will be confirmed 30 days before commencement of course.*



**ADAC • E • R • P**  
CONTINUING EDUCATION RECOGNITION PROGRAM

The Academy of General Dentistry recognizes the ADA CERF approval and therefore FAGD/MAGD credit will be awarded.



Dr. Bond



Dr. Macdonald

## The Clinicians

- Senior certified Academy of Orthodontics instructors.
- Have lectured for more than 20 years to general and paediatric dentists across Canada, the U.S. and Mexico.
- References available on request at **1-877-20-ORTHO.**

**To reserve your place,  
call TOLL FREE 1-877-20-ORTHO or  
visit our website at [www.cswfop.com](http://www.cswfop.com).**



**Ma pratique me demande beaucoup de temps.**

**Heureusement que mon conseiller financier RBC® m'en fait gagner.**

« J'ai un horaire chargé. Alors il me faut un professionnel qui vient me voir sur demande pour répondre à mes besoins financiers. Et c'est exactement ce que j'ai trouvé chez RBC : un conseiller qui est là pour me simplifier la vie. Non seulement il gère mes finances personnelles, mais il s'occupe aussi des affaires de mon cabinet. En plus, il m'aide à planifier mon avenir. Grâce à lui, j'ai plus de temps pour mes patients. Pour quelqu'un comme moi, c'est très précieux. »

**Pour savoir ce qu'un conseiller financier peut faire pour vous, composez le 1 800 807-2683 ou consultez le [www.rbcbanqueroyle.com/carriere-den](http://www.rbcbanqueroyle.com/carriere-den).**

J E C H O I S I S > R B C <sup>mc</sup>





# Résistance à la fracture des prémolaires supérieures restaurées à l'aide de techniques adhésives directes et indirectes

Maria Jacinta M. Coelho Santos, DDS, MSc, PhD,  
Rebeca Barroso Bezerra, DDS, MSc, PhD

## Version abrégée

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du eJADC à : <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-71/issue-8/585.html>

© J Can Dent Assoc 2005; 71(8):585  
Cet article a été révisé par des pairs.

Les améliorations importantes auxquelles on a assisté au cours des dernières décennies dans le domaine de la dentisterie adhésive ont ouvert la voie à la conception de nouveaux matériaux et de nouvelles techniques restauratrices qui ont permis le renforcement des structures dentaires affaiblies.

**Objectif :** Le but de l'étude présentée ici était d'évaluer la résistance à la fracture de dents restaurées à l'aide de 2 techniques intracoronaires adhésives directe et indirecte. L'hypothèse selon laquelle la restauration des prémolaires supérieures à l'aide d'une résine composite directe ou d'une incrustation en céramique indirecte pourrait porter la résistance à la fracture des prémolaires restaurées à un degré comparable à celle des dents intactes a été évaluée.

**Méthodologie :** Quarante prémolaires supérieures non carieuses extraites pour des raisons orthodontiques ont été sélectionnées pour l'étude. Chaque dent a été placée en position verticale, et la racine de chacune a été enfouie avec une résine acrylique autopolymérisable dans un cylindre de plastique jusqu'à 1,0 mm sous la jonction amélocémentaire. Les 40 dents ont été réparties au hasard en 4 groupes de 10 : groupe 1 – dents intactes sans préparation de cavité ni restauration; groupe 2 – préparation d'une cavité mésio-occlusodistale (MOD) sans restauration; groupe 3 – préparation d'une cavité MOD avec restauration à l'aide d'une résine composite directe (Z100, 3M ESPE); et groupe 4 – préparation d'une cavité MOD avec restauration à l'aide d'une incrustation en céramique indirecte (IPS Empress, Ivoclar-Vivadent). Les cavités MOD de classe II pour les groupes 2, 3 et 4 ont été préparées de sorte que l'angle cavopériphérique gingival soit situé à 1,0 mm au-dessus de la jonction amélocémentaire. La largeur buccolinguale de la cavité a été établie à la moitié de l'espace intercuspidien et associée à un traitement endodontique

s'étendant jusqu'à la chambre pulpaire. La profondeur des cavités était de 4,0 mm, sans parois axiales. Les parois buccales et linguales divergeaient d'environ 15 degrés. Après les procédures de restauration adhésives (groupes 3 et 4), les échantillons de tous les groupes ont été soumis à une compression axiale, jusqu'à la fracture, avec un appareil d'essai universel Instron muni d'une bille d'acier d'un diamètre de 8 mm allant à une vitesse de chargement de 0,5 mm par minute.

**Résultats :** Les échantillons ont tous subi une fracture cuspidienne buccale ou linguale après la compression. La force moyenne nécessaire à la fracture cuspidienne dans les 4 groupes expérimentaux était de 138,4 kg pour le groupe 1; de 49,0 kg pour le groupe 2; de 105,4 kg pour le groupe 3 et de 82,7 kg pour le groupe 4. Les données ont fait l'objet d'analyses de variance ANOVA et de tests de Tukey et ont montré que la préparation de cavité avait considérablement affaibli la structure dentaire restante. Il n'y avait toutefois pas de différence significative quant à la résistance à la fracture entre les dents restaurées à l'aide d'une résine composite directe et les dents restaurées à l'aide d'une incrustation en céramique indirecte ( $p > 0,05$ ). Aucun des matériaux de restauration testés n'a pu rétablir complètement la résistance à la fracture perdue en raison de la préparation de cavité.

**Conclusions :** La préparation de cavité a considérablement affaibli la structure dentaire restante. Les restaurations intracoronaires par technique adhésive directe et indirecte ont permis de rétablir partiellement la résistance à la fracture des dents affaiblies par la préparation d'une cavité large. L'hypothèse selon laquelle les restaurations à l'aide d'une résine composite directe et les restaurations à l'aide d'une incrustation en céramique indirecte porteraient la résistance à la fracture des dents restaurées à un degré comparable à celle des dents intactes a été rejetée. ♦



## Protection éprouvée contre la sensibilité. Goût éprouvé de Colgate.

### SOULAGEMENT DE LA SENSIBILITÉ FORCE MAXIMALE



Colgate dents sensibles contient le niveau maximal de nitrate de potassium qui a été éprouvé en clinique pour avoir un effet désensibilisant direct sur les fibres nerveuses pulpaire de la dent. Il développe graduellement un écran protecteur qui prévient les chocs de douleur soudains causés par les dents sensibles dans les deux semaines.

### SOIN QUOTIDIEN



Colgate dents sensibles contient du fluorure de sodium qui offre une protection contre la carie. Combiné au brossage, ce dentifrice aide aussi à réduire la plaque.

### HALEINE FRAÎCHE



Colgate dents sensibles ne procure pas seulement une sensation de fraîcheur et de propreté, il a aussi un goût formidable. Offert en deux saveurs pour que vos patients veuillent l'utiliser tous les jours, pour une protection continue contre la sensibilité.

*Pour une protection de tous les jours contre la sensibilité, au goût épatant et à prix abordable, recommandez Colgate dents sensibles.*

## DES ÉCHANTILLONS SERONT ENVOYÉS SOUS PEU À VOTRE CABINET DENTAIRE

Colgate dents sensibles peut s'utiliser tous les jours au lieu d'un dentifrice normal contenant du fluorure.

\*MD Colgate-Palmolive Canada Inc.

# Efficacité des appareils de photopolymérisation à halogène dans les cabinets dentaires privés de Toronto

Omar El-Mowafy, BDS, PhD, FADM, Wafa El-Badrawy, BDS, MSc, Donald W. Lewis, DDS, DDPH, MScD, FRCD(C), Babak Shokati, DDS, Osama Soliman, BSc, Jaffer Kermalli, BSc, Avedis Encioiu, BSc, Fatma Rajwani, HBSc, Rema Zawi, BSc

## Version abrégée

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du eJADC à : <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-71/issue-8/587.html>

© J Can Dent Assoc 2005; 71(8):587  
Cet article a été révisé par des pairs.

Les appareils de photopolymérisation sont utilisés plus que jamais dans les cabinets dentaires, car les patients préfèrent les restaurations en composite photopolymérisé aux restaurations à l'amalgame. Ces appareils peuvent toutefois se détériorer à l'usage et avec le temps, et ils exigent un entretien fréquent pour conserver une efficacité optimale.

**Objectif :** La présente étude avait pour but d'examiner l'efficacité des appareils à quartz–tungstène–halogène (QTH) utilisés pour la polymérisation des résines composites, dans un échantillon de cabinets dentaires privés de Toronto.

**Matériaux et méthodes :** Des 416 cabinets dentaires initialement recensés, 100 répondaient à tous les critères de sélection (qui comprenaient la réalisation de restaurations postérieures en composite sur une base régulière) et ont accepté de participer à l'étude. L'intensité de la lumière émise par les 214 appareils de photopolymérisation à QTH dans ces cabinets a été mesurée. Des échantillons en forme de disque, de 2,5 mm d'épaisseur, ont été fabriqués à partir de 2 résines composites durcies par photopolymérisation, les matériaux utilisés étant le composite Charisma (Heraeus Kulzer) polymérisé pendant 20 secondes (99 appareils) et le composite Point 4 (Kerr Corp) durci pendant 20 et 40 secondes (ensemble des 214 appareils). La

lumière a été appliquée sur une seule surface (supérieure) des échantillons. L'indice de dureté de Knoop (KHN) sur les surfaces supérieure et inférieure de chaque échantillon a été mesuré, et les valeurs de la dureté relative moyenne ont été calculées. Les données ont été analysées par statistiques descriptives, test *t*, analyse de la variance à

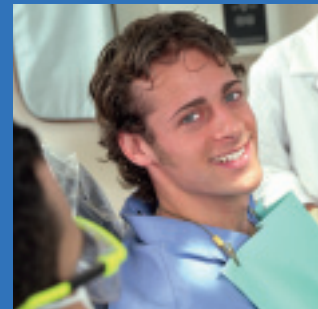
un facteur et régression linéaire simple et multiple ( $\alpha = 0,05$ ).

**Résultats :** L'intensité de la lumière a varié considérablement d'un appareil à l'autre, de 120 à 1000 mW/cm<sup>2</sup>. Une corrélation significative ( $p < 0,05$ ) et positive a été observée entre les duretés superficielle et relative et l'intensité de la lumière, les indices de dureté affichant eux aussi une grande variation. La dureté relative moyenne des échantillons de composite a varié selon le cycle de polymérisation et le matériau utilisé, de 34,8 % à 57,7 %. La dureté relative s'est révélée spécifique de la marque : à un même cycle de polymérisation et avec le même appareil, la dureté relative n'a pas été la même avec les 2 marques de matériaux composites testés.

**Conclusions :** L'intensité de la lumière produite par les lampes de photopolymérisation dans les cabinets dentaires privés fluctue considérablement et un grand nombre de ces appareils produisent une intensité inférieure au niveau recommandé. De tous les échantillons en résine composite photopolymérisés pendant 40 secondes avec chacune des 214 lampes, seulement 10 % ont obtenu l'indice de dureté relative désiré d'au moins 80 %. La dureté relative a fluctué en fonction de l'intensité de la lumière, de la durée d'exposition et de la marque de composite. Une corrélation significative ( $p < 0,01$ ) et positive a été observée entre l'intensité de la lumière et l'augmentation de l'indice de dureté superficielle KHN; la force explicative ( $R^2$ ) de cette association a toutefois été beaucoup moindre dans le cas des surfaces supérieures qu'inférieures. Les lampes émettant une lumière de faible intensité ont été associées à un très faible indice KHN sur les surfaces inférieures et un très faible indice de dureté relative. Les dentistes devraient vérifier régulièrement l'état des lampes à photopolymériser et remplacer les pièces qui se détériorent. ✦

DE TOUS LES  
ÉCHANTILLONS EN RÉSINE  
COMPOSITE POLYMÉRISÉS PEN-  
DANT 40 SECONDES, SEULE-  
MENT 10 % ONT OBTENU  
L'INDICE DE  
DURETÉ RELATIVE DÉSIRÉ D'AU  
MOINS 80 %.

# 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](http://www.cdspi.com/sisd) pour  
visualiser des pages choisies.



Le Programme de placement des dentistes du Canada

# Regardez ce qui vous passe sous le nez



Jetez un coup d'œil sur le *Programme de placement des dentistes du Canada*. Vous verrez qu'il offre ce qu'il vous faut pour bâtir et gérer une fortune pour chaque étape de votre vie. Notamment :

- des plans exceptionnels non enregistrés et autogérés REER, FERR et REEE
- un plan de retraite individuel offrant des plafonds de cotisations plus hauts et une épargne fiscale plus élevée que les REER
- des fonds de l'ADC sans frais d'acquisition dont les honoraires de gestion se classent parmi les plus bas offerts où *que vous alliez*
- un rééquilibrage du portefeuille et des relevés de l'évolution de l'épargne retraite, sans frais
- des relevés faciles à lire et un accès en direct au compte
- des conseils de premier ordre, sans frais, par des planificateurs financiers agréés

L'occasion est bonne, profitez-en. Appelez dès aujourd'hui pour vous faire assigner un conseiller de placement personnel appartenant aux Conseils professionnels en direct Inc. afin de parler de votre stratégie personnalisée en matière de placement<sup>†</sup>.

**1 877 293-9455, poste 5021**

<sup>†</sup> Des restrictions s'appliquent en matière de services consultatifs dans certaines juridictions.

## Joignez le plus important groupe de dentistes au Canada

Pour placer votre annonce, communiquez avec :

**Beverly Kirkpatrick ou Deborah Rodd**

a/s L'Association médicale canadienne

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

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	9 septembre
Novembre	7 octobre

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

Box ... 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 .....	1795	1/3 page ...	650
2/3 page .....	1275	1/4 page ...	565
1/2 page .....	955	1/6 page ...	445
1/8 page .....	305		

### TARIF DES PETITES ANNONCES ORDINAIRES

95 \$ jusqu'à 50 mots, 85 ¢ par mot supplémentaire. Numéro de boîte-réponse : 20 \$ (première insertion seulement). Encadré spécial (2 1/8" x 2 1/8") \$225

**Toutes les annonces doivent être payées à l'avance.**

**REMISE DE 10 % POUR LES MEMBRES DE L'ADC.**

### Cabinets

**ALBERTA – Fort McMurray :** Cabinet d'orthodontie. Occasion remarquable dans la capitale du gaz et du pétrole de l'Alberta. Économie en pleine croissance avec expansion sans précédent prévue pour les 10 prochaines années. Cabinet bien établi avec base de renvoi exclusive – seul orthodontiste de Fort McMurray et de la région environnante. Cabinet récemment rénové avec nouveaux baux, panorex/céphalogramme, système informatique, meubles et œuvres d'art. Propriétaire réduit ses heures à mi-temps. Prêt pour rachat immédiat, avec transition de 2 ans jusqu'à pleine propriété. Occasion formidable pour nouveau diplômé. Joindre le Dr Kelly Brooke, 212-9914, rue Morrison, Fort McMurray, AB T9H 4A4, tél. : (780) 791-9663. D1797

**ALBERTA – Edmonton Ouest :** Cabinet disponible immédiatement. Tenure à bail, équipement, 4 salles opératoires, N<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, aucun dossier. Tél. : (780) 462-4925. D1793

**ALBERTA – Edmonton :** Occasion d'acheter 1832 p.c. d'un local partagé avec 1 autre dentiste. Trois salles opératoires chacun, baux et équipement excellents, emplacement de choix, prêt à aider à la transition. Téléc. : (780) 439-0145, tél. : (780) 439-3740. D1748

**ALBERTA – Lethbridge :** Ville de 66 000 habitants offrant des services à une population environnante de quelque 150 000 personnes, Lethbridge est l'une des villes qui croît le plus rapidement en Alberta. Ses atouts : loisirs, soleil, emplacement de choix et qualité de vie. L'un des premiers cabinets dentaires de Lethbridge est à vendre; il est situé dans le deuxième centre commercial le plus achalandé de la ville. Exclusivité et visibilité sont les marques distinctives de ce cabinet dynamique. Consulter [www.drchuck.ca](http://www.drchuck.ca) et [www.lethbridgpages.com](http://www.lethbridgpages.com) D1683

**COLOMBIE-BRITANNIQUE – Coquitlam :** Banlieue de Vancouver. Cabinet familial bien établi dans petite clinique partagée avec 2 autres dentistes. Trois salles opératoires, revenus bruts

supérieurs à 500 000 \$, 4 courtes journées de travail par semaine. Bon potentiel pour accroître les heures de travail ou engager un dentiste à pourcentage. Reprise du bail de 5 ans avec possibilité de renouvellement aux 5 ans. Achat du tiers du bâtiment possible. Tél./télé. : (604) 461-1381. D1757

**COLOMBIE-BRITANNIQUE – Whistler :** Un «passionné du grand air» demandé pour un cabinet d'avant-garde au cœur de Whistler. Trois salles opératoires, équipement complet (appareil de radiographie numérique, caméras intra-buccales, etc.). Frais généraux peu élevés (bail de 30 ans). Du lundi au jeudi; partenaire travaille du jeudi au dimanche. Seul cabinet dentaire dans un centre commercial de Whistler – idéal pour un dentiste d'expérience qui désire un cabinet produisant des revenus bruts et nets élevés, offrant de nombreux services esthétiques et des soins endodontiques et chirurgicaux de routine. Joindre Kim par télécopieur au (604) 629-0759 ou voir le site [www.aarm-dental.com](http://www.aarm-dental.com). Courriel : [aarm@axion.net](mailto:aarm@axion.net). D1771

**COLOMBIE-BRITANNIQUE – Île de Vancouver :** Occasion inouïe, prix d'aubaine. Visiter [www.buymy dental practice.com](http://www.buymy dental practice.com). D1769

**COLOMBIE-BRITANNIQUE – Grand Forks :** Pour vous, coût de vie peu élevé et mode de vie détendu dans petite localité offrant nombreux loisirs. Prix inférieur à l'évaluation pour raison de santé. Frais généraux peu élevés; peu de concurrence, hygiéniste à temps plein, immeuble neuf avec 3 salles opératoires et plomberie pour 4. Joindre Kim, tél. : (250) 442-0075, courriel : [kleroy@telus.net](mailto:kleroy@telus.net). D1775

**COLOMBIE-BRITANNIQUE – Nelson :** Cabinet admirablement situé, bien aménagé; 4 salles opératoires (2 à main gauche, 2 à main droite). Gestion, équipement et soins excellents. Propriétaire aidera à assurer une transition en douceur. Pour plus de détails, courriel : [dentprac4sale@yahoo.ca](mailto:dentprac4sale@yahoo.ca). D1776

**COLOMBIE-BRITANNIQUE** – **région de Vancouver** : À vendre, cabinet de chirurgie buccale avec bonne clientèle recommandée. Situé dans une grande région suburbaine en pleine croissance. Droits hospitaliers. Pour plus d'information, écrire à la boîte réponse de l'ADC n° 2849. D1789

**COLOMBIE-BRITANNIQUE** – **Centre intérieur** : Cabinet de dentisterie générale bien établi à vendre. Revenu brut : + 360 000 \$; 3-4 jours de travail par semaine ou plus, niveau de stress et frais généraux peu élevés. Gestion très efficace et recettes élevées. Voilà une bonne occasion pour un nouveau diplômé ou un dentiste récemment immigré au Canada de gagner de l'argent instantanément si le style de vie décontracté et la vie dans une petite ville sont souhaités. Vente de l'actif et prix négociable. Pour plus de détails : disala@hotmail.com D1745

**COLOMBIE-BRITANNIQUE** – **île de Vancouver Sud** : Cabinet de parodontie actif et en pleine maturité. Nombreux clients renvoyés par des dentistes généralistes et spécialistes de haut calibre. Vendeur disposé à demeurer comme dentiste à pourcentage à temps partiel et à participation restreinte. Joindre Ron MacKenzie, tél. : (604) 685-9227, courriel : mackenz@telus.net D1718

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

**MANITOBA** – **Winnipeg** : Cabinet de dentisterie générale bien établi à vendre. Évaluation professionnelle, partage des coûts; emplacement visible dans centre commercial, stationnement, flux régulier de nouveaux patients; 4 jours par semaine avec revenu annuel brut supérieur à 800 000 \$. Cette clinique clé en main a 9 salles opératoires et est dotée de 2 dentistes à pourcentage et d'un orthodontiste sur place. Propriétaire reprend les études supérieures. Courriel : drewbrueckner@shaw.ca, tél. (laisser un message) : (204) 477-8753. D1709

**MANITOBA** – **Sud** : Cabinet rural établi depuis longtemps, même emplacement depuis 30 ans. Cabinet attrayant, moderne, informatisé, avec 6 salles opératoires, radiographie numérique, programme d'hygiène excellent. Revenu personnel élevé pour le propriétaire, revenu brut nettement supérieur à 750 000 \$ par an. Propriétaire actuel quitte la province. Répondre à : «Cabinet dentaire», a/s 15, prom. Kingsborough, Winnipeg, MB R3P 1H9, téléc. : (204) 987-8493. D1710

**TERRE-NEUVE** – **Labrador City** : Cabinet familial exceptionnel à vendre dans un emplacement central. Cabinet bien établi, 2 dentistes, 1 hygiéniste. Clientèle et personnel formidables. Pour 2 personnes, il s'agit d'une occasion d'acheter un cabinet remarquable, de profiter d'un mode de vie de grande qualité, de faire du ski, de la pêche, de la randonnée, du golf, etc. Les 2 dentistes vont s'installer dans une autre province, mais resteront pour la période de transition si nécessaire. Tél. : (709) 944-5210/(709) 944-4294 pour plus d'information. D1734

**ONTARIO** – **Woodbridge** : Occasion pour acheter cabinet de dentisterie générale. Vendeur disposé à demeurer à temps partiel comme dentiste à pourcentage. Tél. : (416) 821-7732 pour plus d'information. Vente privée. D1787

**ONTARIO** – **Toronto** : À vendre, cabinet de chirurgie buccale et maxillofaciale bien établi. Disponible après janvier 2006. Pour plus de détails, écrire à la boîte-réponse de l'ADC n° 2847. D1730

**ONTARIO** – **Ottawa (centre)** : Trois salles opératoires, 1200 p.c., bonne patientèle, bon revenu, agrandissement possible, 4 jours par semaine. Propriétaire quitte mais est prêt à aider pendant la transition. Courriel : P\_T\_Y\_B@hotmail.com; C.P. 4959, Succ. E, Ottawa, ON K1S 5J1. D1708

**NOUVELLE-ANGLETERRE ET NEW YORK, É.-U.** : Depuis 1981, Jim Kasper Associates, LLC a la plus grande sélection de cabinets de choix disponibles. Dentisterie générale, chirurgie buccale et maxillofaciale, et endodontie. Maine, New Hampshire, Vermont, Connecticut et Massachusetts. Évaluations et partenariats aussi. Site Web : www.JimKasper.com, tél. : (603) 355-2260, courriel : info@JimKasper.com. D1741

**VERMONT, É.-U.** : Plusieurs cabinets à vendre dans le Vermont; financement disponible pour candidats qualifiés. (n° 721)

région de Woodstock, revenu brut 1 000 000 \$, 7 salles opératoires; (n° 725) St. Johnsbury, revenu brut 752 000 \$; (n° 727) région de Woodstock, revenu brut 212 000 \$, net 57 %; (n° 728) Vergennes, revenu brut 700 000 \$, net 303 000 \$; (n° 729) Newport, revenu brut 855 000 \$, net 478 000 \$. Postes à pourcentage également offerts. Tél. : (401)270-4747, ou www.almontgroup.com. D1765

## Postes vacants

**ALBERTA** – **Drayton Valley** : Dentiste à pourcentage demandé immédiatement. Cabinet de famille établi, personnel agréable et amical, cherche personne motivée pour se joindre à temps plein à son équipe gagnante. Excellente patientèle. Nouveaux diplômés bienvenus. Ville avec énorme potentiel de croissance, à seulement 90 minutes au sud-ouest d'Edmonton. Près des montagnes, excellent endroit. Tél. : (780) 542-5395, téléc. : (780) 542-3165. D1766

**ALBERTA** – **Edmonton** : Faculté de médecine et de médecine dentaire de l'Université de l'Alberta. Le Département de la dentisterie offre un poste à temps plein conduisant à la permanence; il s'agit d'un poste de coordonnateur de la parodontie au niveau professeur ou professeur agrégé. Exigences : détenir un doctorat en chirurgie dentaire ou l'équivalent, avoir terminé un cours avancé agréé en parodontie, posséder un doctorat dans un domaine scientifique connexe, avoir effectué des travaux de recherche d'excellente qualité et posséder 5 années d'expérience à titre de chef de la parodontie ou l'équivalent. Tâches à remplir : enseignement de la parodontie aux étudiants du 1<sup>er</sup> cycle et aux résidents en dentisterie, surveillance de l'administration du département de la parodontie, travaux de recherche,



participation aux comités et aux programmes d'approche du département et de la faculté, coordination des activités avec la clinique dentaire de l'hôpital. Occasions d'exercice à l'interne et à l'externe. Titre et salaire conformes aux antécédents et à l'expérience. Poste disponible à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2005; demandes acceptées jusqu'à ce que le poste soit comblé. Veuillez faire parvenir votre C.V., y compris un énoncé de vos objectifs de carrière et les noms de 3 personnes pouvant donner des références, au : Dr Ken Zakariasen, vice-doyen et directeur du Département de la médecine dentaire, Faculté de médecine et de médecine dentaire, 3036 Centre de dentisterie/pharmacie, Université de l'Alberta, Edmonton, AB, Canada T6G 2N8. Tout candidat qualifié est encouragé à faire une demande; cependant, Canadiens et résidents permanents auront la priorité, mais s'il ne s'en trouve aucun, les autres personnes seront prises en considération. L'Université de l'Alberta embauche en fonction du mérite et respecte le principe d'équité en matière d'emploi, appréciant la diversité et encourageant les demandes de toute personne des 2 sexes, y compris les handicapés, les autochtones et les membres des minorités visibles. D1772

**ALBERTA – Edmonton :** Occasion d'exercer. Cherchons un dentiste à pourcentage sûr de lui et consciencieux pour rejoindre notre cabinet en pleine croissance à Edmonton (Alberta). Cabinet récemment rénové et agrandi, travaux presque terminés, technologies les plus récentes. Excellent potentiel de croissance, étant situé dans un grand centre commercial d'un quartier résidentiel très dynamique. Récents diplômés bienvenus. Prière de télécopier C.V. en toute confidentialité au (780) 472-9835 ou de l'expédier par courriel à drdch@compuserve.com. D1767

**ALBERTA – Camrose :** À 50 minutes d'Edmonton. Dentiste à pourcentage demandé à temps plein pour un cabinet axé sur le patient très achalandé, moderne, progressiste et à la page. Accès à toute la clientèle dès le premier jour. Option de rachat pour le bon candidat. Les intéressés sont priés de faire parvenir leurs C.V. par téléc. au (780) 672-4700 ou par courriel à cha-chas@hotmail.com, à l'attention de Ken. D1774

**ALBERTA – Lloydminster :** Cherchons dentiste à pourcentage pour commencer à travailler dès la fin des travaux de rénovation. Clinique de moins de 2 ans, mais

agrandie pour répondre à la demande. Entièrement informatisée, dossiers et radiographies compris. Travail le jour uniquement – non le soir ou la fin de semaine. Comme le cabinet refuse la cession des prestations, le dentiste touchera 40 % des honoraires et ne travaillera pas pour presque rien au début. Il disposera seul de 2 salles opératoires toutes nouvelles et d'un bureau. Début 1<sup>er</sup> novembre. Prière de télécopier C.V. au Dr Dean Sexsmith au (780) 875-2097 ou de l'expédier par courriel à westlakedental@shaw.ca. D1784

**ALBERTA – Calgary :** Dentiste à pourcentage à temps plein, dans centre commercial très achalandé. Excellent endroit pour cabinet de famille. Téléc. : (403) 269-3800. Discrétion assurée. D1791

**ALBERTA – Grande Cache :** Occasion formidable pour dentiste à pourcentage. Cabinet magnifique construit en 2001 dans ville en croissance de 4500 habitants. Le propriétaire ne peut plus travailler pour des raisons de santé. Rémunération excellente; 50 % des facturations, 60 % de plus de 30 000 \$. Dentiste à pourcentage demandé pour 5 ans et ce cabinet de 400 000 \$ est le vôtre. Possibilité de rachat plus tôt. Joindre le Dr G. Ludwig, courriel : glingc@telus.net. D1740

**ALBERTA – Calgary :** Dentiste à pourcentage à temps plein demandé pour cabinet dentaire à Calgary. Joindre Patti, tél. : (403) 276-3660, téléc. (C.V.) : (403) 276-3881. D1749

**ALBERTA – Slave Lake :** Dentiste à pourcentage à temps plein demandé pour cabinet achalandé et bien établi avec 6 salles opératoires. Occasion excellente pour nouveau diplômé ou dentiste expérimenté. Veuillez communiquer avec Jose Antony, gestionnaire de cabinet, au (780) 849-4477 ou envoyez votre C.V. par téléc. au (780) 849-6332. D1621

**COLOMBIE-BRITANNIQUE –**

**Whistler :** Un «passionné du grand air» demandé pour exercice à pourcentage (option d'achat) dans un cabinet d'avant-garde achalandé comprenant 3 salles opératoires. Seul cabinet dentaire dans un centre commercial de Whistler. Avoir au moins 1 année d'expérience, posséder des compétences en services esthétiques et en soins endodontiques et chirurgicaux, être capable de travailler seul. Logement fourni au début. Rémunération de 35 à 50 %. Joindre Kim par téléc. au (604) 629-0759 ou voir le site [www.aarm-dental.com](http://www.aarm-dental.com). Courriel : aarm@axion.net. D1770



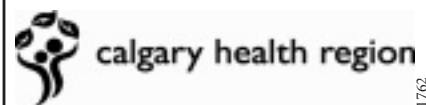
A challenging opportunity exists for an energetic dentist in a busy hospital practice. This salaried position provides comprehensive dental care for special needs patients, mentally and physically challenged, as well as medically compromised patients in a teaching hospital setting. Duties include all aspects of routine dental care, as well as performing minor oral surgery, including biopsies, intravenous sedation, diagnosis and management of oral diseases.

**Qualifications / Experience:**

- Degree in Dentistry from an accredited institution and qualified with the National Dental Examining Board of Canada.
- Eligibility for membership / registration with the Alberta Dental Association and College.
- Completion on an accredited hospital residency or previous hospital experience is required. (This is not a training Position, however, recent graduates of hospital based residency programs are welcome to apply)
- Current BCLS/ACLS
- Excellent communication skills to establish rapport with clients and dental team members

The Calgary Health Region is one of Canada's largest fully integrated acute and community health care providers, with more than 22,000 employees. The city of Calgary supports an affordable and active lifestyle, about an hour's drive from the Rocky Mountains and Banff National Park. We offer a challenging and team-oriented work environment, rewarding compensation and great benefits (for example – three weeks paid vacation after first year). Relocation assistance is available.

All inquiries should be directed to:  
 Dr. Trey L. Petty Division Head,  
 Dentistry and Oral Medicine  
 Foothills Medical Centre, 1403 29 Street  
 NW, Calgary, AB T2N 2T9  
 Tel: 403/944-2401  
 Fax: 403/283-5260  
 Email: [trey.petty@calgaryhealthregion.ca](mailto:trey.petty@calgaryhealthregion.ca)



D1762

**COLOMBIE-BRITANNIQUE** –

**Vancouver-Nord** : Pour un parodontiste autorisé, occasion exceptionnelle d'exercer à pourcentage à temps plein ou partiel dans un cabinet de parodontie/prosthodontie progressiste. Option de rachat futur pour le bon candidat. Occasion formidable pour travailler avec 2 parodontistes et 1 prosthodontiste. Exercice axé sur la chirurgie esthétique et les implants. Installations spacieuses, confortables et à la page, comprenant des salles opératoires entièrement informatisées, un appareil de radiographie et des microscopes numériques pour la micro-chirurgie parodontale. Les docteurs font des présentations sur les implants et les services esthétiques et sont reconnus dans la région et à l'étranger. Références exigées. Les intéressés sont priés de composer le (604) 983-9836 ou d'expédier un courriel à [pppg@intergate.ca](mailto:pppg@intergate.ca). D1773

**COLOMBIE-BRITANNIQUE** – **Vancouver** :

Prosthodontiste ou endodontiste demandé pour exercer à pourcentage, devenir associé ou partager les locaux dans un cabinet de parodontie établi dans la région de Vancouver. Temps plein/partiel. Attestation de services d'endodontie dans le passé. Locaux de 3333 p.c., 6 salles opératoires, espace disponible pour agrandir. Tél. : (604) 939-8467, courriel : [info@perio-dentalimplants.com](mailto:info@perio-dentalimplants.com). D1735

**COLOMBIE-BRITANNIQUE** –

**Kamloops** : Dentiste à pourcentage demandé pour cabinet de dentisterie générale achalandé. Aspects variés de la dentisterie et personnel merveilleux. Possibilité de rachat pour le bon candidat. Les personnes intéressées peuvent téléphoner au (250) 374-4544 ou écrire à [abtucker@telus.net](mailto:abtucker@telus.net). D1596

**MANITOBA – Winnipeg** : Le Centre dentaire Redwood cherche des dentistes à pourcentage pour un grand cabinet bien établi. Excellente réputation depuis 40 ans. Veuillez joindre : Dr Darryl Burke, tél. : (204) 586-8331, téléc. : (204) 586-3372. D1780

**MANITOBA – Winnipeg** : Dentiste à pourcentage demandé pour cabinet familial bien établi. Occasion formidable pour individu motivé. Prière d'envoyer C.V. par courriel : [dentists@mts.net](mailto:dentists@mts.net) ou téléc. : (204) 774-0465. D1799

**NOUVEAU-BRUNSWICK** –

**Fredericton** : Dentiste à pourcentage demandé pour une clinique dentaire bien établie; option d'achat. Pour personne bienveillante et zélée, excellente occasion de travailler avec un personnel et des patients formidables dans un cabinet moderne et achalandé axé sur la famille. Pas de travail le soir ou la fin de semaine. Nouveaux diplômés bienvenus. Veuillez faire parvenir C.V. à la boîte-réponse de l'ADC n° 2848. D1788

**TERRE-NEUVE ET LABRADOR** –

**Bay Roberts** : Dentiste à pourcentage demandé à temps plein. Cabinet de dentisterie générale très achalandé à Bay Roberts (Terre-Neuve) requiert les services d'un dentiste à pourcentage motivé et travailleur. Cabinet situé à 45 minutes à l'ouest de St. John dans l'une des localités qui croît le plus rapidement à Terre-Neuve. Cabinet offrant la gamme complète des soins dentaires aux patients. Formidable croissance depuis 3 ans. Actuellement 3 dentistes et 2 hygiénistes à temps plein. Excellente occasion de revenu pour tout dentiste, surtout les diplômés récents. Option de rachat après 1 année de service pour le bon candidat. Tout intéressé peut télécopier ou poster

une lettre de demande et son C.V. à la : Dre Michelle Zwicker, C.P. 1560, Bay Roberts, NL A0A 1G0, tél. : (709) 786-0895, courriel : [mdzwicker@nf.sympatico.ca](mailto:mdzwicker@nf.sympatico.ca). D1768

**TERRITOIRES DU NORD-OUEST** –

**Inuvik et localités voisines** : Dentiste à pourcentage demandé de janvier à juin 2006. Carnet de rendez-vous rempli. Pour un dentiste qui veut travailler dur tout en découvrant les beautés du Grand Nord. Télécopiez C.V. au (867) 777-2774 ou composez le (867) 678-2450. D1790

**TERRITOIRES DU NORD-OUEST** –

**Yellowknife** : Et les collectivités environnantes. Poste de dentiste à pourcentage. Occasion en or dans la capitale du diamant de l'Amérique du Nord. Activités de plein air et de loisir formidables. Travaillez dans une clinique dentaire moderne et amicale avec rémunération et avantages sociaux excellents. Pour plus de renseignements, répondre par téléc. au (867) 873-4410. D1754

**TERRITOIRES DU NORD-OUEST** –

**Yellowknife** : Dentiste à salaire/pourcentage demandé dans clinique dentaire moderne (6 dentistes), bien établie et très achalandée, située dans une collectivité en pleine croissance – la capitale du diamant de l'Amérique du Nord. Équipement moderne, y compris les caméras intrabuccales et les unités de jet abrasif. Personnel de soutien amical et excellent qui offre des services de haute qualité, la qualité surpassant la quantité. Occasion unique pour quiconque cherche à jouir d'un style de vie formidable tout en exerçant la dentisterie en ce qu'elle a de meilleur à offrir. Envoyez votre C.V. à : Administration, C.P. 1118, Yellowknife NT X1A 2N8; tél. : (867) 873-6940; téléc. : (867) 873-6941. D1159



UNIVERSITY OF MANITOBA

**MAYAN RIVIERA, MEXICO 2006**  
**February 11 - 18, 2006**  
**Continuing Dental Education**  
[www.umanitoba.ca/faculties.cde](http://www.umanitoba.ca/faculties.cde)

Looking for a great location for your next class reunion? A place where you can combine an educational update while enjoying the elegance and class Mexico has to offer? Join us at the amazing Iberostar Paraiso Maya or the Iberostar Paraiso Lindo for our 2006 Continuing Dental Education Tropical Series.

Course registration and travel done exclusively through Sandy Cooke at Navigant Performance Group; tel. (800) 324-5185 or (204) 885-8401. Resort and course information can be viewed at [www.navigantperformancegroup.com/group](http://www.navigantperformancegroup.com/group).

Space is limited and our seating was sold out before Christmas last year so don't be disappointed, **register early!!**

D1779



**PRACTISE DENTISTRY IN THE SHANGRI-LA OF THE NORTHERN ROCKIES!**

The town of Tumbler Ridge, British Columbia, holds an unparalleled opportunity for a thriving dentistry practice in one of the youngest, most well-equipped communities in the province. Enjoy the rare combination of peace and prosperity within an unmatched lifestyle that awaits you.

For more information contact:

**Ray Proulx**  
**District Economic Development Officer**  
**Tel. (250) 242-4242, ext. 225 • E-mail [edo@dtr.ca](mailto:edo@dtr.ca)**

Catch a glimpse of paradise at [www.tumbleridge.ca](http://www.tumbleridge.ca)

D1796



Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James  
 ᑕᑕᑕᑕᑕᑕ ᑕᑕᑕᑕᑕᑕ ᑕᑕᑕᑕᑕᑕ ᑕᑕᑕᑕᑕᑕᑕᑕ  
 Cree Board of Health and Social Services of James Bay

## Une opportunité unique (Offre d'emploi)

Le Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) est une organisation autochtone responsable de l'administration des services de santé et des services sociaux pour tous les résidents sur son territoire qui inclut neuf communautés crie qui comptent une population d'environ 14,000 individus.

Notre département comprend douze dentistes à temps plein ainsi qu'un certain nombre de techniciens et d'employés de soutien. Nous sommes présentement à la recherche de deux dentistes pour des postes qui se sont nouvellement libérés. Par la même occasion, nous désirons constituer une banque de dentistes dépanneurs pour des remplacements périodiques qui varient habituellement entre une à quatre semaines.

Nous recherchons des dentistes bilingues, compétents, faisant preuve d'initiative et d'une grande facilité d'adaptation. De plus, ils doivent être autonomes, attentionnés et intéressés à travailler dans un milieu transculturel. **Il est possible que le poste exige des déplacements.**

Les candidats auront l'occasion de travailler dans un milieu stimulant, au sein de communautés attachantes qui offrent des loisirs pour tous les membres de la famille dont de populaires activités de plein air telles que : le camping, la pêche, le canoéisme et le ski de fond.

Avec l'emphase sur la qualité, vous pourrez mettre en pratique toutes les facettes de la médecine dentaire en utilisant de l'équipement moderne dans des installations en pleine expansion.

Une rémunération intéressante basée sur un salaire fixe ou à tarif horaire accompagne une gamme de bénéfices marginaux tels que : le logement gratuit, une prime d'éloignement, des possibilités de 8 sorties par année ainsi que des congés payés. L'ensemble des conditions de travail des dentistes se retrouve dans l'entente entre l'ACDQ et la RAMQ.

La préférence sera accordée aux dentistes qui ont un minimum de deux années d'expérience ou une attestation d'études dans un Programme de résidence multidisciplinaire. De l'expérience et de l'intérêt pour la pédodontie sont un atout.

Les candidats(es) devront fournir deux lettres de référence, une preuve d'assurance responsabilité un curriculum vitae détaillé incluant votre N.A.S. et faire parvenir le tout par courrier, télécopie ou courriel à:

**Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James**  
 a/s de : **Michel Plouffe**  
 Directeur administratif des services professionnels  
 C.P. 250  
 CHISASIBI (Québec) J0M 1E0  
 Tél.: (819) 855-9001 poste: 5248  
 télécopieur: (819) 855-2098  
 courriel: Michel.Plouffe@ssss.gouv.qc.ca

D1792



UNIVERSITY  
OF MANITOBA

### CLINICAL DENTISTS

2 Full-Time, Continuing Positions

The Centre for Community Oral Health (CCOH) is a progressive, multi-site, not-for-profit organization that administers oral health outreach programs on behalf of the University of Manitoba. We require self-motivated, community minded dental professionals to work as part of our oral health team in Winnipeg dental programs.

Reporting to the CCOH director, the successful candidate will provide a wide range of clinical dental services within various long-term care institutions and community dental clinics, in accordance with existing professional and program standards. Emphasis is also placed on oral health promotion and disease prevention.

Applicants eligible for Manitoba licensure should reply, in confidence, to:

**Dr. Doug Brothwell**  
 Centre for Community Oral Health  
 Faculty of Dentistry  
 University of Manitoba  
 D108 - 780 Bannatyne Avenue  
 Winnipeg, MB R3E 0W2  
 Tel (204) 789-3892 • Fax (204) 789-3951  
 E-mail [brothwel@cc.umanitoba.ca](mailto:brothwel@cc.umanitoba.ca)

D1777

### Associate Dentist Wanted



Join our Calgary Health Region dental public health clinic team in providing high-quality, reduced-fee dental services to low income people. You'll need a degree in Dentistry from an accredited institution, eligibility for dental licensure in Alberta, and one to three years of dental clinic experience. You should have a good ability to generate rapport with children and adults, to prepare appropriate treatment plans, and to run an efficient and reliable dental office. Experience dealing with anxiety, mental health and general health problems, and with clients having English as a second language is an asset. We offer a challenging and rewarding teamwork environment, competitive benefit package, relocation assistance, and a predictable work pattern.

Five day week: \$48 -\$55/h.

Please contact Dr. Luke Shwart at (403) 943-8101; Fax (403) 943-8132; e-mail: [luke.shwart@calgaryhealthregion.ca](mailto:luke.shwart@calgaryhealthregion.ca)



calgary health region

D1761

**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

**ONTARIO – Stouffville :** (À 30 minutes au nord de Toronto.) Suppléant demandé dans un cabinet familial amical et progressiste pour couvrir un congé de maternité. Début décembre 2005 pour 5 ou 6 mois (négociable). Tél. : (416) 429-7625, téléc. : (905) 640-8950. D1764

**ONTARIO – Woodbridge :** Dentiste à pourcentage dévoué et axé sur la personne demandé par un cabinet en pleine croissance dans une région très achalandée. 3 années d'expérience désirées. Veuillez télécopier C.V. au (905) 851-8916. D1785

**ONTARIO – Est :** Dentiste à pourcentage bilingue demandé à temps plein pour exercer dans cabinet achalandé et moderne avec un personnel professionnel et amical. Possibilité de partenariat/rachat et éventuellement d'achat complet. Veuillez faire parvenir C.V. ou répondre par courriel à drfb2709@bellnet.ca. D1781

**ONTARIO - 19 endroits :** Dentiste à pourcentage expérimenté demandé pour cabinet bien établi et achalandé. Choix entre petite ou grande ville. Pour plus d'information, voyez le site [www.altima.ca](http://www.altima.ca) ou joignez le : Dr George Christodoulou, Altima Dental Canada, tél. : (416) 785-1828, poste 201, courriel : drgeorge@altima.ca. D1783

**ONTARIO – Innisfil :** Dentiste à pourcentage dévoué et axé sur la personne demandé pour nouveau cabinet. Temps partiel conduisant à temps complet. 3 années d'expérience désirées. Veuillez télécopier C.V. au (905) 851-8916. D1786

**ONTARIO – Stouffville :** Poste de dentiste à pourcentage à temps partiel disponible pour cabinet de traitement des tissus mous, bien établi et axé sur la famille.

Envoyez C.V. par téléc. au (905) 640-8786 ou appelez Julie au (905) 640-8938. D1756

**ONTARIO/QUÉBEC :** Nous sommes à la recherche de dentistes à pourcentage bilingues pour 5 cabinets achalandés et bien établis dans le sud-ouest du Québec ou à Cornwall et à Hawkesbury, en Ontario. Traitements complets (couronnes, ponts, endodontie, etc.). Stabilité, souplesse et respect assurés. Vente possible. Il faut le voir pour le croire. Veuillez appeler Luc au (450) 370-7765. D1674

**ONTARIO – Nord :** Grand cabinet dentaire bien établi recherche dentiste à pourcentage à temps plein. Doit avoir des compétences cliniques et des aptitudes à la communication supérieures à la moyenne et être capable de travailler bien dans un cabinet achalandé et en équipe. Situé dans le nord de l'Ontario, cette jolie ville familiale offre plusieurs activités de loisirs, dont la pêche, la chasse, la motoneige et le vélo tout terrain. Il s'agit là d'une excellente occasion pour quiconque souhaite profiter d'un style de vie fantastique tout en exerçant la dentisterie à son meilleur. Notre clinique comprend trois hygiénistes dentaires et une caméra



## GENERAL DENTIST

Grenfell Regional Health Services invites applications for the position of permanent general dentist on a full-time basis for northern Newfoundland and southern Labrador, effective April 1, 2005. This is a challenging and interesting area where dental services are provided from regional bases in Newfoundland and travelling clinics on the south Labrador coast. The travelling requirement is approximately 1/3 of the total working time.

Salary for this position is on an 11 point government scale of \$75,433-\$94,916. Initial placement on this scale will be dependent on years of experience. An isolation bonus payment ranging from \$5,000-\$10,000 will be payable upon the completion of 1 full year of service. Currently, a retention incentive of \$10,000 annually, payable bi-weekly, is also in effect.

Fringe benefits include 6 weeks paid leave in a 12 month term. Assistance with relocation and continuing education costs are available. Accommodations are available at a reasonable rate.

Applicants must be eligible for registration with the Newfoundland and Labrador Dental Board. Preference will be given to applicants who are agreeable to working for a minimum 24 month term. Experience in oral surgery is desirable. Experience in general dentistry is essential.

Successful applicant will be required to submit a Certificate of Conduct.

Interested individuals are requested to submit resumes, along with names and addresses of referees, stating competition number, 05.03, to:

**Scott Smith**  
**Manager, Human Resources**  
**Grenfell Regional Health Services**  
**St. Anthony, NL A0K 4S0**  
**Canada**  
**Tel. (709) 454-0347**  
**Fax (709) 454-3301**  
**E-mail [humanresources@grhs.nf.ca](mailto:humanresources@grhs.nf.ca)**

D1664



## Tenure Track Faculty Position in Removable Prosthodontics College of Dentistry University of Saskatchewan

The College of Dentistry invites applications from qualified individuals for a faculty position in Removable Prosthodontics at the Assistant/Associate Professor level depending on qualifications. The College of Dentistry is implementing an active program of curriculum renewal, faculty renewal, and research intensification. The successful candidate will be an integral part of this process. Applicants will have postgraduate training in removable prosthodontics at the Masters or Ph.D. level with relevant clinical qualifications. Responsibilities will include didactic and clinical instruction of undergraduate students, research programs and administration. On-site and off-site private practice privileges are available. Rank and salary are commensurate with experience and qualifications. The university is committed to employment equity. Members of designated groups (women, Aboriginal people, people with disabilities and visible minorities) are encouraged to self-identify on their applications. All qualified candidates are encouraged to apply; however, Canadians and permanent residents will be given priority. Further information about our college and its programs are available at [www.usask.ca/dentistry](http://www.usask.ca/dentistry).

A letter of application, accompanied by a curriculum vitae, professional credentials, a statement of teaching and research interests, and letters from three referees should be sent to:

**Dr. James E. Stakiw**  
**College of Dentistry, University of Saskatchewan**  
**105 Wiggins Road, Saskatoon, Saskatchewan S7N 5E4**  
**Tel. (306) 966-5122 • Fax (306) 966-5132**  
**E-mail [james.stakiw@usask.ca](mailto:james.stakiw@usask.ca)**

Applications with complete documentation will be accepted until October 31, 2005 or until a suitable candidate is found.

D1763

intra-buccale. Vous aurez le privilège de faire de la restauration sous anesthésie générale. Bilinguisme un atout. Drs Gilles Lecours et Stéphane Villeneuve, C.P. 1000, Hearst, ON P0L 1N0; tél. : (705) 372-1601, téléc. : (705) 362-8170. D1703

**ONTARIO – Région d'Ottawa-Gatineau :** Dentiste demandé. Dentiste à pourcentage visant l'excellence demandé pour pratique de groupe, multidisciplinaire et achalandée. Excellent emplacement, 125 nouveaux patients par mois, très faible pourcentage de RAMQ. On recherche un dentiste bilingue ayant de l'entregent, une personnalité sympathique et aimant travailler en équipe. Une hygiéniste sera à votre disposition. Envoyez vos coordonnées par téléc. au (819) 246-2662 ou par courriel à centre.dentairelimbour@videotron.ca. D1712

**SASKATCHEWAN – Meadow Lake :** Vous cherchez un poste offrant des journées bien remplies, un bon potentiel de revenu et l'occasion d'exercer tous les aspects de la dentisterie? Voyez ce cabinet. Le candidat doit être un bon communicateur et s'employer à offrir des soins dentaires de qualité avec bienveillance à tous les groupes d'âge. Cabinet moderne tout informatisé, appareil de radiographie numérique. Meadow Lake se trouve près de l'un des plus grands et des plus beaux parcs provinciaux et offre de nombreux loisirs de plein air tout en étant un endroit idéal pour élever une famille, ayant des activités pour tous les âges et les goûts. Tél. : (306) 236-3707, téléc. : (306) 236-5370, courriel : sbudd@sasktel.net. D1782

**SASKATCHEWAN – Regina :** Dentiste à pourcentage demandé à temps plein pour rejoindre notre clinique dentaire bien établie et prospère. Nouvelles installations de pointe (avril 2004). La clinique offre tous les aspects de la dentisterie, y compris les soins esthétiques, les implants (chirurgicaux et restaurateurs) et les soins orthodontiques. Personnel de soutien excellent. Possibilité de rachat futur pour le bon candidat. Courriel : info@signaturesmiles.ca, téléc. : (306) 584-8422, tél. : (306) 584-2833 (le jour) ou (306) 781-3059 (le soir). D1711

**SASKATCHEWAN – Swift Current :** Dentiste à pourcentage demandé par un cabinet bien établi, occasion de rachat. Axé sur la famille, 3 salles opératoires, potentiel de croissance illimité. Excellent programme d'hygiène en place, grande

clientèle locale et rurale, relation de longue date avec la franchise WHL locale à titre de dentiste d'équipe. Le dentiste désire vendre, et le personnel est disposé à faciliter une transition rapide et réussie. Nouveaux diplômés bienvenus. Joindre : Dr Dave Busse, tél. : (306) 773-8686 (cabinet), (306) 773-4077 (résidence), téléc. : (306) 773-5660. D1720

**NEW YORK, É.-U. :** Excellente occasion pour un dentiste à pourcentage menant à un rachat. Petite ville sur le lac George (New York). Six salles opératoires, 10 bornes de raccordement, caméra intra-buccale, appareil de radiographie numérique, panorex. Dentisterie générale avec surveillance de l'alimentation. Cabinet de haute technologie bien aménagé. Mode de vie de plein air formidable. Tél. : (800) 988-5674. D1794

**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

**SUISSE :** Le Centre de Santé Scolaire de la ville de la Chaux-de-Fonds (CH) cherche pour son secteur dentaire recherche un/une médecin-dentiste à temps partiel (70%). Ce poste offre un environnement de travail agréable avec une équipe motivée et possibilité de le compléter dans un cabinet privé dynamique. Entrée en fonction : Janvier 2006 où à convenir. Les candidats sont priés d'adresser leur curriculum vitae à : Direction du Centre de Santé Scolaire, Rue de la Serre 14, CH - 2301 La Chaux-de-Fonds. Pour tout renseignement, veuillez vous adresser au Dr S. LATRECHE, tél. : 011 41 032 967 61 92. D1795

## Conférences

**EXPOSITION DENTAIRE DU NORD-OUEST DE 2005 :** Présentée par la Société dentaire d'Edmonton et district, le vendredi 30 septembre 2005. À l'affiche Ariel Raigrodski, Frederic Barnett, Michael Weinberg. Pour toute demande, tél. : (780) 459-1275. D1755

## Vente d'équipement et services

**À VENDRE :** Classeur à 6 tiroirs Dentamax, pour dossiers de 6,5 po sur 9 po. Bon état, finition chêne. 250 \$. Tél. : (403) 362-6616. Dr Alex Lo, C.P. 432, Brooks, AB T1R 1B4. D1798



# 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 2005)

	Ratios de gestion	1 an	3 ans	5 ans	10 ans
<b>Fonds de croissance canadiens de l'ADC</b>					
Fonds d'actions de croissance (Altamira)	jusqu'à 1,00 %	9,3 %	17,2 %	8,0 %	9,4 %
Fonds d'actions ordinaires (Altamira)	jusqu'à 0,99 %	20,6 %	15,9 %	1,1 %	7,7 %
Fonds d'actions canadiennes (Trimark) <sup>†1</sup>	jusqu'à 1,65 %	13,8 %	12,6 %	7,8 %	8,7 %
Fonds de dividendes (PH&N) <sup>†2</sup>	jusqu'à 1,20 %	18,5 %	17,3 %	13,3 %	17,8 %
Fonds d'actions spéciales (KBSH) <sup>†3</sup>	jusqu'à 1,45 %	22,2 %	16,1 %	-5,4 %	14,3 %
Fonds à indice composite TSX (BGI) <sup>††</sup>	jusqu'à 0,67 %	24,7 %	17,9 %	1,1 %	9,7 %
<b>Fonds de croissance internationaux de l'ADC</b>					
Fonds marchés émergents (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	21,8 %	20,0 %	3,7 %	1,9 %
Fonds de titres européens (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	6,1 %	-2,2 %	13,0 %	2,8 %
Fonds d'actions internationales (CC&L)	jusqu'à 1,30 %	4,7 %	0,8 %	-12,0 %	2,2 %
Fonds Bassin Pacifique (KBSH)	jusqu'à 1,45 %	6,5 %	1,6 %	-18,1 %	-0,7 %
Fonds d'actions (États-Unis) (KBSH) <sup>†4</sup>	jusqu'à 1,20 %	3,1 %	-1,3 %	-9,3 %	8,0 %
Fonds mondial (Trimark) <sup>†5</sup>	jusqu'à 1,65 %	7,8 %	4,9 %	6,0 %	8,7 %
Fonds mondial d'actions (Templeton) <sup>†6</sup>	jusqu'à 1,77 %	11,9 %	6,2 %	-0,2 %	s/o
Fonds indiciel S&P 500 (BGI) <sup>††</sup>	jusqu'à 0,67 %	4,5 %	2,7 %	-5,8 %	8,2 %
<b>Fonds à revenu de l'ADC</b>					
Fonds d'obligations et d'hypothèques (Fiera)	jusqu'à 0,99 %	5,2 %	5,7 %	5,9 %	6,5 %
Fonds à revenu fixe (McLean Budden) <sup>†7</sup>	jusqu'à 0,97 %	10,3 %	7,0 %	7,2 %	8,0 %
<b>Fonds liquide et quasi-liquide de l'ADC</b>					
Fonds d'effets financiers (Fiera)	jusqu'à 0,67 %	1,8 %	2,0 %	2,7 %	3,5 %
<b>Fonds de croissance et à revenu de l'ADC</b>					
Fonds mixte (PH&N) <sup>†8</sup>	jusqu'à 1,20 %	11,4 %	8,1 %	0,2 %	7,2 %
Fonds valeur mixte (McLean Budden) <sup>†9</sup>	jusqu'à 0,95 %	11,2 %	9,5 %	6,1 %	9,5 %

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

† Les taux de rendement donnés sont ceux relatifs aux fonds suivants, qui sont des véhicules de placement des fonds de l'ADC : <sup>1</sup>Trimark Canadian Fund, <sup>2</sup>PH&N Dividend Income Fund, <sup>3</sup>KBSH Special Equity Fund, <sup>4</sup>KBSH US Equity Fund, <sup>5</sup>Trimark Fund, <sup>6</sup>Templeton Global Stock Trust Fund, <sup>7</sup>McLean Budden Fixed Income Fund, <sup>8</sup>PH&N Balanced Pension Trust Fund, <sup>9</sup>McLean 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](http://www.cdspi.com/fonds).



Innovation révolutionnaire :

Nouvelle **Colgate\*** **360°**  
NETTOYAGE POUR TOUTE LA BOUCHE

Pointe surélevée pour atteindre plus facilement les dents du fond

Capuchons polissants en caoutchouc souple pour éliminer les taches en douceur

**Nettoie-langue perfectionné à texture douce pour aider à éliminer jusqu'à 96 % plus de bactéries causant la mauvaise haleine<sup>1</sup>**

Soies fuselées pour atteindre plus facilement le bord gingival

Appui-pouce capitonné pour un meilleur contrôle et plus de confort

## Conçue pour le nettoyage de toute la bouche

Des **tests en clinique** ont prouvé que, grâce à une configuration spéciale des soies, Colgate\* 360°\* :

- Élimine jusqu'à 40 % plus de plaque interdentaire<sup>2</sup>
- Réduit jusqu'à 72 % plus efficacement le saignement des gencives<sup>3</sup>

En outre, **des résultats cliniques** montrent que son nettoie-langue perfectionné aide à :

- Éliminer jusqu'à 96 % plus de bactéries causant la mauvaise haleine<sup>1</sup>
- Réduire la mauvaise haleine à un niveau jusqu'à 3 fois moins élevé<sup>4</sup>

Recommandez Colgate\* 360°\* pour un nettoyage de toute la bouche

1. Contre le brossage des dents uniquement avec Oral-B® Indicator® M, Williams et autres, Compend Control Educ Dent 2004, 2010 suppl. 21 : 11-21. 2. Contre Oral-B® CrossAction® S, Nathan et autres, Compend Control Educ Dent 2004, 2010 suppl. 21 : 31-46. 3. Contre Oral-B® Indicator® S, Maroldi et autres, Compend Control Educ Dent 2004, 2010 suppl. 21 : 29-36. 4. Contre le brossage des dents uniquement avec Oral-B® Indicator® et Oral-B® Spinbrush® FRS, M. Williams et autres, Compend Control Educ Dent 2004, 2010 suppl. 21 : 23-31. Oral-B, CrossAction et Indicator sont des marques déposées de Oral-B Laboratories. Oral et Spinbrush sont des marques de commerce de Procter & Gamble Company, Inc.



# L'AVANCEMENT DE LA DENTISTERIE PAR LA TECHNOLOGIE

## GRUPE DE CONCEPTION DENTAIRE

- Concevez votre propre cabinet
- Actualisez votre cabinet existant

## CRÉDIT-BAIL

- Services financiers Henry Schein

## ÉQUIPEMENT ET HAUTE TECHNOLOGIE

- Des pièces à main jusqu'aux salles opératoires
- Caméras intrabuccales, systèmes radiographiques numériques et lasers

## LOGICIELS DE GESTION DE CABINET/D'IMAGERIE

- Dentrix®, CaptureLink et ViperSoft®
- Matériel complet, solution de réseautage
- Formation et soutien

## PRO-REPAIR ET PRO-SERVICE

- Installation et service
- Programmes d'entretien préventif

 HENRY SCHEIN®  
ASH ARCONA

*Appelez au jour d'hui pour  
une consultation gratuite*  
**1.800.263.3621 | [www.hsa.ca](http://www.hsa.ca)**