

# JADC

Avril 2006, Vol. 72, N° 3

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



Rachat d'un cabinet :  
point de vue d'un  
évaluateur ...211

Fabrication d'orthèses à  
recouvrement complet ...233

Nouveau matériau  
d'obturation réduisant  
la microinfiltration ...245

Le Dr Asbjørn Jokstad : conseils en prosthodontie  
et réflexions personnelles sur la profession ...219-231

Une lecture indispensable aux dentistes canadiens

# Le STANDARD EN OR du mordançage!

## Ultra-Etch®

Une solution d'acide phosphorique à 35%, **Ultra-Etch®** peut pénétrer à l'intérieur des plus minuscules fissures des surfaces occlusales, cependant sa viscosité élevée ne lui permet pas de s'étendre sur la surface verticale.

Les études démontrent que **Ultra-Etch** assure les meilleurs résultats de mordançage de dentine et il est le seul agent de mordançage à l'acide phosphorique de dentine auto-limitant.<sup>1</sup> **Ultra-Etch** décalcifie à un maximum de 1.9µm en 15 secondes. La force de pénétration de la plupart des adhésifs à résines n'est que de 2µm. Décalcifier plus profondément que l'adhésif à résine est capable de pénétrer, crée un vide, une pression hydraulique s'ensuit dans les tubules et une sensibilité post-opératoire en découle.

<sup>1</sup> - Perdigao J, Lambrechts P, Van Meerbeek B, Vanherle G. J Dent Res. 1996; 75:390 (Lit #41)



Détenteur d'un  
Prix d'excellence Cinq  
Étoile de REALITY 2005

**2005**  
**REALITY**  
Five Star Award



## Achetez-en 3, obtenez-en 1 GRATUIT!

Recharges IndiSpense de 30 ml  
\$89.95 chacune

Emballage de 4 Recharges Ultra-Etch  
(4 seringues x 1.2ml)  
\$44.95 chacun

Offre prend fin le 30 mai, 2006



Commandez directement.

**CLINICAL RESEARCH DENTAL**  
SUPPLIES & SERVICES INC.

Composez le

**1-800-265-3444**

poste 289

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

Directeur général de l'ADC

**George Weber**

Rédacteur en chef

**Dr John P. O'Keefe**

Rédacteur/réviseur

**Sean McNamara**

Révisseur adjointe

**Natalie Blais**

Coordonnatrice de la

traduction française

**Nathalie Upton**

Coordonnatrice des publications

**Rachel Galipeau**

Rédactrice des médias

électroniques

**Emilie Adams**

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

Site Web : www.cda-adc.ca

© L'Association dentaire canadienne 2006

## 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 Benoît 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**

**Photo couverture : gracieuseté de Rita Bauer et Bruno Rakiewicz, Université de Toronto, Faculté de médecine dentaire.**

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.

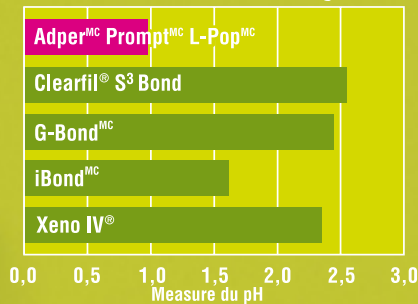
Port payé à Ottawa (Ontario). Veuillez nous prévenir le 10 du mois de tout changement d'adresse pour recevoir le *JADC* à votre nouvelle adresse le mois suivant. Un abonnement vaut pour 10 numéros et coïncide avec l'année civile. Tout abonnement pour 2006 est payable à l'avance en devises canadiennes. 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

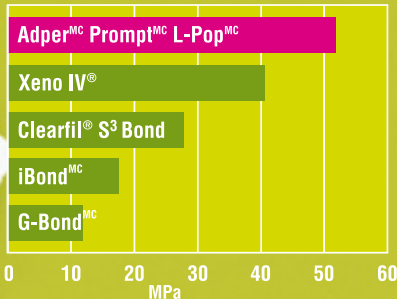
# Amélioration des performances



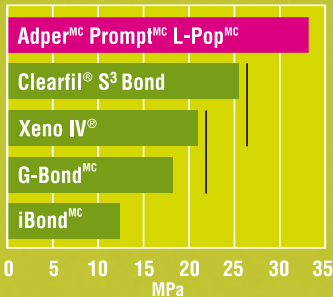
## Mesure du pH des systèmes adhésifs d'auto-mordançage†



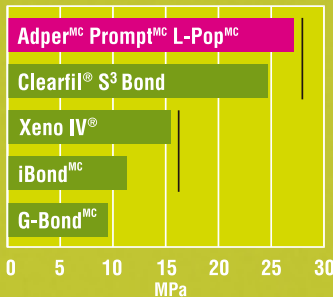
## Liaison à la dentine\*



## Liaison à l'émail altéré\*



## Liaison à l'émail non altéré\*



Les résultats des tests confirment la résistance aux micro-ruptures de la liaison réalisée avec l'adhésif d'auto-mordançage Adper Prompt L-Pop.

Les graphiques ci-dessus illustrent la résistance moyenne de la liaison aux micro-ruptures. Les lignes noires verticales relient les produits présentant une résistance statistiquement similaire.

†Source : Données internes de 3M ESPE.

\*Source : Résultats d'un test indépendant gracieusement fournis par le Dr Jorge Perdigo, Université du Minnesota.

## Résistance de la liaison éprouvée : confiance totale.

La plupart des adhésifs d'auto-mordançage nécessite encore un pré-mordançage à l'acide pour préparer l'émail intact à la liaison. Le faible pH de l'adhésif d'auto-mordançage Adper<sup>MC</sup> Prompt<sup>MC</sup> L-Pop<sup>MC</sup> élimine cette contrainte et lui permet d'adhérer à la dentine, à l'émail altéré et **même à l'émail non altéré** – sans séquence distincte de pré-mordançage.

## Voici quelques-uns des nombreux avantages qui en découlent dans la pratique :

- Cliniquement éprouvé
- Très faible risque de sensibilité post-opératoire
- Désensibilisation des surfaces radiculaires hypersensibles
- Technique de scellement simplifiée
- Système de distribution uni-dose innovateur et jetable

Visitez le site [www.3MESPE.com/CA](http://www.3MESPE.com/CA) ou appelez-nous au 1 800 265-1840, poste 6229

Adhésif d'auto-mordançage  
**Adper<sup>MC</sup> Prompt<sup>MC</sup> L-Pop<sup>MC</sup>**

**3M ESPE**

## RUBRIQUES ET CHRONIQUES



205



223



228

<b>Éditorial</b> .....	189
<b>Mot du président</b> .....	191
<b>Courrier</b> .....	193
<b>Nouvelles et actualités</b> .....	199
<b>Congrès annuel de l'ADC</b> .....	205
<b>Défi diagnostique</b> .....	215
<b>L'entrevue du JADC</b> .....	219
D'Oslo à Toronto : Le Dr Asbjørn Jokstad met le cap sur le Canada	
<b>Point de service</b> .....	223
Quelles considérations faut-il garder à l'esprit si on veut commencer à faire des restaurations toutes céramiques plutôt que des restaurations céramo-métalliques? .....	
	223
Quel est le meilleur ciment de scellement pour les prothèses fixes? .....	
	226
Comment obtenir une empreinte parfaite? .....	
	228
Que penser des divers types de pivots canaux sous prothèse fixe? .....	
	230
<b>Images cliniques</b> .....	233
Technique prévisible pour la fabrication et la mise en place d'orthèses dentaires non destinées au traitement de l'apnée du sommeil	
<b>Nouvelles du CDSPI</b> .....	258
<b>Petites annonces</b> .....	259
<b>Index des annonceurs</b> .....	264

## LES AFFAIRES DE LA DENTISTERIE

<b>La bonne dentisterie est une affaire de bonnes communications</b> .....	207
<b>Les dentistes à pourcentage et la vente de votre cabinet – point de vue d'un évaluateur</b> .....	211



**1<sup>res</sup> brosses à dents électriques !**




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

# La solution synthétique à la régénération naturelle des os

PerioGlas<sup>MD</sup> est un matériel synthétique de régénération ostéostimulative des os pour les sites d'extraction et les défauts parodontaux et maxillo-faciaux. Dès que PerioGlas<sup>MD</sup> interagit avec le sang, une cascade de processus physiologiques se met en branle qui résulte en une stabilisation de la coagulation, une angiogenèse, une prolifération des ostéoblastes et une nouvelle formation osseuse.

Dans plus de 650 000 cas à l'échelle mondiale, PerioGlas<sup>MD</sup> a été prouvé sécuritaire, biocompatible et facile à utiliser.



Caractéristiques :	Avantages :
Verre synthétique et bioactif	Aucun risque de réponse antigénique ou de transmission de maladie. Rassure les patients en ce qui a trait à l'utilisation d'os de cadavres et d'animaux.
Se résorbe entièrement	Fait partie du processus de remodelage naturel des os; os en santé et vascularisé.
Hémostatique	Encourage la stabilisation de la coagulation.
L'ostéostimulation	Accroît la formation osseuse, tel que démontré durant l'implantation
Facile à utiliser	Adhère aux instruments, ce qui facilite sa mise en place; conserve sa forme dans le site défectueux.

Pour de plus amples renseignements ou pour commander, composer le 1 800 265-7203 ou visiter le [www.SunstarButler.com](http://www.SunstarButler.com)

**SUNSTAR  
BUTLER**

**PERIOGLAS<sup>®</sup>**

DÉBAT ET COMMENTAIRE



**En faveur des orthèses dentaires non destinées au traitement de l'apnée du sommeil en acrylique dur et à recouvrement complet.....239**

*Michael J. Racich*

SUJETS PROFESSIONNELS

**Perceptions et attitudes des dentistes canadiens envers les technologies numériques et électroniques.....243**

*Carlos Flores-Mir, Neal G. Palmer, Herbert C. Northcott, Fareeza Khurshed, Paul W. Major*

RECHERCHE APPLIQUÉE

**Analyse comparative de la microinfiltration et du scellement obtenus avec les 2 matériaux d'obturation Resilon/Epiphany et gutta-percha.....245**

*Allen Aptekar, Ken Ginman*

PRATIQUE CLINIQUE



**Preuve convaincante que le formocrésol utilisé en dentisterie pédiatrique est sans danger.....247**

*Alan R. Milnes*

**Transmigration of Impacted Mandibular Canines — Report of 4 Cases.....249**

*Ajit Auluck, Archana Nagpal, Suhas Setty, Keerthilatha M. Pai, James Sunny*

**Longevity of a Maxillary 2-Unit Cantilever Fixed Partial Denture: Clinical Report.....253**

*Usama Nassar, Shawn Russett*



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 »



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 : M. John Reid, a/s Keith Communications Inc., 104-1559, rue Hurontario, Mississauga (Ontario) L5G 4S1  
 • Sans frais : 1-800-661-5004, poste 23  
 • Tél. : (905) 278-6700  
 • Télécopieur : (905) 278-4850

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, poste 18  
 • 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. En outre, l'ADC ne peut être tenue responsable ni des erreurs typographiques, orthographiques et grammaticales, ni des ambiguïtés syntaxiques.

# NOUVELLE ORAL-B PULSAR.

## Nous avons redéfinie la « brosse à dents manuelle »

### Douces et flexibles, les soies MicroPulse<sup>MC</sup>

pivotent pour pénétrer profondément dans les espaces interproximaux et nettoient le long de la ligne gingivale.

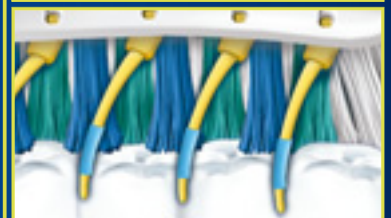
La pulsation légère des soies MicroPulse aide à déloger la plaque et à stimuler les gencives pour procurer aux patients un nettoyage<sup>1</sup> supérieur qu'ils peuvent sentir.

Appuyez ici  
pour sentir les  
pulsations.

### SENTEZ LES PULSATIONS. VOYEZ LES RÉSULTATS.

La nouvelle Oral-B Pulsar est la première brosse à dents manuelle avec pulsation – les soies révolutionnaires MicroPulse pivotent et exercent une pulsation qui assiste les patients à se procurer un nettoyage supérieur<sup>2</sup> et les incitent à se brosser les dents plus longtemps<sup>3</sup>. De plus, l'action de pulsation dure pendant 3 mois, encourageant un remplacement régulier de la brosse. C'est l'innovation qu'attendaient vos patients fidèles au brossage manuel. Oral-B. Précisément.

#### SOIES MICROPULSE PIVOTANTES



Oral-B  
PULSAR<sup>MC</sup>

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 [www.oralbprofessional.com/pulsar](http://www.oralbprofessional.com/pulsar).

1, 2. Données fichées comparée à la Oral-B Advantage<sup>®</sup> Plus  
3. 2004 Test Oral-B aux consommateurs  
© 2005 Oral-B Laboratories





Le Dr John P. O'Keefe

## Le VIH ne fait aucune discrimination

« Nous devons mettre à jour nos connaissances et méthodes d'application des précautions standards afin de prévenir la propagation de pathogènes à diffusion hémotogène. »

Un jour, mon professeur préféré de chirurgie buccale m'a posé une question piège pendant que je l'assistais. Alors qu'il tentait d'extraire la racine enfouie d'une molaire inférieure à l'aide d'un élévateur, il me demanda à quelle structure anatomique la pointe de l'élévateur toucherait si elle glissait. Avant que j'aie pu répondre, il s'écria : « Mon doigt, et ne l'oubliez jamais. »

Vingt ans plus tard, je me retrouve à extraire une molaire à un patient qui a déclaré être atteint du VIH. Au moment d'utiliser les pinces, la couronne se casse. Je prends alors l'élévateur Cryers, et les paroles de mon professeur me reviennent à l'esprit. Je me demande ce qui arriverait si je me perforais le doigt durant l'intervention et si je contractais la maladie. Pendant tout le reste de l'intervention, j'ai eu peur.

Les craintes que j'ai ressenties sont bien connues de tous les dentistes. Malheureusement, elles peuvent amener certains collègues à refuser de traiter des personnes atteintes du VIH/sida ou à leur faire comprendre qu'elles ne sont pas les bienvenues dans leur cabinet. Ces gestes ont de graves conséquences sur notre profession. Dans le monde actuel, les dentistes ne peuvent exercer de discrimination contre ces personnes ni refuser de les traiter simplement en raison de leur état de santé.

Dans les années 1980, alors que j'étais à l'étranger, j'ai surpris 2 dentistes en train d'échanger des propos scandaleux au sujet de patients homosexuels. L'un d'eux expliquait qu'il avait chassé 2 hommes qui se tenaient par la main pendant que l'un d'eux attendait de recevoir ses traitements, en mentionnant qu'il ne voulait traiter aucune personne atteinte du VIH dans son cabinet et que ces personnes devraient trouver des praticiens « libéraux » qui accepteraient de les soigner. C'était peut-être un cas extrême, mais c'est le reflet des préjugés qu'on avait à l'époque vis-à-vis des personnes exposées au VIH/sida.

Ces préjugés sont tout simplement faux et n'ont absolument pas leur place aujourd'hui. On estime actuellement à près de 20 000 le nombre de

Canadiens qui ignorent être porteurs du VIH. Bien que dans les pays occidentaux développés une grande partie des premiers cas de VIH étaient des hommes homosexuels, l'épidémiologie de la maladie a changé considérablement. Aujourd'hui, l'incidence des cas de VIH chez les hommes homosexuels a diminué significativement, et ce sont chez les femmes hétérosexuelles que les cas augmentent le plus. En qualité de dentistes, nous devons présumer que tous les patients peuvent être VIH positifs.

Les tribunaux canadiens considèrent le VIH/sida comme une déficience physique, et il nous est interdit, selon les lois canadiennes sur les droits de la personne et nos codes de déontologie professionnelle, d'exercer une discrimination contre toute personne atteinte d'une déficience. Néanmoins, certains groupes revendicateurs prétendent qu'un pourcentage important de personnes atteintes du VIH/sida ont encore du mal à trouver un dentiste qui accepterait de les traiter dans un environnement agréable.

En plus de créer des poursuites individuelles et collectives contre des dentistes pour violation des droits de la personne, cette discrimination pourrait dissuader les patients VIH positifs de déclarer leur maladie sur nos questionnaires de santé. Traiter les personnes porteuses du VIH dans la clandestinité peut avoir des conséquences plus graves sur les fournisseurs et bénéficiaires des soins.

Pour éviter cela, nous devons entièrement mettre à jour nos connaissances et méthodes d'application des précautions standards afin de prévenir la propagation de pathogènes à diffusion hémotogène. Nous devons également veiller à ce que notre personnel possède des compétences et connaissances dans ce domaine. Nous avons le devoir de connaître à fond des ressources comme le Guide de contrôle des infections de l'ADC et les Directives pour le contrôle des infections en milieu dentaire des Centers for Disease Control des États-Unis.

Pour en revenir à mon patient VIH positif, j'aurais dû penser qu'il y avait seulement 0,3 % de risque que je contracte la maladie à la suite d'une blessure percutanée. J'aurais dû montrer plus de compassion envers une personne qui a un fardeau beaucoup plus lourd à porter dans la vie que moi. Je crois qu'il est urgent que notre profession travaille en collaboration avec les organismes de défense des droits des sidatiques afin de promouvoir l'accessibilité des soins dentaires aux personnes qui vivent avec cette maladie.

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



## 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.*

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

\*MD Colgate-Palmolive Canada Inc.



Le Dr Jack Cottrell

## Votre association vouée à l'excellence

Le Canada dresse un bilan positif des dernières olympiques de Turin en Italie, soulignant le succès phénoménal remporté par ses athlètes. La population ressent une grande fierté nationale alors que ces femmes et ces hommes se sont imprégnés de l'esprit olympique, montrant au monde entier la détermination, le dévouement et l'engagement à donner le meilleur d'eux-mêmes. Bien qu'elles ne soient pas uniques aux Canadiens, ces valeurs contribuent en quelque sorte à définir notre identité nationale.

Le présent article, qui est mon dernier comme président de l'ADC, se veut une réflexion sur les réussites incroyables de l'ADC au cours des 12 derniers mois, alors qu'ensemble, nous avons surmonté des obstacles et relevé les défis auxquels notre profession fait face tous les jours.

Le fait marquant de l'année est sans contredit nos olympiques bien à nous – le Congrès mondial de la FDI tenu en août dernier. Je suis certain que ceux qui d'entre vous sont venus à Montréal seront, comme moi, très fiers de ce que le Canada a accompli en organisant cet événement d'envergure – le plus important du genre sur son territoire. Des professionnels dentaires de plus de 130 pays y ont participé. Très impressionnés par la qualité du site et des rencontres, ils ont remercié le Canada pour sa contribution à la communauté dentaire internationale. Ces rencontres ont témoigné des liens qui unissent les membres de notre profession. Peu importe où nous exerçons notre profession, nous faisons tous partie de la même famille et sommes tous liés les uns aux autres.

Autre thème important de ma présidence : la valeur que nous apportons et que nous recevons en retour quand nous choisissons d'appuyer nos établissements d'enseignement en tant qu'anciens ou de nous joindre à nos associations professionnelles à l'échelle locale, provinciale, nationale et internationale. Autrement dit, nous devons donner si nous voulons recevoir.

Ce fut une année décisive sur le plan de l'excellence en matière d'efficacité à l'ADC. Redevabilité, pertinence et transparence sont des principes directeurs que nous avons renforcés au sein de l'Association. La réalisation d'objectifs stratégiques est devenue la pierre angulaire de notre efficacité organisationnelle. Cette année, le conseil d'administration a défini les objectifs opérationnels du Plan stratégique de l'ADC jusqu'en 2010. Nous accordons une grande importance à la définition et au suivi des résultats pour qu'en bout de ligne, nos membres en profitent. Cette stratégie renouvelée permet à l'ADC de bâtir et de favoriser des relations synergiques améliorées avec nos associations membres.

Quant à nos membres individuels, je vois un lien évident entre les exigences énormes qu'on impose aujourd'hui aux dentistes et les attentes subséquentes de l'ADC. Nous en sommes conscients et relevons le défi, en étant plus à l'écoute des préoccupations de nos membres tout en soulignant le côté solidaire de l'Association. Nous avons accru notre capacité de régler efficacement les problèmes résultant d'un marché qui change rapidement, en veillant à ce que nos membres aient toujours l'occasion de fournir des soins accessibles et de qualité dans un environnement propice à la réussite et à la croissance professionnelles.

Au cours des 12 derniers mois, nous avons offert à nos membres beaucoup de nouveaux avantages tangibles, tels ITRANS et eQualifID, LexiComp et le Centre d'économies pour les membres. Cette liste s'allongera considérablement dans l'année qui vient alors que nous respecterons notre engagement à élaborer et à offrir un ensemble complet de services indispensables à nos membres.

Toutes ces réalisations n'auraient pas été possibles sans les efforts d'une équipe chevronnée de comités et d'élus bénévoles qui travaillent pour vous sans relâche tous les jours. Je suis sincèrement reconnaissant de leur dévouement inébranlable. Je suis également émerveillé devant le travail acharné qu'a accompli le personnel de l'ADC, qui se voue à améliorer notre profession et à réaliser nos objectifs. Au sein de notre univers, ce sont les femmes et les hommes qui composent ces équipes qui sont les vrais olympiens.

Enfin, mes remerciements s'adressent tout particulièrement à vous tous qui m'avez encouragé et appuyé durant mon mandat à la présidence de l'ADC. Ce fut pour moi un honneur et un privilège de vous servir.

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

« La réalisation d'objectifs stratégiques est devenue la pierre angulaire de notre efficacité organisationnelle. »

# Quoi de neuf dans la boîte jaune.



## Le numérique. Toujours Kodak.

### **Nous vous présentons le Système de radiographie numérique KODAK CR 7400.**

Le système de radiographie assisté par ordinateur CR 7400 de Kodak représente le fruit de nombreuses années d'expérience en imagerie. Ce système abordable simplifie le passage vers le numérique et sa mise en application s'intègre aisément dans le déroulement habituel du travail. De plus, ce système fait partie de la gamme complète des solutions numériques Kodak, ainsi, lorsque vous êtes prêt à utiliser la technologie numérique, vous pouvez continuer à utiliser les produits Kodak.

**Pour de plus amples renseignements, téléphonez directement à  
Kodak en utilisant le numéro sans frais suivant : 1 800 944-6365  
ou visitez notre site Web au [www.kodak.com/dental](http://www.kodak.com/dental)**

Imagerie numérique / Imagerie traditionnelle / Services

### **Système KODAK CR 7400** *L'imagerie numérique simplifiée.*



# Le bénévolat international : une vision à long terme s'impose

Nous avons lu l'article des Dicksons<sup>1</sup> avec grand intérêt. Ce doit être dans l'air du temps, car un autre article récent<sup>2</sup> comprenait des commentaires semblables au sujet du bénévolat international en dentisterie. Il est gênant de critiquer les activités faites avec de grands efforts personnels, par sacrifice et dans les meilleures intentions. On doit reconnaître et priser très hautement ces gestes de solidarité et de compassion. Cependant, l'aide au développement est une activité complexe, et nous ne devons pas fermer les yeux sur leurs effets secondaires négatifs. Il faut tenir compte de ces effets secondaires afin d'améliorer l'impact de ce travail bénévole désintéressé de la part de bon nombre de nos collègues.

Or, il est vrai que de nombreux bénévoles et organismes dentaires non gouvernementaux n'ont pas suivi l'évolution des méthodes conçues à la suite d'expériences frustrantes dans les décennies antérieures. Les mots clés de cette évolution sont intégration, durabilité, propriété, participation, technologie appropriée, éducation et habilitation, pour ne nommer que ceux-là.

Un sondage auprès de plus de 200 organismes non gouvernementaux (ONG) œuvrant en santé buccodentaire internationale<sup>3</sup> a révélé des faits saisissants qui préoccupent beaucoup : le manque de planification convenable, une pauvre intégration des projets dans les systèmes de santé existants, l'absence de critères pour la sélection des bénévoles, le manque de directives et de politiques pour les gérer, de faibles liens avec les autres ONG, et seulement un intérêt minime pour adopter des méthodes rigoureuses en matière de santé dentaire publique. Bien sûr, il y a des exceptions et des ONG qui font un travail remarquable. L'impact de la plupart de ces organismes actifs dans le domaine de la

santé buccodentaire internationale reste toutefois très restreint.

On a récemment proposé<sup>2</sup> que l'ensemble de mesures de base approuvé par l'OMS pour les soins buccodentaires<sup>4</sup> offre aux organismes dentaires non gouvernementaux des outils et des occasions pour maximiser leur impact. À l'avenir, le point de mire des ONG œuvrant dans le secteur de la santé sera le droit à la santé et la promotion de la santé en général. Cette stratégie exige une responsabilité accrue pour agir en fonction des meilleures données et pour former les bénévoles postés de façon convenable. Les organismes dentaires non gouvernementaux et les bénévoles ne doivent pas rater cette évolution.

Mahatma Gandhi disait : «Il se peut que vous puissiez faire très peu, mais il est important que vous fassiez ce très peu.» Cependant, ce doit être le meilleur très peu possible.

*Dr Habib Benzian  
Chef du développement et de la santé publique  
Fédération dentaire internationale*

*Professeur Wim van Palenstein Helderman  
Centre de collaboration de l'OMS  
Nijmegen, Pays-Bas  
Membre  
Comité du développement dentaire et de la promotion de la santé de la FDI*

## Références

1. Dickson M, Dickson G. Le bénévolat : au-delà de l'acte de charité. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(11):865-9.
2. van Palenstein Helderman W, Benzian H. Implementation of a basic package of oral care: towards a reorientation of dental NGOs and their volunteers. *Int Dent J* 2006; 56(1):44-8.
3. Benzian H, Gelbier S. Dental aid organisations: baseline data about their reality today. *Int Dent J* 2002; 52(5):309-14.

4. Frencken JE, Holmgren C, van Palenstein Helderman W. Basic package of oral care. Nijmegen, Netherlands: WHO Collaborating Centre for Oral Health Care Planning and Future Scenarios, University of Nijmegen, 2002, Netherlands.

J'ai beaucoup apprécié le récent article sur le bénévolat international<sup>1</sup>. C'était un plaidoyer éloquent touchant plusieurs questions que nous sommes parvenus à comprendre après 15 années de mission dentaire au Kenya et au Népal.

Dans notre travail avec la Mission unie au Népal (1991-2000), nous avons aidé à développer, avec notre collègue canadien Robert Yee, une approche aux problèmes de santé buccodentaire conforme à celle de la santé publique, c'est-à-dire axée sur la recherche et la promotion du fluorure ainsi que la mise sur le marché d'un dentifrice fluoruré fabriqué localement et peu cher. Nous tentons toujours d'obtenir de bons résultats épidémiologiques comme preuves de ce que nous faisons. Près de 7 années se sont écoulées avant que nous ayons pu soutenir que 95 % du dentifrice fabriqué au Népal était fluoruré suivant les normes internationales.

Oui, nous avons arraché encore des dents et réparé des mâchoires brisées. Et oui, en plus de l'appui généreux de collègues du Royaume-Uni, de l'Amérique du Nord et de l'Australasie, nous avons également reçu de la composite durcie, des sondes d'exploration courbées et des appareils 110V! Nous avons également eu de nombreuses demandes de la part de dentistes bien intentionnés pour nous faire profiter de leurs grandes aptitudes pendant 2 semaines.

À première vue (et ayant toujours besoin d'un plus grand nombre de personnes pour aider), il aurait paru

## 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. Le JADC se réserve le droit de modifier la longueur et le style des lettres. 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».

impoli et inconvenant de rejeter cette aide. Cependant, nous avons appris avec le temps à nous adapter à la situation locale et à nous hâter lentement. J'ai souvent dit en blaguant que le plus essentiel dans ma trousse était un rouleau de corde pour me lier les mains derrière le dos. Je ne pouvais alors imposer mes solutions avant d'analyser les attentes et les ressources de l'endroit pour être autonome. Quand le grand médecin occidental n'est plus là, qu'arrive-t-il?

On parle beaucoup dans la presse dentaire des occasions sabbatiques dans des endroits moins fortunés dans le monde. À moins de séjourner vraiment plus longtemps dans les pays en développement, il est difficile de comprendre la logique de simplement prendre l'avion avec une belle valise remplie de toutes sortes de trucs.

*Dr Neil McDonald  
Directeur clinique adjoint  
Service de soins dentaires primaires indemnisés  
Truro, Cornwall  
Royaume-Uni*

## Référence

1. Dickson M, Dickson G. Le bénévolat : au-delà de l'acte de charité. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(11):865-9.

J'ai trouvé l'article des Dicksons sur le bénévolat<sup>1</sup> anecdotique et dogmatique, minimisant bon nombre de bonnes gens qui font du bénévolat sur la scène internationale avec humilité, humanité et même amour. Bien qu'il contienne sûrement des vérités, il commet l'erreur de peindre tout le monde avec le même pinceau.

Bien entendu, nous voulons que la dentisterie vise à améliorer la santé de la population, mais de quoi s'agit-il exactement et qui l'accomplira? Le gouvernement? Les organismes professionnels? Les organismes non gouvernementaux? Ceux dans le besoin? Qu'offre-t-elle à l'enfant ou à l'adulte passant la nuit avec un mal de dents? Le travail de développement international est difficile et complexe au mieux, et encore plus en dentisterie où une partie de ce qu'il nous faut n'existe pas encore (par exemple, une pleine compréhension de l'étiologie de la carie et de la

maladie parodontale). Il n'y a pas de livre de cuisine offrant des recettes toutes faites. L'horrible vérité est que tant que la volonté collective de l'humanité ne sera pas poussée à priser, à respecter et à honorer les droits fondamentaux de tous, nos meilleurs efforts resteront des solutions symboliques. Ceci ne veut pas dire qu'elles sont sans valeur.

L'article comprend une liste dressée par des fournisseurs de soins de santé de la Mozambique indiquant comment les étrangers peuvent faire de meilleures contributions. Or, ce sont là tout à fait les mêmes attributs que je retrouve dans les personnes qui font du bénévolat sur la scène internationale! Quitter la zone de confort de nos nids nord-américains pour travailler à l'étranger est pour la plupart une expérience qui les transforme et change leur vie. Je soutiendrai que si tout étudiant en dentisterie et professionnel de la santé passait 1 ou 2 semaines dans le «circuit du bénévolat international», nous serions beaucoup plus près de créer les sociétés compassionnelles nécessaires pour favoriser les «nouveaux paradigmes». En attendant, je continuerai à faire ce que je peux, construisant de petits ponts, offrant des soulagements à des gens et remerciant une profession qui m'a beaucoup donné. Le vrai changement se conçoit en le voulant et se produit en l'accomplissant.

*Dr Amil Shapka  
Président  
Kindness In Action Service Society of Alberta  
St. Paul (Alberta)*

## Référence

1. Dickson M, Dickson G. Le bénévolat : au-delà de l'acte de charité. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(11):865-9.

## Réponse des auteurs

La lettre du Dr Shapka ne nous surprend pas. Son point de vue est répandu et l'un de ceux que nous voulions à dessein aborder dans notre article<sup>1</sup>. Nous acceptons le dialogue avec le président d'un organisme qui organise des expériences outre-mer pour d'autres. C'est au niveau organi-

sationnel que les responsabilités touchant l'orientation des bénévoles résident. Il est important que les organismes préparent les bénévoles et exercent une influence auprès des partisans afin qu'ils voient le tableau d'ensemble et où leur travail se raccorde à celui du pays d'accueil. De cette façon, ce qui est planifié et finalement exécuté par les bénévoles complète les propres stratégies du pays en matière de santé buccodentaire afin d'atteindre le plus grand nombre possible de citoyens. Bien que les réalités spécifiques diffèrent d'un pays à l'autre, certains principes de base pour le bénévolat sont communs, et c'est ce que nous soulignons dans l'article.

Le souci du Dr Shapka pour un enfant ou un adulte qui passe la nuit avec un mal de dents est réel, et bien qu'il désire des réponses pratiques, il soutient qu'«il n'y a pas de livre de cuisine offrant des recettes toutes faites». Dans la plupart des cas, son souci est partagé par les autorités du pays d'accueil qui, de fait, ont conçu des plans de santé buccodentaire (le livre de cuisine) avec des stratégies (des recettes) pour la formation et l'accroissement de la prestation des services. À tout le moins, les bénévoles et leurs organismes doivent étudier ces plans de santé afin de savoir ce que le pays essaie d'accomplir et quelles ressources (humaines et matérielles) sont exigées. La consultation avec les autorités locales fera également beaucoup pour rendre la contribution des bénévoles compatible avec les programmes des pays d'accueil.

La bonne volonté et les meilleures intentions peuvent avoir des bienfaits à court terme. Mais si l'objectif est le développement à long terme, le bénévolat doit se faire différemment. Il nous faut changer la façon dont nous avons été formés pour exercer et ce qui peut être le plus confortable pour nous. En Mozambique, les autorités de la santé nous ont dit qu'elles aiment comment les Canadiens travaillent, et

Suite à la p. 196

# IPS<sup>®</sup> e.max

IPS e.max<sup>®</sup>

**Tout** céramique

**Tout** ce dont vous avez besoin

IPS e.max<sup>®</sup> propose les toutes dernières technologies de pointe en matière de céramique pressée et de CAD/CAM, pour une dentisterie esthétique sans métal de grande résistance.

Conçu dans un esprit de simplicité et de versatilité, l'IPS e.max vous permet de choisir à partir d'une vaste panoplie de matériaux pour une plus grande versatilité toujours en appliquant la même céramique, vous offrant ainsi la simplicité dont vous avez besoin. Avec IPS e.max vous êtes

assurés d'une esthétique incomparable, d'une grande résistance ainsi que d'une harmonisation optimale des teintes, et cela, même dans les cas les plus difficiles. Maintenant, le laboratoire est en mesure de produire des restaurations esthétiques de la plus grande qualité, en utilisant les méthodes de fabrication les plus perfectionnées, à l'aide des matériaux les plus novateurs au sein de l'industrie.

*IPS emax... tout céramique... tout ce dont vous avez besoin!*

[www.getemax.com](http://www.getemax.com)  
[www.ivoclarvivadent.ca](http://www.ivoclarvivadent.ca)

Pour plus d'information sur ce produit ou sur tout autre produit Ivoclar Vivadent, veuillez nous téléphoner sans frais au 1 800 533-6825 aux États-Unis, et au 1 800 263-8182 au Canada, ou visitez notre site Web au [www.ivoclarvivadent.us](http://www.ivoclarvivadent.us)

© 2006 Ivoclar Vivadent, Inc. IPS e.max est une marque de commerce déposée de Ivoclar Vivadent, Inc.

SATISFACTION DU CLIENT  
GARANTIE À 100%

ivoclar  
vivadent

Courrier

Suite de la p. 194

comme le dit le proverbe, nous ne leur donnons pas du poisson mais leur enseignons la meilleure façon de pêcher. Telle est la différence entre les bienfaits à court terme et le développement à long terme.

Les projets, les organismes et les bénévoles font une différence quand ils consolident le système de santé du pays d'accueil en se coordonnant avec les programmes de santé locaux, en formant le personnel local et en partageant leurs aptitudes avec lui, et en créant de petits partenariats qui durent. Un bénévole sur le terrain dans un pays en développement peut en effet alléger le fardeau du travail quotidien dont est chargé le fournisseur de soins de santé primaires surmené, mais le plus grand bienfait, celui qui dure, est la consolidation du système du pays d'accueil. Quand nous partageons dans cette intention, nous devenons de meilleurs citoyens du monde, et notre compassion et notre souci d'autrui vont vers les moins privilégiés que nous d'une manière durable et respectueuse.

*Dr Murray Dickson  
Dre Gerri Dickson  
Saskatoon (Saskatchewan)*

## Référence

1. Dickson M, Dickson G. Le bénévolat : au-delà de l'acte de charité. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(11):865-9.

## Le contrôle des infections dans le cabinet dentaire

L'édition de novembre du *JADC* contient une série de déclarations de principe émanant de l'assemblée générale de la FDI tenue en août 2005<sup>1</sup>. L'une d'elles, intitulée *Stérilisation et contrôle de l'infection croisée dans le cabinet dentaire*, est fondée sur le concept des «précautions standards».

En août 2000, j'ai préparé un recensement de la littérature et des recommandations touchant le contrôle des infections à l'intention du Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario (CRCDO) dont copie a été adressée

à l'ADC. L'analyse fait allusion à l'importance des «précautions standards» adoptées en 1996 et devant être prises en traitant des patients hospitalisés. Elles comprenaient 3 éléments essentiels :

- se laver les mains
- utiliser un équipement protecteur personnel
- éliminer de façon sûre les déchets et tout objet pointu ou tranchant.

Le recensement suggérait de prendre ces précautions en dentisterie en les modifiant légèrement de la façon suivante :

- faire vacciner le personnel clinique contre certaines maladies infectieuses
- se laver les mains avant et après toute procédure intrabuccale
- nettoyer et désinfecter tous les instruments non chirurgicaux, stériliser seulement les objets utilisés en chirurgie ou essentiellement importants
- manipuler et éliminer avec soin tout objet pointu ou tranchant
- garder le cabinet visiblement propre et rangé
- porter des vêtements à manches courtes pour simplifier le lavage des mains.

Le recensement suggérait que, pour la plupart des patients et de leurs fournisseurs de soins dentaires, ces précautions standards permettent un contrôle des infections efficace, pratique, simple et économiquement viable.

On ignore dans quelle mesure le CRCDO et l'ADC ont accepté, en 2000, le concept des «précautions standards». Cependant, il est rassurant de voir que 5 ans après la publication du recensement, la FDI l'a agréé.

*Dr John Hardie  
Lisburn (Irlande du Nord)*

## Référence

1. Déclarations de principe de la Fédération dentaire internationale. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(10):727-31.

## Réponse de l'ADC

Merci pour votre lettre touchant le concept des précautions standards pour le contrôle des infections ainsi

que pour votre interprétation de leur application en dentisterie.

Comme vous le dites, les précautions standards ont été adoptées en 1996 par les Centers for Disease Control (CDC) aux États-Unis en vue de réduire le risque de transmission des microorganismes dans les hôpitaux. Ces précautions standards plus élaborées que les précautions universelles intègrent des mesures conçues pour réduire le risque de transmission d'agents pathogènes à diffusion hémotogène à des normes de soins visant à protéger les fournisseurs de soins de santé et les patients contre les agents pathogènes pouvant être répandus par le sang ou tout autre liquide organique, les excréments et les sécrétions. Les précautions standards s'appliquent : 1) au sang; 2) aux liquides organiques, aux sécrétions et aux excréments (sauf la sueur), qu'ils contiennent du sang ou non; 3) à la peau non intacte; et 4) aux muqueuses.

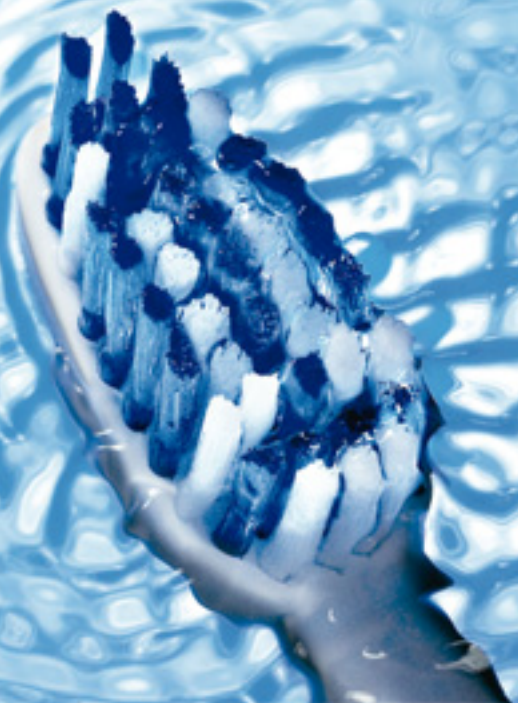
En décembre 2003, les CDC ont publié de nouvelles directives touchant le contrôle des infections en dentisterie qui comprenaient l'application des précautions standards au lieu des précautions universelles. Cependant, comme la salive a toujours été considérée comme une matière potentiellement infectieuse dans le contrôle de l'infection en dentisterie, aucune différence opérationnelle n'existe dans l'exercice clinique de la dentisterie entre précautions standards et précautions universelles.

L'ADC a accepté le concept des précautions standards et est en train de les intégrer dans ses documents et ses ressources ayant trait au contrôle des infections.

*Dr Euan Swan  
Chef des programmes dentaires  
L'Association dentaire canadienne*



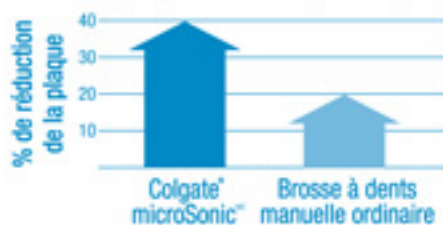
# Un nettoyage sonique à un prix abordable pour vos patients



**NOUVELLE**  
brosse à dents  
à piles **Colgate\* microSonic<sup>MC</sup>**

- Allie le format, le confort et l'utilisation d'une brosse à dents manuelle à la puissance des vibrations soniques ultra rapides
- Les 20 000 pulsations par minute permettent de désagréger et d'éliminer plus de plaque qu'une brosse à dents ordinaire<sup>1</sup>
- Les soies à angles variables offrent un meilleur nettoyage interdentaire<sup>2</sup>
- Coûte moins cher que la plupart des brosses à piles

Élimine jusqu'à deux fois plus de plaque<sup>1\*\*</sup>



**Recommandez Colgate\* microSonic<sup>MC</sup> pour un nettoyage optimal**  
**Pour commander, composez le 1-800-2-Colgate**

# Un outil de gestion de la douleur à long terme ?



## Le rapport actuel du consensus canadien sur l'hypersensibilité dentinaire recommande une approche à long terme pour la gestion de la douleur, et l'utilisation d'un dentifrice pour dents sensibles comme traitement de première intention†.

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

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

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

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

\* Project Dentin Sensitivity - rapport d'octobre 2005 (sondage téléphonique). Camelford Graham Research Group Inc.

®Marque déposée de GlaxoSmithKline

## Sensodyne®

Une tradition de leadership et d'innovation

Lors d'un récent sondage, 9 dentistes et hygiénistes dentaires sur 10 recommandent Sensodyne® pour dents sensibles\* (n=200)

 GlaxoSmithKline  
Soins de santé  
aux consommateurs

 CCPP

# Énoncé de position sur les bijoux buccaux

Le conseil d'administration de l'ADC a approuvé un énoncé de position sur les bijoux buccaux à sa réunion de février. La popularité grandissante du perçage des tissus mous a entraîné une hausse des demandes de renseignements sur le sujet de la part du public et des médias.

L'énoncé a d'abord été préparé par le Comité de la dentisterie communautaire et institutionnelle de l'ADC pour être ensuite peaufiné et mis à jour par le Comité des affaires cliniques et scientifiques de l'ADC. Le nouvel énoncé est reproduit ci-dessous et peut être téléchargé à partir site Web de l'ADC à l'adresse [www.cda-adc.ca/fr/dental\\_profession/practising/position\\_statements.asp](http://www.cda-adc.ca/fr/dental_profession/practising/position_statements.asp).



L'ASSOCIATION  
DENTAIRE  
CANADIENNE

## Position de l'ADC sur les bijoux buccaux

L'art corporel connaît une popularité grandissante au sein d'une industrie largement déréglementée. Ce type d'art comprend le tatouage, le perçage corporel et les bijoux buccaux, qui sont en fait le perçage des tissus mous ou l'ajout d'objets aux dents. Tous les perçages corporels comportent un risque d'infection. Étant donné la présence et la variété de bactéries dans la cavité buccale, les perçages buccaux présentent un risque plus élevé et sont donc fortement déconseillés.

Toutefois, la recherche indique que la connaissance des risques associés à l'art corporel n'est pas un élément dissuasif, même pour les personnes qui ont eu des complications. Les complications documentées sont associées (a) aux bijoux (aspiration, allergie ou lésion chronique aux dents ou muqueuses adjacentes, y compris la fracture d'une dent et la récession gingivale, qui peuvent entraîner la perte de la dent) ou (b) au procédé de perçage (saignement local, enflure, dommage au nerf, choc toxique, écoulement permanent, sens du goût altéré ou infections distantes du foie, du cœur ou du cerveau). L'occurrence d'infections graves a encouragé Santé Canada à émettre les Pratiques de prévention des infections dans les services personnels : tatouage, perçage des oreilles, perçage corporel et électrolyse en 1999. Vous pouvez consulter ces pratiques à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99pdf/cdr25s3f.pdf>.

L'ADC présente les recommandations suivantes :

1. Les dentistes praticiens devraient discuter avec les patients des risques potentiels des perçages et des bijoux buccaux, et ils devraient leur fournir des recommandations en matière d'hygiène et de prise en charge des perçages existants afin de réduire les effets néfastes potentiels. L'information utile fournie peut comprendre des renseignements sur la reconnaissance et la prise en charge des effets secondaires buccaux et systémiques et sur l'utilisation du matériel et des adhésifs appropriés pour les bijoux dentaires.
2. Les dentistes praticiens devraient recommander aux patients qui veulent avoir des perçages buccaux de se renseigner sur (a) l'expérience de l'artiste, y compris le taux de complications, (b) les pratiques de contrôle des infections et (c) les directives à suivre après le perçage.

12 janvier 2006

---

*L'information donnée ici a été produite par l'Association dentaire canadienne à l'intention des dentistes membres de l'ADC. Elle ne devrait pas remplacer la consultation d'un dentiste ou d'un médecin. Si vous avez des questions au sujet de cet énoncé de position, veuillez communiquer avec votre dentiste ou l'Association dentaire canadienne.*



## L'ADC ajoute un nouveau sceau de reconnaissance pour le blanchiment des dents

Le Programme de reconnaissance des produits de consommation de l'ADC a ajouté une nouvelle catégorie pour les produits de blanchiment des dents. Ce nouveau sceau de reconnaissance de l'ADC vise à renseigner le public sur l'importance de choisir et d'utiliser adéquatement ces produits en vente libre.

La nouvelle catégorie et les directives qui l'accompagnent soulignent que les produits de blanchiment des dents devraient être utilisés tel que prescrit et après une consultation appropriée chez le dentiste. Les directives s'appliquent exclusivement aux produits de blanchiment qui réduisent ou éliminent les tâches extrinsèques des dents. Les produits blanchissants des dents ou ceux qui modifient la couleur intrinsèque des dents ne sont pas touchés par ces directives. ♦

**Vous trouverez de plus amples renseignements sur le Programme de reconnaissance des produits de consommation de l'ADC à l'adresse [www.cda-adc.ca/fr/cda/seal\\_of\\_recognition/about/index.asp](http://www.cda-adc.ca/fr/cda/seal_of_recognition/about/index.asp).**



## Politique sur les annonces publicitaires du JADC : Trouver le bon équilibre

Le JADC traite équitablement avec d'éventuels annonceurs, en maintenant certaines normes raisonnables, en examinant les publicités proposées et en déclarant explicitement tout lien entre auteurs et promoteurs commerciaux.

Il est important pour les lecteurs de se rappeler que l'ADC ne donne son aval à aucun produit ni service annoncé dans son journal ou son sac de livraison. De plus, l'ADC n'est pas en mesure d'entériner le contenu des programmes de formation continue annoncés

dans le journal. Pour en déterminer l'acceptabilité, nous vérifions principalement si les fournisseurs de ces programmes ont reçu le timbre d'approbation du CERP de l'ADA ou du PACE de l'AGD.

Je fais confiance à l'intelligence de nos lecteurs et je suis certain qu'ils peuvent juger eux-mêmes des arguments présentés dans les articles et annonces publiés dans le JADC. ♦

Le Dr John O'Keefe  
1-800-267-6354, poste 2297  
[jokeefe@cda-adc.ca](mailto:jokeefe@cda-adc.ca)

**T  
A  
E  
D**

## Le TAED établit un nouveau record

Le nombre d'inscriptions au Test d'aptitude aux études dentaires (TAED) de février 2006 est le plus élevé jamais enregistré pour les examens d'hiver.

En effet, 954 personnes s'y sont inscrites, alors qu'on croyait avoir battu tous les records au TAED de novembre 2005. Parmi les personnes inscrites, seulement 22 ne se sont pas servi du système d'enregistrement en ligne mis sur pied avec succès par l'ADC en 2004.

Le TAED est un programme offert par l'ADC pour aider à la fois les étudiants à évaluer leurs aptitudes à exercer la médecine dentaire et les facultés de médecine dentaire à sélectionner des étudiants de première année. Cette année, le TAED fête son 40<sup>e</sup> anniversaire. Pour plus de renseignements sur le TAED, visitez le site [www.cda-adc.ca/taed](http://www.cda-adc.ca/taed). ♦

## La perte de dents est-elle liée à la cardiopathie?

Selon une étude récente<sup>1</sup>, il y aurait un lien entre la perte de dents et un risque accru de maladie coronarienne. Les auteurs de l'étude ont démontré que la perte de nombreuses dents augmente de beaucoup le risque de maladie coronarienne, même en tenant compte des facteurs socioéconomiques et de maladie chronique tels le tabagisme et la consommation d'alcool.

Les personnes ayant perdu de 1 à 5 dents ou de 6 à 31 dents ou les personnes édentées sont plus susceptibles d'avoir une cardiopathie que celles qui possèdent toutes leurs dents. L'étude repose sur des données obtenues par un sondage téléphonique du Behavioral Risk Factor Surveillance System

aux États-Unis. Le groupe de population sondé comprenait 41 891 adultes âgés de 40 à 79 ans entre 1999 et 2002.

«La perte de dents est liée de façon constante et graduée à la prévalence de cardiopathie signalée par les sondés», a déclaré la Dre Catharine Okoro, principale auteure de l'étude.

«Il faudra d'autres études pour déterminer si la perte de dents seule ou accompagnée d'autres infections buccodentaires constitue un risque distinct de cardiopathie, ou si c'est un indice de comportements malsains», a-t-elle conclu.

### Référence

1. Okoro CA, Balluz LS, Eke PI, Ajani UA, Strine TW, Town M, and others. Tooth loss and heart disease: findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Am J Prev Med* 2005; 29(5 Suppl 1):50-6.

### Commentaire

Le Dr Jim Yuan Lai, BSc, DMD, MSc (Perio), FRCD(C), est professeur adjoint et directeur du Département de parodontologie à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Toronto. La rédaction du JADC a demandé son avis sur cette manchette.

### Le lien entre la perte de dents et le risque de cardiopathie

Les études épidémiologiques sont utiles pour déterminer les facteurs de risque liés à une maladie. En s'appuyant sur la force du lien et les essais sur le terrain, les chercheurs peuvent juger si le lien est déterminant. Connaître la cause peut mener à des protocoles de traitement spécifiques.

Actuellement, plusieurs études cherchent à savoir si la parodontopathie est un facteur de risque pour la maladie cardiovasculaire. Si des études finissent par démontrer qu'il y a un lien solide et une possibilité de causalité, le traitement de la parodontopathie peut être une mesure importante pour prévenir la maladie cardiovasculaire ou en réduire le risque.

L'étude d'Okoro et coll.<sup>1</sup> tente de déterminer s'il y a un lien entre la perte de dents et la cardiopathie. On est communément d'avis que la parodontopathie est la principale cause de la perte de dents chez les adultes. Cependant, plusieurs études ont démontré que la parodontite est responsable de seulement 30 % à 35 % de toutes les extractions dentaires, alors que la carie et ses séquelles l'est dans 50 % à 60 % des cas. En outre, dans les cas où toutes les dents sont extraites, généralement elles le sont à cause de la carie et non de la parodontite<sup>2,3</sup>. Toutefois, une étude<sup>4</sup> a démontré que 60 % des extractions de dents sont dues à la parodontite et 30 % à la carie dans le groupe des 40 à 59 ans.

Les données recueillies par Okoro et coll. n'ont pas distingué les différentes raisons des pertes de dents. Ces pertes peuvent être dues à la carie ou à la parodontopathie. Par conséquent, cette étude a tort de se servir de la perte de

dents comme un indice de parodontopathie. À cause de ce facteur de confusion, lier la perte de dents à la cardiopathie n'a aucune valeur importante. On ne peut conclure que la perte de dents est due à la parodontopathie et que la parodontopathie est liée à la maladie cardiovasculaire.

### Les maladies parodontales et la maladie cardiovasculaire

Selon une méta-analyse récente fondée sur 9 études de cohortes, il y aurait un risque relatif modeste de 1,19 pour les futurs accidents cardiovasculaires chez les personnes ayant une maladie parodontale comparées à celles qui n'en ont pas<sup>5</sup>.

De même, une révision systématique faite par Scannapieco et coll.<sup>6</sup> a conclu qu'il y a une quantité négligeable de données suggérant que la parodontopathie est liée à la maladie cardiovasculaire et que la causalité n'est pas claire.

De plus, les données sont présentement insuffisantes pour démontrer que le traitement de la parodontopathie diminue le risque de cardiopathie. Il faudra des études longitudinales épidémiologiques de grande envergure et des essais sur le terrain pour valider ce lien et déterminer la causalité. ♦

### Références

1. Okoro CA, Balluz LS, Eke PI, Ajani UA, Strine TW, Town M, and others. Tooth loss and heart disease: findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Am J Prev Med* 2005; 29(5 Suppl 1):50-6.
2. Papapanou PN. Periodontal diseases: epidemiology. *Ann Periodontol* 1996; 1(1):1-36.
3. Stephens RG, Kogon SL, Jarvis AM. A study of the reasons for tooth extraction in a Canadian population sample. *J Can Dent Assoc* 1991; 57(6):501-4.
4. Murray H, Locker D, Kay EJ. Patterns of and reasons for tooth extractions in general dental practice in Ontario, Canada. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(3):196-200.
5. Janket SJ, Baird AE, Chuang SK, Jones JA. Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 95(5):559-69.
6. Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Association between periodontal diseases and risk for atherosclerosis, cardiovascular disease and stroke. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003; 8(1):38-53.

## Brèves

### ► Sensibilisation au cancer de la bouche

D'après une étude<sup>1</sup> faite récemment en Grande-Bretagne, de nombreuses personnes sont sensibilisées au cancer de la bouche, mais très peu en connaissent les premiers signes ou les facteurs contributifs telle la consommation de tabac et d'alcool.

Publiée dans le *British Dental Journal*, l'étude a été effectuée en 2001 par des chercheurs de l'Institut dentaire de Guy's College London. Les chercheurs ont interviewé 3384 adultes au sujet de l'usage du tabac, de la consommation d'alcool et de la sensibilisation au cancer de la bouche, évaluant leurs connaissances touchant les premiers signes de ce cancer et les facteurs de risque.

Selon les résultats obtenus, 95,6 % des répondants ont entendu parler du cancer de la bouche, mais un nombre beaucoup moindre en reconnaissent vraiment les premiers signes, y compris les plaques et les ulcères dans la bouche. Très nombreux sont les répondants qui savent que la cigarette et le tabac à chiquer peuvent causer le cancer de la bouche (84,7 % et 80,1 % respectivement), mais seulement 19,4 % ont reconnu que boire de l'alcool peut constituer un facteur de risque. En général, les personnes les plus à risque en raison de leurs habitudes tabagiques et de la consommation d'alcool sont les moins au courant des premiers signes.

L'étude propose que les médecins, les dentistes et de meilleures campagnes de sensibilisation publique jouent un plus grand rôle pour renseigner les patients touchant les risques possibles et les signes annonciateurs d'un cancer de la bouche. ➤

#### Référence

1. West R, Alkhatib MN, McNeill A, Bedi R. Awareness of mouth cancer in Great Britain. *Br Dent J* 2006; 200(3):167-9.

### ► Collection de données dentaires numériques

Les fervents d'histoire de la médecine dentaire ont accès à une nouvelle ressource. De concert avec la University of Michigan Dentistry Library, le Digital Library Production Service (DLPS) de l'université vient d'annoncer que sa collection de données dentaires numériques est disponible.

La collection contient presque 400 revues et ouvrages importants pour l'histoire de la dentisterie, y compris des titres rares et inhabituels. Les principales pièces de la collection comprennent les *Transactions of the American Dental Association* conservées depuis la réunion préparatoire de 1860, ainsi que des éditions de revues dentaires datant du début du XX<sup>e</sup> siècle. Visitez la collection à : [www.hti.umich.edu/d/dentalj/](http://www.hti.umich.edu/d/dentalj/). ➤

### ► Symposium sur les soins de soutien pour les patients cancéreux

Différents sujets ayant trait aux soins de soutien à l'intention des patients atteints de cancer, y compris les soins buccodentaires, seront abordés au 18<sup>e</sup> Symposium annuel sur les soins de soutien destinés aux patients cancéreux de la MASCC/ISOO qui se tiendra du 22 au 24 juin, à Toronto (Ontario).

Organisé par la Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) et l'International Society for Oral Oncology (ISOO), le symposium s'adresse aux fournisseurs de soins de santé qui s'occupent des patients atteints de cancer.

Fondée en 1990, la MASCC est un organisme international multidisciplinaire qui se consacre à la recherche et à l'éducation touchant tous les aspects des soins de soutien à l'intention des patients atteints de cancer à n'importe quelle étape de la maladie. Pour plus d'information sur la MASCC, l'ISOO et le symposium, visitez le site [www.mascc.org](http://www.mascc.org). ➤

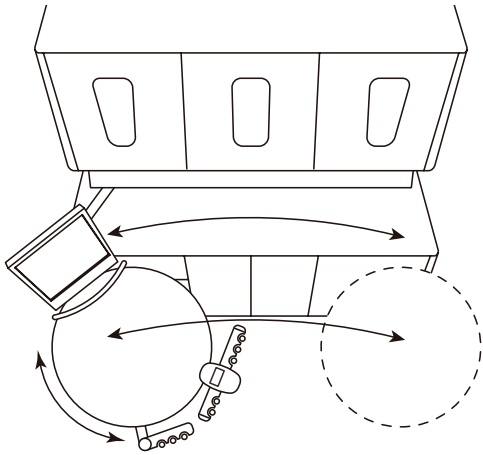
### Pour accéder aux sites Web cités dans les actualités,

rendez-vous aux signets du JADC d'avril à [www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue3/index.html](http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue3/index.html).



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.



**NOUVEL AJOUT**  
AU CENTRE D'ÉCONOMIES POUR  
LES MEMBRES DE L'ADC



## DES ÉCONOMIES DE PREMIÈRE CLASSE POUR LES MEMBRES DE L'ADC AUX HÔTELS ET CENTRES DE VILLÉGIATURE FAIRMONT

L'Association dentaire canadienne est heureuse d'annoncer un nouveau taux préférentiel pour ses membres aux HÔTELS ET CENTRES DE VILLÉGIATURE FAIRMONT partout dans le monde.

**Un rabais de 10 % sur le meilleur tarif du jour!**

Que ce soit sur les plages de Hawaï ou au cœur de Londres, les membres de l'ADC peuvent à présent profiter d'un rabais important tout en passant un séjour de qualité supérieure au Fairmont, une des chaînes hôtelières les plus reconnues dans le monde.

HÔTELS *Fairmont*

Commencez à planifier dès maintenant. Visitez le Centre d'économies pour les membres de l'ADC à l'adresse [www.cda-adc.ca](http://www.cda-adc.ca) pour choisir parmi les destinations exotiques et luxueuses de la chaîne Fairmont, et faites vos réservations en ligne.

UN AUTRE  
SERVICE DE PREMIÈRE CLASSE  
OFFERT PAR L'ADC



L'ASSOCIATION  
DENTAIRE  
CANADIENNE



# Notes de voyage à Terre-Neuve-et-Labrador

Robert Sexton, DDS

**V**ous avez donc pris la (sage) décision de vous rendre à Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.) à la fin d'août pour le Congrès 2006 de l'ADC. Comme je suis natif de Terre-Neuve, des collègues du Canada tout entier m'ont demandé comment on s'y rend et ce qu'il y a à faire. J'ai préparé ces brèves notes que vous trouverez, je l'espère, utiles pour planifier votre voyage.

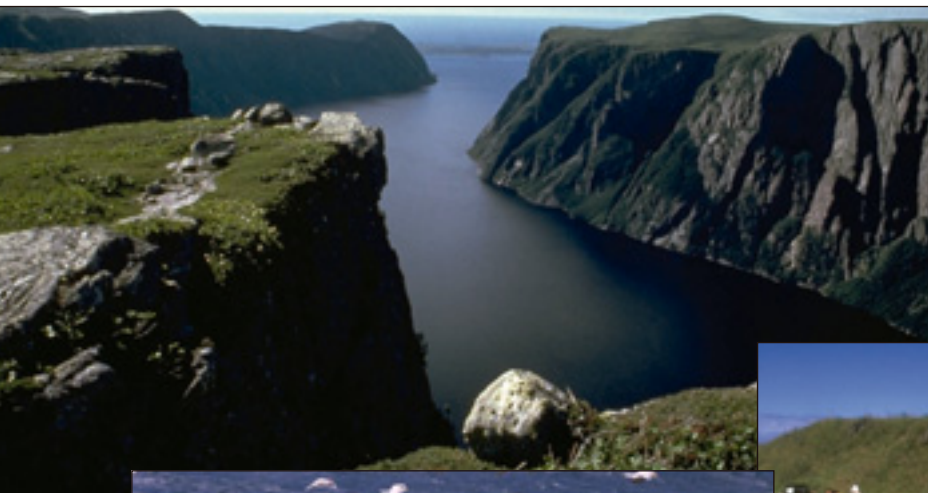
## Comment vous rendre à St. John's

**A**ir Canada, Canjet et WestJet ont des vols quotidiens vers St. John's dont l'aéroport se trouve à quelque 20 minutes des hôtels du centre-ville. La plupart choisiront l'avion, mais d'autres voudront sans doute essayer le ferry. Marine Atlantic offre des traversées à partir de North Sydney (Nouvelle-Écosse) vers Port-Aux-Basques et Argentia (T.-N.-L.). La traversée vers Port-Aux-Basques prend 6 heures, suivie d'un trajet de

10 heures en voiture jusqu'à St. John's; celle vers Argentia dure 16 heures, mais le trajet jusqu'à St. John's n'est que de 3 heures. Je vous recommande de réserver votre passage et votre cabine le plus tôt possible, Marine Atlantic disposant d'un nombre restreint de places. Pour la traversée de nuit, le meilleur choix est une cabine sur le pont 5.

## Attractions locales

**V**ous trouverez amplement à faire à St. John's, mais les attractions incontournables comprennent **Signal Hill**, le **Centre géologique Johnson**, les **Jardins botaniques de l'Université Memorial** et **The Rooms**. Plusieurs randonnées en bateau sont offertes, mais en août les fameux icebergs de T.-N.-L. sont plutôt rares. Juste à l'extérieur de St. John's se trouve le **cap Spear**, un site historique national qui est le point de terre le plus à l'est en Amérique du Nord. Si vous êtes



Faites la randonnée en bateau de Western Brook Pond au parc national du Gros Morne.  
Photo : gracieuseté de Tourisme Terre-Neuve-et-Labrador/John Byrne



Une «vue d'oiseaux» à la Réserve écologique du cap St. Mary.  
Photo : gracieuseté de Tourisme Terre-Neuve-et-Labrador/Ned Pratt



Le site historique de l'Anse-aux-Meadows dans la péninsule Great Northern.  
Photo : gracieuseté de Parcs Canada/Shane Kelly

vraiment ambitieux, levez-vous tôt un bon matin pour être la première personne à voir le soleil apparaître sur le continent!

### Plus loin – la presqu'île Avalon

En dehors de St. John's, des aventures mémorables vous attendent. Si vous choisissez de vous rendre à la presqu'île Avalon, dirigez-vous vers la **Réserve écologique du cap St. Mary** où vous découvrirez la colonie d'oiseaux de mer la plus accessible et la plus spectaculaire de l'Amérique du Nord (à 2 heures de St. John's en voiture). Vous voudrez également visiter **Placentia**, l'ancienne capitale francophone de Terre-Neuve, ou le **parc naturel Salmonier**, une réserve animale unique en son genre. Si vous aimez le théâtre, arrêtez-vous à **Trinity** sur la route 239 (à 3 heures de St. John's). Le **New Founde Lande Trinity Pageant** est une visite à pied guidée qui vous ravira.

### La péninsule Great Northern

Pour plus d'aventure encore, visitez la péninsule Great Northern dont le point de départ est la ville de **Deer Lake** à environ 8 heures de route de St. John's. Si vous empruntez la **Viking Trail** (route 430) le long de la péninsule, vous verrez 2 sites du patrimoine mondial de l'UNESCO : le **parc national du Gros Morne** et le **site historique national de l'Anse-aux-Meadows**. Le **Gros Morne** est une région formidable pour la randonnée pédestre, mais ayez soin de vous y rendre avec équipement et provisions. Il y a plusieurs excellentes randonnées en bateau dans le parc, dont celle très célèbre de **Western Brook Pond**; je vous recommande de réserver la randonnée de 13 h auprès de BonTours.

Entre Deer Lake et St. John's, il vaut la peine de faire un arrêt à **Grand Falls** pour visiter le **Centre d'interprétation Salmonid**. À **Gander**, vous pouvez visiter le **Musée de l'aviation de l'Atlantique Nord** et l'**Exposition de l'aéroport international**. Le long de la route à partir de **Port-Aux-Basques**, la **Vallée Codroy** offre de beaux paysages et **Corner Brook** présente plusieurs attractions, dont les sentiers de promenade de **Corner Brook Stream** et la visite de la **Model Forest**.

### Conseils pour la route

Si vous louez une voiture, vous profiterez davantage de votre séjour à T.-N.-L., mais il importe de faire tôt vos arrange-

ments de location. Sur les routes la nuit en dehors de St. John's, méfiez-vous des orignaux et des caribous; il y en a 120 000 dans l'île. La plupart des panneaux routiers utilisent l'abréviation T.C.H pour indiquer la route 1 de la Transcanadienne au lieu des indications numériques auxquelles vous êtes habitué. Un dernier conseil : dans certaines régions éloignées, les distances peuvent être considérables entre les pompes d'essence. Gardez donc toujours votre réservoir à moitié plein.

Je sais que votre séjour à T.-N.-L. sera merveilleux. Je vous invite à venir y profiter de son charme et de son hospitalité. Ne croyez pas tout ce que l'on peut dire de l'endroit, sauf si l'on en parle en bien... évidemment!

Meilleurs vœux et bon voyage!

*Dr Bob Sexton*

*Conseil d'administration de l'ADC*

*Corner Brook (T.-N.-L.)*

L'ADC est heureuse de s'associer à McCarthy's Party Ltd. («McCarthy's») en offrant aux dentistes tout un choix d'excursions avant et après le congrès. Le programme préliminaire du Congrès annuel 2006 de l'ADC donne des précisions sur toutes les excursions organisées, y compris plusieurs que le Dr Sexton mentionne dans ses notes de voyage.

Visitez le site Web de l'ADC pour obtenir le programme préliminaire du congrès en version PDF : [http://www.cda-adc.ca/files/cda/news\\_events/featured\\_events/events/annual\\_convention06/ac06program\\_prelim\\_fr.pdf](http://www.cda-adc.ca/files/cda/news_events/featured_events/events/annual_convention06/ac06program_prelim_fr.pdf)

Devancez votre arrivée ou retardez votre départ et profitez pleinement de votre passage à Terre-Neuve-et-Labrador. Vous pouvez regrouper ou modifier chacune des excursions offertes. Pour cela, il vous suffit d'indiquer vos préférences à McCarthy's qui vous concoctera un séjour mémorable à la mesure de vos attentes!

Communiquez avec McCarthy's qui s'occupera de tous vos besoins particuliers.

Congrès annuel 2006 de l'ADC

a/s McCarthy's Party Ltd.

C.P. 13031, Station Topsail

Conception Bay South, NL

A1W 2K1

Tél. : 1-866-733-2006

Télec. : 1-709-781-2233

Courriel : [cda2006@mccarthysparty.com](mailto:cda2006@mccarthysparty.com)

### Ressources Internet connexes

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

[www.marineatlantic.ca](http://www.marineatlantic.ca) (1-800-341-7981)

[www.bontours.ca](http://www.bontours.ca) (1-800-563-9887)

[www.vikingtrail.org](http://www.vikingtrail.org)

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

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

## La bonne dentisterie est une affaire de bonnes communications

Le présent article met en lumière des problèmes de communication assez répandus dans les cabinets dentaires et propose des solutions visant à aider tous les membres de l'équipe dentaire à améliorer leurs aptitudes à communiquer et à travailler de concert. «La qualité de la communication est une priorité pour à peu près tout le monde, déclare Klaus-Christian Hofer. Nous faisons tous des efforts dans ce sens, et pourtant, nous sommes entourés de signes indubitables d'une défaillance de la communication. Il est pourtant possible d'acquérir des aptitudes à communiquer productives. En gros, si vous vous donnez la peine d'écouter méthodiquement, de répondre aux questions avec professionnalisme et de maintenir une ambiance de travail positive, vous aurez déjà fait un bon bout de chemin.»

### Question

**Comment puis-je améliorer mes aptitudes à communiquer avec mes patients et avec mes employés?**

### Réponse

Avez-vous déjà entendu dans votre cabinet des commentaires du genre : «Je pensais que vous aviez dit que...» ou «Je comprends, mais je pensais que vous vouliez dire...» ou «Il me semble que c'est la vingtième fois que je vous le dis.»

Si c'est le cas, il se pourrait fort bien que des problèmes de communication soient un risque auquel votre image professionnelle et votre cabinet sont exposés. Il y a parfois une différence subtile entre ce qui a vraiment été dit et ce que nous avons compris. Comme beaucoup de nos actions dépendent de ce que nous avons entendu ou compris, nous devons faire très attention à notre façon de communiquer.

### Tirer profit de l'intelligence collective

Il est important de créer une ambiance de travail dans laquelle chaque personne a le sentiment qu'elle peut partager avec les autres l'information dont elle dispose. Chaque membre de l'équipe a un point de vue irremplaçable sur les situations. Je recommande toujours de faire usage de cette précieuse «intelligence collective» dans la prise de

décision et de faire travailler ensemble toutes les têtes disponibles.

Les outils de communication nous permettent de tirer parti de cette intelligence collective des cabinets dentaires. Par exemple, les conversations face à face, les appels téléphoniques, les courriels, les babillards et les réunions sont autant de moyens de communiquer avec les employés et les patients. Mais la vraie question est de savoir si on fait un usage adéquat ou systématique de ces outils. La plupart des gens connaissent mal leurs avantages et inconvénients respectifs et les utilisent de façon interchangeable.

On va ainsi envoyer des courriels pour transmettre une information qu'il aurait été préférable d'aborder lors d'une réunion. Les réunions vont être utilisées pour résoudre certains problèmes qu'il aurait été préférable de confier à une équipe de travail. Le procès-verbal va peut-être conserver une description de ce qui s'est dit pour les archives, mais il devient rarement une source d'inspiration pour les mesures qui restent à prendre. Dans d'autres cas, des décisions qui auraient dû faire l'objet d'une réunion sont prises sans consulter personne. Des différends entre 2 personnes peuvent s'envenimer parce qu'on utilise des courriels pour tenter un rapprochement.

Trop souvent dans les cabinets, des communications pourtant bien intentionnées deviennent une source de malentendus et de stress, en plus d'être une colossale perte de temps. Le **tableau 1** donne des trucs sur la façon d'utiliser de façon judicieuse des principaux outils de communication. L'amélioration des communications commence parfois simplement par le choix du bon outil au bon moment et de la bonne manière. Mettre en œuvre des lignes directrices sur l'utilisation de ces outils



Les articles de la rubrique «Les affaires de la dentisterie» de ce mois ont été rédigés par les conférenciers du Congrès annuel 2006 de l'ADC, qui se tiendra du 24 au 26 août à St. John's, à Terre-Neuve. M. Hofer donnera sa séance d'une journée, intitulée «Les aptitudes à communiquer pour les équipes gagnantes», le jeudi 24 août lors du congrès.

peut aider à éliminer certains problèmes avant même qu'ils surviennent.

### La communication dynamique

Nous voulons tous communiquer efficacement. Dans un monde idéal, nous aimerions pouvoir dire quelque chose ou écrire une directive une fois pour toute et obtenir le résultat escompté. Malheureusement, ces tentatives sont souvent des échecs, parce que nous n'avons jamais appris à communiquer d'une façon qui aide les gens à agir. Cette «communication dynamique» fait en sorte qu'on réduit le plus possible le risque de malentendus tout en maximisant la compréhension. Lorsque nous communiquons dans un esprit d'habilitation, nous sommes constamment en train de répondre à des questions. La réponse nous permet d'agir ou de prendre une décision. Pourtant, ce type de communication est rarement utilisé efficacement dans un cabinet dentaire.

Les recherches en communication actuelles ont démontré que toutes les questions peuvent être classées suivant le type de question et le schéma de réponse correspondant. Comprendre ces schémas permet de réduire le risque de malentendus. Pour maximiser l'efficacité de nos communications, nous devons faire correspondre le type de question que nous avons choisi au schéma de réponse qui lui correspond.

Voici un exemple assez simple. Dans le petit scénario suivant, les questions et les réponses correspondent à une situation dans laquelle une personne demande à l'autre de justifier un fait.

«Pourquoi devrais-je me dépêcher de terminer mon petit-déjeuner?»

1. «Tu sais que l'horaire d'autobus est revenu à l'horaire d'hiver et que si tu ne te dépêches pas, tu vas devoir attendre une heure de plus.»
2. «Eh bien, si tu ne te dépêches pas tu vas rater l'autobus.»

**Tableau 1** Ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter en ce qui a trait aux outils de communication

Outil de communication	À faire	À éviter
Babillard	Afficher des horaires, des avis, et des messages qui touchent tous les employés.	Éviter d'afficher des photos de vacances, des plaintes ou des messages qui ne s'adressent qu'à une personne.
Questionnaire	Préciser sa raison d'être, proposer des choix, encourager les commentaires, protéger la confidentialité des renseignements. Adopter une norme de qualité.	Éviter de poser des questions lourdes de présuppositions. Éviter les sermons.
Réunion du personnel (axée sur les dates)	Préparer un ordre du jour et s'assurer qu'il est intéressant. Insister pour que tout le personnel y soit. Mettre l'accent sur l'équipe elle-même, et non sur le projet. Renforcer l'esprit d'équipe.	Éviter de faire perdre du temps aux participants et de discuter de questions relatives à des projets individuels. Toujours respecter la durée prévue.
Réunion d'équipe (axée sur les besoins)	Définir un ordre du jour précis. Demander aux participants d'être préparés. Mettre l'accent sur le projet, et non sur l'équipe.	Interdire les intrusions de «touristes». Éviter de venir à la réunion sans être préparé.
Entrevue en face à face	Appliquer des stratégies d'écoute basée sur l'empathie et des techniques de rappel.	Éviter de vouloir en finir trop rapidement. Ne pas s'occuper d'autres tâches en même temps.
Courriel	Fixer des rendez-vous ou l'heure d'une conférence téléphonique. Organiser un événement. Décrire ou confirmer des préoccupations. Échanger des documents et des fichiers.	Ne pas déléguer ou fixer des dates limites. Éviter de confier une tâche à quelqu'un sans lui demander son avis. Ne pas essayer de venir à bout de questions délicates dans lesquelles les émotions jouent un grand rôle.

3. «Parce que l'autobus passe dans 10 minutes et que tu as besoin de 3 minutes pour te rendre à l'arrêt.»

Même si les 3 réponses sont logiquement bonnes, seule la troisième permet de maximiser la compréhension. En d'autres termes, la meilleure façon de répondre à une question de type «pourquoi» est en donnant une réponse de type «parce que». Une réponse qui commence par «parce que» a ainsi la relation de correspondance la plus solide entre la question et la réponse.

Donner des directives claires est une autre façon d'améliorer vos aptitudes en communication dynamique. Les professionnels de la santé doivent s'en tenir avec rigueur à certains schémas de question et réponse. Des questions du type «comment est-ce que je fais» doivent recevoir une réponse qui va faire usage d'une expression comme «premièrement» suivi d'un verbe d'action (p. ex., placer, fermer, choisir, pousser, etc.). Ne dites pas, «Les instruments doivent être placés dans l'autoclave en premier.» Essayez plutôt, «Premièrement, placez les instruments dans l'autoclave. Deuxièmement, fermez la porte.»

Pour réduire le risque de malentendus, nous devons essayer non seulement de trouver une réponse cohérente, mais également de fournir une réponse qui maximise la compréhension.

### Écouter avec empathie

Étrangement, personne ne demande jamais «Pourriez-vous m'apprendre à écouter?» Les écoles et les universités donnent des formations sur l'aptitude à écrire, à lire et même à parler en public. Elles ne se préoccupent cependant presque jamais de l'aptitude à écouter.

Pourtant, lorsque nous analysons nos activités quotidiennes de communication, nous constatons que l'écoute compte pour au moins la moitié de nos interactions. La plupart des activités quotidiennes de votre cabinet découlent d'une information que vous avez lue ou entendue. Tous les cabinets dentaires, en vérité, profiteraient d'un réexamen et d'une amélioration de la capacité d'écoute des dentistes et du personnel de soutien.

Il faut de la pratique pour devenir une «oreille attentive» capable d'empathie (encadré 1). Pour y arriver, il faut avoir un bon sens du moment propice et une bonne capacité de rappel. Il n'est pas mauvais de faire des simulations pour se pratiquer et de demander à quelqu'un de vous observer et de vous faire part de ses commentaires.

Idéalement, les aptitudes à communiquer des membres de votre cabinet dentaire devraient faire l'objet d'un apprentissage, d'exercices de perfectionnement et de procédures d'uniformisation. Les communications écrites et de vive voix doivent devenir pour vous une priorité englobante. En fait, il n'y pas de

### Encadré 1 Comment écouter avec empathie

Écouter avec empathie exige de votre part le respect de certaines règles :

- S'arrêter, regarder et écouter
- Paraphraser le contenu
- Utiliser le minimum d'encouragement
- Faire preuve d'empathie et de sentiments
- Faire des pauses avec silence obligatoire
- Utiliser le minimum de questions

Évitez un style d'écoute provocant. Assurez-vous de ne PAS :

- Attaquer votre interlocuteur : Certaines personnes ne peuvent s'empêcher de chercher le point de vulnérabilité de leur interlocuteur et d'ensuite concentrer leurs attaques sur ce point.
- Tendre des pièges : D'autres personnes prennent les arguments de leur interlocuteur et les utilisent contre lui.
- Monopoliser l'entretien : Évitez de monopoliser la conversation, pour ne pas que la personne perde le fil de ses propos.
- Faire preuve d'indifférence : S'occuper d'autres tâches pendant qu'une personne essaye de communiquer démontre le peu d'intérêt que vous avez pour ce qu'elle a à vous dire.

meilleure façon de donner une valeur ajoutée à votre cabinet que de tirer profit de l'intelligence collective, d'appliquer les principes de la communication dynamique et d'améliorer votre aptitude à écouter avec empathie. Après tout, la bonne dentisterie est une affaire de bonnes communications. ♦

### L'AUTEUR



*M. Hofer est formateur et consultant indépendant en techniques de la communication.*

**Écrire à :** M. Klaus-Christian Hofer, rue Charles Sturm 20, C.P. 3200, CH 1211, Genève 3, Suisse. Courriel : [training@klaushofer.ca](mailto:training@klaushofer.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.*

### Lectures supplémentaires

Burley-Allen M. *Listening, the forgotten skill.* New York: John Wiley and Sons; 1995.

Hofer K. *From black ink to gray matter.* Mississauga (Ont.): Chiotti Inc.; 1996.

Hofer K. *Good Webstrations; applied psychology for Web design.* Munich: Proteus Verlag; 2001.

Sternberg RJ. *Cognitive psychology.* 3rd ed. Belmont (Calif.): Thomson Wadsworth; 2003.



# Congrès annuel 2006 de l'ADC

avec l'Association dentaire de Terre-Neuve-et-Labrador

St. John's (Terre-Neuve)

du 24 au 26 août 2006

## Le congrès à ne pas manquer!

Visitez le site Web de l'ADC pour obtenir plus de détails sur les cours, les séances, les activités et les frais des excursions offertes aux conjoints.

Vous pouvez maintenant accéder en ligne au Programme préliminaire du Congrès 2006 de l'ADC, ainsi qu'au formulaire d'inscription, à [www.cda-adc.ca](http://www.cda-adc.ca).

Inscrivez-vous avant le 14 juillet pour profiter des frais d'inscription hâtive offerts aux membres de l'ADC.

### Mercredi 23 août – Pré-congrès

- Tournoi de golf – Défi du million avec Aurum Ceramic/Classic, en appui du Fonds dentaire canadien
- Visite de St. John's, ville des légendes (matin)
- Visite du cap Spear, l'autre Extrême-Orient (après-midi)

### Judi 24 août – Jour 1

- Séances à participation restreinte
- Conjoints – Excursion à Bird Island (matin)
- Conjoints – Randonnée sur le sentier North Head (après-midi)
- Réception d'ouverture (soir)

### Vendredi 25 août – Jour 2

- Séances à participation générale
- Démonstrations cliniques étudiantes
- Dentsply
- Exposition dentaire (déjeuner gratuit)
- Conjoints – Excursion à la baie de la Conception (matin)
- Conjoints – Avant-goût de Terre-Neuve (après-midi)
- Soirée terre-neuvienne

### Samedi 26 août – Jour 3

- Séances à participation générale (suite)
- Exposition dentaire (déjeuner gratuit)
- Conjoints – Visite de la Colonie d'Avalon (toute la journée)
- Gala de clôture

Commanditaires de platine

HENRY SCHEIN®  
ASH ARCONA

AURUM  
ERAMIC®  
DENTAL LABORATORIES

CLASSIC  
DENTAL LABORATORIES

Oral-B

Banque Scotia

# Les dentistes à pourcentage et la vente de votre cabinet – point de vue d'un évaluateur

Jeff Williams, BSc, DDS, MBA

L'achat et la vente d'un cabinet dentaire sur le marché libre survenaient rarement au Canada avant 1970. C'était l'époque où il était possible pour un dentiste de se lancer simplement, dès l'obtention de son diplôme, dans le milieu de son choix, d'ouvrir un cabinet et de devenir sur-le-champ un dentiste actif. Plusieurs transitions de cabinets s'effectuaient selon le principe que le dentiste qui prenait sa retraite «donnait» le cabinet à un collègue, dans l'espoir que le nouvel acquéreur paierait une somme symbolique pour l'équipement, signerait éventuellement un bail pour les locaux et prendrait en charge les patients.

Mais les temps ont changé. Puisqu'un plus grand nombre de régions au pays bénéficie de services dentaires, on a constaté maints avantages pour un praticien d'acheter un cabinet existant et de payer au dentiste sortant un montant substantiel en compensation de l'achalandage de leur entreprise (outre les sommes relatives à l'équipement, aux améliorations locatives, aux instruments et aux fournitures). Le marché est devenu en conséquence très actif. D'où l'importance de déterminer la façon optimale de vendre un cabinet dentaire. Plusieurs dentistes se demandent si le rachat par un dentiste à pourcentage est la solution. Fondé sur mon expérience à titre d'évaluateur de cabinets, je répondrai à la question suivante : «Comment avoir un dentiste à pourcentage dans mon cabinet affecte-t-il la vente de celui-ci?»

### Attirer un dentiste à pourcentage

Puisque l'âge moyen des dentistes praticiens de la cohorte des bébéboumeurs est à la hausse, et que ceux-ci semblent vendre de plus en plus

jeunes, on peut dire sans se tromper qu'il y a constamment sur le marché plusieurs centaines de cabinets. Même s'il y a environ au Canada 450 nouveaux diplômés tous les ans, seule une fraction d'entre eux désire acheter un cabinet dès la fin de leurs études. Un propriétaire pourrait dès lors s'inquiéter de devoir transiger auprès d'un nombre si restreint d'acheteurs éventuels. Une situation particulièrement vraie dans les zones rurales et éloignées du Canada, vers lesquelles peu de jeunes dentistes acceptent de déménager et dans lesquelles la vente d'un cabinet pourrait prendre des années.

Une perception de longue date veut que la façon optimale de vendre un cabinet dentaire soit d'attirer un dentiste à pourcentage comme acheteur éventuel. Dans un scénario idéal, cette personne collabore pendant quelques années avec un praticien d'expérience qui lui offre de l'encadrement, acquiert petit à petit de la confiance et accepte de plus grandes responsabilités. Le propriétaire, lui, continue son travail dans l'illusion que le dentiste à pourcentage achètera éventuellement son cabinet. J'ai constaté cependant que cette croyance a souvent échoué et que l'espoir de la majorité des propriétaires s'effondrait quand la vente n'avait pas lieu. Dans ces situations, les dentistes à pourcentage habituellement jeunes progressent du fait de pouvoir acquérir une expérience considérable, tout en bénéficiant d'un niveau de sécurité et de risques limités. Si vous attirez un dentiste à pourcentage qui vous assure qu'il achètera votre cabinet, rappelez-vous que tout peut arriver. Dans le cas où le dentiste à pourcentage décide de partir, vous devrez non seulement reprendre tout le processus, mais vous serez aussi plus avancé dans votre cheminement vers la retraite. Vous devrez aussi assumer tout investissement financier supplémentaire que vous aurez peut-être fait pour agrandir votre cabinet, suite à l'arrivée du dentiste à pourcentage.

S'il est plutôt difficile d'attirer un dentiste à pourcentage pour ce qui est de l'achat de votre



Une séance d'une demi-journée animée par le Dr Williams au congrès annuel de l'ADC, intitulée «Évaluation du cabinet et frais de courtage – État du marché actuel et prévisions pour l'avenir», sera offerte le samedi 26 août.

Pour de plus amples renseignements au sujet du congrès annuel 2006 de l'ADC, qui doit se tenir du 24 au 26 août à St. John's (Terre-Neuve), visitez le site Web de l'ADC à l'adresse [www.cda-adc.ca](http://www.cda-adc.ca).

cabinet, qu'en est-il d'un dentiste à pourcentage qui est déjà sur les lieux? Je sais par expérience que les dentistes qui sont à pourcentage depuis longtemps constituent rarement de bons acheteurs du cabinet dans lequel ils travaillent. Si un dentiste est à pourcentage depuis plus de 5 ans, c'est qu'il ne désire pas avoir son propre cabinet – et ce de façon permanente. Un exemple vécu me vient à l'esprit : on avait demandé à 3 dentistes à pourcentage de présenter une offre relative au cabinet dans lequel ils travaillaient. Le propriétaire répétait clairement depuis plusieurs années qu'il désirait prendre sa retraite «sous peu». Ces dentistes étaient des praticiens qui réussissaient très bien. Ils entretenaient aussi d'excellentes relations avec leur collègue plus âgé. Au moment de présenter l'offre d'achat, le propriétaire pensait naturellement que les 3 dentistes seraient hautement intéressés. L'un d'eux a totalement refusé. Le second, nouvellement diplômé, était d'avis que le cabinet était surévalué, tandis que le troisième a simplement démissionné (il n'existait aucun contrat d'exercice à pourcentage) et déménagé un kilomètre plus loin, tentant même d'emporter avec lui les dossiers des patients. Voilà ce qui arrive quand on a trop confiance en ses impressions et en la collégialité!

### Répercussions du fait d'avoir un dentiste à pourcentage dans un cabinet

Du point de vue d'un évaluateur, le fait d'avoir un dentiste à pourcentage dans un cabinet a souvent des incidences négatives sur la valeur de l'achalandage, pour plusieurs raisons :

1

En l'absence d'une entente écrite avec le dentiste à pourcentage, la valeur de l'achalandage sera affectée. Bien que le caractère exécutoire d'une telle entente soit incertain, l'existence de clauses de non-concurrence et de non-sollicitation devrait bien protéger un propriétaire des départs hâtifs du cabinet. Sans une entente ferme qui stipule qu'il est impossible pour le dentiste à pourcentage de simplement déménager «à côté» après son départ ou la prise de possession du cabinet par un nouvel acquéreur, il existe un grand risque pour l'acheteur de déboursier des sommes pour des éléments (mouvements de trésorerie fondés sur un certain nombre d'heures cliniques et de patients) qu'il pourrait ne pas recevoir.

2

Un dentiste à pourcentage de longue date pourrait se sentir en partie «propriétaire» du cabinet, du simple fait d'avoir vu des patients que le propriétaire ne connaît pas. De plus, les efforts du

dentiste à pourcentage pourraient être à l'origine de la croissance du cabinet (revenus, base de la clientèle, nombre d'employés, etc.). Les acheteurs éventuels pourraient voir cette question de «propriété de facto» comme risquée, et c'est ce qui explique qu'ils soient généralement plus réticents à déboursier autant pour l'achalandage, dans le cas où il y a des dentistes à pourcentage à long terme dans un cabinet.

3

Dans l'hypothèse où il existe des ententes pertinentes en vigueur et que le dentiste à pourcentage désire demeurer dans le cabinet suite à la vente par le propriétaire, la seule question en suspens reste la question de la compatibilité. Nous sommes tous uniques et susceptibles de ne pas nous entendre avec de nouvelles personnes, pour des motifs professionnels ou personnels. Si ces différences sont de nature matérielle, le nouvel acquéreur pourrait devoir chercher un nouveau dentiste à pourcentage pour le cabinet. Ce qui pourrait s'avérer difficile dans les zones rurales et éloignées. S'il est impossible de trouver quelqu'un, le nouvel acquéreur pourrait devoir travailler plus fort et plus longtemps qu'il ne l'avait prévu, ou diriger certains patients vers un autre cabinet – des patients qui ont contribué aux rentrées de fonds du cabinet et qui ont fait partie de la base de la clientèle, comprise dans l'achat du cabinet.

Il y aura toujours un débat au sujet des avantages de préparer votre acheteur. Si vous devez embaucher un dentiste à pourcentage dans votre cabinet, soit pour vous aider auprès de votre clientèle grandissante, vous permettre plus de moments libres ou satisfaire votre désir d'orienter un jeune praticien à l'avenir prometteur, faites-le. Ne pensez pas cependant qu'il va devenir automatiquement votre successeur. ♦

### L'AUTEUR

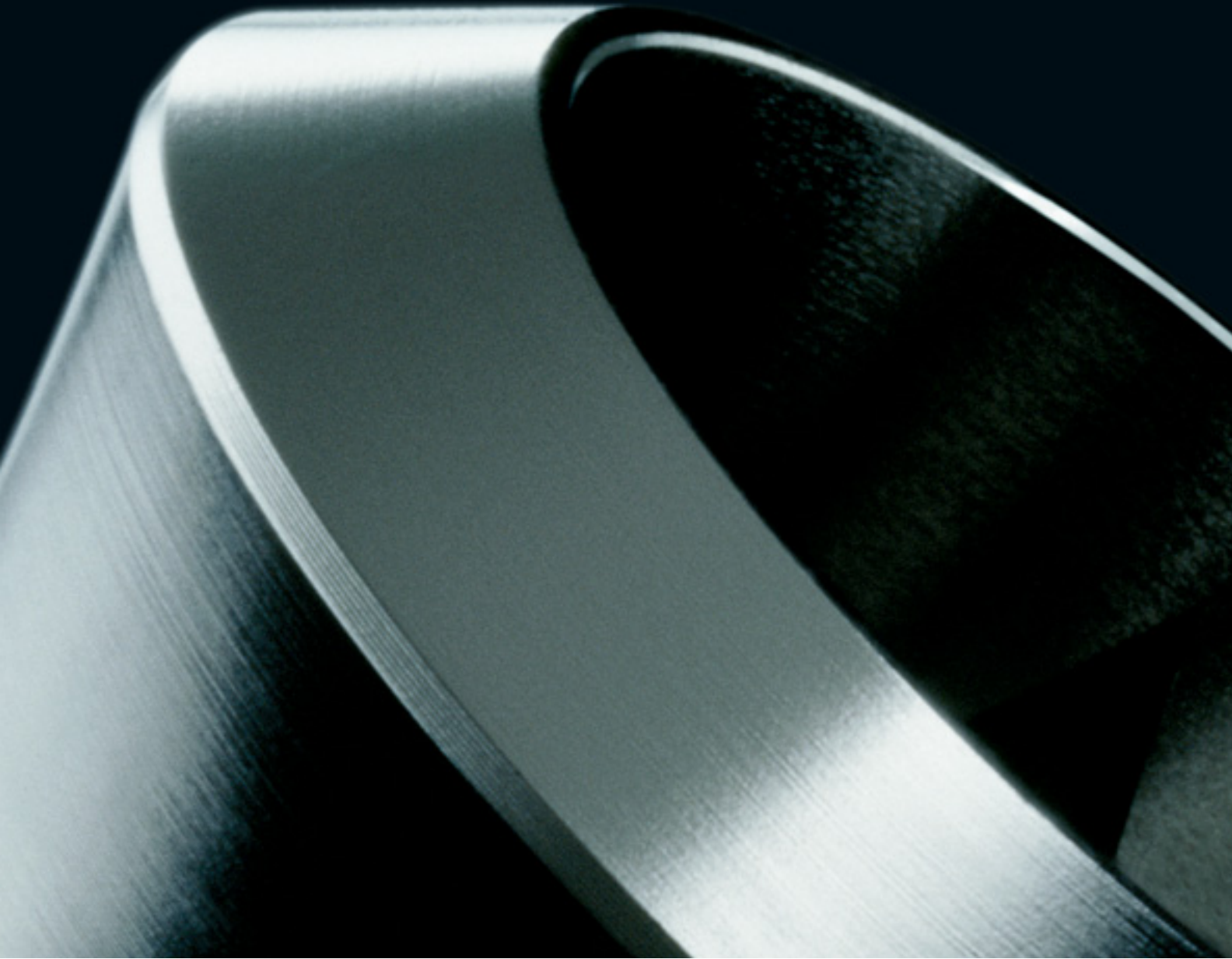


Le Dr Williams est un associé de ROI Corporation pour le Canada Atlantique, ainsi que directeur des affaires générales et du développement pour cette même entreprise. Il est également consultant pour la firme TriProv Practice Management Advisors Inc. et il siège au conseil d'administration de CDSPI.

Écrire au : Dr Jeff Williams, a/s ROI Corporation, 2624, promenade Dunwin, bureau 10, Mississauga, ON L5L 3T5. Courriel : jeff@roicorp.com.

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





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

Des résultats exceptionnels et prévisibilité à long terme dans les soins esthétiques reposent en grande partie sur une planification très précise, un travail professionnel d'équipe et l'emploi d'un système d'implantaire aux exigences les plus rigoureuses. 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 du monde entier font confiance.

# Avez-vous Optra?

Enfin...un écarteur de lèvres et de joues qui fait sourire tout le monde!



Hygiène dentaire



Traitement de  
restauration



Prise d'empreinte



Blanchiment des dents  
et imagerie dentaire



Traitement  
d'orthodontie

- Assure un confort complet au patient
- Visibilité et accessibilité accrues
- S'installe rapidement et facilement

- Un large éventail d'applications possibles
- Sans latex
- Utilisation unique sur un seul patient

SATISFACTION DU CLIENT  
GARANTIE À 100%

[www.ivoclarvivadent.ca](http://www.ivoclarvivadent.ca)

© 2006 Ivoclar Vivadent, Inc. Pour plus d'information concernant ce produit ou tout autre produit de notre système, veuillez nous téléphoner sans frais au 1 800 533-6825 aux États-Unis et au 1 800 263-8182 au Canada. Optra est une marque de commerce enregistrée de Ivoclar Vivadent, Inc.

OptraGate®

ivoclar  
vivadent®

Le «Défi diagnostique» est une chronique présentée par l'Académie canadienne de radiologie buccale et maxillo-faciale (ACRBM), comprenant la présentation d'un cas de radiologie. Depuis sa création en 1973, l'ACRBM est le porte-parole officiel de la radiologie buccale et maxillo-faciale au Canada. L'Académie participe à la dentisterie organisée en s'occupant des grandes questions reliées à la dentisterie en général et des questions spécifiquement reliées à la radiologie. Ses membres recherchent l'excellence en radiologie grâce à un exercice clinique, un enseignement et des recherches spécialisés.



## Défi n° 21 de l'ACRBM

**Fatima Jadu, BDS; David J. Psutka, DDS, FRCD(C); Michael Pharoah, DDS, MSc, FRCD(C)**

### Énoncé du cas

Un jeune homme de 15 ans a été dirigé vers le Département de radiologie de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Toronto, en raison d'un retard dans l'éruption de sa deuxième molaire inférieure droite.

Au moment de la consultation, le patient était traité pour une pneumonie. Aucun signe particulier n'a été observé à l'examen extrabuccal. L'examen intrabuccal a révélé une éruption partielle de la dent 47, dont la face occlusale était inclinée vers la face buccale du processus alvéolaire, contrairement à la dent 37 dont l'éruption était normale.

La radiographie panoramique (ill. 1) a révélé

la présence d'une lésion radiotransparente dans le corps droit du maxillaire inférieur. La lésion s'étendait de la racine distale de la première molaire jusqu'à la face mésiale de la troisième molaire en formation, et de la crête alvéolaire jusqu'au bord inférieur de la mandibule. La lésion était bien délimitée; elle était entourée d'une mince bordure corticale en périphérie et était entièrement radiotransparente à l'intérieur.

La radiographie occlusale (ill. 2) a, quant à elle, révélé une expansion buccale incurvée lisse, entourée d'une mince bordure corticale. La radiographie montrait également le déplacement des racines de la deuxième molaire vers la plaque corticale linguale.



**Illustration 1 :** Radiographie panoramique montrant une lésion radiotransparente bien délimitée par une mince bordure corticale, au niveau de la deuxième molaire inférieure droite. L'épicentre de la lésion semble être situé dans la zone de furcation de la molaire.



**Illustration 2 :** Radiographie occlusale inférieure normale montrant la lésion radiotransparente en position buccale par rapport à la molaire atteinte et l'inclinaison de ses racines en direction de la plaque corticale linguale.

**Quelle est votre interprétation?**

Réponse à la p. 216

## Réponse au défi n° 21 de l'ACRBM

Les particularités cliniques et radiographiques du kyste de la bifurcation buccale (KBB) ont été décrites pour la première fois par Stoneman et Worth, en 1983. Ce kyste a aussi été désigné kyste mandibulaire infecté, kyste inflammatoire collatéral et kyste paradentaire inflammatoire. L'Organisation mondiale de la Santé le classe dans la catégorie des kystes inflammatoires.

Le KBB est une lésion peu fréquente, qui se manifeste à un endroit et à un âge bien précis. Pour poser un bon diagnostic dans le cas présent, il est important de déterminer que l'épicentre de la lésion se situait dans la zone de bifurcation buccale de la deuxième molaire, ce qui était indiqué par l'expansion buccale et l'inclinaison des racines vers la plaque corticale linguale, tel que démontré dans la radiographie occlusale. Les dents où siège le KBB comprennent généralement les premières ou deuxième molaires inférieures permanentes, les premières molaires étant plus souvent atteintes. Il arrive aussi que le kyste soit bilatéral. Ce kyste se manifeste habituellement durant les 2 premières décennies de vie, plus précisément entre l'âge de 6 et 11 ans. La dent atteinte présente une couronne inclinée en direction buccale et de profondes poches parodontales sur la face buccale. Il peut y avoir tuméfaction de la face buccale de la dent, mais la pulpe reste vivante. Si le kyste devient infecté, le patient peut ressentir de la douleur, et il peut y avoir une réaction périostée profonde (périostite), visible sur la radiographie occlusale.

À la radiographie, le kyste peut varier d'une lésion radiotransparente légèrement perceptible recouvrant les racines des molaires, à une lésion radiotransparente bien délimitée, entourée d'une mince bordure corticale incurvée, de type kystique. C'est toutefois l'inclinaison de la molaire avec déplacement des racines vers la plaque corticale linguale qui constitue l'élément de diagnostic du KBB. Mais pour faire cette observation, les examens radiologiques doivent inclure une radiographie occlusale. Sur le plan clinique, on peut remarquer que les cuspides linguales font d'abord éruption à travers la gencive. À l'occasion, la lésion peut devenir suffisamment grosse pour causer le déplacement et/ou la résorption des dents adjacentes. Elle peut aussi causer une expansion hydraulique et un amincissement de la plaque corticale buccale. Si le kyste devient par la suite infecté, il peut y avoir formation d'os périostique le long de la face buccale, près de la dent atteinte.

Ce kyste ne présente aucune particularité histopathologique spécifique : il s'agit d'une cavité tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé avec zones d'hyperplasie. Un infiltrat inflammatoire chronique proéminent peut être présent dans les parois de tissu conjonctif, si une surinfection cause l'inflammation du kyste. Quand cela se produit, des rapports de bactériologie font mention d'une flore mixte. Vu l'absence de particularités histopathologiques spécifiques, le diagnostic repose principalement sur les observations radiologiques.

Bien que les aspects cliniques et radiographiques du KBB permettent de poser le diagnostic, le diagnostic différentiel inclut l'abcès parodontal, l'histiocytose à cellules de Langerhans et le kyste dentifère.

Le traitement du KBB a évolué au fil des ans. En général, l'énucléation simple sans extraire la molaire atteinte suffit, car ces kystes ne sont pas récurrents. Des cas de résolution spontanée ont aussi été rapportés. Cependant, s'il y a surinfection, l'ostéomyélite est une des séquelles possibles. ♦

## LES AUTEURS

*La Dre Jadu est résidente de troisième année en radiologie buccale et maxillo-faciale, Université de Toronto, Toronto (Ontario).*

*Le Dr Psutka est spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale à Mississauga et chirurgien titulaire en chirurgie buccale et maxillofaciale, Université de Toronto, Toronto (Ontario).*

*Le Dr Pharoah est professeur et directeur du Département de radiologie buccale et maxillofaciale, Université de Toronto, Toronto (Ontario).*

*Écrire au : Dr Michael Pharoah, 124, rue Edward, Toronto, ON M5G 1G6. Courriel : michael.pharoah@utoronto.ca.*

## Lectures supplémentaires

David LA, Sandor GK, Stoneman DW. The buccal bifurcation cyst: is non-surgical treatment an option? *J Can Dent Assoc* 1998; 64(10):712-6.

Pompura JR, Sandor GK, Stoneman DW. The buccal bifurcation cyst: a prospective study of treatment outcomes in 44 sites. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83(2):215-21.

Shohat I, Buchner A, Taicher S. Mandibular buccal bifurcation cyst: enucleation without extraction. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003; 32(6):610-3.

Waldron CA. Odontogenic cysts and tumors. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, editors. *Oral and maxillofacial pathology*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002. p. 608.

White SC, Pharoah MJ. Cysts of the jaws. In: *Oral radiology: principles and interpretation*. St. Louis: Mosby; 2004. p. 392-3.

# « UN COMPTE BANCAIRE? NON, MERCI. »

**DR BRIAN MATCHETT  
MIRAMICHI, NOUVEAU-BRUNSWICK**

Il y a une bonne raison pour laquelle Dr Matchett ne met pas son argent dans un compte bancaire. « J'aurais reçu un taux d'intérêt qui est presque rien », explique-t-il.

Il y a près de 10 ans, il a choisi le **compte d'investissement de l'ADC**, soit un meilleur compte favorisant la croissance de ses épargnes. Ce plan d'investissement exceptionnel non enregistré est offert exclusivement aux professionnels dentaires et à leur famille par le biais du Programme de placement des dentistes au Canada. « Je suis très satisfait de ce plan, dit Dr Matchett. Il y a de bons fonds et les frais de gestion sont bas. Mon conseiller déploie des efforts supplémentaires pour m'aider et je suis très heureux des rendements que j'ai obtenus. »

Pour offrir à vos épargnes la possibilité de réaliser de meilleurs rendements à un niveau de risque avec lequel vous êtes à l'aise, le **compte d'investissement de l'ADC** se révèle un choix parfait. Appelez dès aujourd'hui pour obtenir un formulaire de demande ou visitez le [www.cdspi.com/cpte-inv-adc](http://www.cdspi.com/cpte-inv-adc) pour en télécharger un.



L'ASSOCIATION  
DENTAIRE  
CANADIENNE



PROGRAMME DE PLACEMENT  
DES DENTISTES DU CANADA



*CDSPI administre le Programme de placement des dentistes au Canada qu'offre l'Association dentaire canadienne. Les conseils en placement sont fournis par des conseillers agréés des Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI.*

## Appelez pour assistance personnelle



Parlez-en à votre conseiller en planification de placement aux **Solutions de placement pro-dentaires** (une division du CDSPI) pour bénéficier d'une assistance personnelle concernant la mise sur pied de votre compte d'investissement de l'ADC et de l'aide visant la prise de décisions en matière de placement. Votre conseiller ne travaille pas à commission.

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

VITA Easyshade®

Minimize chairtime, maximize profits



Shade measurement is one of the most difficult tasks you face as a dentist. An incorrect shade Rx can quickly lead to remakes, an increase in unprofitable chairtime and a decrease in patient satisfaction. Now there's a fast, easy way to guarantee a precise shade measurement. It's called the VITA

Easyshade, and it's designed to measure a precise VITA® shade under any lighting condition, instantly and accurately. The VITA Easyshade is also an excellent tool to track patient whitening. Order yours today and instantly prescribe over 97 VITA Classical and 3D-Master® shades.

**800-263-4778**

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

**VITA®**



**VIDENT™**  
CANADA

©Vident 2006. Easyshade is a registered trademark of Vident. 3D-Master is a registered trademark of VITA Zahnfabrik.

# D'Oslo à Toronto : Le Dr Asbjørn Jokstad met le cap sur le Canada

**E**n novembre 2005, le Prof. Asbjørn Jokstad, d'Oslo (Norvège), est devenu le 2<sup>e</sup> titulaire de la chaire Nobel Biocare en prosthodontie à l'Université de Toronto. Ses principaux champs de recherche sont la dentisterie restauratrice, les problèmes temporomandibulaires (PTM) et la prosthodontie. Le Dr Jokstad travaille également pour la Fédération dentaire internationale (FDI), y agissant à titre de chef des affaires scientifiques depuis 2002.

Dans cette édition du *JADC*, le Dr Jokstad contribue 4 articles du «Point de service» (voir p. 223). Il a également pris le temps de s'entretenir avec la rédaction du *JADC* de sa carrière universitaire en Norvège et de dire ce qu'il pense de la dentisterie au Canada.

*JADC* : Parlez-nous de ce que vous faisiez en Norvège et dites-nous comment vous en êtes venu à vous intéresser à la dentisterie universitaire.

**Dr Asbjørn Jokstad (AJ)** : En obtenant mon diplôme en médecine dentaire de l'Université d'Oslo en 1979, j'étais déterminé à ne jamais retourner aux études. J'ai tout de suite fait mon année de service militaire obligatoire en Norvège, continuant de travailler pour le corps dentaire

jusqu'en 1982. Après mon service militaire, j'ai travaillé à temps partiel dans un cabinet privé et dans une clinique dentaire pour enfants faisant partie du système de santé publique. Peu après, je suis devenu chargé du cours préclinique de matériaux dentaires à la faculté et je me suis inscrit à des cours supérieurs.

Plusieurs hasards m'ont entraîné dans diverses voies universitaires, et j'en suis sorti avec un bagage de connaissances unique en anatomie, en informatique, en microscopie électronique et en essais cliniques de matériaux dentaires.

Finalement, j'ai été attiré vers le milieu multidisciplinaire du Nordic Institute of Dental Materials, un institut phénoménal voué à l'excellence et placé sous la direction du Dr Ivar Mjor. L'une des convictions fondamentales du Dr Mjor était de toujours effectuer des essais cliniques dans un cadre réaliste reflétant le vrai monde de la dentisterie. Comme ce principe présente des problèmes majeurs pour la validité des études internes et externes, j'ai consacré de nombreuses heures à la lecture de statistiques, tentant de concevoir une méthode intelligente qui allie la rigueur scientifique à des cadres de pratique générale non contrôlée. Une expertise en statistique s'est vite ajoutée à ma liste grandissante de compétences exigées.

Ceci s'est révélé précieux quand j'ai présenté ma thèse de doctorat en 1991 – un essai longitudinal sur les restaurations à l'amalgame effectuées dans des cadres de pratique générale et suivies pendant 10 ans. Ma thèse a d'abord été rejeté par le comité opposant à cause d'une dispute injustifiée touchant les analyses statistiques.

Ce rejet a anéanti le jeune aspirant que j'étais et j'ai perdu ma foi dans ce qu'on appelle «vérités scientifiques» ainsi que dans les théories ambiguës défendues par d'anciens professeurs en médecine dentaire détenant des titres universitaires impressionnants. Je suis vite devenu un fervent adepte de la médecine fondée sur les faits – que je considère être la meilleure position anti-autoritaire que l'on puisse prendre envers la science et le monde universitaire traditionnels.

Seuls les gentils conseils d'un merveilleux professeur, le regretté Dr Jacob Valderhaug, m'ont ramené dans le milieu universitaire. Après m'être lentement remis de mes désillusions, j'ai suivi un cours spécialisé en prosthodontie qui m'a mené à un poste de chercheur universitaire dans le département participant à plusieurs projets sur les PTM.



Le Dr Jokstad et son épouse Anne lors du Gala de remise des prix de l'Université de Toronto en 2006.



Le Dr Jokstad lors de la réunion conjointe de l'Association dentaire indienne et de la Fédération dentaire internationale à Goa, en Inde, en 2002.

Le Département de dentisterie restauratrice et de cariologie a fini par m'offrir une affectation à titre de professeur agrégé puis de professeur titulaire. En 2003, le Département de prosthodontie cherchait des professeurs, et j'ai senti que je devais appuyer la discipline qui m'avait ramené au monde universitaire et à la recherche clinique. J'occupais ce poste depuis moins d'un an quand j'ai reçu les premières demandes de l'Université de Toronto en raison de l'imminente retraite du Prof. George Zarb.

**JADC :** *Qu'est-ce qui vous a incité à accepter cette chaire à l'Université de Toronto?*

**AJ :** Si vous demandez à un dentiste, du moins en Europe, ce qu'il associe à l'Université de Toronto et à la médecine dentaire, habituellement 2 thèmes reviennent : les implants dentaires et le Prof. George Zarb. J'ignore si les dentistes au Canada saisissent bien l'impact profond que le Dr Zarb a eu sur la médecine dentaire dans le monde entier. La réputation de la dentisterie canadienne a largement profité de ses réalisations érudites et scientifiques. C'est un grand honneur et un formidable défi d'essayer de suivre ses traces.

**JADC :** *Parlez-nous de quelques-unes de vos priorités à ce poste.*

**AJ :** L'un des nombreux legs du Dr Zarb concerne les notes détaillées sur les résultats cliniques des traitements prosthodontiques offerts à l'Unité des implants prosthodontiques de Toronto. Cette documentation est l'une des plus complètes et des plus détaillées dans le monde, remontant à 1979. Je prévois que les données de recherche de cette banque de données serviront de base pour de nombreux projets de recherche à venir.

Un autre domaine qui mérite l'attention concerne les cours en matériaux dentaires et en technologie dentaire qui

ont été minimisés au point où des nouveaux diplômés en savent moins sur les biomatériaux que les techniciens dentaires! Les progrès dans l'utilisation avancée des biomatériaux permettent aux laboratoires dentaires modernes d'offrir des solutions techniques innovatrices que des dentistes ne connaissent simplement pas, ou dont ils sont sceptiques parce qu'ils ne peuvent évaluer leurs mérites, ou qu'ils ne veulent peut-être pas utiliser parce que la courbe d'apprentissage devient trop abrupte. Quelle que soit la raison, nos patients sont finalement ceux qui en souffrent.

**JADC :** *Quels sont les domaines les plus prometteurs pour la recherche en dentisterie?*

**AJ :** À mon avis, la création de réseaux de recherche permettant aux dentistes de travailler et de recueillir des données cliniques dans leur propre cadre d'exercice peut spectaculairement ouvrir des possibilités à des plates-formes de connaissances utiles et pertinentes qui aideront les dentistes à dresser leurs plans de traitement. Plusieurs réseaux semblables existent déjà chez les médecins et certains dentistes.

Des données provenant de nombreux opérateurs peuvent être recueillies sur une gamme de procédures et sur les propriétés des matériaux, permettant d'analyser des statistiques et d'estimer les résultats des diagnostics et des interventions thérapeutiques. L'Internet et les autres technologies de communication peuvent avoir un effet synergique en permettant aux cliniciens participants d'avoir accès à des bases de données en tout temps et de comparer leur propre rendement aux valeurs moyennes.

Ainsi, le «Point de service» de cette édition (p. 223) porte sur les tenons canalaires pour les dents traitées par endodontie. En tant que dentiste, n'aimeriez-vous pas savoir quel tenon éviter et lequel utiliser pour une dent de votre grand-mère? Une telle information pratique peut être corroborée quand il y a un effort collectif pour faire part de ses propres résultats dans une base de données centrale. Inversement, il n'y a aucune autre façon de découvrir ce qui est efficace ou non dans la pratique. La profession doit établir un système pour consigner et documenter le rendement clinique des produits et des procédures dans l'exercice réel et quotidien.

**JADC :** *Quels sont les plus grands défis que la dentisterie universitaire doit relever?*

**AJ :** Le plus grand défi du milieu universitaire partout dans le monde est la pénurie de cliniciens chercheurs. Il y a un besoin cuisant d'en avoir plus dans les facultés de médecine dentaire. Au Canada, le manque est grave et, à mon avis, il faut les attirer de l'étranger. Si on désire sincèrement exposer les étudiants canadiens en médecine dentaire à d'éminents



dentistes qui peuvent donner des soins cliniques d'excellente qualité fondés sur le mérite scientifique, les obstacles régionaux et locaux doivent être réduits afin d'assurer que ces cliniciens pourront venir au Canada.

---

**JADC :** *Comment la dentisterie universitaire canadienne peut-elle hausser son profil sur la scène mondiale?*

**AJ :** Je répondrai en disant de tenter d'abord d'établir qui les chercheurs dentaires doivent servir en premier. La recherche nécessaire pour démontrer les résultats des interventions cliniques en dentisterie a relativement une faible priorité au Canada et ailleurs. Personne ne semble désirer défrayer ce genre de recherche. Le Canada pourra jouer un rôle prépondérant sur la scène internationale si ses organismes professionnels dentaires réussissent à créer des fonds et des mécanismes de recherche qui auront une pertinence directe pour tous les dentistes qui exercent.

---

**JADC :** *Parlez-nous de votre participation aux recommandations pour la pratique clinique fondée sur les faits en dentisterie?*

**AJ :** Le plus grand défi pour les adeptes de la dentisterie fondée sur les faits (DFF) est de savoir comment intégrer des résultats de recherche pertinents dans la pratique quotidienne dans le plus bref délai. À mon avis, formuler et maintenir des directives d'exercice est un moyen efficace d'adapter la nouvelle recherche à des fins pratiques. Ma contribution a été de créer une grande banque de recommandations en dentisterie en vue d'aider les associations dentaires nationales qui sont membres de la FDI dans le monde entier. ([http://www.fdiworldental.org/resources/2\\_0guidelines.html](http://www.fdiworldental.org/resources/2_0guidelines.html)).

La profession même – que ce soient les associations dentaires, les enseignants en médecine dentaire, les propriétaires de cabinet ou les dentistes généralistes particuliers – doit se charger de formuler des recommandations pour la pratique clinique. Sinon, des parties de l'extérieur vont nous en imposer.

---

**JADC :** *Comment la dentisterie peut-elle combler la lacune et persuader les dentistes d'intégrer les recommandations fondées sur les faits dans la pratique quotidienne?*

**AJ :** La DFF ne se développera pas tant que le dentiste généraliste ne comprendra pas que le concept signifie vraiment des soins améliorés pour le patient, des interventions plus efficaces, moins de reprises et de stress, et plus de liberté clinique dans le choix des interventions possibles. De fait, ces facteurs vont se conjuguer pour augmenter les revenus du dentiste.

Quand la DFF a fait son apparition, l'industrie des assurances a reconnu instantanément les bienfaits de l'application de son principe en soins de santé et, par conséquent, y a souscrit. Rétrospectivement, ceci a été malheureux à cause

du scepticisme enraciné qui prévaut parmi les professionnels de la santé envers l'industrie des assurances. Il y a encore des segments parmi les professionnels qui voient à tort dans la DFF un plan secret conçu par l'industrie pour restreindre les soins à l'intention des patients.

---

**JADC :** *Que pensez-vous en général de la dentisterie au Canada?*

**AJ :** La profession au Canada a le bonheur d'avoir plusieurs ambassadeurs doués qui travaillent à la FDI. De plus, j'ai reçu de nombreux collègues à travers le monde des messages disant qu'ils ont été très impressionnés par le Congrès de la FDI tenu à Montréal en août 2005.

Dans mon champ principal de recherche dentaire, plusieurs noms provenant d'institutions canadiennes se distinguent : John Davies, Jocelyn Feine, Alan Hannam, Derek Jones, Jim Lund, Michael MacEntee, Robert Pilliar, Dennis Smith et John Wolfaardt sont quelques-uns qui me viennent immédiatement à l'esprit. C'est fascinant de voir que bon nombre de personnes reconnues dans mon domaine choisissent d'immigrer au Canada, mais je n'ai pas d'explication plus profonde à donner pour ce phénomène évident.

---

**JADC :** *Comment l'expérience canadienne se compare-t-elle à celle de l'Europe?*

**AJ :** La grande importance attachée à la biocompatibilité des matériaux et à la nutrition en Scandinavie et dans plusieurs pays de l'Europe semble inexistante en Amérique du Nord. Bien entendu, il y a des groupes anti-amalgame et anti-fluoruration, mais on semble se préoccuper très peu de la salubrité et de la sûreté d'autres usages qu'on fait des biomatériaux dentaires. Je suis au courant des procédures obligatoires pour déclarer les effets secondaires des drogues au Canada, mais on semble donner moins d'importance aux effets secondaires des appareils médicaux; je trouve cela déconcertant parce que nous savons tous que ces effets secondaires existent.

---

**JADC :** *Quelles aventures passionnantes vous attendent durant votre séjour au Canada?*

**AJ :** Mon épouse et moi sommes enthousiasmés à l'idée de voir toutes les parties du Canada. Je crois que les Norvégiens et les Canadiens partagent le même émerveillement et le même respect devant la nature, étant donné que nous sommes souvent exposés à ses dures réalités. On est vraiment près de la nature en s'aventurant en hautes montagnes, en faisant des randonnées à pied et en skiant, et non en regardant la chaîne Discovery à la télévision. Nous espérons aller le plus loin possible à l'est, à l'ouest et au nord. L'hôtel Roald Amundsen à Gjoa Haven, au Nunavut, est un incontournable, tout comme le sont les établissements du Vinland à l'Anse-aux-Meadows, à Terre-Neuve. Ces découvertes feront notre enchantement! ♦

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

Appuie-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**  
**Pour commander, composez le 1-800-2-Colgate**

1. Contre le brossage des dents uniquement avec Oral-B® Indicator® M. Williams et autres, Compend Contin Educ Dent 2004; 25(10 suppl. 2) : 17-21. 2. Contre Oral-B® CrossAction® S. Nathoo et autres, Compend Contin Educ Dent 2004; 25(10 suppl. 2) : 37-45. 3. Contre Oral-B® Indicator® S. Mankodi et autres, Compend Contin Educ Dent 2004; 25(10 suppl. 2) : 29-36. 4. Contre le brossage des dents uniquement avec Oral-B® Indicator® et Crest® SpinBrush® PRO. M. Williams et autres, Compend Contin Educ Dent 2004; 25(10 suppl. 2) : 22-27. Oral-B, CrossAction et Indicator sont des marques déposées de Oral-B Laboratories. Crest et SpinBrush sont des marques de commerce de Procter & Gamble Company, Inc.

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. Les réponses de ce mois-ci ont été fournies par le Dr Asbjørn Jokstad, professeur, directeur du Département de prothodontie et titulaire de la chaire Nobel Biocare en prothodontie à la Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto.

## QUESTION 1

### Quelles considérations faut-il garder à l'esprit si on veut commencer à faire des restaurations toutes céramiques plutôt que des restaurations céramo-métalliques?

#### Contexte

La céramique est deuxième seulement après l'or comme matériau de restauration ayant la plus longue histoire d'utilisation en dentisterie. Ce matériau est toutefois fragile et comporte un risque bien connu de fracture. Malgré le fait que le risque soit bien documenté, beaucoup de dentistes se demandent maintenant si les recherches actuelles favorisent l'emploi des générations les plus récentes des restaurations toutes céramiques au détriment des restaurations céramo-métalliques.

Depuis 1960, année où la technique de la porcelaine fusionnée à l'or a été mise au point, les nouvelles approches n'ont pas cessé d'émerger, y compris la céramique renforcée d'oxyde d'aluminium ou de magnésium et d'aluminium, la céramique préfabriquée, la céramique renforcée de leucite et la technique de la cire perdue. Aujourd'hui, la céramique à l'oxyde

de zirconium, introduite en 2001 pour la conception et la fabrication assistées par ordinateur (CAO/FAO) des restaurations, est considérée comme étant ce qui se fait de mieux en matière de céramique, et il existe un large spectre de possibilités de production, y compris par le frittage classique, par le coulage, par le pressage et l'infiltration traditionnels (ill. 1). Les méthodes innovantes conçues pour usiner les blocs en céramique préfabriquée sont aussi en cours de mise au point, et certaines céramiques à résistance élevée ont émergé. Toutefois, les prétentions des fabricants quant aux avantages des produits et des techniques céramiques les plus récentes sont habituellement fondées sur des extrapolations faites à partir de données de laboratoire ou de données cliniques préliminaires, plutôt que sur des données cliniques solides obtenues au cours d'études à long terme.

Les constructions céramo-métalliques peuvent bien entendu être agréables du point de vue esthétique, mais

le technicien doit être hautement qualifié dans tous les aspects du processus de fabrication, en particulier dans l'addition et la soustraction manuelles de couches multiples de poudre céramique, et doit être capable de maîtriser les changements dimensionnels pendant le processus. Cette exigence s'applique aussi aux constructions toutes céramiques, pour lesquelles ces compétences sont d'autant plus cruciales. Par conséquent, le dentiste qui envisage de passer aux restaurations toutes céramiques doit prendre soin de bien choisir son technicien, même si les progrès de l'industrie, en particulier la création de chapes céramiques dont la capacité d'ajustement est élevée, ont porté secours aux techniciens (ill. 2). Ce n'est pas un hasard si moins de 10 % de toutes les constructions toutes céramiques sont maintenant fabriquées à partir de céramiques frittées classiques.



**Illustration 1 :** Beaucoup de nouvelles céramiques aux propriétés différentes sont offertes de nos jours pour la conception et la fabrication assistée par ordinateur (CAO/FAO). Le rendement à long terme des céramiques en cause reste inconnu (éventail des produits de Vita GmbH, Allemagne.)



**Illustration 2 :** Les matériaux céramiques sont fragiles, et la fabrication d'une couronne toute céramique à capacité élevée d'ajustement est sensible à la technique employée. Même si les chapes en céramique CAO/FAO ont une meilleure capacité d'ajustement par comparaison aux céramiques frittées classiques, il faut travailler avec grand soin au moment de l'essai en bouche avant la cimentation en raison des contraintes de traction et du risque élevé de fracture.



**Illustration 3 :** CAO/FAO d'une sous-structure en oxyde de zirconium obtenue par meulage et devant être recouverte d'une céramique classique frittée.



**Illustration 4 :** Couronnes simples faites à partir d'une céramique pressable. Quoique agréables sur le plan esthétique, ces couronnes ont une longévité inconnue.

Une solution de remplacement récente aux prothèses partielles fixes (PPF) céramo-métalliques est l'emploi de sous-structures en oxyde de zirconium obtenues par meulage et devant être recouvertes (ill. 3); on a toutefois soulevé des préoccupations au sujet des dommages microsuperficiels qui peuvent ensuite découler du meulage CAO/FAO<sup>1</sup>. Qui plus est, on a montré que de faibles variations des matériaux de la famille zirconium causent des problèmes spectaculaires et imprévus (p. ex., avec les prothèses de la hanche), et l'enthousiasme initial pour l'emploi médical des sous-structures en oxyde de zirconium s'est dissipé. En dentisterie, les piliers d'implants en oxyde de zirconium fabriqués par une certaine entreprise (3i) semblent bien fonctionner, tandis qu'un autre fabricant (Astra) a retiré du marché sa première génération de piliers en oxyde de zirconium et en a commercialisé une nouvelle version en 2005. Les résultats à long terme des piliers d'implant et des sous-structures en oxyde de zirconium sont inconnus.

### Considérations pour le choix et la préparation des restaurations en céramique

Une petite proportion des patients dentaires ont été persuadés qu'ils doivent éviter les métaux en bouche pour des raisons toxicologiques. Même si le dentiste doit expliquer que les effets toxiques sont peu susceptibles de se produire, il faut respecter la décision du patient s'il est déterminé à éviter les métaux. Cependant, les patients doivent aussi être au courant de l'inadéquation des matériaux céramiques, qui ont leurs propres exigences eu égard à la préparation des cavités et des piliers.

La force des restaurations en céramique repose sur le support. La force d'une facette en céramique cimentée à l'émail mordancé tient à la force de la facette elle-même de la même manière que la force d'une couche de glace mince sur le béton se compare à la force de la couche de glace mince sur l'eau flottante. Par conséquent, si la restauration en céramique n'est pas entièrement supportée par un émail mordancé, il faut un substrat additionnel en raison de la fragilité inhérente du matériau.

Les PPF toutes céramiques doivent être envisagées seulement s'il y a déjà une grande perte de substance dentaire et si le

champ opératoire est facilement accessible. Le cas échéant, il faut employer une des nouvelles céramiques CAO/FAO à résistance élevée<sup>2</sup>.

Si la restauration finale doit être faite entièrement en céramique, il faut retirer davantage de tissu dentaire que dans le cas de l'emploi d'autres biomatériaux. Cette exigence va à l'encontre de l'approche moderne des restaurations, qui préconise une intervention minimale. Pour les couronnes simples, certains systèmes tout en céramique ne nécessitent pas que l'on retire de substance dentaire supplémentaire, mais pour certains autres, c'est le cas (ill. 4)<sup>1</sup>.

L'évaluation complète de l'occlusion buccale est un élément essentiel en prosthodontie. L'occlusion doit être correcte dès le début. Il faut faire une empreinte avec un porte-empreinte complet et obtenir le bon index occlusal, les cuspidés des dents étant en position de rétrusion. Il est difficile d'ajuster l'occlusion pendant l'essai en bouche avant la cimentation, et le polissage des surfaces par la suite ne permet jamais d'atteindre le degré de glaçage des surfaces qui peut être obtenu directement par le technicien dentaire. Qui plus est, on a tendance à oublier de corriger l'occlusion et l'articulation avant de restaurer une dent unique, ce qui peut aboutir à des concentrations de charge qui intensifient le risque de fracture dans une restauration toute céramique. ♦

### Références

1. Rekow D, Thompson VP. Near-surface damage — a persistent problem in crowns obtained by computer-aided design and manufacturing. *Proc Inst Mech Eng [H]* 2005; 219(4):233–43.
2. Raigrodski AJ. Contemporary materials and technologies for all-ceramic fixed partial dentures: a review of the literature. *J Prosthet Dent* 2004; 92(6):557–62.



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.

## QUESTION 2

## Quel est le meilleur ciment de scellement pour les prothèses fixes?

## Contexte

Pendant plus d'un siècle, le ciment au phosphate de zinc a été le ciment de scellement le plus couramment utilisé pour la rétention des couronnes et des prothèses partielles fixes. Les ciments de scellement en verre ionomère ont été introduits au milieu des années 1980, et leur longévité est comparable aux ciments au phosphate de zinc<sup>1</sup>. L'incorporation ultérieure d'une résine dans la matrice polycarboxylate des ciments en verre ionomère (au milieu des années 1990) a amélioré les résistances à la compression et à la traction lorsque soumis au test de rupture diamétrale. On suppose généralement que les améliorations des propriétés physiques et mécaniques des ciments réduisent le risque d'événements cliniques indésirables et prolongent la longévité des prothèses fixes. Toutefois, les données cliniques longitudinales sur la pertinence de diverses propriétés des ciments par rapport à la longévité sont rares, et pour certains produits, elles sont complètement inexistantes<sup>2,3</sup>.

Les résines-ciments ont de meilleures propriétés physiques et mécaniques, mais leur efficacité est sensible à la technique employée, et il faut s'astreindre à une procédure en plusieurs étapes pour obtenir une cimentation optimale (ill. 1).

La forte adhérence à l'émail et à la dentine des ciments en verre ionomère modifié par adjonction de résine et la quantité de fluor qu'ils libèrent donnent à penser qu'ils peuvent avoir un potentiel cariostatique. Ces ciments tout autant que les ciments en verre ionomère traditionnels sont défendus par certains sur la foi que le risque de carie s'en trouverait réduit. Toutefois, l'idée qu'un ciment particulier puisse empêcher la carie chez les patients incapables d'assurer une maîtrise suffisante de la plaque est erronée. Les caries secondaires se développent en effet à la surface de l'émail, et non pas dans les micro-espaces entre la restauration et la dent, peu importe la présence ou l'absence

d'un environnement riche en fluor. Par conséquent, il est difficile de comprendre comment un ciment de scellement peut par lui-même protéger la dent de la déminéralisation.

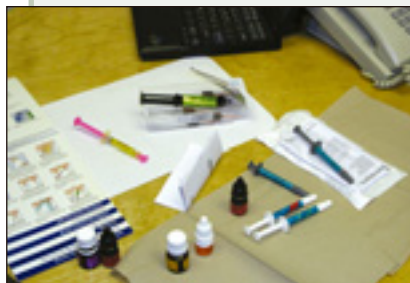
L'excellent passé des ciments au phosphate de zinc permet de supposer que le film de ciment ainsi qu'une restauration coulée bien ajustée ne se détérioreront pas avec le temps (ill. 2). Les observations à long terme de divers ciments montreront que c'est aussi le cas pour les résines-ciments et les ciments en verre ionomère modifié par adjonction de résine.

## Considérations relatives aux choix du ciment

Pour la cimentation des restaurations qui se limitent aux surfaces d'émail, il n'y a pas d'autres options que le mordantage à l'acide, la liaison et l'emploi d'une résine-ciment. La surface à traiter de la restauration est également importante et le traitement varie selon que la restauration est faite de céramique ou d'un métal mordancé par voie électrolytique.

Pour la cimentation à une surface dentinaire, le choix est compliqué par le type de surface de la restauration.

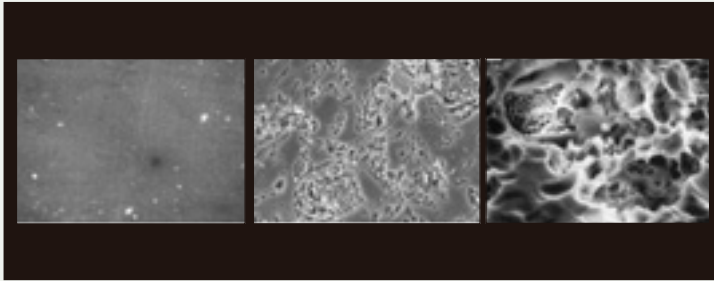
Il faut traiter la surface interne des couronnes fabriquées d'une céramique frittée classique avec de l'acide fluorhydrique pour en augmenter la surface d'adhésion (ill. 3). Ce travail doit être accompli au laboratoire dentaire. Il est préférable de mordancer à nouveau la surface interne avec de l'acide phospho-



**Illustration 1 :** Arsenal thérapeutique pour la cimentation d'une restauration toute céramique. Le processus de cimentation est élaboré et sensible à la technique employée. L'observance des instructions du fabricant est nécessaire. La durée de conservation des diverses composantes du système de ciment varie. Dans la plupart des cas, elle est inférieure à 2 ans.



**Illustration 2 :** Le ciment au phosphate de zinc intact sur ce pont vieux de 25 ans donne à penser qu'un film de ciment le long d'une restauration coulée bien ajustée ne se détériore pas avec le temps.



**Illustration 3 :** Le traitement d'une céramique frittée classique avec de l'acide fluorhydrique (FH) augmente la surface d'adhésion et améliore du même coup l'adhérence à la résine-ciment. À gauche : céramique non traitée; au milieu et à droite : apparence de la surface de la céramique après contact avec le FH.



**Illustration 4 :** La cimentation des céramiques en oxyde de zirconium les plus récentes avec une résine-ciment à base d'anhydride trimellitique 4-méthacryloxyéthyle (4-META) semble donner les meilleurs résultats.

rique ordinaire et de bien rincer après avoir terminé l'essai en bouche et effectué les ajustements nécessaires. La silanisation ultérieure doit être effectuée immédiatement avant la cimentation en raison du captage de l'humidité dans l'air, et une résine-ciment est nécessaire. Il faut traiter la surface de la dentine en suivant les instructions du fabricant.

Si la surface interne est composée d'une céramique renforcée (p. ex., Procera [Nobel Biocare, Richmond Hill, Ontario] ou InCeram [Vident, Brea, Californie]), le mordantage à l'acide fluorhydrique n'aura pas pour effet d'augmenter la surface d'adhésion. On peut se servir de presque n'importe quel type de ciment, y compris un ciment traditionnel à base d'eau. Pour les céramiques en oxyde de zirconium les plus récentes, il semble que les résines-ciments à base d'anhydride trimellitique 4-méthacryloxyéthyle (4-META) donnent les meilleurs résultats (ill. 4).

Pour tous les ciments non aqueux, la procédure de manipulation varie selon les produits employés, et il est donc important de suivre les instructions du fabricant. En outre, certaines composantes des résines-

ciments ont une durée de conservation courte, si bien qu'il faut vérifier la durée de conservation de chaque composante prise individuellement.

Aux mains d'un clinicien doué, le ciment au polycarboxylate est un excellent choix. Toutefois, il faut une adaptation quasi parfaite de la restauration coulée. Le ciment au phosphate de zinc est un peu moins difficile et les ciments en verre ionomère le sont encore moins en cas d'inadéquation de l'adaptation marginale. Aucune donnée clinique ne permet de supposer que les restaurations céramo-métalliques classiques ne devraient pas être fixées avec les ciments à base d'eau. ➤

### Références

1. Jokstad A, Mjor IA. Ten years' clinical evaluation of three luting cements. *J Dent* 1996; 24(5):309-15.
2. Jokstad A. A split-mouth randomized clinical trial of single crowns retained with resin-modified glass-ionomer and zinc phosphate luting cements. *Int J Prosthodont* 2004; 17(4):411-6.
3. Tan K, Pjetursson BE, Lang NP, Chan ES. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res* 2004; 15(6):654-66.

## QUESTION 3

## Comment obtenir une empreinte parfaite?

## Contexte

Dans la plupart des cas, le dentiste peut facilement obtenir une empreinte adéquate, mais les laboratoires dentaires reçoivent souvent des empreintes défectueuses. Certaines études effectuées dans des pays autres que le Canada (p. ex., Royaume-Uni<sup>1</sup>) indiquent que les principaux problèmes associés aux empreintes n'ont pas rapport aux propriétés des matériaux, mais plutôt au manque d'attention aux détails de l'intervention, avant, pendant et après la prise d'empreinte.

## Sélection et emploi du matériau d'empreinte

Il convient d'éviter tout matériau d'empreinte qui ne respecte pas les normes fixées par l'Organisation internationale de normalisation (ISO) (ill. 1). Le fabricant est en outre tenu de fournir des instructions sur son emballage. Tous les produits actuellement offerts au Canada dépassent les normes ISO quant à la précision et à la stabilité, et les petites différences entre les marques ont relativement peu d'importance. Il ne faut pas dévier des instructions du fabricant pour préparer le matériau. Même si les procédures modifiées ad hoc étaient courantes avec les matériaux traditionnels, cette approche n'est plus acceptable. Les fabricants offrent habituellement un éventail de produits fondé sur une composition unique qu'on a modifiée pour l'adapter à diverses fins. La question de savoir si les siloxanes polyvinyliques doivent être préférés aux polyéthers ou peut-être même aux hydrocolloïdes réversibles ne peut recevoir de réponse définitive, en raison du grand nombre de facteurs qui influencent le choix de matériaux d'un clinicien. Toutefois, tout matériel manipulé correctement donnera des résultats adéquats<sup>2</sup>.

## Préparation du champ opératoire

Si le champ opératoire n'est pas sec et accessible, aucun matériau d'empreinte n'empêchera les problèmes qui surviendront sûrement, peu importe les prétentions des fabricants. Il est inutile d'employer une corde

imprégnée d'adrénaline dans chaque cas, mais pour s'aider à préparer un champ opératoire sec et accessible, on peut recourir à d'autres types de cordes gingivales, à certains des gels et des pâtes les plus récents, au simple coton, et aux techniques d'électrochirurgie, de radiochirurgie et de chirurgie au laser; les bandes de cuivre peuvent aussi avoir une place. Les cordes gingivales peuvent être ou non imprégnées, et on peut les obtenir sous forme jumelée, tressée ou tissée. Ces cordes peuvent contenir une ou plusieurs solutions, y compris de l'adrénaline, du chlorure d'aluminium, du potassium, des sulfates d'aluminium ou de fer, de la lignocaïne, de l'acide chlorhydrique et des phénosulfonates de zinc. Peu de recherches indiquent la meilleure combinaison, si bien que c'est la préférence subjective du clinicien qui décide habituellement du choix<sup>3</sup>.

## Sélection du porte-empreinte pour l'application du matériau

Les 2 problèmes les plus courants à survenir dans le laboratoire dentaire concernent la souplesse des porte-empreintes et le décollement éventuel du matériau (ill. 2). On peut les éviter en fuyant les porte-empreintes bon marché en plastique et en encadrant le personnel auxiliaire pour qu'il suive les instructions relatives au bon usage des fixateurs. L'emploi de porte-empreintes individuels est à encourager. Les porte-empreintes peuvent être fabriqués à partir d'un grand éventail de matériaux adaptés à la polymérisation chimique, à la polymérisation thermique, à la photopolymérisation ou à la polymérisation sous vide.



**Illustration 1 :** La marque CE sur les emballages indique que les produits sont conformes aux normes de l'Organisation internationale de normalisation (ISO).

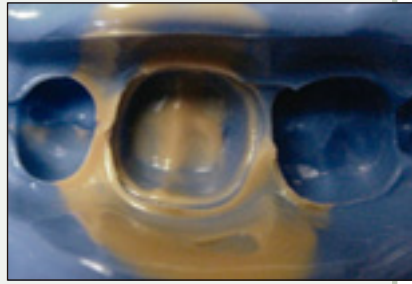


**Illustration 2 :** Coupe transversale d'un porte-empreinte en métal rigide ne présentant aucun signe de décollement des parois du matériau d'empreinte. Il faut suivre les instructions relatives au bon usage des fixateurs et fuir les porte-empreintes bon marché en plastique.





**Illustration 3 :** Grâce à la technique d'empreinte à double arcade, on améliore le confort du patient et on simplifie pour le laboratoire la tâche de couler les modèles. Toutefois, le principal problème avec cette technique est la possibilité de se tromper quant à la dimension verticale.



**Illustration 4 :** Dans la prise d'empreinte biphase, le clinicien doit s'assurer que le matériau à consistance mastique n'a pas déplacé le matériau à faible viscosité dans la zone de préparation.

### Technique pour l'application du matériau d'empreinte

Parmi les autres problèmes qu'on rencontre au laboratoire dentaire, on compte le glissement de l'empreinte (drag), le manque de définition des lignes de finition et la reproduction médiocre des détails. Le problème traditionnel des mélanges non homogènes, qui tendait à survenir lorsque les matériaux étaient mélangés à la main, peut être évité par l'emploi de pistolets mélangeurs ou de mélangeurs de table automatiques. Les problèmes associés à l'accès réduit et au contrôle d'humidité peuvent toutefois persister.

Beaucoup préfèrent la technique de prise d'empreinte à double arcade en raison de l'amélioration du confort, du moindre temps nécessaire par rapport aux autres méthodes et de la facilité pour le personnel de laboratoire de couler les modèles (ill. 3). En outre, avec la pratique, il est aussi possible de prendre des empreintes pendant que le patient mord en occlusion centrée. Le principal problème avec cette technique est la possibilité de se tromper quant à la dimension verticale. Les constructions sous-occlusion ne peuvent pas être corrigées, tandis que les sur-occlusions (p. ex., sur alliages d'or) peuvent être ajustées. Tout ajustement des surfaces en céramique après la cimentation conduit à un glaçage sous-optimal de la surface, peu importe les prétentions des fabricants de dispositifs de polissage pour céramique.

Le clinicien doit par conséquent évaluer les paramètres au moment de décider si la technique à double arcade est indiquée. Les empreintes d'arcades complètes avec un bon index occlusal ont des résultats plus prévisibles que les autres. Le choix entre une technique monophasé et une technique biphase est affaire de préférence personnelle. Cette dernière technique a cependant pour problème potentiel la compatibilité médiocre entre le matériau à consistance mastique et celui à faible viscosité. Il est important de vérifier dans l'empreinte finale que le matériau à consistance mastique n'a pas déplacé, dans la zone de préparation, le matériau à faible viscosité étant donné qu'il est le moins

précis des 2 (ill. 4). Certains cliniciens compétents préfèrent une prise d'empreinte initiale avec le matériau à consistance mastique, puis appliquent ensuite le matériau à faible viscosité lors de la prise de la seconde empreinte. Cette méthode est plutôt sensible à la technique employée, et celui qui la pratique doit faire attention à la contamination de surface et à l'adéquation du remplacement de cette seconde empreinte, tout en évitant l'accumulation de pression hydraulique et la fuite d'un surplus de matériau à faible viscosité.

### Marches à suivre et solutions pour la désinfection

La désinfection de l'empreinte entre la clinique et le laboratoire est obligatoire pour éviter la contamination croisée. Il faut nettoyer et stériliser minutieusement les porte-empreintes en métal avant de les réutiliser. Les porte-empreintes souples en plastique ne doivent pas être réutilisés. ♦

### Références

1. Winstanley RB, Carrotte PV, Johnson A. The quality of impressions for crowns and bridges received at commercial dental laboratories. *Br Dent J* 1997; 183(6):209-13.
2. Donovan TE, Chee WW. A review of contemporary impression materials and techniques. *Dent Clin North Am* 2004; 48(2):vi-vii, 445-70.
3. Jokstad A. Clinical trial of gingival retraction cords. *J Prosthet Dent* 1999; 81(3):258-61.

## QUESTION 4

## Que penser des divers types de pivots canaux sous prothèse fixe?

## Contexte

La méthode traditionnelle de cimentation d'un pivot coulé reste encore un excellent choix et peut être réalisée assez facilement grâce à l'approche indirecte, mais il faut une bonne empreinte et un technicien qualifié pour façonner le pivot coulé (ill. 1). En outre, certains cliniciens adeptes de la technique intrabuccale directe utilisent maintenant de nouvelles résines, qu'on peut investir directement.

Autrement, certains pivots préfabriqués sont offerts en matériaux métalliques et non métalliques. Certains pivots sont présentés avec une partie extracoronaire préformée, tandis que d'autres reposent sur une reconstitution de pilier à l'aide d'un matériau appliqué sur la tête du pivot. Il existe environ 30 produits de pivots, mais il y a peu de preuves que les pivots fabriqués avec les matériaux en question doivent être préférés à d'autres solutions. Au début, la plupart des pivots métalliques préfabriqués étaient faits d'acier, métal qu'on a ultérieurement remplacé par du titane. Toutefois, le titane pur est relativement fragile, c'est pourquoi les pivots sont maintenant faits d'alliages de titane. Par ailleurs, la question de savoir si les pivots métalliques sont «actifs» ou «passifs» reste controversée. Le terme «actif» est équivoque, mais cette caractéristique est censée être réduite au minimum par une conception aux parois parallèles ou progressivement parallèles au lieu de parois coniques et par une conception à surface lisse ou structurée à la place d'un filetage. Certaines conceptions incorporent des encoches et des sillons pour dissiper les forces actives, d'autres présentent un apex conique ou ovoïde plutôt qu'un bout plat. La plupart des prétentions d'efficacité relatives aux conceptions de pivot constituent des extrapolations tirées d'études de laboratoire et de simulations informatiques, et la validité de telles mesures reste à confirmer au moyen d'essais cliniques à long terme.

Il existe environ 20 marques de pivots non métalliques, qu'on peut regrouper en 5 catégories principales. Les pivots en céramique, dont le premier est apparu autour de 1990, sont soit préfabriqués, soit fabriqués au laboratoire dentaire. Le premier «pivot noir», qui était composé de fibres de carbone dispersées dans une résine, est aussi apparu autour de 1990. De nos jours, les pivots noirs ont été remplacés par des «pivots blancs», qui se composent de fibres inorganiques (quartz, zirconium ou fibre de verre) dispersées dans une résine (ill. 2). Les fameux «pivots

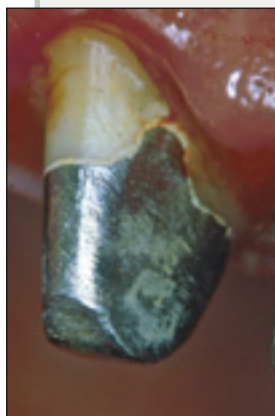
translucides» sont fondés sur une matrice de polyester et doivent être combinés à une résine composite photopolymérisable pour les restaurations permanentes, ou peuvent être investis et coulés.

La longévité des pivots non métalliques reste inconnue, mais on pense habituellement qu'elle dépend de la quantité de hauteur dentinaire restante après la préparation<sup>1</sup>. Étant donné le manque de données cliniques à long terme, la publicité relative aux pivots non métalliques s'attache aux autres qualités qu'ils ont : couleur (le blanc est préféré); facilité de retrait (préoccupation inhabituelle en prosthodontie); résistance à la corrosion et au fendillement (rare pour les pivots métalliques); renforcement radiculaire (caractéristique superflue pratiquement impossible à mesurer et à comparer); résistance à la compression, à la traction et au cisaillement (caractéristiques tout aussi difficiles à mesurer et à comparer).

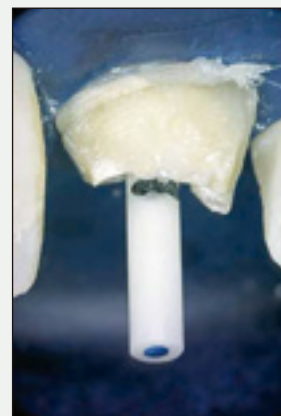
En général donc, la question de savoir si les pivots non métalliques sont meilleurs ou pires que les pivots métalliques reste sans réponse<sup>2,3</sup>.

## Technique pour la préparation du pivot

Les dents ayant subi un traitement de canal sont exposées au risque de 2 effets indésirables majeurs, qui doivent toujours être envisagés peu importe le choix du type de pivot : la fracture dentaire, en raison du fait que la quantité de tissu a été réduite, et la réinfection du canal radiculaire par la bouche, qui



**Illustration 1 :** Ce pivot traditionnel cimenté est resté identique sous un pont vieux de 25 ans.



**Illustration 2 :** Exemple de «pivot blanc», qui se compose de fibres inorganiques dispersées dans une résine.

compromet la survie de la dent et son emploi comme pilier.

Par conséquent, il faut préserver autant de tissu dentaire que possible et effectuer une restauration sur pivot seulement lorsqu'il faut ajouter à la dimension verticale. Le retrait du matériau endodontique et de dentine pour accommoder un pivot a en réalité pour effet d'affaiblir la dent. Qui plus est, à moins qu'il y ait assez de substance dentaire pour créer un effet de sertissage, il est douteux qu'il faille fabriquer une couronne.

S'il faut un pivot, il vaut mieux faire preuve de jugement clinique pour assurer l'équilibre entre le minimum de longueur nécessaire pour la rétention et le risque de réinfection. Par le passé, la longueur minimale des matériaux d'obturation endodontiques a varié entre 3 mm et 6 mm (selon la source des données, laboratoires ou épidémiologiques). Dans tous les cas, il faut s'efforcer d'assurer le meilleur scellement possible, afin de prévenir l'infiltration de liquides et de bactéries, en évitant le retrait superflu de matériau d'obturation radiculaire. Lorsqu'on retire du matériau d'obturation radiculaire, il faut prendre soin de ne pas déplacer la partie apicale restante. Ainsi, par exemple, avec un forêt hélicoïdal, on peut déplacer par mégarde la gutta-percha restante.

Il faut créer un effet de sertissage en plaçant la marge de la préparation à au moins 2 mm gingivalemment par rapport au pilier reconstitution lui-même.

Le pivot doit être suffisamment fort pour résister à la distorsion. Un alliage d'or de classe 3 qui a subi un traitement thermique adéquat présente un risque minimal de plier ou de fracturer.<sup>4</sup>

La reconstruction d'une dent avec un pivot non métallique combiné avec une résine composite est une bonne option si la seule solution de rechange est d'extraire la dent en raison d'un pronostic incertain. ✦

## L'AUTEUR



Le Dr Jokstad est chef des affaires scientifiques à la Fédération dentaire internationale. Il agit également à titre de conseiller de rédaction du JADC. Le Dr Jokstad s'est entretenu avec la rédaction et ses propos ont été recueillis pour la rubrique «L'entrevue du JADC» que l'on retrouve à la page 219.

## Références

1. Creugers NH, Mentink AG, Fokkinga WA, Kreulen CM. 5-year follow-up of a prospective clinical study on various types of core restorations. *Int J Prosthodont* 2005; 18(1):34-9.
2. Whitworth JM, Walls AW, Wassell RW. Crowns and extra-coronal restorations: endodontic considerations: the pulp, the root-treated tooth and the crown. *Br Dent J* 2002; 192(3):315-27.
3. Cheung W. A review of the management of endodontically treated teeth. Post, core and the final restoration. *J Am Dent Assoc* 2005; 136(5):611-9.
4. Valderhaug J, Jokstad A, Ambjornsen E, Norheim PW. Assessment of the periapical and clinical status of crowned teeth over 25 years. *J Dent* 1997; 2(2):97-105.

## La musique les fait sourire à belles dents !

Pour savoir si vous devez obtenir une licence de droits d'exécution musicale de la SOCAN, visitez notre site Internet ou signalez le 1-800-797-6226.



SOCAN

Société canadienne des auteurs,  
compositeurs et éditeurs de musique  
Society of Composers, Authors and  
Music Publishers of Canada

la musique a ses droits  
what's right for music



# VOICI LES SOLUTIONS DE PLACEMENT PRO-DENTAIRES



**Solutionnez les casse-têtes financiers de la vie** Avoir une image complète de votre avenir financier est plus facile que jamais avec les **Solutions de placement pro-dentaires** — une nouvelle division des services de placement de CDSPI.

Les **Solutions de placement pro-dentaires** offrent aux professionnels dentaires et à leur famille une approche intégrée personnalisée à la réussite financière. Avec votre collaboration, un conseiller élaborera une stratégie de placement personnalisée, vous aidera à l'exécuter et à suivre le progrès de votre portefeuille de placement.

Vous aurez accès aux **conseils sans frais** de professionnels de placement agréés, **un plan financier complet sans frais** et à des **produits de placement supérieurs**, notamment des fonds de placement sans frais d'acquisition, des comptes gérés et des plans de retraite individuels dans le cadre du Programme de placement des dentistes du Canada.

Pour voir votre avenir financier se préciser, appelez dès aujourd'hui.

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



Conseils professionnels  
**en direct**  
Une filiale du CDSPI



# Technique prévisible pour la fabrication et la mise en place d'orthèses dentaires non destinées au traitement de l'apnée du sommeil

Michael J. Racich, DMD, Dip ABOP

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 qui pourrait contribuer à cette rubrique, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à [jokeefe@cda-adc.ca](mailto:jokeefe@cda-adc.ca).

Les orthèses dentaires destinées au traitement d'affections autres que l'apnée du sommeil – aussi désignées orthèses dentaires non destinées au traitement de l'apnée du sommeil (ODNAS) – sont des appareils occlusaux amovibles qui recouvrent partiellement ou totalement l'une ou l'autre arcade. Les ODNAS sont largement utilisées par les dentistes généralistes, ainsi que par les spécialistes de la dentisterie de réhabilitation et du traitement de la douleur buccofaciale, pour le traitement des problèmes temporomandibulaires. Cet article décrit une technique prévisible pour la fabrication et l'application d'une ODNAS en acrylique dur et à recouvrement complet. Au maxillaire supérieur, ces ODNAS, d'une épaisseur minimale (environ 1 mm à l'arrière), offrent la possibilité de maximiser tous les mécanismes d'action liés aux effets thérapeutiques de ces appareils (ill. 1)<sup>1,2,3</sup>.

## Fabrication, mise en place et entretien des ODNAS en acrylique dur et à recouvrement complet

Durant l'ajustement des restaurations et des prothèses, y compris des ODNAS, les

dentistes doivent respecter des tolérances rigoureuses. Le procédé de fabrication d'une ODNAS en acrylique dur et à recouvrement complet commence par la prise d'une empreinte précise des arcades dentaires. Pour assurer un ajustement parfait, il faut utiliser des matériaux d'empreinte pour couronnes et ponts, comme les hydrocolloïdes réversibles (ill. 2), et non des hydrocolloïdes irréversibles (alginate) qui ne conviennent pas. On procède ensuite à l'enregistrement interocclusal (occlusion). Cependant, avant la prise de l'occlusion, il est recommandé d'appliquer pendant au moins 10 à 20 minutes un type quelconque de déprogrammeur musculaire antérieur<sup>4-6</sup>. On utilise souvent pour ce faire des cales incisives (leaf gauges) qui produisent une désocclusion postérieure minimale (ill. 3). Ce type d'appareil faciliterait la relaxation musculaire, ce qui contribuerait à une plus grande précision de l'enregistrement, quelle que soit la méthode utilisée<sup>6</sup>.

Après l'enregistrement interocclusal, les modèles sont montés sur un articulateur de son choix, en respectant la dimension verticale et le rapport antéropostérieur qui



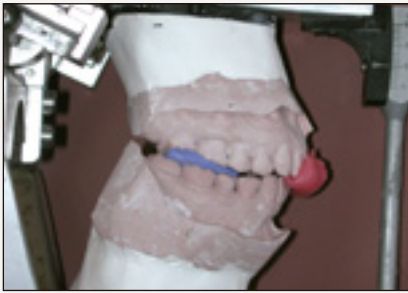
**Illustration 1 :** Orthèse dentaire supérieure plate, faite d'acrylique dur et à recouvrement complet, non destinée au traitement de l'apnée du sommeil (ODNAS).



**Illustration 2 :** Empreintes aux hydrocolloïdes réversibles.



**Illustration 3 :** Application intrabuccale du déprogrammeur musculaire.



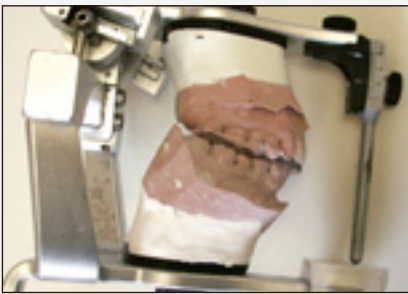
**Illustration 4 :** Modèles montés sur un articulateur semi-ajustable avec un enregistrement interocclusal.



**Illustration 5 :** Modèles montés sur un articulateur semi-ajustable, montrant un espace libre postérieur suffisant (au moins 1 mm) pour la fabrication d'une ODNAS.



**Illustration 6 :** La tige de l'articulateur est réglée à «0». Cette dimension verticale doit rester inchangée durant la fabrication de l'ODNAS.



**Illustration 7 :** ODNAS ajustée sur les modèles montés. Le réglage de la tige est demeuré inchangé.



**Illustration 8 :** Mise en place de l'ODNAS sur les modèles montés, pour la vérification des contacts postérieurs et de contacts antérieurs minimums, la tige étant réglée à «0».



**Illustration 9 :** Sur cette ODNAS, les contacts postérieurs sont inégaux et les contacts antérieurs sont prononcés. L'appareil a été retourné au laboratoire pour être corrigé.



**Illustration 10 :** Matériel nécessaire à la mise en place de l'ODNAS : papier bleu épais (Mynol, ADA Products, Milwaukee, Wis.), minces papiers de soie vert et rouge (Madame Butterfly, Almore International, Portland, Ore.), rouleau de coton hydrophile (Richmond Dental, Charlotte, N.C.), fraise acrylique (H79SGA, Brasseler, Savannah, Ga.) et fraise n° 7404 (Midwest, Dentsply International, Des Plaines, Ill.).



**Illustration 11 :** On procède d'abord à l'ajustement avec le papier bleu épais.



**Illustration 12 :** L'ajustement postérieur est fait avec le mince ruban de soie rouge en second lieu.



**Illustration 13** : L'ajustement de la prématurité est fait en troisième lieu, avec le mince ruban de soie rouge.



**Illustration 14** : La correction des mouvements de latéralité, avec le mince ruban de soie vert, est fait en dernier.



**Illustration 15** : ODNAS, avant ajustements.



**Illustration 16** : ODNAS, durant l'ajustement. La fraise acrylique est maintenue en place pour procurer une surface plane.



**Illustration 17** : ODNAS, après ajustements. Contacts postérieurs équilibrés, avec faible guidance antérieure en latéralité.



**Illustration 18** : Mise en bouche de l'ODNAS. Les contacts sont équilibrés sur les dents inférieures postérieures.

seront utilisés durant la fabrication de l'orthèse (ill. 4 et 5). Pour la plupart des patients, le montage des modèles des arcades dentaires se fera de préférence avec un arc facial, et non par la technique de l'axe charnière. Le rapport doit donc rester inchangé. En d'autres mots, le réglage de la tige doit rester inchangé ou demeurer à «0», car tout changement dans la dimension verticale fera en sorte que l'arc de fermeture de l'articulateur ne correspondra pas à celui du patient (ill. 6). Si cette règle n'est pas observée, l'occlusion sera faussée au moment de la pose de l'orthèse, et ceci prolongera inutilement la durée d'ajustement en cabinet.

Après réception de l'appareil qui a été fabriqué en laboratoire, l'enregistrement interocclusal est placé entre les modèles montés pour vérifier l'exactitude du montage et la position de la tige (à «0») (ill. 6). On fait ensuite tremper les modèles dentaires et l'orthèse dans l'eau pendant environ 10 minutes, puis l'orthèse est placée sur l'articulateur (ill. 7). Les contacts sont vérifiés en occlusion centrée<sup>4</sup>. Le praticien doit rechercher des contacts postérieurs bilatéraux équilibrés

pouvant tenir une feuille d'occlusion ultramine, et des contacts antérieurs minimums (ill. 8). Tout défaut devra être corrigé en laboratoire (ill. 9). Si l'on s'assure au préalable de la précision de la fabrication, la mise en bouche se fera sans problème.

En cabinet, l'orthèse est placée sur l'arcade dentaire, à l'intérieur de la bouche du patient, et le praticien vérifie s'il y a balancement et effectue les ajustements nécessaires. Il demande ensuite au patient d'évaluer le confort de l'appareil, en l'absence de contact inter-arcades. Si l'orthèse n'est pas confortable et qu'elle semble, par exemple, trop serrée, le patient pourrait ne pas observer le traitement. Les ajustements nécessaires sont faits, s'il y a lieu. Le maxillaire inférieur est ensuite guidé en contact avec l'orthèse déjà en place. Des ajustements sont faits au besoin pour équilibrer les contacts postérieurs bilatéraux et supprimer les prématurités antérieures (ill. 10 à 14)<sup>4</sup>. L'orthèse ne doit présenter aucune dépression autour des points de contact; elle doit être parfaitement plate et offrir une faible guidance antérieure en mouvements

de latéralité et en propulsion (ill. 15 à 17). Si toutes les étapes techniques sont rigoureusement suivies, la pose de l'appareil en cabinet ne devrait prendre que 15 minutes environ et au plus 30 minutes (ill. 18).

Les ODNAS en acrylique dur et à recouvrement complet ne sont recommandées que pour un usage nocturne. Le port de l'appareil durant le jour est en effet déconseillé, car les dents sont alors naturellement séparées et qu'elles ne viennent en contact que durant la mastication et la déglutition<sup>7</sup>. Le port nocturne peut se faire sur une base régulière ou au besoin<sup>8</sup>. En général, le patient sait reconnaître les moments où le port de l'appareil lui sera bénéfique. Dans certains cas, le fait de varier les habitudes de port durant la nuit peut modifier avantageusement la sensibilité proprioceptive<sup>9</sup>.

L'entretien de ces appareils est simple. Lorsqu'il n'est pas porté, l'appareil doit être gardé humide, soit en le trempant dans l'eau ou en l'enveloppant dans un essuie-tout humide. Un trempage hebdomadaire dans du vinaigre de table blanc non dilué pendant environ 10 minutes favorisera la désinfection et l'élimination des dépôts. Enfin, le nettoyage quotidien de l'appareil avec une brosse à dents douce et un émulsifiant non abrasif, comme un savon pour le visage ou un dentifrice, est essentiel.

### Conclusions

Les ODNAS en acrylique dur et à recouvrement complet sont souvent utilisées comme outil de diagnostic, de traitement ou d'entretien. Employés efficacement, ces appareils peuvent donner des résultats positifs et ils constituent un outil important dans l'exercice de la dentisterie pour les praticiens de toutes spécialités (dentisterie restauratrice, prosthodontie, parodontie, orthodontie et traitement de la douleur buccofaciale). ❖

### L'AUTEUR



Le Dr Racich est dentiste généraliste au centre-ville de Vancouver dans un cabinet axé sur la douleur buccofaciale et les problèmes temporo-mandibulaires, la dentisterie restauratrice globale et la prosthodontie.

Écrire au : Dr Michael Racich, 201-1128, rue Hornby, Vancouver, BC V6Z 2L4. Courriel : mikeracich@shaw.ca.

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

### Références

1. Dao TT, Lavigne GJ. Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders and bruxism? *Crit Rev Oral Biol Med* 1998; 9(3):345-61.
2. Dylina TJ. A common-sense approach to splint therapy. *J Prosthet Dent* 2001; 86(5):539-45.
3. Hagag G, Yoshida K, Miura H. Occlusion, prosthodontic treatment, and temporomandibular disorders: a review. *J Med Dent Sci* 2000; 47(1):61-6.
4. The glossary of prosthodontic terms. *J Prosthet Dent* 2005; 94(1):10-92.
5. Lucia VO. Modern gnathological concepts — updated. Chicago: Quintessence; 1983. p. 99-104.
6. Kantor ME, Silverman SI, Garfinkel L. Centric-relation recording techniques — a comparative investigation. *J Prosthet Dent* 1972; 28(6):593-600.
7. Lundeen H, Gibbs C. Jaw movements and forces during chewing and swallowing and their clinical significance. In: *Advances in occlusion*. Boston: John Wright PSG, 1982. p. 2-32.
8. Wilkinson T, Hansson TL, McNeill C, Marcel T. A comparison of the success of 24-hour occlusal splint therapy versus nocturnal occlusal splint therapy in reducing craniomandibular disorders. *J Craniomandib Disord* 1992; 6:64-70.
9. Tsuga K, Akagawa, Sakaguchi R, Tsuru H. A short-term evaluation of the effectiveness of stabilization-type occlusal splint therapy for specific symptoms of temporomandibular joint dysfunction syndrome. *J Prosthet Dent* 1989; 61(5):610-3.

### Également dans la présente édition :

Lisez le débat complémentaire du Dr Racich, intitulé «En faveur des orthèses dentaires non destinées au traitement de l'apnée du sommeil en acrylique dur et à recouvrement complet», à la page 239.



## LE POINT SUR LES ADHÉSIFS DENTAIRES

### Les adhésifs d'auto-mordançage : Au-delà de la recherche pour diminuer la sensibilité post-opératoire

L'arrivée des adhésifs d'auto-mordançage, dans les années 1990, a permis aux dentistes de réaliser des liaisons sur la dentine et sur l'émail sans avoir besoin de les mordançer au préalable – une innovation qui simplifie la procédure de liaison et réduit les risques de sensibilité pour le patient.

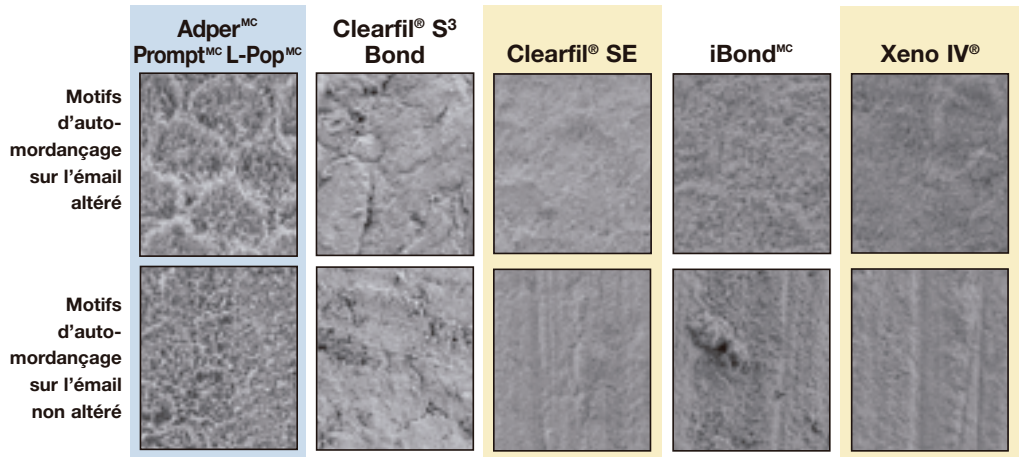
À ce jour, cette innovation constituait le principal attrait de ces matériaux adhésifs. Or, depuis quelque temps, des chercheurs se penchent sur leur vrai rendement en matière d'adhérence à la dentine et à l'émail, tout particulièrement à l'émail intact.

Les adhésifs d'auto-mordançage font appel aux monomères méthacrylates acidifiés qui deviennent acides lorsqu'ils sont combinés à l'eau. Ces adhésifs acides déminéralisent ou « mordançent » les surfaces de la dent, tout en pénétrant simultanément la dent, d'où la formation d'une solide liaison micromécanique.

Sur la dentine, le mordançage et la pénétration simultanée de la dent, sans étape de rinçage, contribuent à réduire les risques de sensibilité du fait que les tubules dentinaires sont plus susceptibles de rester scellés.

Presque tous les adhésifs d'auto-mordançage réduisent la sensibilité. C'est au niveau de leur pH qu'ils se distinguent. Pour permettre un mordançage adéquat, surtout sur l'émail non altéré, un adhésif doit conserver une forte acidité. Sans une faible pH, un système d'auto-mordançage risque de ne pas mordançer et pénétrer suffisamment l'émail.

**Plus le pH est faible, plus le mordançage est profond. Le pH d'un gel de mordançage à l'acide phosphorique type est d'environ 0,7. Celui de la plupart des adhésifs d'auto-mordançage est beaucoup plus élevé.**



Le faible pH de l'adhésif d'auto-mordançage Adper Prompt L-Pop permet d'obtenir des motifs d'auto-mordançage plus profonds que ceux des produits concurrents. On peut donc l'utiliser sur l'émail NON ALTÉRÉ sans avoir besoin de réaliser une étape distincte de pré-mordançage à l'acide. Contrairement aux autres systèmes, celui avec un adhésif de mordançage plus prononcé peut occasionner des forces de liaison plus élevées sur l'émail non altéré.

### Les adhésifs d'auto-mordançage tout en un peuvent sembler pratiques, mais les recherches montrent que leur pH élevé les rend moins efficaces sur l'émail non altéré.

Avec un pH de 0,8, l'adhésif d'auto-mordançage Adper<sup>MC</sup> Prompt<sup>MC</sup> L-Pop<sup>MC</sup> 3M<sup>ESPE</sup> produit des motifs de mordançage profonds sur l'émail, comme l'illustrent les images obtenues avec le microscope électronique à balayage.

Les systèmes d'adhésif d'auto-mordançage moins acides ne permettent pas d'obtenir des motifs de mordançage aussi profonds. La plupart exigent en fait une séquence distincte de pré-mordançage à l'acide phosphorique pour traiter l'émail non altéré avant d'y appliquer l'adhésif.

Ces produits sont souvent spécialement conçus pour être moins acides afin de prolonger leur durée de conservation. Lorsque les composants adhésifs acidifiés sont combinés à l'eau, leurs caractéristiques acides

sont activées. Les monomères méthacrylates ont alors tendance à subir une dégradation hydrolytique, ce qui diminue leur rendement et leur durée de conservation.

Les systèmes comme l'adhésif d'auto-mordançage Adper Prompt L-Pop échappent à cette dégradation du fait que le mélange de l'eau et de l'adhésif se fait juste avant l'utilisation. C'est pourquoi leur pH peut être moins élevé.

Certains fabricants préfèrent combiner l'eau et les composants adhésifs pour éliminer l'étape de mélange. L'adhésif est alors formulé à un pH plus élevé afin de ralentir l'hydrolyse. Même ainsi, un grand nombre d'adhésifs doivent être réfrigérés chaque jour pour ne pas se dégrader avant la date de conservation indiquée sur leur emballage.

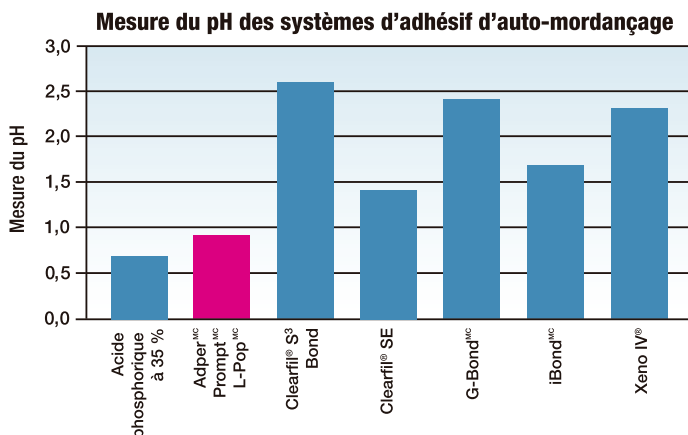
Les nouveaux produits d'auto-mordançage tout en un et les apprêts à base d'acide des systèmes à deux composants font partie de cette deuxième catégorie. Ils sont donc moins efficaces sur l'émail non altéré et nécessitent en général une étape distincte de mordançage à l'acide phosphorique pour traiter l'émail avant d'y appliquer l'adhésif.

### Conclusion

La réduction de la sensibilité du patient a guidé le développement des adhésifs d'auto-mordançage. Le plus grand défi consiste maintenant à trouver un adhésif d'auto-mordançage qui puisse aussi former une liaison uniformément solide à l'émail non altéré ainsi qu'àux surfaces d'émail et de dentine préparées, tout en conservant les avantages d'une longue durée de conservation.

Actuellement, seuls les adhésifs d'auto-mordançage qui conservent un faible pH, comme l'adhésif d'auto-mordançage Adper Prompt L-Pop, peuvent offrir une liaison solide sur l'émail intact, sans nécessiter une étape de pré-mordançage distincte. Ce qui en fait le meilleur choix pour un produit vraiment pratique et polyvalent.

Pour obtenir de plus amples renseignements ou des détails sur les tests, veuillez appeler au 1 800 265-1840, poste 6229, ou visiter le site [www.3MESPE.com/CA](http://www.3MESPE.com/CA)



**L'adhésif Adper Prompt L-Pop conserve un pH faible du fait que ses composants adhésifs et de mordançage ne sont combinés qu'au moment de l'application. Pour tous les systèmes d'adhésif d'auto-mordançage concurrents évalués dans cette étude, il est recommandé de mordançer l'émail non altéré avant d'appliquer l'adhésif. [Source : Données de 3M ESPE.]**

# À vos Piles!

Rapide d'utilisation et d'une performance remarquable

**NOUVEAU!**  
Composite de reconstitution en seringue

## Nouveau 1:1 Seringue QuickMix

- Seringue compacte pour application facile
- Moins de pertes avec les nouveaux embouts mélangeurs
- Applicateur intra oral pour application précise
- Chambres séparées évitent la contamination croisée
- Économie de matériel avec les nouveaux embouts mélangeurs



## Rebilda DC

Composite pour la reconstitution coronaire avec système adhésif intégré (auto et photo polymérisable)

- Photo polymérisable en 20 sec. pour accélérer la finition ou auto polymérisable pour prolonger le temps de travail
- Dureté comparable à celle de la dentine – se taille comme la dentine
- Très faible température exothermique même avec une grande quantité de matériel
- Fluide ne nécessite aucune compaction
- Une adhésion dentinaire puissante, réduisant le nombre de tenons parapulpaires et évitant la formation de hiatus marginaux
- Disponible en 3 teintes : bleu, dentine et blanc
- Radio opaque
- Libération de fluorures du matériel ainsi que de l'agent de liaison

Distributeurs agréés :

Patterson Dental, Henry Schein Ash Arcona,  
Sinclair Dental Co., Alpha Dental, Cliff's Dental



Auto polymérisable pour prolonger le temps de travail



Photo polymérisable pour accélérer la finition



Se taille comme la dentine

## Aussi disponible en cartouches



**VOCO**

VOCO Canada · toll-free 1-888 658 2584 · Fax 1-604 275 5825 · e-mail: info@voco.com · www.voco.com

Call 1-888-658-2584

creative in research

# En faveur des orthèses dentaires non destinées au traitement de l'apnée du sommeil en acrylique dur et à recouvrement complet

Michael J. Racich, DMD, Dip ABOP

## Auteur-ressource

Dr Racich  
Courriel :  
mikeracich@shaw.ca



© J Can Dent Assoc 2006; 72(3):239-41  
Cet article a été révisé par des pairs.

En dentisterie, une orthèse désigne toute surface occlusale artificielle amovible qui est utilisée pour le diagnostic ou le traitement et qui a une incidence sur le rapport de la mandibule au maxillaire<sup>1</sup>. Les orthèses dentaires destinées au traitement d'affections autres que l'apnée du sommeil – aussi désignées orthèses dentaires non destinées au traitement de l'apnée du sommeil (ODNAS) – sont des appareils occlusaux amovibles qui recouvrent partiellement ou totalement l'une ou l'autre arcade. Habituellement faits d'acrylique dur, ces appareils sont aussi appelés appareil de jumelage, orthèse dentaire, appareil orthétique, gouttière occlusale, plaque occlusale ou appareil interocclusal. Les ODNAS sont largement utilisées par les dentistes généralistes et les dentistes spécialisés en dentisterie de réhabilitation ou dans le traitement de la douleur bucco-faciale. Un grand nombre de praticiens croient également que les ODNAS sont efficaces pour le traitement des problèmes temporomandibulaires, en particulier ceux d'origine myogène<sup>2,3</sup>, mais l'évaluation de la littérature ne corrobore pas cette allégation<sup>4-6</sup> et, trop souvent, ces appareils sont utilisés sans preuve de leur efficacité<sup>7</sup>. La possibilité d'un effet placebo ne peut donc être écartée<sup>8</sup>. Les ODNAS sont utilisées avant et après un traitement de réhabilitation orale, comme outil de diagnostic ou de traitement ou comme protecteur buccal<sup>9-11</sup>. Ces appareils sont aussi souvent prescrits pour réduire l'usure occlusale, comme celle causée par le bruxisme associé aux troubles du sommeil<sup>12-15</sup>.

Il existe de nombreux modèles d'ODNAS dont certains seraient plus efficaces que d'autres<sup>16,17</sup>. Les ODNAS en acrylique dur peuvent ainsi être utili-

sées comme stabilisateurs à recouvrement total, appareil de repositionnement antérieur à recouvrement complet, appareil postérieur ou antérieur à recouvrement partiel et appareils de rotation. Parmi ces modèles, le plus répandu est le stabilisateur à recouvrement complet (**ill. 1**). Ces appareils peuvent être fabriqués directement en cabinet ou indirectement en laboratoire. La fabrication directe en cabinet des ODNAS en acrylique dur et à recouvrement complet permet de gagner temps et argent. Cependant, comme ces appareils sont fabriqués sur place, les désagréments qu'ils comportent (p. ex., goût, irritation tissulaire, odeurs) créent une réaction défavorable chez le patient. Les mêmes appareils fabriqués en laboratoire exigent un plus grand degré de compétence, car il faut assurer non seulement l'ajustement parfait de l'appareil sur l'arcade où il sera installé, mais aussi la précision du rapport inter-arcades. Les appareils fabriqués en laboratoire (**ill. 1**) offrent en outre la possibilité de maximiser les mécanismes d'action qui contribueraient aux effets thérapeutiques (**tableau 1**) des différents modèles disponibles<sup>7,18,19</sup>. Qui plus est, les appareils fabriqués en laboratoire sont plus durables que ceux fabriqués en cabinet et ils sont également sûrs, fiables et réversibles.

Les orthèses dentaires à recouvrement antérieur partiel (ODRAP) sont un type d'ODNAS, qui sont utilisées depuis des décennies par les dentistes comme dispositif de déprogrammation musculaire durant l'enregistrement interocclusal (**ill. 2**)<sup>20</sup> et qui sont devenues très populaires au cours des dernières années. Selon certains, la déprogrammation et la relaxation



III. 1 : ODNAS en acrylique dur et à recouvrement complet, fabriquée en laboratoire.



III. 2 : ODRAP en acrylique dur, fabriquée en laboratoire.



III. 3 : ODRAP en acrylique dur, fabriquée en cabinet.

**Tableau 1** Mécanismes d'action potentiels des ODNAS en acrylique dur et à recouvrement complet

Changements dans la dimension verticale
Optimisation de l'occlusion
Protection occlusale
Suppression de la mise en charge de l'ATM
Repositionnement mandibulaire
Effets sur la croissance et l'adaptation
Altération des influx sensoriels
Changement dans la sensibilisation cognitive du patient
Effet placebo

musculaires produites par ces appareils résulteraient de l'inhibition des contacts; ce mécanisme d'action reste toutefois à prouver<sup>21</sup>. Ces orthèses ont été proposées pour le traitement des troubles des muscles masticateurs mais aussi d'affections neurovasculaires, comme la migraine<sup>16,17,22</sup>. On peut utiliser l'appareil en acrylique dur qui a été fabriqué en laboratoire et le regarnir en cabinet (ill. 2) ou procéder à la fabrication directe de l'appareil en cabinet, en utilisant un acrylique polymérisable à froid (ill. 3). Rapides et faciles à fabriquer, ces ODRAP en acrylique dur offrent au dentiste un traitement clé en main. Ils peuvent cependant causer des complications qui sont liées notamment au risque d'aspiration de l'appareil, en raison de sa petite taille. De plus, le port continu et à long terme peut causer l'intrusion des dents qui sont mises en charge et l'extrusion des dents qui ne le sont pas<sup>23</sup>. Enfin, le praticien doit également être attentif au risque de surcharge de l'articulation temporomandibulaire (ATM)<sup>24</sup>. Cette surcharge peut permettre d'établir le diagnostic dans les cas d'inflammation de l'ATM où l'application de l'appareil pendant une courte durée rend l'ATM douloureuse. Cependant, la surcharge de l'ATM peut aussi exacerber des situations instables<sup>25</sup>. J'ai récemment examiné 2 nouveaux patients chez qui le port nocturne, pendant une courte période, d'une ODRAP en acrylique dur a causé des changements irréversibles dans l'ATM, qui ont été accompagnés de dysfonctionnement et de malaises.

### Cas n° 1

Une jeune femme de 18 ans, sans antécédents de douleur au niveau des muscles masticateurs ni de bruits à l'ATM, souffrait de céphalées de type neurovasculaire. Elle avait subi un traumatisme au côté droit de son menton durant une activité sportive, mais aucunes séquelles connexes n'avaient été rapportées. Environ 2 mois après son traumatisme, durant une période de stress (préparation des examens scolaires), la patiente a ressenti des troubles au niveau des muscles masticateurs, qui étaient caractérisés par une douleur et un dysfonctionnement. Ni la patiente, ni l'équipe dentaire, n'ont remarqué de bruits articulaires après l'apparition des problèmes de mastication. Son dentiste lui a fabriqué une ODRAP en acrylique dur, destiné à un usage nocturne. Un traitement personnel diurne lui a aussi été proposé (incluant garder les dents séparées, éviter la mise en fonction, appliquer une chaleur humide et consommer des aliments de consistance molle). Après environ 2 mois de port nocturne de l'ODRAP, la patiente s'est levée un matin avec un blocage aigu. L'imagerie par résonance magnétique a confirmé une luxation discale bilatérale.

### Cas n° 2

Une femme de 34 ans ressentait une douleur sourde continue du côté gauche, dans la partie inférieure du visage et dans le cou, qui était accompagnée de bruits audibles à l'ATM du côté gauche. Ses symptômes étaient exacerbés par la mise en fonction, et la patiente ressentait aussi à l'occasion des céphalées unilatérales. La patiente a déclaré avoir toujours eu l'habitude de serrer les dents. Il y a environ 3 ans, une ODRAP en acrylique dur a été fabriquée pour la patiente mais, après quelques nuits seulement d'utilisation, les symptômes actuels et les bruits à l'ATM gauche sont apparus. La patiente a été dirigée par un autre cabinet, pour trouver la cause de ses problèmes et réduire au minimum les séquelles futures.

### Discussion

Il est essentiel que les praticiens connaissent bien les conditions dans lesquelles l'usage des appareils dentaires nocturnes est indiqué et qu'ils sachent appliquer ces connaissances judicieusement. Il est également essentiel que l'exercice de la dentisterie soit, en tout temps, fondé sur les faits, car ce mode

d'exercice est devenu la norme en matière de soins. Cela signifie que le dentiste doit fonder ses décisions sur un usage consciencieux, explicite et judicieux des meilleures données disponibles, notamment en intégrant son expertise clinique personnelle aux meilleures données cliniques externes disponibles<sup>26</sup>. Étant donné la facilité avec laquelle on peut aujourd'hui accéder à des données de haute qualité qui ont été révisées par des pairs (p. ex., dans MEDLINE et la base de données Cochrane, tous 2 accessibles par Internet), rien ne peut excuser la prestation de soins non éclairés ou l'absence d'un consentement éclairé du patient<sup>27</sup>. Les solutions rapides qui sont proposées en vue de «se débarrasser» du patient ne sont pas de mise en dentisterie moderne. Il faut que cesse la pratique qui consiste à fabriquer un appareil dans le but de réaliser des gains rapides, sans avoir les connaissances nécessaires pour ce faire, ou à proposer n'importe quelle solution au patient, tout simplement pour répondre à ses demandes. L'exercice moderne de la dentisterie doit s'appuyer sur des techniques reconnues qui donnent des résultats éprouvés et fondés sur les faits<sup>28</sup>, et il faut éliminer toute technique susceptible de causer des effets nocifs irréversibles et de la morbidité – qu'ils soient de nature anatomique, physiologique ou psychologique<sup>29,30</sup>. Il est recommandé d'opter plutôt pour un modèle d'exercice clinique basé sur le principe de précaution<sup>31</sup>. En modifiant son approche et se demandant «Comment réduire les risques au minimum» et non «Quel risque maximal serait tolérable?», le dentiste sera mieux en mesure de concilier les meilleures données scientifiques disponibles, son expérience personnelle ainsi que les besoins et préférences du patient et il pourra ainsi améliorer la prise de décisions et réduire au minimum les dangers potentiels<sup>31</sup>.

Comme l'indiquent les 2 cas cités précédemment, les ODRAP en acrylique dur comportent non seulement des risques d'aspiration, mais ces appareils peuvent aussi causer des changements anatomiques irréversibles. Leur utilité dans l'exercice quotidien est donc limitée, et ces appareils ne sont indiqués que pour un usage judicieux à court terme. Les ODRAP en acrylique dur sont largement utilisées, mais souvent à mauvais escient. Il n'est pourtant pas difficile d'acquérir les compétences techniques nécessaires à la fabrication d'une ODNAS en acrylique dur et à recouvrement complet qui soit sûre, fiable et réversible, et des techniques pouvant être utilisées par toutes les équipes dentaires peuvent être facilement maîtrisées avec un minimum de formation. Un article décrivant la fabrication de ces appareils est publié à la page 233 du présent numéro du *JADC*. ♦

## L'AUTEUR

Le Dr Racich est dentiste généraliste au centre-ville de Vancouver dans un cabinet axé sur la douleur buccofaciale et les problèmes temporomandibulaires, la dentisterie restauratrice globale et la prosthodontie.

Écrire au : Dr Michael Racich, 201-1128, rue Hornby, Vancouver, BC V6Z 2L4.

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

## Références

1. The glossary of prosthodontic terms. *J Prosthet Dent* 2005; 94(1):10–92.
2. Clark GT. A critical evaluation of orthopedic interocclusal appliance therapy: design, theory, and overall effectiveness. *J Am Dent Assoc* 1984; 108(3):359–64.
3. Ekberg E, Vallon D, Nilner M. The efficacy of appliance therapy in patients with temporomandibular disorders of mainly myogenous origin. A randomized, controlled short-term trial. *J Orofac Pain* 2003; 17(2):133–9.
4. Raphael K, Marbach JJ. Evidence-based care of musculoskeletal facial pain. Implications for the clinical science of dentistry. *J Am Dent Assoc* 1997; 128(1):73–9.
5. Al-Ani MZ, Davies SJ, Gray RJ, Sloan P, Glennly AM. Stabilization splint therapy for temporomandibular pain dysfunction syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*; 2004:4.
6. Forssell H, Kalso E. Application of principles of evidence-based medicine to occlusal treatment for temporomandibular disorders: are there lessons to be learned? *J Orofac Pain* 2004; 18(1):9–22.
7. Dao TT, Lavigne GJ. Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders and bruxism? *Crit Rev Oral Biol Med* 1998; 9(3):345–61.
8. Kreiner M, Betancor E, Clark GT. Occlusal stabilization appliances. Evidence of their efficacy. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(6):770–7.
9. Klineberg I. Occlusal splints: a critical assessment of their use in prosthodontics. *Aust Dent J* 1983; 28(1):1–8.
10. Capp NJ. Occlusion and splint therapy. *Br Dent J* 1999; 186(5):217–22.
11. Messing SG. Splint therapy. In: Kaplan AS, Assael LA, editors. Temporomandibular disorders: diagnosis and treatment. Philadelphia: Saunders; 1991. p. 395–454.
12. Widmalm SE. Use and abuse of bite splints. *Compend Contin Educ Dent* 1999; 20(3):249–54, 256, 258–9.
13. Bernhardt O, Gesch D, Splieth C, Schwahn C, Mack F, Kocher T, and others. Risk factors for high occlusal wear scores in a population-based sample: results of the Study of Health in Pomerania (SHIP). *Int J Prosthodont* 2004; 17(3):333–9.
14. Blanchet PJ, Rompre PH, Lavigne GJ, Lamarche C. Oral dyskinesia: a clinical overview. *Int J Prosthodont* 2005; 18(1):10–9.
15. van der Zaag J, Lobbezoo F, Wicks DJ, Visscher CM, Hamburger HL, Naeije M. Controlled assessment of the efficacy of occlusal stabilization splints on sleep bruxism. *J Orofac Pain* 2005; 19(2):151–8.
16. Shankland WE. Migraine and tension-type headache reduction through pericranial muscular suppression: a preliminary report. *Cranio* 2001; 19(4):269–78.
17. Shankland WE. Nociceptive trigeminal inhibition-tension suppression system: a method of preventing migraine and tension headaches. *Compend Contin Educ Dent* 2002; 23(2):105–8, 110, 112–3.
18. Dylina TJ. A common-sense approach to splint therapy. *J Prosthet Dent* 2001; 86(5):539–45.
19. Kurita H, Kurashina K, Kotani A. Clinical effect of full coverage occlusal splint therapy for specific temporomandibular disorder conditions and symptoms. *J Prosthet Dent* 1997; 78(5):506–10.
20. Lucia VO. Modern gnathological concepts: updated. Chicago: Quintessence; 1983. p. 99–104.
21. Bruno SA. Neuromuscular disturbances causing temporomandibular dysfunction and pain. *J Prosthet Dent* 1971; 26(4):387–95.
22. Jokstad A, Mo A, Krogstad BS. Clinical comparison between two different splint designs for temporomandibular disorder therapy. *Acta Odontol Scand* 2005; 63(4):218–6.
23. Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2003. p. 527.
24. Nitzan DW. Intraarticular pressure in the functioning human temporomandibular joint and its alteration by uniform elevation of the occlusal plane. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52(7):671–9.
25. Magnusson T, Adiels AM, Nilsson HL, Helkimo M. Treatment effect on signs and symptoms of temporomandibular disorders — comparison between stabilization splint and a new type of splint (NTI). A pilot study. *Swed Dent J* 2004; 28(1):11–20.
26. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312(7023):71–2.
27. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med* 1997; 126(5):376–80.
28. Niederman R, Badovinac R. Tradition-based dental care and evidence-based dental care. *J Dent Res* 1999; 78(7):1288–91.
29. Stohler CS, Zarb GA. On the management of temporomandibular disorders: a plea for a low-tech, high-prudence therapeutic approach. *J Orofac Pain* 1999; 13(4):255–61.
30. McNeill C. Occlusion: what it is and what it is not. *J Calif Dent Assoc* 2000; 28(10):748–58.
31. Merijohn GK. Advances in clinical practice and continuing education "The precautionary context clinical practice model: a means to implement the evidence-based approach". *J Evid Based Dent Pract* 2005; 5(3):115–24.

# Protect<sup>MC</sup> Solution Désensibilisante

► Protège jusqu'à 6 mois\*

**NOUVEAU**

## La solution idéale pour dents sensibles!

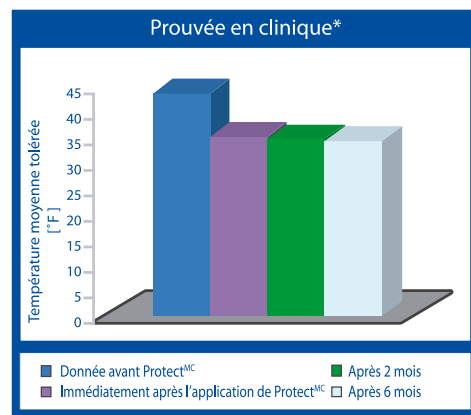
### Prouvée en clinique pour durer jusqu'à 6 mois\*

- La protection brevetée Protect<sup>MC</sup> met fin à l'hypersensibilité.
- D'autres désensibilisants dentinaires peuvent prendre une journée ou plus avant d'être efficaces, ne durent qu'un mois et nécessitent de multiples applications.
- Les produits à base de benzocaïne peuvent soulager seulement pour une courte durée.

### Élimine la douleur facilement et immédiatement

### NOUVELLE formule à triple action

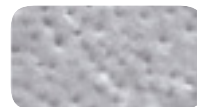
- Un acide de conditionnement enlève la plaque dentaire afin d'exposer les ouvertures des tubulis dentinaires, ce qui permet au liquide de pénétrer.
- Le liquide lie les molécules protéiques et de calcium dans les tubulis dentinaires afin de procurer des bouchons profonds, efficaces et de longue durée.
- Un vernis temporaire favorise l'occlusion des tubulis.



\*Données justificatives sur demande.



Avant Protect<sup>MC</sup>



Après Protect<sup>MC</sup>



Pour commander, composez le **1-800-265-7203**  
ou contactez votre représentant Sunstar Butler.

Visitez le [www.SunstarButler.com](http://www.SunstarButler.com)



GENGIVES SAINES. VIE SAINE.<sup>MD</sup>

# Perceptions et attitudes des dentistes canadiens envers les technologies numériques et électroniques

**Carlos Flores-Mir**, DDS, Cert Ortho, MSc, DSc; **Neal G. Palmer**, DDS, MSc, FRCD(C);  
**Herbert C. Northcott**, PhD; **Fareeza Khurshed**, BSc; **Paul W. Major**, DDS, MSc, FRCD(C)

## Version abrégée

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du eJADC à : [www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-3/243.html](http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-3/243.html)

© J Can Dent Assoc 2006; 72(3):243  
Cet article a été révisé par des pairs.

Il faudra franchir de nombreux obstacles pour que les technologies numériques et électroniques soient entièrement intégrées au fonctionnement des cabinets dentaires. Si les dentistes estiment que ces technologies ont une valeur significative pour la gestion et l'efficacité de leur cabinet, il y aura plus de chance que celles-ci soient acceptées par la vaste majorité d'entre eux.

**Objectifs :** Déterminer à quel point les dentistes perçoivent les technologies numériques comme des outils d'amélioration de la pratique dentaire et de résolution des problèmes et à quel point ils sont prêts à utiliser ces technologies, déterminer quels sont les obstacles perçus à l'utilisation de ces technologies, et déterminer les attitudes des dentistes envers les questions de confidentialité dans l'Internet.

**Méthodologie :** Un sondage anonyme et auto-administré a été mené par courrier postal auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de 1096 dentistes. Le sondage a recueilli des données démographiques et de l'information sur les perceptions et les attitudes des dentistes envers l'utilisation de l'ordinateur et de l'Internet dans les cabinets dentaires.

**Résultats :** Au total, 283 sondages pouvaient servir à l'analyse, malgré que 21 d'entre eux avaient des réponses incomplètes dans la partie des perceptions et des attitudes. Plus de 60 % des dentistes ont indiqué que la technologie informatique était assez capable ou très capable d'améliorer leur pratique actuelle en augmentant la satisfaction des patients, en réduisant les dépenses d'administration, en augmentant l'efficacité de leur pratique, en haussant la production de la pratique, en améliorant la qualité des dossiers du cabinet et en améliorant le diagnostic des cas et les plans de traitement. Plus de 50 % des répondants considéraient la photographie numérique et la radiographie numérique comme étant assez utiles ou très utiles. Plus de 30 % des répondants pensaient que

les modèles électroniques ou virtuels étaient assez utiles ou très utiles, et près du quart des répondants ont suggéré que les formulaires de renvoi électroniques et la tenue des dossiers électroniques étaient assez utiles ou très utiles. On a demandé aux répondants d'indiquer leur volonté à utiliser les technologies numériques et électroniques dans divers contextes de communication. Près de 70 % des dentistes étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour utiliser la technologie numérique et électronique afin de consulter des spécialistes dentaires. Les facteurs les plus importants qui étaient perçus comme des obstacles importants ou insurmontables étaient le coût de l'équipement (63 %) et le manque de confort avec la technologie (47 %). Près de 40 % des répondants ont indiqué que les différences législatives entre les provinces et les pays, le manque de coopération entre les dentistes, le besoin en formation technique et les directives ambiguës concernant la rémunération des consultations étaient des obstacles importants ou insurmontables. Le manque de communication face à face, l'incompatibilité des logiciels ou des matériels, les problèmes à céder les vidéoconférences et les questions de sécurité et de confidentialité étaient des obstacles importants ou insurmontables pour moins de 40 % des dentistes.

**Conclusions :** Les dentistes qui ont répondu à ce sondage considéraient en général les technologies numériques et électroniques comme étant utiles à la profession. L'augmentation de l'efficacité et de la production du cabinet étaient perçus comme des effets positifs de ces technologies. Il semblait y avoir une plus grande tendance à la consultation électronique avec les collègues qu'avec les patients. Les obstacles importants à l'utilisation généralisée de ces technologies étaient liés au coût, au manque de confort avec la technologie et aux lois interprovinciales et internationales. Les questions de confidentialité n'étaient pas perçues comme un gros obstacle. ♦



Pour obtenir les dépliant et les demandes d'assurance, veuillez nous appeler. Ou, visitez [www.cdspi.com/assurance](http://www.cdspi.com/assurance) et cliquez sur « Contrats ».

# Pour protéger ce qu'il y a de plus précieux

Assurance vie — Régime d'assurance des dentistes du Canada

Présentement, il y a environ **10 000** polices d'assurance vie du Régime d'assurance des dentistes du Canada qui protègent les professionnels dentaires et leur famille.

Il y a d'excellentes raisons qui expliquent la popularité du Régime d'assurance.

Les quatre contrats d'assurance vie supérieurs du Régime, notamment l'**assurance vie de base**, l'**assurance vie familiale**, l'**assurance vie Temporaire 100** et l'**assurance des associés** peuvent servir à combler divers besoins. Des besoins tels que protéger vos êtres chers, couvrir les dettes, garantir les ententes d'affaires et veiller à la planification successorale. De plus, toutes les couvertures offrent des options attrayantes qui rehaussent votre protection.

Communiquez avec votre conseiller personnel aux Conseils professionnels en direct Inc. dès aujourd'hui; il vous expliquera comment les contrats Vie du Régime peuvent s'harmoniser avec votre portefeuille d'assurance. Pour obtenir des conseils de planification sans frais\* d'un professionnel qui ne touche pas de commissions, composez le **1 877 293-9455 (sans frais) ou le (416) 296-9455, poste 5003.**



L'ASSOCIATION  
DENTAIRE  
CANADIENNE



RÉGIME D'ASSURANCE DES  
DENTISTES DU CANADA



Conseils professionnels  
**en direct**  
Une filiale du CDSPI

Le Régime d'assurance des dentistes du Canada est parrainé par l'Association dentaire canadienne et coparrainé par les associations dentaires provinciales participantes. Le CDSPI administre le Régime et les services consultatifs sont offerts par sa filiale — Conseils professionnels en direct Inc. Les contrats d'assurance vie du Régime sont établis par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie).

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



# Analyse comparative de la microinfiltration et du scellement obtenus avec les 2 matériaux d'obturation Resilon/Epiphany et gutta-percha

Allen Aptekar, BSc; Ken Ginnan, BA, BSc

### Version abrégée

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du eJADC à : [www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-3/245.html](http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-3/245.html)

© J Can Dent Assoc 2006; 72(3):245  
Cet article a été révisé par des pairs.

La microinfiltration demeure une cause majeure de l'échec du traitement radiculaire, qui vient de la difficulté à obtenir un scellement adéquat entre la structure interne de la dent et le matériau d'obturation habituel, la gutta-percha. Resilon/Epiphany (R/E) (Pentron Clinical Technologies) est un nouveau système, constitué de l'apprêt Epiphany, du scellant Epiphany et du matériau de remplissage Resilon, qui allie les avantages de la gutta-percha à la capacité de se lier chimiquement à la dent, ce qui diminue les risques de microinfiltration. Avec le système R/E, le canal radiculaire est d'abord lavé avec une solution d'acide éthylènediaminetétraacétique (EDTA) à 17 % pendant 1 à 2 minutes, pour éliminer les résidus d'hypochlorite de sodium. Le canal est ensuite asséché avec des pointes de papier, bien qu'il ne soit nécessaire d'obtenir un assèchement complet, car le scellant est hydrophile.

LE DEGRÉ DE  
MICROINFILTRATION A ÉTÉ  
MOINDRE AVEC LE MATÉRIAU  
D'OBTURATION RESILON  
QU'AVEC LA GUTTA-PERCHA.

L'apprêt est appliqué sur la surface du canal, avant le scellant. L'obturation du canal est ensuite réalisée avec le matériau de remplissage (pointes de Resilon). Une fois l'obturation terminée, la surface coronaire est polymérisée pour assurer un scellement immédiat. Durant l'obturation, le matériau de remplissage, le scellant et les tubules dentinaires forment, à l'intérieur du canal radiculaire, une structure solide unique qui assure le scellement.

**Objectif :** Comparer l'infiltration de colorant dans le temps, dans des canaux radiculaires obturés avec la gutta-percha ou le système R/E.

**Méthodologie :** Une pulpectomie a été pratiquée sur 105 incisives inférieures monoradiculaires choisies au

hasard. Les dents ont été réparties de façon aléatoire en 7 groupes de 15 dents. Trois groupes ont été obturés avec la gutta-percha et 3 avec le système R/E, par la technique de condensation latérale. Pour chaque matériau d'obturation, chacun des 3 groupes a été incubé pendant une période différente, soit 10 jours, 1 mois ou 3 mois, dans un bain d'eau chaude contenant un colorant. Le septième groupe (témoin) a été incubé pendant 3 mois. Le degré de microinfiltration a ensuite été évalué en sectionnant les racines et en observant la pénétration du colorant, ainsi que l'efficacité du scellement et de la liaison, sous un microscope à dissection et un microscope électronique à balayage.

**Résultats :** Durant les 3 périodes évaluées, le degré de microinfiltration a été moindre avec le matériau d'obturation Resilon qu'avec la gutta-percha. Une analyse comparative de régression a également révélé la supériorité du matériau Resilon, toutes périodes confondues, la valeur de R de ce matériau étant de 0,8928, contre 0,8161 pour la gutta-percha.

**Conclusion :** Les problèmes associés au défaut de scellement obtenu durant l'obturation par la gutta-percha sont connus depuis des décennies. Le système R/E offre un nouveau matériau pour les traitements radiculaires qui, non seulement crée une liaison chimique avec la structure interne de la dent sur toute la surface radiculaire, mais assure aussi l'intégrité du scellement dans le temps. La poursuite des études sur R/E aideront à valider l'utilisation de ce matériau. Des études in vivo démontrant l'efficacité à long terme de ce matériau seraient particulièrement utiles. ♦

# La nouvelle Oral-B Sonic Complete. C'est sonique. C'est complet. Et, surtout, c'est d'Oral-B.

1<sup>re</sup> brosse à dents  
électrique !



Reconnue par  
l'Association  
dentaire  
canadienne

Les soies entrecroisées  
Crisscross<sup>®</sup> nettoient les  
endroits difficiles à atteindre

La tête coussinée et  
compacte protège les  
dents et les gencives.

Poignée mince et légère  
pour une plus grande  
maîtrise

Désormais, si vous recommandez une brosse à dents sonique, vous pouvez le faire en toute confiance grâce à un nouveau choix offert par Oral-B, l'innovateur en matière d'hygiène bucco-dentaire. Voici la nouvelle Oral-B Sonic Complete. Il a été prouvé en clinique qu'elle réduit sensiblement la plaque proximale, la gingivite<sup>1</sup> et les taches<sup>2</sup> en quatre semaines à peine. De plus, la Oral-B Sonic Complete présente plusieurs caractéristiques distinctes afin d'améliorer l'expérience de brossage de vos patients.

#### 3 MODES PERMETTANT AUX PATIENTS DE PERSONNALISER LEUR NETTOYAGE

- NETTOYAGE  
enlève la plaque et les taches.
- DOUCEUR  
prend soin de la langue, des gencives et  
des régions sensibles.
- MASSAGE  
masse les gencives en douceur.



3 modes permettant  
aux patients de  
personnaliser leur  
nettoyage

Pour de plus amples renseignements, appeler notre  
Service à la clientèle au 1 800 268-5217 ou par  
télécopieur au (905) 712-5544/3, ou visitez le site  
[www.oralb.com](http://www.oralb.com)

**Oral-B**<sup>®</sup>  
**sonic**  
**complete**<sup>™</sup>

# Preuve convaincante que le formocrésol utilisé en dentisterie pédiatrique est sans danger

Alan Milnes, DDS, PhD, FRCD(C)

## Version abrégée

L'article anglais est affiché au complet sur le site Web du eJADC à : [www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-3/247.html](http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-3/247.html)

© J Can Dent Assoc 2006; 72(3):247-8  
Cet article a été révisé par des pairs.

Casas et coll.<sup>1</sup> ont mis en doute l'innocuité du formocrésol tel qu'utilisé lors des pulpotomies pédiatriques, parce que le formaldéhyde qu'il contient pourrait provoquer des effets toxiques à des sites éloignés, notamment la génotoxicité, l'immunotoxicité et le cancer. Cependant, cet argument est basé sur des preuves qui ont été soit mal interprétées soit remplacées par des données scientifiques plus solides. En outre, cet argument est biologiquement improbable sur la base des preuves actuelles.

Le formaldéhyde est un composé biologique que l'on trouve naturellement dans les tissus mammifères, les cellules et les liquides organiques. Beaucoup de produits en contiennent ou en dégagent, notamment les antiseptiques, le détergent à vaisselle, l'assouplissant, les produits de nettoyage pour tapis, le vernis à ongles, le durcisseur à ongles, les produits de papier, les adhésifs, la peinture au latex, les plastiques, les tissus infroissables et différents produits ligneux.

Chez les rats, les singes et les humains, la concentration endogène normale de formaldéhyde dans le sang est d'environ 0,1 mmol/l (2,70 µg/g), et ces taux ne sont pas affectés par l'exposition externe au

formaldéhyde. De nombreuses études scientifiques ont démontré que le formaldéhyde inhalé ou ingéré se métabolise rapidement, et que l'atome de carbone est rapidement incorporé aux macromolécules réparties dans tout l'organisme. Les déshydrogénases glutathiono-dépendantes et glutathiono-indépendantes catalysent l'oxydation de formaldéhyde dans les muqueuses nasales et buccales, les hépatocytes et les érythrocytes, lesquels sont les principales voies de détoxification.

**Génotoxicité :** De nombreuses études ont démontré que le formaldéhyde est génotoxique ou mutagène pour les tissus mammifères, mais seulement à la suite d'une exposition prolongée à des zones de contact précises comme le nasopharynx. Rien ne prouve que la quantité de microgrammes de formaldéhyde appliquée au tissu pulpaire pédiatrique pendant quelques minutes causera une toxicité à des sites éloignés. Des anomalies cytogénétiques, comme les liens transversaux entre les protéines de l'ADN, les aberrations chromosomiques, les échanges de chromatides sœurs ou nucléées, n'ont pas été relevées dans la moelle osseuse de rats normaux exposés au formaldéhyde marqué d'hydrogène radioactif [<sup>3</sup>H] ou de carbone [<sup>14</sup>C] à des concentrations aussi élevées que 15 parties par million (ppm); dans la moelle osseuse des rats carencés en glutathion (inhibée sur le plan métabolique) exposés au formaldéhyde [<sup>3</sup>H] et au formaldéhyde [<sup>14</sup>C] à des concentrations aussi élevées que 10 ppm; et dans la moelle osseuse des singes Rhésus exposés au formaldéhyde [<sup>14</sup>C] à des concentrations aussi élevées que 6 ppm. Aucune anomalie cytogénétique n'a été observée dans les lymphocytes circulants obtenus des enfants ayant subi au moins une pulpotomie au formocrésol ou dans les lymphocytes des rats exposés à des concentrations de formaldéhyde aussi élevées que 15 ppm pendant 5 jours.

**Immunotoxicité :** Une sensibilisation immunitaire à la suite de la pulpotomie au formocrésol a été observée chez les chiens, mais lors d'une étude menée auprès de 128 enfants ayant subi une pulpotomie au formocrésol, il n'y a pas eu d'augmentation de la réaction immunitaire ou de réactions allergiques.

**Cancérogénicité :** Le formaldéhyde cause l'apparition d'un carcinome spinocellulaire nasal chez les rongeurs exposés à long terme à une concentration minimale de 6 ppm. Par contre, cette concentration

RIEN NE PROUVE QUE  
LA QUANTITÉ DE  
MICROGRAMMES DE  
FORMALDÉHYDE APPLIQUÉE  
AU TISSU PULPAIRE  
PÉDIATRIQUE PENDANT  
QUELQUES MINUTES  
CAUSERA UNE TOXICITÉ  
À DES SITES ÉLOIGNÉS.

représente plus de 1000 fois les expositions ambiantes typiques pour les humains et 8 fois la limite d'exposition professionnelle maximale établie par l'Occupational Safety and Health Administration des États-Unis. À partir de 7 biososages par inhalation à long terme et de 3 études portant sur des rats, des souris et des hamsters par l'intermédiaire de l'eau potable ou à partir de 3 enquêtes épidémiologiques à long terme menées auprès de travailleurs industriels exposés au formaldéhyde dans le cadre de leur travail, la preuve n'a pu être faite que cette substance peut causer le cancer à des sites éloignés. Toute preuve soutenant que le formaldéhyde cause le cancer à des sites éloignés doit être considérée comme inconscquente pour plusieurs raisons : non-reproduisibilité, rapports inadéquats sur les méthodes expérimentales ou sensibilité analytique insuffisante.

**Conclusions :** L'abondance de preuves négatives démontre fortement qu'il n'y a pas de transport de formaldéhyde inhalé, ingéré ou appliqué localement à des sites éloignés. Alliés au fait que le formaldéhyde se trouve naturellement dans tout l'organisme et que seulement quelques microgrammes de formaldéhyde sont appliqués pendant de très courtes périodes sur le tissu pulpaire lors de la pulpotomie, ces résultats négatifs constituent une preuve convaincante que l'exposition des enfants à l'élément formaldéhyde du formocrésol lors de la pulpotomie est à la fois sans conséquence et sans danger. ✦

#### Référence

1. Casas MJ, Kenny DJ, Judd PL, Johnston DH. Avons-nous encore besoin du formocrésol en dentisterie pédiatrique? *J Can Dent Assoc* 2005; 71(10):749-51.

## Pour les praticiens d'aujourd'hui!

**Les membres de l'ADC ont maintenant 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® 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.

**Les membres de l'ADC peuvent accéder à ce nouveau service à partir du volet réservé aux membres du site web de l'ADC à l'adresse [www.cda-adc.ca](http://www.cda-adc.ca).**



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.

# Transmigration of Impacted Mandibular Canines — Report of 4 Cases

Ajit Auluck, MDS; Archana Nagpal, MDS; Suhas Setty, MDS; Keerthilatha M. Pai, MDS; James Sunny, MDS

## Auteur-ressource

Dr Auluck  
Courriel :  
drajitaauluck@yahoo.co.in



## SOMMAIRE

Les canines incluses ne sont pas rares en dentisterie clinique, mais le mouvement intraosseux de canines incluses traversant la ligne médiane (migration) l'est. Nous présentons ici 4 études de cas sur la migration de canines inférieures, pour faire ressortir l'importance de compléter les radiographies périapicales par une radiographie panoramique chez les patients dont les canines primaires sont trop persistantes ou dont les canines permanentes sont absentes.

**Mots clés MeSH :** cuspid/physiopathology; mandible; tooth, impacted/etiology; tooth migration/ complications

© J Can Dent Assoc 2006; 72(3):249–52  
Cet article a été révisé par des pairs.

**P**re-eruptive migration of a tooth across the midline is termed transmigration.<sup>1</sup> Transmigration typically affects the mandibular canines, but occurs rarely in maxillary canines as well.<sup>1</sup> Transmigrated canines usually remain impacted and asymptomatic or they ectopically erupt at the midline or on the opposite side of the arch.<sup>2</sup> Transmigrating teeth can cause pressure resorption of roots or tilting of adjacent teeth<sup>3,4</sup> and neuralgic symptoms<sup>4</sup> or these teeth migrate to adjacent structures like the coronoid process<sup>5</sup> causing pain and discomfort to the patient. We report 4 cases of mandibular canine transmigration to highlight the importance of early detection by panoramic radiographic examination. Early diagnosis with a timely orthodontic or surgical intervention can help dentists preserve the canines, which play an important role, in both esthetics and function, in human dentition.

### Case Reports

#### Case 1

A 25-year-old man reported for postoperative evaluation of a single-tooth implant prosthesis placed in the 43 region 1 year earlier. The patient had had a mobile tooth 73, which was extracted and an implant was placed (at a different hospital).

A periapical radiograph of the 43 region and a panoramic radiograph were requested. The periapical radiograph showed no abnormalities and adequate marginal bone support. The panoramic radiograph revealed the presence of a canine apical to the mesial aspect of tooth 48 (Fig. 1). The migrating canine showed no evidence of resorption or pericoronal radiographic changes suggestive of cystic degeneration. Adjacent teeth appeared normal. The panoramic radiograph revealed bilateral flattening of the posterior slopes as well as superior-medial portions of condyle together with bird-beak-shaped condyles and decreased joint spaces indicative of degenerative joint disease. The patient was asymptomatic; he was informed of the condition and was scheduled for periodic follow-up.

#### Case 2

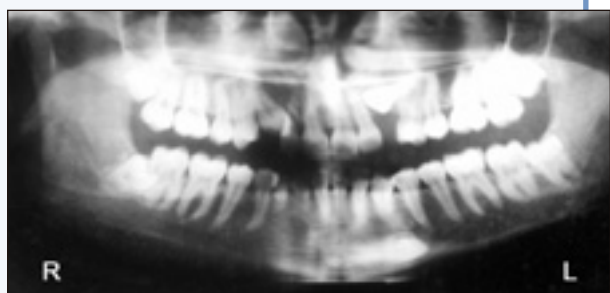
A 25-year-old man underwent a panoramic radiographic examination before orthodontic treatment. Teeth 13, 23 and 43 were missing. The radiograph showed that both maxillary impacted canines as well as an impacted mandibular right canine had crossed the midline. The transmigrated tooth 43 could be seen below the apices of teeth 33 and 34 (Fig. 2).

#### Case 3

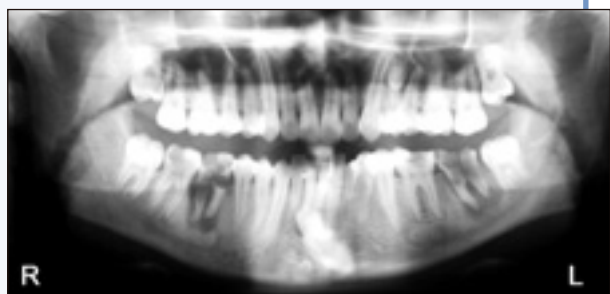
A 20-year-old woman presented with pain in the left mandibular molars over the previous



**Figure 1:** Panoramic radiograph showing the transmigrated tooth 33 apical to the mesial aspect of tooth 48.



**Figure 2:** Panoramic radiograph showing transmigrated right canine below the apices of teeth 33 and 34. (Note: The patient was positioned too far back in the machine; thus, the anterior focal trough was not in the tomographic layer when the radiograph was taken.)



**Figure 3:** Panoramic radiograph showing impacted tooth 33 that has crossed the midline and is below the apices of the mandibular incisors.

3 days. A periapical radiograph showed an ill-defined periapical radiolucency, the extent of which could not be completely determined. Subsequently, a panoramic radiograph was obtained for evaluation of the extent of the lesion (**Fig. 3**). It showed grossly decayed molars with periapical abscess, widening of the periodontal ligament space and inter-radicular bone loss. It also revealed the presence of an impacted tooth 33 below the apices of the mandibular incisors. Tooth 43 was in place, but tooth 73 was over-retained. Teeth 37 and 46 had gross carious lesions, and significant periapical rarefying osteitis was present in teeth 37, 36, 46 and 47. Tooth 47 also had condensing osteitis. A supernumerary tooth apical to tooth 24 was noted as well.

#### Case 4

A 40-year-old man presented with pain in the upper right first molar over the previous week. Oral examination revealed a tooth simulating a 43 in the midline; the tooth was rotated and a root stump was evident in the tooth 43 region (**Fig. 4a**). A periapical radiograph of teeth 44, 43, 42, 41 and 31 region revealed the presence of the over-retained root stump of tooth 83 (**Fig. 4b**). A second periapical radiograph of teeth 31, 32, 41, 42 and the tooth simulating a 43 at the midline showed a permanent mandibular canine between the mandibular central incisors (**Fig. 4c**). Tooth 83 did not show any signs of physiologic resorption.

#### Discussion

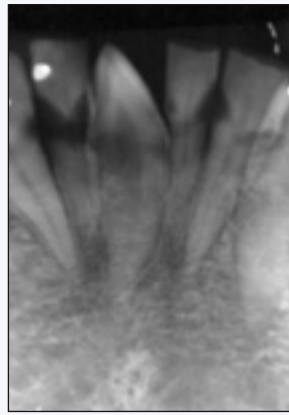
Canine impaction is more prevalent in the maxilla than in the mandible, but canine transmigration is more frequent in the mandible.<sup>6</sup> The mandibular canine is the only tooth in which migration and crossing of the midline has been documented.<sup>1-3,7</sup> The larger cross-sectional area of the anterior mandible compared with the anterior maxilla may be a reason for the higher frequency of mandibular canine transmigration.<sup>6</sup> Transmigration of maxillary canines is uncommon due to the shorter distance between the roots of maxillary incisors and the floor of the nasal fossa and restriction of the path of tooth movement by the roots of adjacent teeth, the maxillary sinus and the mid-palatal suture, which act as a barrier.<sup>3</sup> In the first 3 cases described above, impacted mandibular canines transmigrated. In case 3, a maxillary canine was impacted but did not transmigrate. In case 4, a transmigrated canine had erupted in the midline.

Studies have suggested that transmigration of canines is a rare phenomenon with an incidence of about only 0.31%.<sup>4</sup> Mupparapu<sup>7</sup> reported an incidence of 1.5% for Type 4 canine transmigration. Transmigration of canines has been reported more frequently in females than males in the ratio 1.6:1.<sup>8</sup> The mandibular left side is affected more than the right side.<sup>9</sup> The etiology of transmigration is unknown; however, abnormal displacement of the tooth bud or deviation during development is the most commonly accepted explanation.<sup>10</sup>

Javid and others<sup>10</sup> suggest that the conical crown shape and long root of the mandibular canine aid in transmigration. The migratory passage of the canine through the mandible is in the direction of its long axis with the tip of the crown leading the way.<sup>9</sup> The movement takes place along the path of least resistance.<sup>4,9,11</sup> The crown deviates to a more horizontal position and an abnormally strong eruptive force directs it through the dense mandibular symphysis.<sup>12</sup> Other local and pathologic factors implicated in the etiology of transmigration include premature loss of primary teeth and subsequent occupation of the space by adjacent teeth, unfavourable alveolar arch length, discrepancies in tooth size, fractures with displacement of tooth buds, odontomas and cysts.<sup>4,11,12</sup> The 3 cases of transmigration of impacted mandibular canines and 1 case of erupted transmigrated mandibular canine we report here had no associated



**Figure 4a:** Permanent right mandibular canine in the midline.



**Figure 4b:** Periapical radiograph showing permanent right mandibular canine in the midline.



**Figure 4c:** Periapical radiograph showing the over-retained tooth 83.

pathology. In the absence of previous clinical and radiographic records, the exact cause of the transmigration could not be determined.

Javid and others<sup>10</sup> propose that transmigration should be considered when half the length of the crown crosses the midline. Recently, it has been suggested that it is not the distance of migration after crossing the midline that is important but rather the tendency of canines to cross the midline, which is significant as the distance can vary according to the stage of transmigration.<sup>6,12</sup> In 3 of the cases the crowns had crossed the midline and, in the first 2 cases, the impacted mandibular canines had even migrated a significant distance on the contralateral side.

Mupparapu<sup>7</sup> proposed a classification of mandibular canine transmigration based on the migratory pattern and position of the canines in the jaw: Type 1 for a canine impacted mesio-angularly across the midline, labial or lingual to the anterior teeth; Type 2 for a canine horizontally impacted near the lower border of the mandible inferior to the apices of the incisors; Type 3 for a canine erupting on the contralateral side; Type 4 for a canine horizontally impacted near the inferior border of the opposite side; and Type 5 for a canine positioned vertically in the midline with the long axis of the tooth crossing the midline. Our first 2 cases are Type 4, the third case is a Type 2 variant and the fourth, a Type 5 variant.

The absence or delayed eruption of permanent mandibular canines in the arch or over-retained primary canines are common clinical findings suggestive of impacted or transmigrated canines.<sup>4,11</sup> In cases of impacted mandibular canines where periapical radiographs fail to detect any abnormality (with no history of extraction), transmigration of canines should be suspected. These canines lie horizontally below the inferior alveolar canal or migrate toward the midline and, as a result, may not be visible in periapical radiographs.<sup>9,12</sup> This emphasizes the need for a panoramic radiograph. In cases 1

and 2, transmigration was only detected on panoramic radiographs.

Even though the teeth have transmigrated to the contralateral side, they maintain their nerve connection to the originating side.<sup>9</sup> Therefore, it is important to anesthetize the nerve on the originating side. One case report described a patient who had severe pain during extraction of the transmigrated canine when the contralateral inferior alveolar nerve was not anesthetized.<sup>13</sup>

Treatment options proposed for transmigrated mandibular canines are surgical removal, transplantation and surgical exposure with orthodontic alignment.<sup>11</sup> Surgical extraction is the most favoured treatment.<sup>11</sup> If the patient is symptomatic and has any associated abnormalities, such as a developing apical cyst, neuralgia, resorption of an adjacent tooth root or displacement of teeth, then surgical extraction should be planned immediately. If the patient is asymptomatic, the transmigrated canine can be left in place<sup>11,14</sup>; however, regular follow-up with radiographs is required to monitor movement of these teeth.

If the mandibular incisors are in a normal position and space for the transmigrated canine is sufficient, transplantation may be undertaken.<sup>11</sup> Howard<sup>15</sup> transplanted a transmigrated canine when there was enough space to accommodate the tooth. Surgical exposure with orthodontic realignment can also be done for labially impacted transmigrated canine.<sup>16</sup> However, if the crown of the transmigrated canine moves past the opposite incisor area or if the apex is seen to have migrated past the apex of the adjacent lateral incisor, it might be mechanically impossible to bring the tooth back into place. In such cases, extraction is preferred.<sup>12</sup>

In cases 1 and 2, the canines had migrated to the opposite molar and premolar regions, respectively. But as the patients were asymptomatic, extraction was deferred and patients were kept on periodic recall. Case 3 was referred for orthodontic consultation but was lost for follow-up. As for the

patient in case 4, he was not willing to undergo any treatment for the malpositioned tooth.

## Conclusions

The presence of an over-retained mandibular deciduous canine or missing permanent canines should always be clinically and radiographically investigated. An intraoral periapical radiograph may not be sufficient to detect transmigration except in cases where the transmigrated tooth has erupted and should be supplemented by a panoramic radiograph. Before extraction, care must be taken to administer proper anesthesia on the side from which the transmigrated tooth originated. ♦

## THE AUTHORS



**Dr. Auluck** is an assistant professor in oral medicine and radiology at the Manipal College of Dental Sciences, Mangalore, India.

**Dr. Nagpal** is a senior lecturer, department of oral medicine and radiology, Institute of Dental Studies and Technology, Modinagar, Uttar Pradesh.

**Dr. Setty** is a reader at the Manipal College of Dental Sciences, Manipal, India.



**Dr. Pai** is a professor and head of oral medicine and radiology at the Manipal College of Dental Sciences, Manipal, India.

**Dr. Sunny** is an assistant professor in the department of orthodontics, Manipal College of Dental Sciences, Manipal, India.

**Correspondence to:** Dr. Ajit Auluck, Department of Oral Medicine and Radiology, Manipal College of Dental Sciences, Mangalore, Light House Hill Road, Mangalore – 576104, Karnataka, India.

The authors have no declared financial interests.

## References

1. Aydin U, Yilmaz HH. Transmigration of impacted canines. *Dentomaxillofac Radiol* 2003; 32(3):198–200.
2. Kuftinec MM, Shapira Y, Nahlieli O. A case report. Bilateral transmigration of impacted mandibular canines. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(7):1022–4.
3. Costello JP, Worth JC, Jones AG. Transmigration of permanent mandibular canines. *Br Dent J* 1996; 181(6):212–3.
4. Alaejos-Algarra C, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Transmigration of mandibular canines: report of six cases and review of the literature. *Quintessence Int* 1998; 29(6):395–8.
5. Okada H, Miyake S, Toyama K, Yamamoto H. Intraosseous tooth migration of impacted mandibular premolar: computed tomography observation of 2 cases of migration into the mandibular neck and the coronoid process. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60(6):686–9.
6. Aydin U, Yilmaz HH, Yildirim D. Incidence of canine impaction and transmigration in a population. *Dentomaxillofac Radiol* 2004; 33(3):164–9.
7. Mupparapu M. Patterns of intra-osseous transmigration and ectopic eruption of mandibular canines: review of literature and report of nine additional cases. *Dentomaxillofac Radiol* 2002; 31(6):355–60.
8. Peck S. On the phenomenon of intraosseous migration of nonerupting teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1998; 113(5):515–7.
9. Shapira Y, Kuftinec MM. Intrabony migration of impacted teeth. *Angle Orthod* 2003; 73(6):738–43.
10. Javid B. Transmigration of impacted mandibular cuspids. *Int J Oral Surg* 1985; 14(6):547–9.
11. Camilleri S, Scerri E. Transmigration of mandibular canines — a review of the literature and a report of five cases. *Angle Orthod* 2003; 73(6):753–62.
12. Joshi MR. Transmigrant mandibular canines: a record of 28 cases and retrospective review of the literature. *Angle Orthod* 2001; 71(1):12–22.
13. Shanmugasuntharam P, Boon LC. Transmigration of permanent mandibular canines. Case report. *Aust Dent J* 1991; 36(3):209–13.
14. Abbott DM, Svirsky JA, Yarborough BH. Transposition of permanent mandibular canine. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980; 49(1):97.
15. Howard RD. The anomalous mandibular canine. *Br J Orthod* 1976; 3(2):117–21.
16. Wertz RA. Treatment of transmigrated mandibular canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1994; 106(4):419–27.



# Longevity of a Maxillary 2-Unit Cantilever Fixed Partial Denture: Clinical Report

Usama Nassar, DDS, MS; Shawn Russett, BSc, DDS

## Auteur-ressource

Dr Nassar  
Courriel :  
unassar@ualberta.ca



## SOMMAIRE

Dans ce rapport clinique, nous discutons de la durée de vie et du remplacement d'une prothèse partielle fixe antérieure supérieure à 2 unités, de type cantilever. Le patient a porté sa prothèse partielle fixe pendant 53 ans avant de la remplacer par une prothèse céramo-métallique à 2 unités. Dans la prothèse initiale, l'incisive latérale supérieure manquante avait été remplacée en utilisant une couronne métallique partiellement recouverte. La nouvelle prothèse céramo-métallique a été conçue avec une couronne complètement recouverte.

**Mots clés MeSH :** biomechanics; dental abutments; dental restoration failure; denture, partial, fixed

© J Can Dent Assoc 2006; 72(3):253-5  
Cet article a été révisé par des pairs.

Cantilever fixed partial dentures (FPDs) are considered a viable choice in restorative dentistry when treatment is planned carefully and the prosthesis is designed appropriately under favourable intraoral conditions. Several publications have discussed the designs, indications, success factors, advantages and disadvantages of the various types of cantilever FPDs.<sup>1-6</sup> Stelzel and others<sup>7</sup> investigated the influence of cantilever FPDs on periodontal health and concluded that they are not different from conventional FPDs when oral hygiene is maintained and closely monitored.

The use of a 2-unit cantilever FPD to replace the maxillary lateral incisors using the canine as a single abutment is recommended.<sup>2,3</sup> The design considerations of this specific FPD are described by Goldfogel and Lambert.<sup>8</sup>

The longevity of anterior 2-unit cantilever prostheses is not widely covered in the dental literature. In investigating the failure of fixed prosthodontics, a few studies have briefly mentioned the lifespan or years of service of cantilever FPDs<sup>9</sup> without describing their design

or location in the oral cavity.<sup>10-12</sup> Roberts<sup>13</sup> elaborates on the failure of cantilever retainers in a study of 2,000 retainers. One review paper<sup>14</sup> discusses cantilever FPDs thoroughly and a second<sup>15</sup> discusses FPDs as part of a review of failure in fixed prosthodontics. The purpose of this clinical report is to present the years of service and replacement of a maxillary anterior cantilever FPD.

## Clinical Report

A 75-year-old patient had a cantilever FPD that had replaced a left maxillary lateral incisor using the left canine as a partly covered abutment. The FPD, which had been in service for an amazing period of 53 years, required replacement due to formation of mesial marginal caries (Fig. 1). The patient was examined and treated in the department of dentistry at the University of Alberta. Clinical examination was carried out and resulted in treatment plan options that included the replacement of the existing cantilever prosthesis with a 2-unit or 3-unit complete coverage prosthesis.



**Figure 1:** Recurrent caries in the mesial abutment area of the 2-unit cantilever restoration.



**Figure 2:** Palatal view of the 53-year-old fixed partial denture.



**Figure 3:** The new 2-unit complete-coverage porcelain-fused-to-metal fixed partial denture.

**Figure 2** shows a palatal view of the original FPD. The design had 2 classical features of the era: enlarged connector size and decreased labio-palatal dimension of the gold-resin pontic.

A 2-unit porcelain-fused-to-metal (PFM) FPD using a complete-coverage retainer was made as a replacement (**Fig. 3**) with a retentive groove placed along the mesial surface of the canine.

## Discussion

### *Years of Service of the Original Prosthesis*

The interesting part of this clinical report is the lifespan of the original cantilever prosthesis. A prosthesis that has become unserviceable after 53 years cannot truly be considered a failure.<sup>10,15</sup>

There are no longitudinal data in the dental literature that deal specifically with the longevity of 2-unit maxillary anterior cantilever restorations. However, as part of studies of restorative failure or years of service, a few report the longevity of 2-unit cantilever FPDs without information on their location or design. In a study that involved 406 patients with unserviceable FPDs during a 3-year period, Schwartz and others<sup>10</sup> report that 20 2-unit cantilever prostheses had a mean service period of 14.9 years, which was longer than the mean of all FPDs (11.2 years) and 32 2-unit splint cantilever prostheses (13 years). This indicates that splinting retainers in cantilever prostheses may not necessarily increase their longevity. Antonoff<sup>2</sup> suggests adding the premolar as a splinted retainer to replace a missing incisor, even though the canine can be used as a single retainer in ideal situations.

In a study similar to that of Schwartz and others, in 1986 Walton and others<sup>11</sup> reported that 9 2-unit FPDs had a mean length of service of only 3.7 years — the shortest period among all restorations examined. It was pointed out, however, that the small sample size prevented further extrapolation of these figures. The mean length of service for all FPDs in that study was 7.7 years. In another study, Cheung and others<sup>9</sup> recalled and examined 143 patients with 169

FPDs of which 15 were the cantilever type. Of these 15, 11 were anterior prostheses and 3 replaced the canine. Two out of the 3 cantilever FPDs that replaced maxillary canines failed technically (fractured porcelain and fractured abutment tooth). The authors, therefore, concluded that replacement of canines, particularly in the upper arch, with a cantilever bridge was contraindicated. Finally, Roberts<sup>13</sup> indicated an acceptable failure rate where anterior three-quarter crowns (retainers) were used in fixed removable and cantilever bridges. The failure rate of 1.63% a year was lower than the failure rate of all types of anterior retainers at 3.49% a year.

### *Reasons for Failure*

Recurrent caries that formed at the mesial margin of the retainer was the reason for failure of the FPD reported here. The caries was not extensive, but large enough to justify removal of the prosthesis rather than repair. This is particularly interesting as loss of retention or gingival irritation beneath the pontic was not the cause of failure as one would expect in such restorations, especially when a partial coverage retainer was used.

Caries and loss of retention have been among the major causes of failure in fixed prosthodontic treatment. Although marginal caries account for failure rates ranging from 14.9% to 36.8%, loss of retention (or loose retainer) account for 12.1% to 27% of the failures studied.<sup>10–12,16</sup>

The original FPD was solid despite the recent caries. The patient was happy to have it replaced with a similar prosthesis; however, the patient chose complete coverage this time to enhance the esthetics. Additional design features included subgingival labial margins and a mesial retentive groove.

### *The Role of Occlusion and Periodontal Health*

Because the success of the cantilever FPD depends largely on proper occlusion and the health of the supporting periodontium and abutment teeth,<sup>2,5,6,14</sup> the clinical assessment was consistent with these recommendations. The vital abutment tooth had healthy periodontal and alveolar supporting tissues, favourable root length and morphology,

favourable crown-to-root ratio and sufficient clinical crown length.

The occlusion of the new cantilever prosthesis excluded any contacts on the pontics in protrusion and lateral excursion.<sup>3,14</sup>

### Conclusion

The longevity and replacement of a maxillary 2-unit cantilever FPD is presented in this clinical report. The length of service of the prosthesis was 53 years. The original retainer consisted of partial palatal coverage, whereas the replacement prosthesis was designed with complete coverage PFM material. ♦

### THE AUTHORS



*Dr. Nassar is an associate professor and is the coordinator of the division of fixed prosthodontics, department of dentistry, faculty of medicine and dentistry, University of Alberta, Edmonton, Alberta.*



*Dr. Russett is a graduate student in the orthodontic program, department of dentistry, University of Alberta, Edmonton, Alberta.*

*Correspondence to: Dr. Usama Nassar, 4038 Dentistry/Pharmacy Centre, University of Alberta, Edmonton, AB T6G 2N8.*

*The authors have no declared financial interests.*

### References

1. Wright WE. Success with the cantilever fixed partial denture. *J Prosthet Dent* 1986; 55(5):537-9.
2. Antonoff SJ. The status of cantilever bridges. *Oral Health* 1973; 63(1):8-14.
3. Crothers AJ, Wassell RW, Jepson N, Thomason JM. The use of cantilever bridges. *Dent Update* 1995; 22(5):190-8.
4. Nyman S, Lindhe J. Considerations on the design of occlusion in prosthetic rehabilitation of patients with advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1977; 4(1):1-15.
5. Ewing JE. Re-evaluation of the cantilever principle. *J Prosthet Dent* 1957; 7(1):78-92.
6. Stockton LW. Cantilever fixed partial denture — a literature review. *J Can Dent Assoc* 1997; 63(2):118-21.
7. Stelzel M, Flores-de-Jacoby L, Ciancio S. The influence of end abutment and cantilever fixed partial dentures on periodontal health. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1997; 17(4):368-77.
8. Goldfogel MH, Lambert RL. Cantilever fixed prosthesis replacing the maxillary lateral incisor: design consideration. *J Prosthet Dent* 1985; 54(4):477-8.
9. Cheung GS, Dimmer A, Mellor R, Gale M. A clinical evaluation of conventional bridgework. *J Oral Rehabil* 1990; 17(2):131-6.
10. Schwartz NL, Whitsett LD, Berry TG, Stewart JL. Unserviceable crowns and fixed partial dentures: life-span and causes for loss of serviceability. *J Am Dent Assoc* 1970; 81(6):1395-401.
11. Walton JN, Gardner FM, Agar JR. A survey of crown and fixed partial denture failures: length of service and reasons for failure. *J Prosthet Dent* 1986; 56(4):416-21.
12. Karlsson S. A clinical evaluation of fixed bridges, 10 years following insertion. *J Oral Rehabil* 1986; 13(5):423-32.
13. Roberts DH. The failure of retainers in bridge prostheses. An analysis of 2,000 retainers. *Br Dent J* 1970; 128(3):117-24.
14. Himmel R, Pilo R, Assif D, Aviv I. The cantilever fixed partial denture — a literature review. *J Prosthet Dent* 1992; 67(4):484-7.
15. Selby A. Fixed prosthodontic failure. A review and discussion of important aspects. *Aust Dent J* 1994; 39(3):150-6.
16. Valderhaug J. A 15-year clinical evaluation of fixed prosthodontics. *Acta Odontol Scand* 1991; 49(1):35-40.

## UNDECLARED INCOME, FAILURE TO FILE, LATE FILING?

### Avoid criminal prosecution and civil penalties

**B**efore you are caught we can negotiate a **TAX AMNESTY** with Revenue Canada (CRA). **A substantially discounted tax settlement is possible. We negotiate more tax amnesty settlements than any firm in Canada.**

**Lawyer-Client Confidentiality Assured!**  
**Unlike us, your accountant can be forced by Revenue Canada to testify against you.**

### Large unpayable income tax bill? (\$100,000 +)

#### — Avoid Bankruptcy —

**Unlike us, bankruptcy trustees work on behalf of your creditors – in this case Revenue Canada.**

**T**he more tax you pay, the more money the trustee earns. We do not have such a conflict and work only for your benefit. Our only interest is to reduce your tax liability through leveraged negotiations with the CRA.

### Asset/Creditor Protection Canada & Offshore

#### Protect what you have spent a lifetime to build

Let us help you legally safeguard your assets to minimize future risk and uncertainty.  
**Don't wait until it's too late!**



P. DioGuardi, Q.C.

**DioGuardi & Company, LLP**

TAX LAWYERS

**40 years tax experience, formerly tax counsel for Revenue Canada.**

**Call us for a Tax Amnesty before Revenue Canada calls you! 1-877-2PARDON 1-877-272-7366 or get started online at [www.taxamnesty.ca](http://www.taxamnesty.ca)**

Toronto • Ottawa • Montreal • Vancouver • Victoria • Calgary • Turks & Caicos

VB-0106-JCDA

# 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.



## Voici les Solutions de placement pro-dentaires – un meilleur choix pour les dentistes

**G**âce aux **Solutions de placement pro-dentaires**, les dentistes, leur famille et leur personnel peuvent maintenant profiter des avantages sans précédent en matière de placement.

Ils continueront d'avoir un accès exclusif aux plans de placement exceptionnels et aux fonds de l'ADC renommés comportant des frais modiques offerts par le Programme de placement des dentistes du Canada de l'ADC. Toutefois, pour améliorer considérablement le service, CDSPI (l'administrateur du Programme) a lancé cette nouvelle division dans le but d'aider les participants à atteindre leurs objectifs financiers.

«Les dentistes bénéficieront grandement du service offert par les Solutions de placement pro-dentaires, déclare Michael Holmes, vice-président, Service des placements de CDSPI. Ce service est pratique, complet, personnel et offre de vraies solutions pour réussir en matière de placement.»

M. Holmes explique que le lancement de cette nouvelle division constitue la prochaine étape logique pour offrir des services aux dentistes. «Au cours des récentes années, le Programme a fait l'objet de nettes améliorations, dit-il. Par exemple, de nouveaux plans, notamment des plans de retraite individuels et des comptes à gestion personnalisée, ont été ajoutés au Programme afin de donner aux dentistes plus d'options pour réaliser leurs objectifs financiers. Il y a eu également de nouveaux fonds de l'ADC et de nouveaux gestionnaires de fonds, et ce, pour offrir encore plus de choix de placements.»

«En ce qui concerne les dentistes, cette nouvelle division place l'investissement à un niveau supérieur. Par l'entremise des Solutions de placement pro-dentaires, vous avez accès aux produits de placement supérieurs *et* bénéficiez d'un soutien global remarquable pour vous aider à réaliser tous vos objectifs de placements. Nous avons une nouvelle équipe de professionnels en placement pour vous servir, une approche innovatrice pour offrir ce service et de nouveaux outils particuliers pour planifier un avenir financier prometteur. Vous avez maintenant un soutien de première classe en placement et en gestion de patrimoine.»

### **Une approche unique pour fournir le service**

Quand vous appelez les Solutions de placement pro-dentaires pour assistance avec vos placements, vous bénéficiez d'un service qu'aucun autre fournisseur ne peut offrir.

«Vous aurez accès aux services d'un conseiller chevronné en planification des placements, et ce absolument sans frais,

déclare M. Holmes. Étant donné que votre conseiller agréé reçoit un salaire et ne touche pas de commissions, vous bénéficiez des conseils d'un professionnel qui désire sincèrement vous aider à réaliser vos objectifs; cette personne n'exercera pas de pression de vente. Vu que notre équipe se consacre exclusivement aux professionnels dentaires et à leur famille, vous traitez avec des professionnels possédant des connaissances approfondies et uniques touchant les besoins en planification financière des membres de la profession.»

Ce qui distingue votre conseiller des autres, c'est l'attention personnelle qu'il vous accordera. «Vos objectifs financiers sont propres à votre situation et les conseils en planification que vous recevrez de votre conseiller aux Solutions de placement pro-dentaires le seront également, affirme M. Holmes. Votre conseiller financier prendra le temps nécessaire pour apprendre à vous connaître de même que votre situation financière, votre approche à l'égard des risques et vos objectifs afin de vous proposer des solutions personnalisées. Vous maintiendrez des rapports avec une personne qui comprend votre situation particulière.»

Cette compréhension repose sur un plan financier – un document pour lequel d'autres fournisseurs de services en placement peuvent exiger plusieurs centaines de dollars. Toutefois, par l'entremise des Solutions de placement pro-dentaires, un plan financier personnalisé sans frais sera offert à tous les participants au Programme de placement.

### **Tirez profit d'un plan financier – sans que cela ne vous coûte un sou**

«Chaque investisseur doit avoir un plan financier qui servira de guide pour les décisions futures de placement, affirme M. Holmes. Votre conseiller personnel aux Solutions de placement pro-dentaires créera un plan personnalisé pour vous, et ce sans frais.»

Un plan financier vous fournit l'assurance et la tranquillité d'esprit car toutes vos ressources financières travaillent ensemble en vue de la réalisation de vos objectifs financiers. C'est un document écrit qui vous donne un aperçu global de votre situation financière. Reposant sur les informations que vous donnez à votre conseiller personnel, le plan tient compte de plusieurs facteurs importants, notamment l'horizon prévisionnel pour atteindre vos objectifs d'épargne, votre tolérance du risque et votre avoir net.

Possédant une idée claire de vos objectifs et de votre situation financière courante, votre conseiller personnel aux

Suite à la p. 265

### Joignez le plus important groupe de dentistes au Canada

Adressez les commandes et les demandes à :

**John Reid**, poste 23  
jreid@keithhealthcare.com

a/s Keith Communications Inc. (KCI)  
104-1599, rue Hurontario  
Mississauga, ON L5G 4S1  
Tél. : 1-800-661-5004  
(905) 278-6700  
Télec. : (905) 278-4850

Les annonces par téléphone ne sont pas acceptées.

#### DATES LIMITES DE RÉCEPTION

Numéro	Date limite
Mai	10 avril
Juin	10 mai

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

Boîte ... JADC  
104-1599, rue Hurontario  
Mississauga, ON L5G 4S1

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

#### TARIF DES ENCADRÉS GRAND FORMAT (\$)

(Taux régionaux disponibles sur demande.)

1 page.....2065	1/3 page .....750
2/3 page ....1465	1/4 page .....650
1/2 page ....1100	1/8 page . . . .350

#### TARIF DES ANNONCES CLASSÉES ORDINAIRES

110 \$ jusqu'à 50 mots, 90 ¢ 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 prépayées.**

**REMISE DE 10 % POUR LES**

Les petites annonces sont publiées dans la langue de soumission.

#### Cabinets

**ALBERTA - Lethbridge:** A city of 66,000 servicing a surrounding population of about 150,000, Lethbridge is one of the fastest growing cities in Alberta. Recreation, sunshine, location and quality of life are its appeal. One of Lethbridge's premier dental offices is now for sale in the second busiest mall in the city. This vibrant office offers both exclusivity and exposure. Go to: [www.drchuck.ca](http://www.drchuck.ca) and [www.lethbridgepages.com](http://www.lethbridgepages.com). D1683

**ALBERTA - Red Deer:** Orthodontic office selling all orthodontic supplies, instruments, equipment (5 chairs, mini-delta side units, 5 hp compressor, statim, vacuum, alger lights, power-mixer and Belmont Excaliber pan-ceph machine, etc.), furnishings, cabinets and computer equipment. Call Dr. Alimchandani at: (403) 347-5329, fax: (403) 342-0244, email: [vsmile4u@telus.net](mailto:vsmile4u@telus.net) for list with great discount prices. D2042

**BRITISH COLUMBIA - Fraser Valley:** Here is your opportunity to purchase a well-established practice in a growing community in the beautiful Fraser Valley - gateway to Vancouver and the interior of B.C. Established 30 years, the practice has it all - dedicated and talented staff, loyal clientele, well-established systems and up-to-date equipment, which includes a digital x-ray, laser, integral camera and computer stations in each operator. A cost-sharing opportunity is available with another dentist in the same facility. Please call: (604) 824-7117 evenings. D2039

**BRITISH COLUMBIA - North Okanagan:** Beaches. Mountains. Forest. Sunshine. Live the dream! Four operatories with room for 2 more, non-assignment, chic decor, 483 average gross on 21 hours/week, land and buildings complete the package. Contact John McCormack, CA: (250) 763-8919. D2023

**BRITISH COLUMBIA:** Performing oral surgery and implant surgery in your busy general practice. Surgery equipment, supplies and staff will be brought to your office. Just book patients. From Whistler to Hope. Email: [oralsurgery35@yahoo.ca](mailto:oralsurgery35@yahoo.ca). D2041

**BRITISH COLUMBIA - Central Interior:** Well-established general practice for sale. Gross \$365,000 + working 3-4 days per week or work more with low stress and 50% overhead. Very efficiently run and excellent cash flow. This is a good opportunity to earn instant income for a new graduate or a dentist new to Canada if one desires a laid-back lifestyle and small-town living. Price negotiable. Email for details: [disala@hotmail.com](mailto:disala@hotmail.com). D1842

**BRITISH COLUMBIA - Kitimat:** Well-established general practice for sale. Hygienist-supported recall and perio program, in a great town with a solid long-term industrial base. All kinds of outdoor and indoor recreation available minutes from your doorstep. No traffic jams and good income on 4-day week. Owner relocating for family reasons. tel: (604) 576-1176 for more information. D1423

**BRITISH COLUMBIA - Nelson:** Beautifully located, well-appointed family practice; 4-operatories (2 left hand, 2 right hand). Excellent dentistry, management and facility. Owner will associate back for smooth transition. For more details email: [dentprac4sale@yahoo.ca](mailto:dentprac4sale@yahoo.ca). D1776

**BRITISH COLUMBIA - South Vancouver Island:** Mature, active periodontal practice. Large referral base of very high-quality general dentists and specialists. Vendor willing to stay on as a limited part-time associate. Contact: Ron MacKenzie, tel: (604) 685-9227 email: [mackenz@telus.net](mailto:mackenz@telus.net). D1718

**BRITISH COLUMBIA - Transition Opportunity:** Charming town of Sidney, B.C. Boutique two-operatory oceanfront clinic offering comprehensive care to select clientele. Orthodontic component broadens the scope. Mild winters, West Coast lifestyle. Flexible vendor to associate for mutual benefit/costsharing/expansion/practice payment. HaroldPrussin@msn.com.

D2008

**NOVA SCOTIA – Truro:** Golf, skiing, close to Halifax airport. Stand-alone practice in high-profile area for sale with or without building. Stress-free environment. High gross and quality recall list. Dentrax computer system. Planmeca 2002 panoramic x-ray. Hygienist on staff. Twenty-five to thirty new patients each month. Owner willing to stay on part-time. Contact Bob Teale, CA at: (902) 896-2570 or email: BTeale@WBLL.ca.

D2043

**ONTARIO – Ottawa:** For sale in west end. Quality 30-year restorative/hygiene practice. Practice growing – gross revenues over \$500,000. Attractive facility. Owner retiring for health reasons. Mature staff will aid in transition. Tel: (613) 224-5651.

D2051

**ONTARIO – Toronto:** Oral and maxillofacial surgery. Busy full-scope east Toronto practice, computerized, 2,400 square feet office with anesthesia. Quality professional and patient referral base. Accelerated partnership with special opportunities. Hospital privileges, guarantees and benefits. CDA Classified Box #2040.

D2040

**ONTARIO - Ottawa (Central East):** Established multidisciplinary family practice for sale. Cost-sharing set up at 50% or 66%. New bungalow, major street, 30 parking spots, 6 operatories. Building available for sale. Four-day work week with annual gross of \$1.3 million. Owner staying for many years. Tel: (613) 590-0246.

D2092

**QUEBEC – Montreal:** Oral and maxillofacial surgeon required for bilingual, solo, well-established, boutique practice. Will consider

salaried position, associateship, partnership or purchase arrangement. Confidential resume to: CDA Box #2103.

D2103

**SASKATCHEWAN – South East:** This 20-year rural practice has a very large patient base and a terrific stable staff. With no other dentists for 112 km (70 miles) you are unopposed in your endeavours. Professional appraisal and photos are available to interested parties. Superior four-season recreation in the heart of Saskatchewan's oil patch. Call: (306) 577-2031 (evgs.) or email: cpt.kl@sasktel.net to discuss.

D1824

**SASKATCHEWAN – Gravelbourg:** Family practice for sale in a very pleasant community, located in a medical-dental clinic shared with three medical physicians. Excellent potential for the right individual to practise all phases of dentistry, with room for expansion. Over 1,400 patients serving a very large area. Nearest dentists are 35 miles away. Some new equipment. Phone Robert at: (306) 648-3649.

D2044

**VERMONT:** We have a number of practices available for sale in Vermont and financing is also available for qualified candidates. (#725) St. Johnsbury – gross \$676,307, net \$317,129; (#727) Woodstock area – gross \$212,000, net 57%; (#728) Vergennes – gross \$674,656, net \$265,982; (#729) Newport – gross \$809,430, net \$437,012; (#730) Middlebury – gross \$462,451, net \$169,871; (#731) Brandon – gross \$519,510, net \$178,141; (#732) Woodstock – gross \$941,972, net \$396,144. Associate positions also available. (401) 270-4747 or www.almontegroup.com.

D2018

### Postes vacants

**ALBERTA – Lloydminster:** Busy, modern clinic looking for a full-time associate. We are fully computerized, including charts and radiographs. All equipment is new. Office hours are weekdays only – no nights or weekends. This non-assignment practice will pay the associate 40% of collections. The

associate will have sole use of two brand-new operatories and a large office. Position available immediately. Please fax resumes to Dr. Dean Sexsmith at: (780) 875-2097 or email them to: westlakedental@shaw.ca.

D2025

**ALBERTA – Edmonton:** Busy family practice seeking full-time associate to join caring team with focus on clinical excellence. Candidate should be an effective communicator, highly motivated and a good leader. Please fax CV to: (780) 424-3210 or email to: hdg99@telus.net.

D2111

**ALBERTA – Calgary Area (Black Diamond):** Associate required for well-established small town family practice one half hour commute south of Calgary. Owner relocating, very real opportunity for purchase. Current technology, fully computerized, digital radiography, etc. No weekends or evenings. New grads welcome! Fax resume to: (403) 933-4619 or email to: absolute.dentistry@telus.net.

D2000

**Jobtrak.ca**  
 Need a Dental Job?  
 Looking to Fill a Dental Position?  
 Dental Assistants  
 Hygienists  
 Receptionists  
 Associates  
 Dentists  
 Locums  
 Full time and part time!  
**www.Jobtrak.ca**  
 180 Sheldon Drive | Cambridge, Ontario | 1-800-265-7133

D1778

**ALBERTA - Drayton Valley:** Associate required immediately. Established family practice with fun, friendly staff looking for a motivated, full-time associate to be part of our successful team. Excellent patient volume. New graduates welcome. Town has enormous growth potential, located only 1.5 hours southwest of Edmonton. Close to mountains. Excellent location. tel: (780) 542-5395. fax: (780) 542-3165.

D2002

**ALBERTA - Calgary:** Associate, full-time, in high-traffic mall location.



Excellent location for family practice. Fax: (403) 269-3800. Discretion assured. D1791

**ALBERTA - Edmonton:** Full/part-time associate required for growing sedation office in the west end. Confidentiality guaranteed. Fax: (780) 444-9411. D1791

**ALBERTA - Edmonton:** Excellent opportunity for a dentist who has exceptional interpersonal skills and motivation to succeed. We invite you to join our team at a busy, well-established dental office in West Edmonton. Modern office with high-tech equipment e.g. digital radiography, CEREC 3D, laser, digital cameras, CAESY, etc. Great support team. High remuneration. Email resume to: smile\_doc@shaw.ca or fax to: (780) 486-7328. D2028

**ALBERTA - Edmonton:** We are seeking a confident and conscientious associate to join our expanding practice located in Edmonton, Alberta. The newly renovated/enlarged office is nearly complete and features some of the most current practice technologies available. Excellent growth potential, as we are in a major mall located in an aggressively developing residential area of the city. Inquiries from recent graduates welcome. Please fax CV in confidence to: (780) 472-9835 or email: drdch@compuserve.com. D2011

**ALBERTA - Edmonton:** Full-time associates required for West End and Clare View Clinics. We are looking for caring, motivated and dedicated applicants. New graduates welcome, position would start ASAP. Working days included, some evenings and weekends. Please fax resume to: (780) 444-1444 or (780) 487-8854 attention: Mr. Ephraim Baragona. D2091

**ALBERTA - Edmonton:** Associate needed for very busy West Edmonton, Alberta, practice. Full-time or part-time. Excellent working environment! Terrific staff! Great patients! Please forward current CV to: smiledesign@telus.net. D2107

**ALBERTA - Edson:** Full-time associate needed for busy, well-established family

practice. Edson is centrally located between Jasper and Edmonton, and is rapidly growing. New graduates are welcome. Interested applicants please contact: Dr. Shari Jean Robinson, tel: (780) 723-3084. res: (780) 723-5221, bus. fax: (780) 723-2402, email: srobin11@telus.net. D1843

**ALBERTA - Fort McMurray:** Excellent full-time associate opportunity available immediately for a motivated, energetic individual. Owner of a busy, rapidly expanding family practice in Fort McMurray, Alberta, that has an excellent team already established wants to cut back. Please call: (780) 743-3570 or fax to: (780) 790-0809. D1817

**ALBERTA - Grande Prairie:** Associate, full-time needed immediately. Well-established office with six operatories. Very busy, patients waiting to see you. Contact: Susan, tel: (780) 538-2992, fax: (780) 538-0966. D2004

**ALBERTA - Medicine Hat:** We are looking for a full-time associate to join our progressive family practice located in Medicine Hat, Alberta. Our well-established, modern clinic currently has 3 dentists, and we need to grow to meet our patients' needs. This is an excellent opportunity to practise multi-faceted dentistry including: rotary endo, esthetic C & B, orthodontics, and implants. All operatories are computerized, and we have digital radiography. Our office is non-assignment, and presents excellent income potential. New grads welcome to apply. If you are interested in meeting with us, please contact Dr. Kirk Ewasechko, Dr. Jenelle (Norek) Hyland or Dr. Troy Suelzle at: (403) 529-1300, or email: dentist@telusplanet.net. D2030

**ALBERTA - St. Albert:** Fantastic associate opportunity. Step right into an established patient base with excellent staff. We are a patient-centred practice with exceptional new patient flow. Please email resume to: sadick@shaw.ca. D2032

**BRITISH COLUMBIA - Abbotsford:** Quality practice offers a bright future for dentist dedicated to maintaining the high standards set by the departing associate. Future buy-in potential for

the right candidate, three years experience preferred. Abbotsford, a rapidly growing community still placing high priority on family values, is surrounded by the natural beauty of mountains and the Fraser Valley. There are highly esteemed private two Bible colleges and a public university college. A new hospital/cancer centre is under construction down the street from the practice. The office is strategically located in an impressive new brick professional building one minute off the Trans-Canada Highway. The waiting room welcomes you with a fireplace and wingback chairs. There are six operatories, four of them offering a view of Mount Baker, Washington. A strong hygiene program is in place and harmonious staff await you. The city is an hour east of Vancouver, a mile from the U.S. border, and within easy driving distance of many ski resorts including Whistler Mountain. If you are drawn to this first-class opportunity, please email: abbdn06@hotmail.com. D2036

**BRITISH COLUMBIA - Castlegar:** Full-time associate required for a busy general practice. Well-established patient base, long-term staff, six operatories. Castlegar is a wonderful caring community. We enjoy all the seasons have to offer. We have a community college, sports and pool complex and the regional airport. If this is the place for you, owner would like to arrange for a future buy-in or purchase of the practice. Email: donellis@shaw.ca. D2059

**BRITISH COLUMBIA - Duncan:** Southern Vancouver Island, 50 km north of Victoria, part-time/full-time associate required. Fantastic opportunity to join solo dentist in a well-established and rapidly growing general and cosmetic practice. Committed to new technology and CE. Future buy-in welcome. Great recreational area and affordable housing. Easy access to Victoria and Vancouver. tel: (250) 748-1322, fax: (250) 746-4342. D1827

**BRITISH COLUMBIA - Chemainus:** Southern Vancouver Island. Full-time associate required June 2006 - general dental practice. Current associate returning to grad school. Practice estab-

lished 30 years ago, facility completely renovated and upgraded in 2003. Communication skills priority requirement. Buy-in option. Reply to Dr. Megas, fax: (250) 246-4323, email: bmeegas@island.net (use subject: associate). D2027

**BRITISH COLUMBIA – Kamloops:** Associate required for a busy general practice. Wide range of dentistry and a wonderful staff. Buy-in option for the right candidate. Interested applicants please call: (250) 374-4544 or email: abtucker@telus.net. D2037

**BRITISH COLUMBIA - Richmond:** Associate required for a well-established family practice. Excellent staff, 5 days/wk. Cantonese/Mandarin mandatory. Fax: (604) 821-0764. D2053

**BRITISH COLUMBIA - Vancouver:** Opportunity for a part-time position in successful Vancouver periodontal practice. Scope of practice includes implant therapy and cosmetic periodontal procedures. Up-to-date practice facilities with surgical microscope, laser, excellent staff and solid referral base. Please fax resume to: (604) 602-0447 or email: drkngeargasinc@telus.net. D1845

**BRITISH COLUMBIA - Vancouver:** Prosthodontist or endodontist needed to associate, partner, or share office in an established periodontal practice in a growing area of Vancouver. Part/full time. Proven record of previous endodontics services. 3,333 sq. ft. of space with 6 operatories and available space for expansion. Call: (604) 939-8467 or email: info@periodontalimplants.com. D1735

**BRITISH COLUMBIA – Vancouver:** A unique and exciting opportunity is available for a certified oral & maxillofacial surgeon who wishes to locate in beautiful Vancouver, B.C., Canada. Please submit your CV to: tmdmluckhart@telus.net or to: CDA Classified Box #2029. D2029

**BRITISH COLUMBIA - West Kootenay:** Associate required for a very busy family practice. Lots of new patients, active periodontal program, all aspects of gen-

eral dentistry practised. If you enjoy the outdoors, you'll love the area. Great downhill skiing at Red Mountain, numerous cross-country ski trails, golfing, hiking plus great cycling in the mountain bike capital of Canada. Please contact: Dr. Jillian Sibbald, tel: (250) 367-6494 or res: (250) 362-2130, email: sibbald@telus.net. D1844

**British Columbia – Penticton:** Unique opportunity to join thriving established practice in a beautiful new building. Possibilities for transition to partner makes this perfect for either a new grad or experienced dentist. Cerec 3D, intraoral camera, computerized office, committed staff, etc., make this practice worth looking at. Lifestyles unlimited. Email: ericruby@shaw.ca. D2105

**MANITOBA – Winkler:** Associate wanted. Full-time or part-time associate required for busy dental practice. Current owner and associate commute from Winnipeg. Excellent remuneration. No evenings or weekends. Please phone: (204) 331-4548. D2033

**NEW BRUNSWICK - Grand-Falls:** Seeking dentist. Associate leading to partnership. Very busy and well-established general dentistry practice. Possibility of a very good revenue and the privilege of working with a dynamic team in a harmonious environment. Please call Dr. Michel Theriault at: (506) 473-3042 or fax: (506) 473-1809 or email: nique@nbet.nb.ca. D2038

**NORTHWEST TERRITORIES - Yellowknife:** And surrounding communities. Associate position. Excellent opportunity in North America's diamond capital. Good recreation and outdoor activities. Work in a modern friendly dental clinic with excellent remuneration and benefits. For more information reply to fax: (867) 873-4410. D1754

**NORTHWEST TERRITORIES – Yellowknife:** Exceptional, computerized dental office is currently seeking an associate dentist to join our team in Yellowknife, N.W.T. We are looking for a professional, goal-oriented and com-

mitted individual who is dedicated to providing quality patient care. Must be personable and be able to provide undivided attention to patients and staff. If you are looking for a fast-paced and energetic office with plenty of opportunity to see more of the North by traveling to not so small and distant communities. Come work in a modern, friendly dental clinic with excellent remuneration and benefits. Living in the North offers great recreation and outdoor activities. New grads are always welcome. Please call: (867) 873-2027 or fax resume to: (867) 873-4410. D2026

**NORTHWEST TERRITORIES - Yellowknife:** Ultra-contemporary and extremely busy clinics seek dynamic associates. Long established and efficiently run, the clinics provide all aspects of dental care in warm and professional environments. Comprehensive, experienced support staff and all current dental toys in place. Yellowknife is a sophisticated city, replete with all amenities and offers outstanding outdoor life. If you seek a busy, great, satisfying dental career with excellent remuneration, send resume to: Administration, PO Box 1118, Yellowknife, NT X1A 2N8, tel: (867) 873-6940, fax: (867) 873-6941. Visit our website: www.adamdentalclinic.ca. D1851

**NUNAVUT - Iqaluit:** Associate position(s) available for immediate start. Established clinic offers generous package and full appointment book to associates. All round clinical skills are your ticket to a wide range of recreational activities! No travel required and housing available in Canada's newest and fastest growing capital city. Please apply to: Administration, PO Box 1118, Yellowknife, NT X1A 2N8, or tel: (867) 873-6940, fax: (867) 873-6941. D1497

**ONTARIO - Eastern:** Oral maxillofacial surgery. Busy full-scope practice looking for associate leading to partnership. OR time available and GA suite in office. One hour east of Toronto. If interested reply to: CDA Classified Box # 1858. D1858

**ONTARIO - Kirkland Lake/Englehart:** Require full-time associate(s) in busy

general practice. We have 16 operatories, four hygienists, one preventive dental assistant. Flexible hours and work schedules. Office has a proven track record for associate support. New graduates welcome to apply. Start date is negotiable. We welcome your inquiries. tel: (705) 567-3214 or fax: (705) 567-3218. D2007

**ONTARIO – Toronto:** Associate for downtown Toronto practice. Walking minutes from Bay Street, theatre district and City Hall. Build your own practice with no capital investment. Opportunity to purchase the principal's practice after suitable period. Email resume to: dental.recruiter@sympatico.ca. D2034

**ONTARIO - Toronto:** Associate, part-time, required for downtown office. tel: (416) 922-1161, bus: (416) 233-5616, evgs fax: (416) 960-3298, email: kacinik@interlog.com. D1856

**ONTARIO – Toronto:** Large, busy family practice in North Toronto. Looking for an experienced associate leading to partnership. Fax: (416) 398-7863. D2106

**ONTARIO - 19 locations:** Experienced associate required for our well-established, busy practice. Enjoy a small-town or a large city atmosphere. For more information visit our website at [www.altima.ca](http://www.altima.ca) or contact: Dr. George Christodoulou, Altima Dental Canada, tel. (416) 785-1828, ext. 201, or email: [drgeorge@altima.ca](mailto:drgeorge@altima.ca). D1783

**ONTARIO/QUEBEC:** Looking for bilingual associate for 5 mature and busy practices, south-west Quebec and/or Cornwall, Hawkesbury, Ontario area. Full schedule (crown/bridge, endodontics, etc.). Stability, flexibility and respect assured. Possible sale. Seeing is worth believing. Contact: Luc, tel: (450) 370-7765. D1674

**ONTARIO - Barrie:** Associate needed for a family practice south end of Barrie (Ontario) 2 - 4 days/wk. Experience preferred but not required. New grads welcome to apply. For more information please respond to CDA Classified Box #2001. D2001

**ONTARIO - London:** We are seeking a dedicated and people-oriented associate to join our busy family dental practice. Part-time position leading to full-time. Experience preferred. Please fax resume to: (519) 672-2545. D2115

**ONTARIO - Windsor:** Oral & maxillofacial surgeon. Full-scope, professionally satisfying, private practice opportunity. Associateship position leading to partnership. Please reply in confidence to: Dr. Joe Multari, tel: (519) 252-0985, fax: (519) 734-8853 or email: [multari@mnsi.net](mailto:multari@mnsi.net). D1812

**ONTARIO - West Toronto:** Excellent associate dentist opportunity you don't want to pass up! Full-time/part-time working in a well-established practice with a positive environment and a foundation based on respect, equality and valuing others. From being busy and fully booked on day one, to ongoing professional development, you will have the chance to practice dentistry at its finest! This modern and progressive practice will keep you exposed to many different aspects of dentistry, like cos-

### General Dentist

The Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority invites applications for the position of permanent General Dentist on a full-time basis for northern Newfoundland and southern Labrador, effective as soon as possible. This is a challenging and interesting area where dental services are provided from regional bases in Newfoundland and traveling clinics on the south Labrador coast. Dependent on the base location, the traveling requirement is up to one third 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 each 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 twelve 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. Experience in oral surgery is desirable. Experience in general dentistry is essential.

Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority is also currently prepared to consider applicants who are available for short-term locum appointments. Interested individuals are encouraged to contact the organization for further details and discussions.

The successful applicant will be required to submit a Certificate of Conduct.

Interested individuals are requested to submit resumes, along with names and addresses of references, stating competition number, 06.03, to:

**Human Resources Department**  
**Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority**  
**St. Anthony, NL A0K 4S0**  
**Canada**  
**Telephone: (709) 454-0347**  
**Fax: (709) 454-3301**  
**E-mail: [humanresources@grhs.nf.ca](mailto:humanresources@grhs.nf.ca)**

D2060

What if your ad was

Red...

**...and received by nearly 20,000\* dentists & dental students across Canada every month?**

**Now add colour to your classifieds for extra visibility.**

**To place your CDA Classified ad contact:**

**John Reid**  
**1.800.661.5004 / 905.278.6700 ext. 23**  
**Fax: (905) 278.4850**  
**E-mail: [jreid@keithhealthcare.com](mailto:jreid@keithhealthcare.com)**

\*Source: CCAB/BPA Worldwide, September 2005 (19,524 dentists & dental students)

metics, implants and the ability to refer within, as we have many specialists working alongside of us! If you are a team player and are looking for the perfect practice...fax: (905) 846-8854. D1815

**QUEBEC - Gatineau (Secteur Aylmer):** Recherche dentiste bilingue à temps plein pour remplacement de congé de maternité. Clinique familiale achalandée. Cabinet récemment rénové et agrandi. Pas de fin de semaine. Poste disponible fin juin 2006 pour 3 mois. Contactez Brigitte au : (819) 682-3368 ou télécopiez cv au : (819) 682-6150. courriel : dubreuillesvesque@bellnet.ca. D2083

### Saskatoon Health Region

Applications are now being accepted for the General Practice Residency Program offered in conjunction with the Department of Dentistry, Saskatoon Health Region and the College of Dentistry, University of Saskatchewan.

This is a one year appointment commencing on July 1, 2006. Residents will be registered as post-graduate clinical students with the University of Saskatchewan.

Applications and Program Details may be obtained by contacting:

**Janet at the Office of the Dean,  
College of Dentistry 306-966-5121  
or**

**Dr. M. Teekasingh, Program Director,  
Department of Dentistry, Room 1860  
103 Hospital Drive, Saskatoon, SK.,  
S7N 0W8, 306-655-1312.**

D2049

**VANCOUVER ISLAND:** Associate for Comox Valley family practice. Must be interested in future purchase and transition to owner as associate. Reply: Box 1357, Comox, BC V9M 7Z9 or email: Covaldentist@shaw.ca. D2005

**UNITED STATES:** Outstanding opportunities across the country for

new and seasoned general dentists and specialists. For details contact: Gretchen Neels, tel: (800) 838-6563, ext. 209 or email: gneels@amdpi.com. D1846

**VIETNAM - Hanoi:** Exciting once in a lifetime opportunity for dentist to travel abroad and experience life in wonderful Vietnam while working in new high-tech office serving multinationals. Person must be outgoing, energetic and willing to relocate for one year. New graduates welcome. Serious enquiries send CV to: admin@maplehealthcare.net. D2112

### Miscellaneous

**TAX PLANNING FOR PROFESSIONALS:** Strip your corporate surplus tax free! Our strategy has recently been Tax Court tested. Solicitor/client privilege is provided. For information call Goates & Associates: 1 (866) mytaxes. D2045

**ONTARIO - Toronto:** 10% off your video production. Need a cosmetic dentistry office loop, 30 minute TV infomercial, 60 second TV commercial or 30 second TV commercial? Flow Pictures can help. Email us NOW at: request@flowpictures.com or contact us at: (800) 696-1343. Special rates applied for emerging dentists. D2104

### Vacances

**UNITED STATES - Florida (West Palm Beach):** Stunning 2-bedroom condo, fully equipped. Pool, jacuzzi, barbecue, putting green, gym and business centre, 5 minutes to beach, great shopping and nightlife. Disney/Orlando and Miami within reasonable driving distance. Available year round. Contact: Megan, tel: (416)768-0692, email:megan.f@sympatico.ca. D1825

## Index des annonceurs

3M ESPE . . . . .	184, 237
A-Dec International . . . . .	203
Centre d'économies pour les membres de l'ADC . . . . .	204
CDSPI . . . . .	217, 232, 244
Clinical Research Dental . . . . .	182
Colgate-Palmolive Canada Inc. . . . .	190, 197, 222
Congrès annuel de l'ADC . . . . .	210
DioGuardi and Company, LLP . . . . .	255
Fonds de l'ADC . . . . .	266
Fonds dentaire canadien . . . . .	265
GlaxoSmithKline . . . . .	198
Henry Schein Ash Arcona . . . . .	268
Ivoclar-Vivadent . . . . .	195, 214
Kodak Dental Systems . . . . .	192
Laboratoires Oral-B . . . . .	185, 188, 246
Plaquettes du SISD . . . . .	256-7
Procter & Gamble Pharmaceuticals . . . . .	225
SOCAN . . . . .	231
Straumann Canada Ltd. . . . .	213
Sunstar Butler . . . . .	186, 242
Vident . . . . .	218
VOCO . . . . .	238

Nouvelles du CDSPI  
Suite de la p. 258

Solutions de placement pro-dentaires créera une stratégie de placement qui vous est propre – et recommandera par écrit dans le cadre de votre plan financier les façons d’atteindre vos objectifs financiers. Par exemple, les recommandations porteront sur les plans de placement pertinents qui vous aideront à épargner en vue des objectifs précis et comprendra une combinaison suggérée de fonds de placement pour vos plans d’épargnes.

«Bien sûr, il est important d’avoir la bonne combinaison de fonds dans vos plans de placement, déclare M. Holmes. Mais l’aide de votre conseiller ne se limitera pas au choix des fonds. Il vous offrira d’autres services, notamment la mise sur pied d’un modèle approprié de répartition de l’actif, le rééquilibrage de votre portefeuille en cas de besoin, l’élaboration des stratégies à entreprendre pour suppléer à vos épargnes de retraite, la préservation du revenu à la retraite et l’investissement efficace du point de vue fiscal. Plus important encore, votre conseiller sera proactif et vous tiendra au courant des changements qui auront lieu dans les domaines des placements et de l’impôt et qui pourront affecter vos plans, et il vous recommandera les rajustements appropriés.»

«Compte tenu de la gamme de services exceptionnels offerts par l’entremise des Solutions de placement pro-dentaires – qui vient s’ajouter aux plans de placement supérieurs, aux conseils impartiaux éclairés et adaptés aux professionnels dentaires et à la planification financière complète – je suis persuadé qu’il s’agit du meilleur choix pour les dentistes qui désirent réaliser avec succès leurs objectifs de placement», ajoute M. Holmes.

Pour profiter de tous les avantages offerts par le Programme de placement des dentistes du Canada de l’ADC et des Solutions de placement pro-dentaires, appelez votre conseiller en planification des placements dès aujourd’hui. Composez le 1-877-293-9455 (sans frais) ou le (416) 296-9455, poste 5021. Pour obtenir des détails sur les plans offerts dans le cadre du Programme, téléphonez-nous ou visitez [www.cdspi.com/placement](http://www.cdspi.com/placement).

*\* Les conseils en planification sont fournis par des conseillers agréés aux Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI. Les résidents du Québec peuvent parler à un conseiller en sécurité financière et à un conseiller en assurance et en rentes collectives.*



Le Programme de placement des dentistes du Canada est offert par l’Association dentaire canadienne.

**Dentisterie Canada**  
**LOTERIE 2006**  
pour la santé bucco-dentaire  
**GAGNEZ!** Faire sourire le Canada  
plus de **100,000 \$** en prix!

**\*Les prix comprennent :**

- Mercedes décapotable d’époque
- Aventure familiale au Grand Canyon
- Voyage dans les Caraïbes
- Laissez-passer VIA Rail en première classe
- Bijoux uniques
- Télévision haute définition grand écran
- Appareil photo numérique

**et plus encore...**

Les billets coûtent 100 \$ chacun.  
Les recettes serviront à soutenir l’enseignement de l’art dentaire, la recherche et l’accès à des soins bucco-dentaires.

Composez le (613) 236-4763 ou consultez le site [www.dcf-fdc.ca](http://www.dcf-fdc.ca)

Lottery License # P051960 \*les illustrations peuvent différer des prix qui seront offerts  
Vous courez le risque de gagner des prix... MAIS ne prenez pas de risque en ce qui a trait à votre santé bucco-dentaire.

Fonds dentaire canadien  
L’organisme de bienfaisance de la dentisterie



# 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, CGP, PRI ET COMPTE D'INVESTISSEMENT DE L'ADC.

## Performance des fonds de l'ADC (pour la période se terminant le 28 février 2006)

	Ratios des frais 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 %	14,5 %	23,1 %	12,9 %	10,0 %
Fonds d'actions ordinaires (Altamira)	jusqu'à 0,99 %	17,6 %	20,3 %	6,0 %	8,1 %
Fonds d'actions canadiennes (Trimark) <sup>†1</sup>	jusqu'à 1,50 %	8,0 %	15,1 %	6,4 %	8,8 %
Fonds de dividendes (PH&N) <sup>†2</sup>	jusqu'à 1,20 %	13,9 %	19,1 %	11,4 %	17,8 %
Fonds de titres à revenu de l'ADC (Sceptre)	jusqu'à 1,45 %	15,7 %	25,8 %	s/o	s/o
Fonds d'actions spéciales (KBSH) <sup>†3</sup>	jusqu'à 1,45 %	14,2 %	21,8 %	2,6 %	13,8 %
Fonds à indice composite TSX (BGI) <sup>††</sup>	jusqu'à 0,67 %	22,2 %	22,6 %	8,9 %	10,2 %
<b>Fonds de croissance internationaux de l'ADC</b>					
Fonds marchés émergents (Brandes)	jusqu'à 1,77 %	17,8 %	24,5 %	9,8 %	2,6 %
Fonds de titres européens (Trimark)	jusqu'à 1,45 %	5,8 %	9,3 %	-9,0 %	3,1 %
Fonds d'actions internationales (CC&L)	jusqu'à 1,30 %	1,6 %	9,0 %	-7,2 %	1,7 %
Fonds Bassin Pacifique (CI)	jusqu'à 1,77 %	17,9 %	12,3 %	-7,2 %	-0,3 %
Fonds petite capitalisation États-Unis (Trimark)	jusqu'à 1,25 %	-0,5 %	2,3 %	-8,6 %	s/o
Fonds mondial (Trimark) <sup>†4</sup>	jusqu'à 1,50 %	3,7 %	10,4 %	3,9 %	8,4 %
Fonds mondial d'actions (Templeton) <sup>†5</sup>	jusqu'à 1,77 %	2,5 %	14,2 %	0,3 %	s/o
Fonds indiciel S&P 500 (BGI) <sup>††</sup>	jusqu'à 0,67 %	-0,7 %	5,7 %	-2,9 %	6,3 %
<b>Fonds à revenu de l'ADC</b>					
Fonds d'obligations et d'hypothèques (Fiera)	jusqu'à 0,99 %	1,4 %	4,3 %	4,8 %	5,6 %
Fonds à revenu fixe (McLean Budden) <sup>†6</sup>	jusqu'à 0,97 %	3,9 %	5,6 %	5,8 %	7,0 %
<b>Fonds liquide et quasi-liquide de l'ADC</b>					
Fonds d'effets financiers (Fiera)	jusqu'à 0,67 %	2,1 %	2,1 %	2,3 %	3,3 %
<b>Fonds de croissance et à revenu de l'ADC</b>					
Fonds mixte (PH&N) <sup>†7</sup>	jusqu'à 1,20 %	7,1 %	9,6 %	2,5 %	6,7 %
Fonds valeur mixte (McLean Budden) <sup>†8</sup>	jusqu'à 0,95 %	7,7 %	11,7 %	6,5 %	9,1 %

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>Trimark Fund, <sup>5</sup>Templeton Global Stock Trust Fund, <sup>6</sup>McLean Budden Fixed Income Fund, <sup>7</sup>PH&N Balanced Pension Trust Fund, <sup>8</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/valeurs-taux](http://www.cdspi.com/valeurs-taux).



# WE SELL PRACTICES.

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



## ROI CORPORATION IS CANADA'S #1 DENTAL PRACTICE APPRAISAL & SALES GROUP.

Visit our website for the most comprehensive and up-to-date listings in the country. Our experienced and qualified ROI Corporation Associates are available to assist you in your region. Check our website for their contact information and benefit from our expertise.

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

ROI Corporation, 2624 Dunwin Drive, Suite Ten  
Mississauga, Ontario L5L 3T5  
Phone: (905) 820-4145, Fax: (905) 820-4705  
Toll free: 1-888-764-4145, Email: [roi@roicorp.com](mailto:roi@roicorp.com)

ROI Corporation is a Licensed Real Estate and Business Broker.

**ROI**  
CORPORATION

Canada's Appraiser & Broker



# **ADVANCING DENTISTRY THROUGH TECHNOLOGY**

## **DENTAL DESIGN GROUP**

- Design your dream office
- Update your existing office

## **LEASING**

- Henry Schein Financial Services™

## **EQUIPMENT/HIGH-TECH**

- From Handpieces to Operatory Suites
- Intraoral Cameras, Digital X-Ray Systems and Lasers

## **PRACTICE/IMAGE MANAGEMENT SOFTWARE**

- Dentrix®, CaptureLink™ & ViperSoft®
- Complete hardware, network solutions
- Full training & support

## **PRO-REPAIR/PRO-SERVICE**

- Installation & Service
- Preventative Maintenance Programs

 **HENRY SCHEIN®**  
**ASH ARCONA**

*Call today for a free consultation*  
**1.800.668.5558 | [www.hsa.ca](http://www.hsa.ca)**