

# JADC

Mai 2006, Vol. 72, N° 4

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

Restauration des dents  
usées avec les résines  
composites ...301

Quand diriger un patient  
présentant une récession  
gingivale? ...307

Traitement précoce  
d'une malocclusion  
de classe III ...310

Traitement de  
l'hypofonction  
salivaire chez  
les enfants ...313

**Portrait du nouveau  
président de l'ADC,  
le Dr Wayne Halstrom ...281**

PM40064661 R10597

Une lecture indispensable aux dentistes canadiens

UNE AUTRE PREMIÈRE pour  
**Opalescence®**  
le leader en blanchiment!

Opalescence avec  
**PF**  
Breveté

# BLANCHISSEZ MAINTENANT TOUT EN COMBATTANT LA CARIE!

Opalescence PF...formule unique de nitrate de potassium additionné de fluorure. Disponible en concentrations de 10% et de 15% de peroxyde de carbamide.

## LA RECHERCHE FAIT TOUTE LA DIFFÉRENCE

Une nouvelle recherche exaltante prouve que blanchir avec Opalescence PF procure:

- Santé améliorée de l'émail (augmente la valeur minérale de l'émail pour une robustesse accrue)<sup>1</sup>
- Diminue la sensibilité<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Effects of 10% carbamide peroxide bleaching materials on enamel microhardness. American Journal of Dentistry, Vol. 14, No. 2, April 2001)  
<sup>2</sup>The Effect of Whitening Agents on Caries Susceptibility of Human Enamel, Operative Dentistry, 2005)



**Trousse  
Opalescence  
59.95\$ chacune.**

Contient 8 x 1.2ml seringues avec embouts,  
porte gouttière, dentifrice Opalescence,  
1.2g LC Block Out, 2 Feuilles Soft-Tray.



Pour commander, contactez

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

**1-800-265-3444**  
[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**

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

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

Dr Gordon W. Thompson

Dr David Tyler

Dr Robert S. Turnbull

Dr J. Jeff Williams

### CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ADC\*

Président

**Dr Jack Cottrell**

Président désigné

**Dr Wayne Halstrom**

Vice-président

**Dr Darryl Smith**

**Dr Michael Connolly**

**Dr Peter Doig**

**Dr Don Friedlander**

**Dr Gordon Johnson**

**Dr Gary MacDonald**

**Dr Robert MacGregor**

**Dr Jack Scott**

**Dr Robert Sexton**

**Dr Ronald G. Smith**

**Dre Deborah Stymiest**

\* Composition du conseil d'administration (2005–2006) au moment de la mise sous presse.

Photo couverture : gracieuseté du Dr Leon Woolf, Vancouver

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 and Office canadien de vérification de la diffusion

ISSN 1481 2320 Imprimé au Canada

# Travailler à la *nouvelle* vitesse du son.



## Une distribution plus rapide et plus facile et un mélange uniforme en tout temps

La NOUVELLE formule liquide et pâte du ciment de base/fond de cavité en verre ionomère photopolymérisable Vitrebond<sup>MC</sup> Plus 3M<sup>MC</sup> ESPE<sup>MC</sup> est offerte dans notre distributeur *primé* Clicker<sup>MC</sup>. Pratique comme vous le souhaitez tout en étant moins salissante, cette formule offre un rendement sur lequel vous pouvez compter.

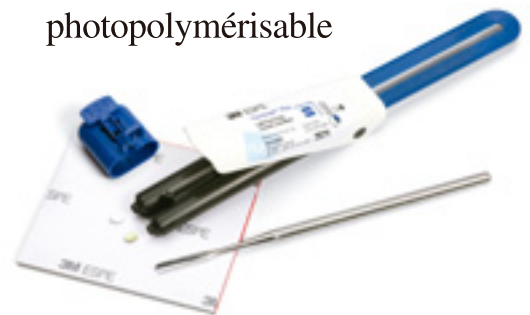
- **Solide adhérence à la dentine** qui permet de sceller la dent afin de la protéger contre les microfuites
- **Plus grande capacité à réduire les effets du rétrécissement causé par la polymérisation** que le matériau GC Fuji Lining<sup>MC</sup> LC et les ciments de base fluides<sup>†</sup>
- **Libération de fluore** d'un véritable verre ionomère
- **Temps de polymérisation plus court** que celui des formules liquide et poudre
- **Aucun matériel supplémentaire n'est requis**

**Offre spéciale de durée limitée\* !**  
**Offre de lancement 1+1\*\***

Pour plus de détails, communiquez avec un distributeur autorisé de produits 3M ESPE ou téléphonez au 1 800 265-1840, poste 6229.

## Vitrebond<sup>MC</sup> Plus

Ciment de base/fond de cavité en verre ionomère photopolymérisable



[www.3MESPE.com/CA](http://www.3MESPE.com/CA)

Pour obtenir de plus amples renseignements, téléphonez au 1 800 265-1840, poste 6229

\* Offre valide du 1<sup>er</sup> mai au 31 août 2006.

\*\* Achetez une recharge simple ou double et obtenez-en une autre identique sans frais supplémentaires.

† Lors d'essais menés avec le matériau de restauration universel Z250 Filtek<sup>MC</sup>.



**3M ESPE**

## RUBRIQUES ET CHRONIQUES



<b>Éditorial</b> .....	277
<b>Mot du président</b> .....	279
<b>Portrait du président</b> .....	281
Dr Wayne Halstrom – En parfaite harmonie	
<b>Courrier</b> .....	285
<b>Nouvelles et actualités</b> .....	291
Récipiendaires des prix de l'ADC .....	292
<b>The Dental Advisor</b> .....	298
<b>Images cliniques</b> .....	301
Utilisation de composites pour restaurer les dents usées	
<b>Point de service</b> .....	307
Quand devrait-on envisager l'orientation du patient pour un recouvrement radiculaire? .....	307
Un patient de 8 ans se présente avec une occlusion croisée antérieure et une malocclusion squelettique de classe III. Le traitement orthopédique précoce réussira-t-il? .....	310
Comment puis-je reconnaître et traiter l'hypofonction salivaire chez les enfants? .....	313
<b>Index des annonceurs</b> .....	342
<b>Nouvelles du CDSPI</b> .....	345
Répondre aux besoins financiers des femmes dentistes	
<b>Petites annonces</b> .....	347

**Oral-B®**

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

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

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

# LE SUMMUM

des systèmes automordançants universels

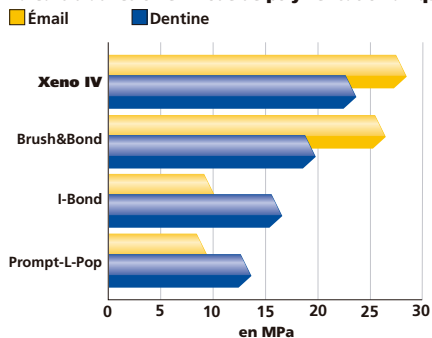
## xeno<sup>®</sup> IV

Adhésif dentaire automordançant

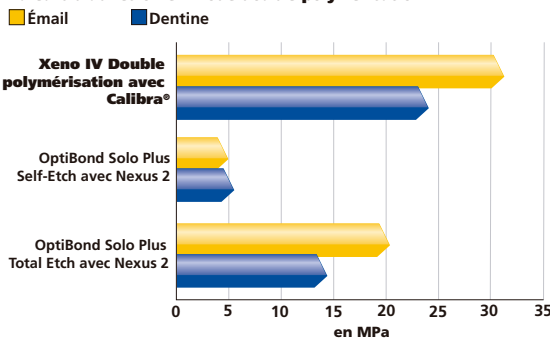
Maintenant  
disponible en double  
polymérisation

### Pour tous vos collages, directs et indirects

Valeurs d'adhésion en mode de polymérisation unique<sup>1</sup>

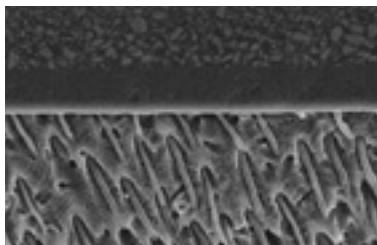


Valeurs d'adhésion en mode double polymérisation<sup>2</sup>



**L'étape suivante en terme d'adhésifs dentaires de grande qualité vous est offerte par Dentsply Caulk. Produit mis en marché avec le clinicien en tête:**

- Technologie éprouvée cliniquement basée sur la formulation unique de Prime & Bond<sup>®</sup> NT<sup>™</sup>.
- Formule à un seul composant: Diminue le stress technique. Nécessite aucun mélange.
- Grande concentration de résine: Augmente les valeurs de collage tout en minimisant les risques de sensibilité post-opératoire.
- Disponible en doses uniques et en bouteille.
- **Maintenant disponible en double polymérisation pour les collages indirects.**



#### Données de la microscopie électronique à balayage

Hybridation de la dentine et de l'interface résine-dentine avec l'adhésif Xeno IV  
Données, courtoisie de l'université de la Caroline du Nord



Pour plus d'information, veuillez contacter votre représentant dentsply régional en composant le 1 800 263 1437.

SUJETS PROFESSIONNELS

**Pourquoi avons-nous besoin d'une politique sur la santé buccodentaire au Canada?**.....317  
*James L. Leake*

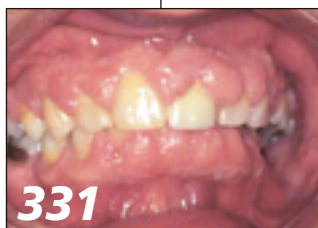
**Santé buccodentaire au Canada – Perspective des acteurs sur la ligne de front** .....319  
*Patricia Main; James Leake; David Burman*

**L'apprentissage des résines composites dans les facultés de médecine dentaire canadiennes : comment les pratiques éducatives actuelles se comparent-elles aux tendances nord-américaines?** .....321  
*Christopher D. Lynch; Robert J. McConnell; Ailish Hannigan; Nairn H.F. Wilson*

PRATIQUE CLINIQUE



**La brosse à dents manuelle CrossAction d'Oral-B : revue de la littérature des 5 dernières années** .....323  
*MaryAnn Cugini; Paul R. Warren*



**Granulomatose orofaciale : 2 rapports de cas et recensement de la littérature** .....325  
*Adel Kauzman; Annie Quesnel-Mercier; Benoît Lalonde*



**Extensive Papillomatosis of the Palate Exhibiting Epithelial Dysplasia and HPV 16 Gene Expression in a Renal Transplant Recipient** .....331  
*Abdulrahman Al-Osman; John B. Perry; Catalena Birek*

**Cleidocranial Dysplasia: 2 Generations of Management**.....337  
*John Daskalogiannakis; Luis Piedade; Tom C. Lindholm; George K.B. Sándor; Robert P. Carmichael*



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 signi e pas néc essairement 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 TRIUMPH.

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

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

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

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

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

## LA TECHNOLOGIE INTELLIGENTE A UNE INFLUENCE POSITIVE.

**MINUTERIE MOTIVANTE**  
1:40  
Contrôle la durée du brossage et émet un message d'encouragement à 2 minutes.

**CONSIGNES DE BROSSAGE**  
Remplacer la tête de brosse  
Encouragent à remplacer régulièrement la tête de brosse.

**4 MODES DE BROSSAGE**  
Massage  
Offrent une expérience personnalisée.

**AFFICHEUR MULTILINGUE**  
Français  
Peut être programmé en 13 langues différentes.

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

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

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





Le Dr John P. O'Keefe

## Un mur à préserver

« La frontière entre le «commerce» et la «profession» est fragile en dentisterie. »

**D**urant un récent séjour à Berlin, j'ai été impressionné par le caractère historique et la modernité saisissante de la ville. Depuis la chute du Mur, de nouveaux édifices font partout leur apparition. La coexistence du «vieux» et du «neuf» fait de Berlin une ville à la fois traditionnelle et avant-gardiste.

Alors que je faisais du lèche-vitrines, la devanture d'un magasin a attiré mon attention. Appelé «Salon du mieux-être dentaire», le magasin exposait aux consommateurs des produits d'hygiène buccodentaire directement dans sa vitrine. À l'arrière, on pouvait apercevoir des salles opératoires des plus modernes. Il s'agissait là d'une «boutique du sourire», vendant principalement des services et des produits de blanchiment des dents et d'hygiène buccodentaire.

J'ai trouvé intéressant que ce magasin ait comme voisin immédiat une boutique où on vendait des produits et services de beauté et de soins des cheveux. Les clients pouvaient, en visitant ces 2 établissements, trouver facilement tout ce dont ils avaient besoin en matière de soins esthétiques.

Ce concept de boutique du sourire m'a rappelé combien la frontière entre le «commerce» et la «profession» est fragile en dentisterie. J'entends encore les murmures de mécontentement de collègues craignant que certains membres de notre profession projettent une image «trop commerciale». Cette peur du mercantilisme excessif de la dentisterie a été clairement exprimée lors d'une conférence à laquelle j'ai assisté à Chicago.

La conférence, organisée par l'Association dentaire américaine et le Collège américain des dentistes, réunissait des directeurs de nombreuses organisations dentaires nord-américaines. Sur 2 jours, les participants ont pu dénoncer les manifestations de mercantilisme excessif dont ils sont témoins régulièrement et qui risquent d'amenuiser la confiance de la population envers la profession.

Les participants ont priorisé les facteurs pouvant contribuer au mercantilisme de la dentisterie ainsi : 1) la société accorde beaucoup d'importance à la réussite financière et favorise l'attitude du «moi d'abord»; 2) les idéaux professionnels traditionnels ne sont pas suffisamment mis de l'avant; 3) la dette étudiante influe sur le comportement professionnel des jeunes dentistes; 4) les cours de formation continue décrivent la dentisterie comme une entreprise commerciale; 5) les cours de gestion du cabinet mettent trop l'accent sur le profit et la réussite commerciale.

Beaucoup s'inquiétaient que le mercantilisme puisse nuire à la position actuelle de la dentisterie dans la société – une position voulant que la dentisterie soit une profession curative basée sur la science. Les participants ont déploré le fait que le public ne semble pas accorder la même valeur à l'expertise que la profession. Alors que nous deviendrons plus des fournisseurs de services esthétiques que des professionnels de la santé, il nous faudra faire face aux pressions des clients qui voudront que nous travaillions selon leurs conditions et non selon les nôtres. Cette tendance s'accompagnera d'une diminution de la valeur accordée au fait que nous appartenons à une «profession».

Les participants à la conférence ont proposé un plan d'action afin de contrer le mercantilisme excessif de la dentisterie et de s'assurer que les perceptions de la population en général et des décideurs à l'égard de notre profession ne soient pas irrémédiablement ternies.

Voici quelques-unes des recommandations proposées : créer chez les patients des attentes réalistes quant aux résultats de bons soins dentaires; renforcer le message que la santé buccodentaire est une composante essentielle de la santé en général; organiser une campagne de promotion des soins buccodentaires complets; amener plus de jeunes dentistes à participer aux initiatives de la dentisterie organisée; accroître les mesures incitatives visant à encourager les dentistes à pratiquer dans les collectivités mal desservies; plaider en faveur de meilleurs taux de remboursement pour les populations mal desservies.

Il s'agit d'un programme ambitieux mais néanmoins nécessaire pour l'avenir de notre profession. Comme Berlin, la dentisterie a toujours adhéré au traditionnel et affiché un dynamisme propre à l'entrepreneuriat. J'espère simplement que nous ne ferons pas tomber le mur qui nous sépare d'un mercantilisme excessif.

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

# Le protège-plaque de **12 heures**



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

† Colgate-Palmolive, étude indépendante en dossier.

\*M.D. Colgate-Palmolive Canada Inc.



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



Le Dr Wayne Halstrom

## L'évolution se poursuit

« La profession a un intérêt direct dans le succès financier de l'ensemble de ses membres. »

Devenir président de l'Association dentaire canadienne n'est pas un rêve d'enfance. C'est plutôt un processus évolutif qui commence par une participation active à une association dentaire et qui se poursuit à mesure que grandissent vos intérêts professionnels et votre expérience. Mon tour est maintenant venu d'assumer la présidence de l'ADC, et c'est avec humilité et fierté que j'accepte ce poste.

En réfléchissant aux réalisations des anciens présidents de l'ADC auprès desquels j'ai travaillé, j'ai été frappé par les tâches colossales qui m'attendent. Prendre la succession du Dr Jack Cottrell, chef accompli et des plus dévoués, sera un défi de taille. Le Dr Cottrell a présidé aux destinées de l'ADC pendant l'une des plus grandes périodes d'instabilité de son histoire, effectuant ses tâches avec détermination et dignité, ce qui lui a valu le respect sincère de ses collègues et amis.

Depuis mes débuts en dentisterie, j'ai connu bien des bouleversements. J'ai exercé ma profession pendant 20 ans, puis j'ai laissé de côté mes activités en dentisterie pour me plonger dans la gestion d'intérêts commerciaux avant de décider de recommencer à exercer ma profession à temps plein. Au cours de cet intervalle de 5 ans pendant lequel j'ai endossé le rôle traditionnel de « personne d'affaires », j'ai éprouvé une estime particulière pour les membres de notre profession. Ayant été plongé dans un monde où l'intégrité et la franchise sont des notions peu connues, j'ai appris à reconnaître le niveau supérieur de professionnalisme dont jouit le domaine de la dentisterie.

Bien que j'aie toujours maintenu qu'un cabinet dentaire sain doit également être une entreprise saine, ces 2 concepts ne vont pas toujours de pair. Le milieu dans lequel nous œuvrons est en pleine évolution. Les pressions financières auxquelles font face nos dentistes nouvellement diplômés présentent d'énormes défis. Pendant combien de temps un dentiste doit-il exercer à pourcentage avant de pouvoir rembourser un montant suffisant de la dette

qu'il a contractée pendant ses études pour pouvoir démarrer ou acheter un cabinet indépendant?

Je crois que la profession même doit s'investir davantage dans le succès financier à venir de ses nouveaux membres. Une gestion faible ou inefficace des finances des dentistes nouvellement diplômés se traduira par un potentiel réduit d'acheteurs pour les cabinets dont les propriétaires approchent de la retraite. Bien que cela puisse en quelque sorte représenter un objectif servant des intérêts individuels, la profession a un intérêt direct dans le succès financier de l'ensemble de ses membres.

Le succès financier et la gestion des affaires vont main dans la main. On a mené avec succès une longue lutte pour éviter que des intérêts d'affaires extérieurs ne s'immiscent dans la profession. La gestion des soins, même si elle représente le modèle de pratique par excellence dans bien des régions des États-Unis, n'a pas réussi à se tailler une place au Canada. Notre pays n'a pas à faire face aux problèmes de service de santé national que doivent affronter les dentistes du Royaume-Uni. Ce n'est pas un heureux hasard si nous avons pu éviter ces situations, c'est plutôt grâce à nos organisations qui appuient leurs membres en favorisant la gestion financière et les bonnes pratiques de rendement.

L'objectif premier de l'ADC est la prestation de services concrets et utiles aux membres. Je suis d'avis que ces services devraient permettre aux membres chevronnés de la profession de jouer un rôle de conseiller auprès des nouveaux membres. Par exemple, nous devrions envisager davantage l'élaboration de programmes de mentorat et de formation en affaires aux niveaux national, régional et municipal. L'endettement auquel font face les dentistes débutants est bien réel, mais ils n'ont pas encore les compétences et la connaissance nécessaires à la gestion de ce fardeau.

Ayant observé les présidents de l'ADC qui m'ont précédé au cours des 8 dernières années, je suis conscient du niveau élevé des exigences auxquelles je devrai répondre au cours de la prochaine année. Cependant, il me tarde de relever ces défis. On me fait l'honneur de me confier la responsabilité de parler au nom des dentistes du Canada et de les représenter, et je ne prendrai pas cette tâche à la légère. L'évolution de mon implication en dentisterie se poursuit, et c'est avec enthousiasme que j'entreprends cette prochaine étape de mon parcours.

Wayne Halstrom, BA, DDS  
president@cda-adc.ca

Vous voulez sortir du lot?



**SLActive - la surface au coeur de votre succès.**

De nos jours, les patients veulent des rendez-vous moins fréquents et des traitements plus courts. Pour faire prospérer votre cabinet, adoptez les implants Straumann avec nouvelle surface SLActive.

- Ostéointégration accélérée – suscite une plus grande confiance dans toutes les situations.
- Stabilité secondaire plus précoce qu'avec SLA – offre une meilleure prévisibilité dans les traitements où la stabilité est essentielle.
- Période de cicatrisation réduite de moitié – permet de traiter plus de patients.

Pour en savoir plus sur la surface hydrophile chimiquement active SLActive, composez le 800/363 4024 et prenez rendez-vous avec votre représentant Straumann.

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

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



# Dr Wayne Halstrom – En parfaite harmonie

Les dentistes doivent porter plusieurs chapeaux dans leur vie de tous les jours : professionnel de la santé, employeur, conseiller, dirigeant communautaire et propriétaire d'entreprise, pour ne nommer que ceux-là. Une telle variété de rôles montre comment le praticien dentaire moderne doit être en mesure de s'adapter aux exigences de la pratique d'aujourd'hui.

Le nouveau président de l'ADC, le Dr Wayne Halstrom, de Lions Bay (Colombie-Britannique) sait ce que signifie porter plusieurs chapeaux au cours d'une carrière. Son impressionnant curriculum vitae témoigne de la diversité de ses talents : dentiste, inventeur, directeur, membre de conseils d'administration, associé directeur et première voix dans un quatuor professionnel de garos. Le Dr Halstrom est tout aussi à l'aise dans un sarrau blanc qu'en veston à rayures rouges et coiffé d'un canotier.

## Une histoire d'engagement

Le Dr Halstrom obtient son diplôme en 1960 de l'Université de l'Alberta, puis retourne sur la côte ouest où il ouvre un cabinet privé à Vancouver Nord. Peu de temps après, il adhère à la Société dentaire de Vancouver et district, ce qui le mène à s'initier au travail des comités au sein du Collège des chirurgiens dentistes de la C.-B., où il devient président du Comité des régimes de soins dentaires.

Dans les 20 années qui suivront, la carrière du Dr Halstrom sera caractérisée par une participation continue à l'élaboration de régimes de soins dentaires. En 1969, le Dr Halstrom accepte la fonction de directeur des services dentaires au sein

d'un des plus importants assureurs à but non lucratif des soins de la santé du Canada; en 1990, il est nommé président du conseil d'administration de cet organisme, puis, en 1993, il en devient le président.

Membre fondateur de l'Association dentaire de la Colombie-Britannique (ADCB), le Dr Halstrom est nommé au premier conseil d'administration de cette association en 1999, puis président, en 2003. Cette année-là, il occupe simultanément la présidence de l'ADCB et la vice-présidence de l'ADC.

Toutefois, la participation du Dr Halstrom aux activités de la dentisterie n'a pas été ininterrompue. Pendant une période de 5 ans qui a commencé en 1979, il s'est occupé d'intérêts commerciaux personnels, devenant notamment associé directeur dans plusieurs entreprises immobilières aux États-Unis et au Canada, avant de rouvrir son cabinet dentaire et de retourner à la pratique de sa profession bien-aimée.

Le Dr Halstrom estime que cette expérience directe acquise dans le monde des affaires a été d'une valeur inestimable pour la progression de sa carrière. «Je suis revenu à la pratique de la dentisterie avec des connaissances d'affaires que peu de mes contemporains ont pu acquérir, explique-t-il. Cela fait partie des multiples facettes qui me caractérisent et de ce que j'apporterai à la fonction de président de l'ADC.»

Selon le Dr Halstrom, les dentistes doivent se faire à l'idée qu'ils ont des responsabilités aussi bien comme professionnels de la santé que propriétaires d'entreprise. «Il est primordial que nous nous concentrons sur la façon de maintenir des pratiques saines et rentables que l'on peut appeler sans honte 'entreprises', ajoute-t-il. À tous les niveaux de la dentisterie, nous devons apprendre à gérer la très grande entreprise et l'employeur que nous sommes devenus. Si nous ne gérons pas notre entreprise d'une manière appropriée, notre professionnalisme aura du mal à survivre.»

La santé future de la dentisterie en tant qu'activité commerciale est étroitement liée à la capacité de la profession de contrôler la transmission des demandes d'indemnisation. Le Dr Halstrom parle avec assurance de ce sujet en s'appuyant sur l'expérience qu'il a acquise. «La profession dentaire doit prendre sa place dans le monde de la transmission électronique des demandes d'indemnisation et éviter que les assureurs lui dictent les pratiques administratives à suivre ou lui imposent des coûts pour la



Le Dr Wayne Halstrom et son chien Chili assis au piano familial.



Le Dr Halstrom apprécie un moment de grand air à sa maison de Lions Bay.

transmission des demandes, fait-il valoir. ITRANS est la voie de l'avenir, et la profession doit voir à ce que cette initiative voit le jour afin de maintenir son indépendance.»

### La force collective

Dans le cadre de sa présidence, le Dr Halstrom souhaite poursuivre le développement de la culture de communication améliorée entre l'ADC et ses associations membres et ses membres individuels. «Nous devons travailler de concert pour renforcer les relations entre tous les intervenants. Nous devons faire abstraction de nos différences régionales et tirer avantage de la force que nous avons collectivement, dit-il. J'espère que l'un des succès de ma présidence sera de faire fructifier nos efforts communs tout en nous concentrant sur ce que nous voulons accomplir.»

À la question de savoir à quels autres défis fait face la profession dentaire au Canada, le Dr Halstrom mentionne l'empiètement des professions apparentées sur le champ de pratique traditionnel des dentistes. «La gestion de cette question demeure une préoccupation majeure, étant donné que les organismes dirigeants des quatre coins du pays subissent des pressions croissantes de groupes d'intérêt particuliers, explique-t-il. La façon dont nous nous positionnerons à l'avenir déterminera le degré de réussite que conservera la profession.»

Le Dr Halstrom est particulièrement conscient que l'élan vital de toute association dépend de la capacité de celle-ci à attirer et à maintenir l'intérêt des nouveaux membres qui rejoignent ses rangs. Il estime que maintenant plus que jamais, les dentistes nouvellement diplômés ont besoin du soutien de leur profession. «Nous devons guider nos entrepreneurs en herbe. Ces nissants sortent de l'université avec un endettement que la plupart des praticiens ne s'imaginent pas, dit le Dr Halstrom. Nous devons être plus efficaces dans l'établissement de liens avec nos nissants, notamment en maintenant notre soutien au Programme de développement du cabinet mis en œuvre dans nos universités. Nous devons déterminer quels sont les besoins réels de nos jeunes dentistes, au-delà de notre perception de leurs besoins – qui est fondée sur des attitudes dépassées –, et les aider à atteindre la réussite qui faisait partie

du rêve qui les a menés à embrasser une carrière dans le domaine dentaire.»

### Bricoleur et chanteur

À l'origine, le Dr Halstrom avait été attiré à la profession dentaire par une fascination de longue date pour les tâches nécessitant de la dextérité manuelle. «Dans mon enfance, j'étais déjà bricoleur et réparateur, fait-il remarquer. Après l'obtention de mon diplôme de premier cycle, j'ai choisi la dentisterie parce que le fait de combiner le travail manuel avec un domaine médical me paraissait un choix gratifiant. J'estimais qu'un tel choix allait être bénéfique au long du temps, tant pour moi que pour mes patients.»

Ce penchant pour le bricolage pourrait expliquer pourquoi le Dr Halstrom est l'inventeur d'un dispositif buccal novateur. Grand amoureux de l'éternel, il a dû parer cet inconfort nocturne affectant sa santé et son bien-être (et celui de son épouse!). Le Dr Halstrom présentait les signes et les symptômes de l'apnée obstructive du sommeil, et après avoir eu plusieurs accidents impliquant seulement sa voiture, dont le dernier avait presque été fatal, il a su qu'il devait prendre des mesures pour remédier à la situation.

«Lorsqu'on m'a proposé comme solution soit l'utilisation d'un ventilateur, soit une intervention chirurgicale, j'ai rejeté les deux options et commencé à réfléchir à une solution de rechange, se souvient-il. J'étais enthousiaste à l'idée de trouver une méthode non invasive et réversible de remédier à la situation, et j'ai dû mettre au point l'attache de précision Halstrom Hinge.» Cette appellation allitérative fait référence à la pièce mobile (charnière) qui permet au patient de porter un appareil d'avancement mandibulaire d'une manière confortable et sécuritaire. Ce dispositif est maintenant utilisé par des patients partout dans le monde.

Alors qu'une telle invention serait tout un fait d'armes pour la plupart d'entre nous, le Dr Halstrom cite plutôt sa carrière de chanteur comme particulièrement mémorable. En 1961, il est devenu la première voix du quatuor de garçons «Model T Four». Ce groupe était déjà très accompli dans son passe-temps, mais après l'arrivée du nouveau membre, il s'est lancé dans le monde de la musique commerciale, où il a poursuivi ses activités jusqu'à dans les années 1990. «Nous nous sommes produits aux réseaux de télévision CBC et CTV, avec des apparitions dans *The Beachcombers* ainsi que dans une série appelée *Banjo Parlor*, se souvient le Dr Halstrom. Nous avons chanté dans un certain nombre de publicités à la radio, pour des clients d'un peu partout au Canada. Mais le moment le plus agréable que j'ai connu avec le groupe fut lors de l'enregistrement de notre album; fait peu orthodoxe pour un groupe à cappella, nous étions accompagnés par un orchestre complet», explique-t-il avec passion.

Mais le Dr Halstrom révèle que les vrais amours de sa vie sont son épouse et ses enfants, son chien et l'océan Pacifique. «Arlene et moi passons tout le temps que nous pouvons avec nos sept enfants et vingt-deux petits-enfants», ajoute-t-il. Il semble que les rôles de mari, père et grand-père dévoué sont autant d'autres chapeaux que le Dr Halstrom porte avec le brio qu'on lui connaît bien. ❖

Vous pouvez maintenant vous joindre à la génération électrique en toute confiance. Voici les micromoteurs électriques A-dec — de nouveaux instruments de précision, silencieux, mais qui offrent une puissante performance de coupe, une intégration optimale qui utilise une technologie longue durée sans balais, et quelque chose d'absolument unique : la fiabilité, le soutien technique et la qualité A-dec renommés. Vous pouvez maintenant avoir l'esprit tranquille en sachant que vous obtiendrez tout le soutien nécessaire lors votre prochaine étape — et à chaque nouvelle étape.



# LA GÉNÉRATION ÉLECTRIQUE



Commandes tactiles pratiques



Applications souples



Pleine plage allant de 3 à 200 000 tr/min



## ÉLECTRIQUE

Faites l'expérience de la gamme complète des solutions de pièces à main de qualité de A-dec. Pour une démonstration, contactez votre concessionnaire autorisé A-dec ou appelez-nous au 1.800.547.1883.



# 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.*





# Les benzodiazépines et la sédation orale : clarifications demandées

En ce qui concerne l'article du «Point de service» portant sur les benzodiazépines utilisées pour la sédation orale en dentisterie<sup>1</sup> et publié dans le *JADC*, j'aimerais aborder plusieurs questions soulevées dans l'article :

1. L'article mentionne qu'il faut faire preuve de prudence dans la détermination soignée de la dose. Il n'est pas possible de doser les sédatifs oraux comme le triazolam, comme on le laisse entendre. Les médicaments oraux ont besoin de temps pour être absorbés. L'absorption varie entre les personnes, ainsi d'ailleurs que le rythme du métabolisme. Si on dose le triazolam, comment déterminera-t-on si la concentration sanguine du patient a atteint son paroxysme ou si elle augmente toujours? Comment déterminer la quantité supplémentaire à administrer? En 2002, l'Association dentaire américaine s'est prononcée contre le dosage des sédatifs oraux. Les praticiens qui adoptent cette méthode s'aventurent en terrain glissant.

2. Même si l'article traite de l'efficacité des sédatifs oraux, il n'en décrit pas entièrement la méthode d'emploi. Dire que les patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite n'explique pas ce qu'il faut surveiller, ni l'équipement nécessaire à cette surveillance, ni les signes d'un trouble imminent, etc.

3. Avant d'administrer un sédatif, par voie soit orale soit intraveineuse, le praticien doit avoir enregistré les signes vitaux du patient au départ. Cette mesure est nécessaire pour évaluer le bien-être du patient pendant la sédation et pour déterminer s'il s'est suffisamment rétabli pour qu'on lui donne son congé par la suite. Donner un médicament 30 minutes avant que le patient se rende chez le dentiste rend impossible toute détermination des données de départ.

4. Pour tout sédatif, le praticien doit être instruit et expérimenté relativement aux

effets indésirables possibles. Parmi les domaines de formation, on compte la réanimation cardiaque d'urgence, l'entretien des voies respiratoires, l'administration d'agents de renversement et la fourniture d'oxygène supplémentaire. Administrer un sédatif sans savoir comment faire face aux complications éventuelles est irresponsable.

5. En n, si vous devez administrer un agent de renversement, la voie d'administration serait intraveineuse. Le cas échéant, pourquoi risquer de doser un médicament oral si vous ne pouvez pas établir un accès intraveineux?

*Dr Mario M. Cabianca  
Trail (Colombie-Britannique)*

## Référence

1. Kelly C. Quelle est la benzodiazépine idéale pour la sédation par voie orale en dentisterie? [Point de service] *J Can Dent Assoc* 2005; 71(11):832-3.

## Réponse des auteurs

L'objectif clé de l'article du «Point de service» sur les benzodiazépines<sup>1</sup> était de déterminer la benzodiazépine idéale pour sédation orale en dentisterie, en fonction des propriétés de chacun des médicaments de cette classe. Nous insistons pour dire que nous n'avons pas cherché à fournir un rapport complet sur la sédation orale en dentisterie et que nous étions assujettis à une limite se situant entre 500 et 600 mots pour l'article.

La sédation orale est enseignée à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de la Colombie-Britannique et au service de dentisterie de l'Hôpital général de Vancouver conformément aux lignes directrices sur la sédation consciente de l'Association des facultés

dentaires du Canada et aux normes dentaires sur les services de sédation minimale et modérée publiées par le Collège des chirurgiens dentistes de la Colombie-Britannique (CCDCB)<sup>2</sup>.

Dans le programme de résidence en pratique de l'Hôpital général de Vancouver, nos patients sont tous des adultes et ils reçoivent une dose unique d'un sédatif oral. C'est toujours avec prudence que nous sélectionnons une dose appropriée de benzodiazépine pour nos patients. Si la dose unique se révèle insuffisante pour atteindre l'anxiolyse, alors en discussion avec le patient, nous augmentons la dose pour un rendez-vous ultérieur. Par ailleurs, nous n'offrons pas de service de sédation orale aux enfants qui ont besoin de soins dentaires.

Le Dr Cabianca fait allusion à une technique par laquelle on administre des doses graduelles (typiquement d'une benzodiazépine) pour atteindre un degré confortable de sédation. Cette technique est défendue par certains dentistes, et vivement contestée par d'autres<sup>3</sup>. Nous comprenons et nous respectons le point de vue des 2 groupes, mais dans nos cliniques, nous ne donnons pas de doses graduelles de benzodiazépine à nos patients.

Quant au deuxième point du Dr Cabianca, nous insistons pour dire que les dentistes ont le devoir d'administrer une sédation seulement dans les limites des connaissances, de la formation, des compétences et de l'expérience qu'ils ont. Qui plus est, tous les praticiens qui

Suite à la p. 287

## 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».

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



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

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

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

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



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

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

**ivoclar**  
**vivadent®**

Courrier  
Suite de la p. 285

recourent à la sédation devraient recevoir une formation appropriée. Le CCDCB a publié des lignes directrices sur la surveillance des patients sous sédation orale et sur l'équipement nécessaire pour parvenir à instaurer l'état sédatif<sup>2</sup>.

Chaque fois que c'est possible, nous adoptons des méthodes non pharmacologiques pour la prise en charge de l'anxiété chez nos patients. Dans la sélection des patients en vue d'une sédation orale, nous adhérons aux lignes directrices du CCDCB. Tous les patients sont soumis à un dépistage soigneux comportant une anamnèse médicale complète, y compris la mesure des signes vitaux. La dose d'un sédatif oral utilisée pour induire une sédation minimale peut être administrée au patient chez le dentiste. Nous y procédons fréquemment pour certains de nos patients. Cette dose peut aussi être administrée à domicile lorsque le dentiste a déterminé que le patient a besoin d'un sédatif oral pour faciliter le sommeil nocturne avant l'intervention dentaire ou lorsque l'anxiété du patient est telle que la sédation est nécessaire pour permettre le déplacement jusqu'au cabinet du dentiste<sup>2</sup>.

Nous sommes d'accord avec le Dr Cabianca sur le fait que le dentiste doit être formé à prendre en charge les aboutissements indésirables éventuels de la sédation orale. Quant à nous, nous possédons un certi cat en réanimation de base (RCP de niveau C) et en réanimation cardiaque avancée. Dans toutes nos cliniques, nous adhérons aux lignes directrices du CCDCB, qui indiquent que tout le personnel clinique doit être formé en réanimation de base (RCP de niveau C) et que les tâches à accomplir en cas d'urgence dentaire doivent être bien définies<sup>2</sup>.

Quant au cinquième point du Dr Cabianca, nous reconnaissons qu'il faut administrer le umazénil par voie intraveineuse lorsqu'il est indiqué. Qui plus est, les résidents en pratique de l'Hôpital général de Vancouver reçoivent bel et

bien une formation sur l'accès intraveineux et pratiquent l'accès intraveineux régulièrement. Les résidents assurent aussi une rotation dans le cadre du programme d'anesthésie de l'hôpital, qui offre une expérience étendue sur la prise en charge des voies respiratoires.

Dr Christopher Kelly  
Dr Ian Matthew  
Vancouver (Colombie-Britannique)

## Références

1. Kelly C. Quelle est la benzodiazépine idéale pour la sédation par voie orale en dentisterie? [Point de service] *J Can Dent Assoc* 2005; 71(11):832-3.
2. College of Dental Surgeons of British Columbia. Minimal and moderate sedation services in dentistry (non-hospital facilities). Disponible à l'adresse URL : [http://www.cdsbc.org/pdf/Min\\_&\\_Mod\\_Sedation\\_Services\\_in\\_Dentistry\\_\(Nov\\_2004\).pdf](http://www.cdsbc.org/pdf/Min_&_Mod_Sedation_Services_in_Dentistry_(Nov_2004).pdf) (accédé en février 2006).
3. Garvin J. The debate surrounding Oral Conscious Sedation. Disponible à l'adresse URL : <http://www.agd.org/library/2005/jan/Garvin.asp> (accédé en février 2006).

## La thérapie photodynamique et la parodontite

En février 2006, le JADC a publié un commentaire de la Dre Debora Matthews qui décrivait comme «expérimentale» la thérapie de désinfection photodynamique nouvellement approuvée de la société Ondine Biopharma de Vancouver<sup>1</sup>. Comme fondement à ses remarques, la Dre Matthews mentionnait l'absence de données d'efficacité dans la littérature.

J'aimerais vous donner une mise à jour à ce sujet. En mars 2006, une étude évaluant la thérapie photodynamique (TPD) a été présentée à la réunion de l'American Association of Dental Research, à Orlando<sup>2</sup>. Dans cette recherche, on a comparé le degré d'attache clinique (DAC) avant et après la thérapie, la profondeur au sondage (PS) et le saignement au sondage (SS) chez des patients atteints d'une parodontite modérée à grave. Au bout de 12 semaines après le traitement, la TPD, combinée à un curetage et surfaçage radiculaire, a produit un gain moyen d'attache clinique de 0,86 mm et une diminution de 1,11 mm de la profondeur au sondage. Ces résultats constituaient des améliorations statistiquement significatives

par rapport au curetage et surfaçage radiculaire seul (augmentation du DAC = 0,33 mm, diminution de la PS = 0,67 mm) sur un même intervalle de temps. Même si les analyses statistiques relatives au changement du SS n'ont pas été signalées, la fréquence des sites affichant un SS était considérablement basse pour les sites traités avec la TPD, en particulier au bout de 3 et 6 semaines après le traitement. Ces résultats sont particulièrement intéressants à la lumière de la valeur prédictive élevée que possède une absence répétée de SS comme indicateur pronostique de la stabilité ultérieure des sites<sup>3</sup>.

Je souscris sans réserve à l'opinion de la Dre Matthews selon laquelle il faut effectuer davantage de recherches. Entre-temps toutefois, il vaut la peine de savoir que les résultats obtenus in vivo et récemment signalés montrent que la TPD comporte des avantages thérapeutiques signifi catifs lorsqu'elle est utilisée comme adjuvant à un traitement parodontal non chirurgical. L'appareil Periowave de TPD vient juste d'être mis en marché au Canada.

Dr Mike Rethman  
Ancien directeur  
Institut de recherche dentaire de l'armée  
américaine  
Conseiller, Ondine Biopharma Corporation

## Références

1. Matthews D. Thérapie photodynamique et parodontite — commentaire. [Nouvelles et actualités] *J Can Dent Assoc* 2006; 72(1):21.
2. Loebel N, Anderson R, Hammond D, Leone S, Leone V. AADR 35th Annual Meeting in Orlando. Non-surgical treatment of chronic periodontitis using photoactivated disinfection. *J Dent Res* 2006; 85(Spec Iss A):1150.
3. Armitage G. Periodontal diseases: diagnosis. *Ann Periodontol* 1996; 1(1):37-215.

## Réponse de l'auteur

En tant que cliniciens, nous sommes quotidiennement bombardés de nouveaux matériaux, de nouvelles méthodes et de nouvelles technologies à utiliser dans la pratique. Mises à part les présentations des représentants de commerce, comment choisir parmi toutes les nouveautés? La lettre du Dr Rethman soulève plusieurs points intéressants sur la manière dont les dentistes généraux devraient aborder la nouvelle technologie.

Tout d'abord, il faut dire qu'un sommaire de recherche ne constitue pas une bonne preuve clinique, ni en lui-même ni de lui-même. Plusieurs études ont en effet montré que les résultats publiés dans les sommaires présentés à des rencontres de recherche ne sont pas toujours présents dans l'article <sup>1</sup>. En fait, il est recommandé de tenir compte des résultats de plusieurs essais comparatifs bien conçus et effectués à double insu avec répartition aléatoire des sujets avant d'apporter un changement à ses pratiques cliniques<sup>2</sup> et de décider d'utiliser les nouveaux matériaux ou les nouvelles technologies proposés<sup>2</sup>.

Le deuxième point d'intérêt est la différence entre la signification statistique et la signification clinique. Le sommaire de Loebel et coll.<sup>3</sup> signale que la thérapie photodynamique en concomitance avec un curetage et surfaçage radiculaire, par comparaison à un curetage et surfaçage radiculaire seul, a permis d'obtenir des différences statistiquement significatives quant au degré d'attachement clinique et à la profondeur au sondage. Toutefois, la signification statistique n'est pas toujours en rapport avec la signification clinique. Une différence de 0,33 mm n'est pas mesurable en pratique clinique; elle n'est donc pas significative.

Même dans le cas des essais cliniques bien conçus, les conclusions tirées des résultats n'en témoignent pas toujours exactement. Dans l'essai dont il est question ici, par exemple, on a signalé avoir obtenu une réduction du saignement au sondage avec la thérapie de désinfection photodynamique, même si aucune analyse statistique n'a été effectuée. Il y a peut-être plusieurs raisons sous-jacentes à ce fait. Toutefois, l'absence d'analyse signifie que les conclusions tirées des seules données de fréquence ne sont pas valides.

Je suis toujours en quête de nouveaux moyens pour mieux traiter mes patients, y compris de techniques et de matériaux qui comportent moins de risques, qui entraînent moins d'effets indésirables, qui sont moins chers, qui prennent moins de temps tout en étant

également ou supérieurement efficaces par rapport aux techniques et aux matériaux que j'emploie actuellement. Toutefois, cette quête à l'esprit, j'attends qu'on me donne davantage de preuves que la TPD fait tout ce qu'on prétend qu'elle fait dans le traitement de la parodontite.

### Références

1. Toma M, McAlister FA, Bialy L, Adams D, Vandermeer B, Armstrong PW. Transition from meeting abstract to full-length journal article for randomized controlled trials. *JAMA* 2006; 295(11):1281-7.
2. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2000.
3. Loebel N, Anderson R, Hammond D, Leone S, Leone V. AADR 35th Annual Meeting in Orlando. Non-surgical treatment of chronic periodontitis using photoactivated disinfection. *J Dent Res* 2006; 85(Spec Iss A):1150.

### Problèmes de logiciel... suis-je le seul?

Je viens d'installer une mise à jour du logiciel que j'utilise pour le réseau d'ordinateurs de mon cabinet et c'est la pire que j'ai jamais eue jusqu'à présent depuis que j'ai commencé à faire affaires avec mon fournisseur il y a plus de 15 ans.

La nouvelle version semble servir à corriger les bogues causés par une version antérieure – elle n'a pas vraiment de nouvelles fonctions, n'offre rien pour économiser du temps et de l'argent, et corrige seulement les problèmes de blocage et de gement d'écran qui arrivent aux moments les moins opportuns.

Bien que j'aie remplacé la grande partie du matériel informatique de mon cabinet l'an passé, il semble que je doive maintenant changer un autre ordinateur client. En fait, cette partie de mon réseau fonctionnait très bien avant la mise à jour. Simple coïncidence? Je ne pense pas.

Quand j'ai téléphoné à mon fournisseur pour obtenir du soutien technique, il m'a dit que c'était mes appareils qui étaient en cause. En plus de s'être montré plutôt brusque et impoli, il m'a dit qu'aucune autre installation de ce logiciel n'avait causé de problèmes semblables, et il y en avait eu plusieurs centaines. Pour couronner le tout, il a

essayé de me relier la facture de son diagnostic.

Je sais que le matériel et les logiciels informatiques peuvent parfois ne pas être compatibles. Toutefois, je ne peux accepter les résultats que j'ai obtenus, car la configuration actuelle nuit au bon déroulement des activités de mon cabinet au lieu de les faciliter.

Imaginez qu'une situation du genre survenait avec un patient :

«Docteur, je ne peux pas mastiquer mes aliments avec ce nouveau pont coûteux que vous venez de poser.»

«Ce pont est parfait en tous points. Ça doit être un problème avec ce que vous mangez. Si vous améliorez votre alimentation, je suis sûr que vous n'aurez plus ce problème. Aucun autre patient n'a jamais eu ce problème. En passant, veuillez payer à la sortie.»

Ce patient serait-il content? Accepterait-il ces résultats? Mais avant tout, est-ce qu'un dentiste accepterait ce résultat ou traiterait un patient de cette façon? Je ne vois aucune raison d'accepter qu'on me vende un produit moins qu'utilisable, à un prix très élevé, et je maintiendrai ma position jusqu'à ce que je sois satisfait des résultats. J'aimerais savoir si quelqu'un a eu des problèmes semblables avec son logiciel ou si je suis effectivement le seul à les avoir.

Dr Brian Barrett  
Toronto (Ontario)

### Erratum

Un chiffre incorrect exprimé en dollars a paru dans l'article «FAQ sur la gestion du cabinet» à la page 123 du numéro de mars 2006 du *JADC*<sup>1</sup>. La phrase aurait dû se lire :

«Si le cabinet augmentait la production et la collecte de paiements de 10 % après la mise en place d'un système de primes, il disposerait de 20 % de 50 000 \$ ou de 10 000 \$ à distribuer entre les membres de son équipe.»

Le *JADC* regrette l'erreur et a corrigé la version électronique de l'article.

### Référence

1. Marinovich J. FAQ sur la gestion du cabinet. [Les affaires de la dentisterie] *J Can Dent Assoc* 2006; 72(2):121-3.



## Alliage Vitallium® 2000 Plus

Nous sommes les leaders en terme d'alliages chrome-cobalt. Pourtant nous l'avons amélioré. Et encore, nous l'améliorons à nouveau!

L'alliage Vitallium® 2000 Plus est l'alliage ultime pour la prothèse partielle. Avec une armature encore plus mince et plus légère, une adaptation des plus précises et confortables, vos patients vont adorer l'alliage Vitallium® 2000 Plus! Mais encore mieux, les professionnels l'adoreront eux aussi. L'alliage Vitallium® 2000 Plus offre des propriétés physiques et mécaniques supérieures lorsque comparé aux autres alliages chrome-cobalt\*. Les propriétés physiques ont été revues pour en améliorer sa résistance en tant que telle ainsi que sa résistance à la fracture!

\*Données en filière.

**DENSPLY**

*La chimie d'un sourire éclatant*

**Assurez-vous de demander et d'obtenir les produits Vitallium®. Pour connaître le laboratoire autorisé le plus près de chez vous, contactez votre représentant Dentsply régional en composant le 1 800 263 1437.**

# 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<sup>†</sup>.

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<sup>®</sup> est recommandé comme traitement efficace, peu coûteux et non invasif de première intention pour prévenir la douleur.

Sensodyne<sup>®</sup> 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<sup>‡</sup>.

<sup>‡</sup> Sensodyne<sup>®</sup> (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.

<sup>†</sup> 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<sup>®</sup>

Une tradition de leadership et d'innovation

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

 GlaxoSmithKline  
Soins de santé  
aux consommateurs

 CCPP

## L'ADC se bat pour l'enseignement



Membres du conseil d'administration de l'ADC qui participent au groupe de travail sur les méga-dossiers (de g. à dr.) : le Dr Peter Doig de Dauphin (Manitoba), la Dre Deborah Stymiest de Fredericton (Nouveau-Brunswick) et le Dr John A. (Jack) Scott d'Edmonton (Alberta), qui est président du groupe de travail.

L'une des recommandations les plus radicales qui était proposée dans un récent document de travail de l'ADC au sujet de l'avenir de l'enseignement dentaire était de réexaminer les modèles actuels d'enseignement dentaire au Canada.

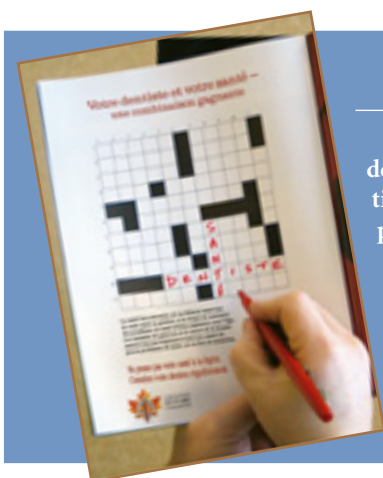
La crise actuelle dans ce domaine continue d'occuper une place prépondérante dans les discussions de la haute direction de l'ADC. Au cours de la réunion du conseil d'administration de l'ADC en février dernier, on a présenté les conclusions du document de travail et les discussions ont mis l'accent sur la façon dont l'ADC pouvait aborder les enjeux liés à l'enseignement, par exemple, le financement des facultés de médecine dentaire, les frais de scolarité et les pénuries de professeurs.

Afin d'aider à résoudre la question de l'enseignement, l'ADC a réuni le Groupe de travail sur les méga-dossiers qui est présidé par le Dr John A. (Jack) Scott, membre du conseil d'administration. Ce groupe de travail a demandé l'avis des doyens des 10 facultés de médecine dentaire, ainsi que des représentants de la Fédération

canadienne des organismes de réglementation dentaire et de divers comités de l'ADC, y compris le Comité sur les relations gouvernementales et la défense des intérêts publics, le Comité de la dentisterie universitaire, le Conseil de l'éducation, le Comité des affaires reliées aux spécialistes et le Comité des affaires étudiantes.

La crise actuelle s'est matérialisée lorsque le financement du gouvernement dans l'enseignement postsecondaire a diminué. Cette diminution a forcé les facultés de médecine dentaire à augmenter les frais de scolarité, entraînant ainsi un endettement élevé chez les étudiants. Comme les dentistes ont des préoccupations financières importantes au terme de leurs études, de moins en moins d'entre eux choisissent désormais de retourner à l'université pour poursuivre une carrière en enseignement.

De telles réalités ont été exposées lorsque l'ADC a mené une étude à l'Université de la Saskatchewan. Ce sondage informel a révélé qu'en moyenne, les étudiants de quatrième année en médecine dentaire avaient des dettes associées aux marges de crédit administrées par les banques d'environ 94 000 \$ et des prêts administrés par le gouvernement qui s'élevaient à environ 80 000 \$. On s'attend à ce qu'à la suite de l'obtention de leur diplôme, ces mêmes étudiants aient, en moyenne, une dette totale de 154 000 \$. Ces niveaux d'endettement auront sans doute une incidence sur les éventuelles décisions professionnelles des nouveaux diplômés sur l'emplacement de leur cabinet et le genre de pratique dentaire qu'ils auront. On demandera au Comité de la dentisterie universitaire de l'ADC d'aller de l'avant et de tenir compte des recommandations du document de travail. L'une de ces recommandations était d'élaborer et de présenter au moins 2 nouveaux « modèles » d'enseignement dentaire qui pourraient tenir compte d'un enseignement dentaire privé ou d'accords de collaboration entre les facultés de médecine dentaire. ♦



### Ne prenez pas votre santé à la légère

Dans le cadre de ses activités du Mois national de la santé buccodentaire, l'ADC a dernièrement distribué à tous les dentistes membres une carte pliée pour la sensibilisation du public. L'ADC a invité les associations dentaires provinciales à participer à la production de cette ressource qui souligne l'importance de la santé buccodentaire par rapport à la santé en général et qui fait la promotion de la primauté du dentiste, tout en mettant l'accent sur la santé buccodentaire des personnes âgées. Les associations participantes ont inséré leur logo sur les cartes.

Le matériel promotionnel des mots croisés est également offert sous forme d'affiche. Pour obtenir une affiche ou une carte pliée, veuillez communiquer avec l'ADC, au 1-800-267-6354 ou à [affiche@cda-adc.ca](mailto:affiche@cda-adc.ca). ♦

## Contribution remarquable à la profession reconnue grâce aux distinctions de l'ADC

Chaque année, l'ADC reconnaît des personnes pour leurs contributions remarquables à l'Association et à la profession dentaire. Les distinctions de cette année ont été présentées le 28 avril, lors du Déjeuner de remise des prix de l'ADC.

### Titre de membre honoraire

Dr Barry Dolman de Montréal (Québec)  
Dr Dennis C. Smith de Collingwood (Ontario)

*Ce titre est le plus prestigieux de l'ADC. Il est décerné à une personne qui a contribué de façon exceptionnelle à l'avancement de l'art, de la science et de la profession dentaires pendant une période prolongée.*

### Distinction du mérite

Dr Paul O'Brien de St. John's (Terre-Neuve)  
Dr David J. Sweet de Vancouver (Colombie-Britannique)

*Cette distinction est décernée à une personne qui a contribué de façon exceptionnelle à la gouvernance de l'ADC ou à la médecine dentaire au Canada.*

### Titre d'ami spécial de la dentisterie canadienne

Mme Michele Christl d'Oral-B Canada

*Ce titre est décerné en remerciement de l'amitié et de l'aide offertes à l'ADC.*

### Distinction pour services émérites

Dr Robert (Mac) Balfour d'Oakville (Ontario)  
Dr Johann de Vries de Winnipeg (Manitoba)  
Dr Robert Salois de Montréal (Québec)

*Cette distinction est remise à une personne pour sa contribution exceptionnelle au cours d'une année déterminée ou ses services émérites rendus au cours d'un certain nombre d'années.*

### Distinction pour la promotion de la santé buccodentaire

Le programme Halton Oral Health  
Outreach (HOHO) à Burlington (Ontario)  
La Clinique dentaire des jeunes de la rue à  
Montréal, Université de Montréal

*Cette distinction est décernée à des personnes ou à des organismes qui ont contribué à améliorer la santé buccodentaire des Canadiens en en faisant la promotion.*

### Certificat de mérite

Ce certificat tient à souligner la contribution spéciale d'une personne dans le domaine de la dentisterie au pays, notamment de celle qui a siégé pendant au moins une année complète à un conseil, un comité, une commission ou un groupe de travail de l'ADC, ou qui a œuvré pendant longtemps au sein d'une association ou d'une section spécialisée. En 2006, ce certificat a été accordé aux personnes suivantes :

Dr Wade Abbott  
Dr Alykhan Adatia  
Dr Stephen I. Ahing  
Dr Christopher Allington  
Dr Jacques Auger  
Dr Richard Azzi  
Mme Sylvie Barbeau  
Dre Ariane Beaudet-Roy  
Dre Louise Beaudry  
Col. Scott A. Becker  
M. Michael Brennan  
Mme Linda Carbone  
Dr Robert Charland  
Mme Johanne Côté  
Mme Dominique Derome

Dr Louis Dubé  
Dr Denis Forest  
M. Raymond Haché  
M. Gilles Hamel  
Dr Nicholas Laliberté  
Dr Jonathan H. Lang  
Dr Judith Limoges  
Dre Patricia Liu  
Mme Johanne Longpré-Bouchard  
Mme Guylaine McCallum  
Dr Paul W. MacDonald  
Dr Mario Mailhot  
Dr Ahmad-Reza Noroozi  
Dr François Payette  
Dr Daniel Pelland

Dr D'Arcy Pierce  
Dr André Prévost  
Dr Claude Raymond  
Dr Lon Riemer  
Dr Marc Robert  
Dr Sam Sgro  
Col. James C. Taylor  
Mme Marie Tétreault  
Dre Elizabeth A. Toporowski  
Dr Mark Venditti  
Dr Donald Walsh  
Dr Warrick Yu  
Mme Susan Ziebarth

Consultez le prochain numéro du JADC pour obtenir plus de renseignements sur les lauréats des distinctions de l'ADC de cette année.



# Nouveau service *eTDM*

(Table des matières électronique)

## Comment rester à la page des quelque 25 000 articles qui sont publiés en dentisterie chaque année?

C'est simple, avec le nouveau service *eTDM* offert gratuitement aux membres par le Centre de documentation de l'ADC.

*eTDM* vous permet ainsi de lire ce que vous voulez et quand vous voulez, en vous fournissant les tables des matières de plus de 200 grandes publications scientifiques, dentaires et médicales de série que le Centre de documentation de l'ADC reçoit actuellement.

*eTDM* est flexible, pratique et efficace sans qu'il y ait de limite au nombre de sélections que vous pouvez faire. Ajoutez ou supprimez les sélections aussi souvent que vous le désirez et à tout moment.

*eTDM* est livré à votre ordinateur aussitôt que le Centre de documentation reçoit vos sélections. Naviguez la table des matières pour trouver les articles qui vous intéressent. Ensuite, cliquez sur le lien du Centre de documentation pour accéder au formulaire de commande de copies. C'est aussi facile que ça!

Pour plus de détails, visitez le volet réservé aux membres du site Web de l'ADC à l'adresse [www.cda-adc.ca/etdm](http://www.cda-adc.ca/etdm).

## Inscrivez-vous dès aujourd'hui!

Le service *eTDM* vous est offert par le Centre de documentation de l'ADC avec l'appui de GlaxoSmithKline, fabricant du dentifrice, des brosses à dents et de la soie dentaire Sensodyne®.

**Sensodyne®**



Sensodyne® est fier d'être le premier dentifrice contre l'hypersensibilité dentinaire à mériter le sceau de l'Association dentaire canadienne pour sa capacité à réduire la sensibilité dentinaire.

UN AUTRE  
SERVICE DE PREMIÈRE CLASSE  
OFFERT PAR L'ADC



L'ASSOCIATION  
DENTAIRE  
CANADIENNE

## Ouverture d'un nouveau centre de santé buccodentaire à l'UCB

En mars dernier, la Faculté de médecine dentaire de l'Université de la Colombie-Britannique (UCB) a tenu un gala et une journée portes ouvertes afin de célébrer l'ouverture de son nouvel établissement de santé buccodentaire. C'est en reconnaissance du don de 5 millions de dollars offert par Nobel Biocare à la faculté qu'on a donné au nouveau centre le nom de Centre de santé buccodentaire Nobel Biocare.

«Cet immense soutien nous permettra de franchir une étape importante en nous aidant à offrir un milieu d'enseignement unique qui accélérera et améliorera l'apprentissage des étudiants tout en optimisant l'assurance de la qualité des soins prodigués aux patients», a indiqué le Dr Edwin Yen, doyen de la faculté de médecine dentaire. «Cet établissement à technologie intégrée fait de l'UCB un chef de file dans le domaine de l'enseignement dentaire.»

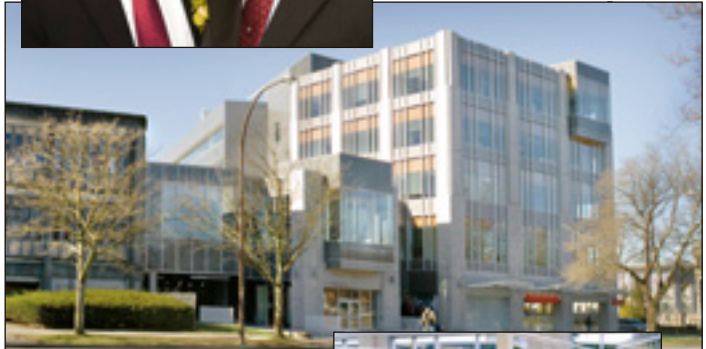
Le centre est un établissement de recherche et d'enseignement à la fine pointe de la technologie qui est équipé de fauteuils «intelligents» uniques, conçus à la lumière des commentaires du corps enseignant de l'UCB, et d'une technologie en salle opératoire, qui permet d'enregistrer les renseignements sur le patient pour planifier les traitements et les visites de suivi. Planmeca, un fabricant de matériel dentaire, a fourni les fauteuils spécialisés et la technologie.

Le centre, qui est situé au coin de Wesbrook Mall et du boulevard University, sur le campus de Point Grey de l'université, occupe une superficie de 3510 mètres carrés dans le bâtiment David Strangway. Les nouvelles installations font passer les postes de travail de 80 à 144, dont 18 salles opératoires fermées pour les procédures particulières.

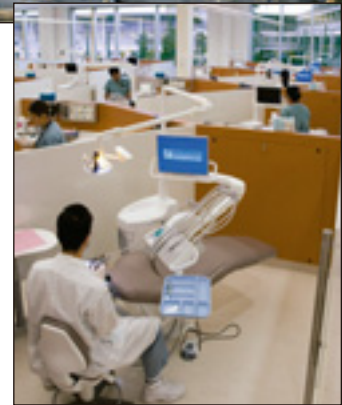
Le centre ouvrira ses portes aux patients en septembre 2006 et on prévoit y recevoir plus de 35 000 visites par année. La Faculté de médecine dentaire compte actuellement 250 diplômés, étudiants de premiers cycles, et étudiants en hygiène dentaire. Un premier groupe d'étudiants utilise actuellement le nouvel équipement en place dans le cadre des modules de simulation clinique. ♦



Le Dr Edwin Yen, doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'UCB, en compagnie du Dr Wayne Halstrom, nouveau président de l'ADC, lors de la soirée d'ouverture du gala en mars.



Le Centre de santé buccodentaire Nobel Biocare sur le campus de Point Grey de l'UCB (Vancouver).



Des étudiants de l'UCB utilisent l'équipement des nouvelles salles opératoires.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet du Centre de santé buccodentaire Nobel Biocare, visitez le site [www.dentistry.ubc.ca/newclinic](http://www.dentistry.ubc.ca/newclinic).

## Une publication australienne dresse un guide sur les médicaments en dentisterie

Le *Australian Dental Journal (ADJ)* a récemment publié un supplément consacré aux médicaments utilisés dans le domaine de la médecine dentaire. Le numéro de décembre 2005 présentait des articles de synthèse sur des sujets comme les habitudes de prescription d'analgésiques, de médicaments topiques, de médicaments systémiques et d'antibiotiques. Ces articles ont été rédigés par les membres du Comité à vocation spécifique sur les drogues et les médicaments thérapeutiques de l'Association dentaire australienne. Certaines des conclusions du groupe remettaient en question la pratique dentaire actuelle au sujet de la prescription d'antibiotiques et d'analgésiques.

«Les articles dans le supplément de l'ADJ sont d'une qualité exceptionnelle et constituent une excellente façon pour les dentistes canadiens de revoir ces sujets importants que leurs pairs australiens ont si soigneusement étudiés», affirme le Dr George Sándor, professeur agrégé et directeur du programme d'études supérieures en chirurgie buccale et maxillofaciale et en anesthésie de l'Université de Toronto. ♦

Vous pouvez accéder au supplément en ligne en visitant le site [http://www.ada.org.au/\\_MedSup.asp](http://www.ada.org.au/_MedSup.asp).

## Une clinique sans pareil



Deux étudiants de la clinique dentaire examinent les dents d'un jeune de la rue de Montréal.

À l'automne 2001, 2 étudiants de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal décident, dans le cadre de leur travail dirigé, de créer un programme de promotion de la

santé buccodentaire auprès des jeunes de la rue de Montréal. Cette population, plus nombreuse qu'on le pense, présente une pauvre hygiène dentaire et un état de santé buccal inadéquat.

Les 2 étudiants s'informent auprès du CLSC de la rue Sanguinet. Celui-ci abrite déjà une clinique médicale destinée aux jeunes de la rue dans laquelle infirmières, médecins et psychologues travaillent ensemble pour contribuer à la santé et au bien-être de cette clientèle qui n'a pas accès au système de santé dentaire traditionnel. Les 2 étudiants se joignent donc à cette clinique.

Sous l'instigation du Dr Denys Ruel, le Dr Daniel Kandelman, directeur du Département de santé buccale de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, met en place un partenariat avec le CLSC des Faubourgs (CSSS Jeanne-Mance) dans le but de créer une clinique dentaire qui permettrait d'effectuer des actes de prévention ainsi que des soins curatifs pour les jeunes de la rue.

Les étudiants ayant terminé leur travail dirigé, 4 de leurs confrères décident de prendre la relève, mais cette fois en mettant sur pied la clinique dentaire. Ceux-ci montent 2 salles opératoires relativement fonctionnelles et y travaillent. Un financement récurrent sera enfin obtenu. Le Dr Martin Chartier se joint à eux par la suite et, plus tard, le Dr Germain Turgeon. La Clinique dentaire des jeunes de la rue à Montréal est enfin née.

«Ces quatre étudiants ont travaillé des centaines d'heures, en élaborant des affiches pour faire connaître le service, en fréquentant des organismes communautaires, en faisant du travail de rue, en cherchant de l'équipement usagé et du financement,

ainsi qu'en rodant une clinique qui a commencé avec bien peu», souligne le Dr Ruel, chargé de cours et de clinique.

En 2003, la Clinique dentaire des jeunes de la rue à Montréal a obtenu le prix Forces de l'Université de Montréal, le prix Forces-Avenir du Gouvernement du Québec et le Student Excellence Award de l'Association dentaire américaine. En 2006, la clinique a reçu la Distinction pour la promotion de la santé buccodentaire de l'Association dentaire canadienne.

Depuis, une vingtaine d'étudiants de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal ont continué le travail, et cette relève semble assurée pour les prochaines années. L'équipe actuelle a vu et traité plus de 1000 jeunes. Les étudiants ont ainsi pu se familiariser avec la gestion, l'administration et l'organisation d'un projet de santé dentaire publique. Les dentistes impliqués contribuent toujours avec les étudiants à faire connaître la clinique et à chercher du financement.

Cette clinique reçoit l'appui financier de la Faculté, du CSSS Jeanne-Mance, de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, ainsi que de quelques fondations. La recherche d'appui financier est une tâche constante : l'équipement usagé nécessite régulièrement des réparations et, la demande en soins étant élevée, les fournitures dentaires s'épuisent rapidement.

«Nos étudiants manifestent de plus en plus d'intérêt pour la clinique. Susciter chez eux un engagement communautaire et leur faire connaître des clientèles différentes de celles rencontrées à l'université sont essentiels à leur formation académique», déclare le Dr Ruel.

Pour finir, le Dr Kandelman ajoute : «Nous espérons ainsi former de futurs dentistes qui pourront mieux desservir la clientèle des exclus, des pauvres et des marginalisés. Nous offrons une expérience clinique différente de celle enseignée à la faculté à cause de la complexité des cas, des conditions de travail difficiles, des conditions médicales particulières et des comportements à risque associés à cette clientèle très fragile.» ♦

## Les instruments médicaux doivent posséder les permis appropriés

En janvier dernier, le Bureau des matériels médicaux de Santé Canada a émis un avis afin de rappeler aux dentistes les exigences en matière d'autorisation et de permis pour les instruments médicaux qui sont utilisés au Canada.

Les fabricants doivent obtenir un permis de la Direction des produits thérapeutiques avant de pouvoir vendre ou publiciser légalement la plupart des instruments, des matériels et de l'équipement dentaires dans ce pays. De plus, les importateurs ou les distributeurs de ces produits n'ont pas le droit de vendre des instruments médicaux non brevetés.

Il semble que Santé Canada ait été avisé du fait que certains fabricants feraient la promotion d'instruments médicaux qui sont à vendre pendant le processus de demande de permis. Cette pratique enfreint les *Règlements sur les instruments médicaux* de l'agence fédérale.

L'avis recommande aux professionnels de la santé ou aux établissements d'éviter de se procurer ou d'importer des instruments médicaux sans avoir reçu une confirmation qu'on a obtenu un permis approprié pour cet instrument.

Vous trouverez tous ces renseignements sur le site Web de la Division des services d'homologation des matériels médicaux. Ce site vous permet de faire une recherche en utilisant plusieurs méthodes, y compris de chercher une entreprise ou un instrument médical par leur nom. Il vous est également possible de déterminer si un instrument médical a été interdit au Canada et à quel moment.

### Ressources connexes

Avis de la Direction des produits thérapeutiques  
[http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/md-im/activit/annonce-annonce/dental\\_md\\_dentiere\\_im\\_let\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/md-im/activit/annonce-annonce/dental_md_dentiere_im_let_f.html)

Site Web de la liste des instruments médicaux homologués  
<http://www.mdall.ca/>

Page d'accueil de Santé Canada au sujet des instruments médicaux  
[http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/md-im/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/md-im/index_f.html)

**Pour accéder aux sites Web cités dans les actualités,** rendez-vous aux signets du JADC de mai à [www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue4/index.html](http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue4/index.html).

## DÉCÈS

**Adirim, Dr Herbert J.** : Diplômé de l'Université de Toronto en 1968, le Dr Adirim de Toronto (Ontario) est décédé le 12 février dernier.

**Billingsley, Dr Clifford T.** : Le Dr Billingsley de White Rock (C.-B.) est décédé le 1<sup>er</sup> février 2005.

**Foley, Dr Emmett F.** : Diplômé de l'Université Dalhousie en 1965, le Dr Foley d'Orléans (Ontario) est décédé le 10 février dernier.

**Fox, Dr Edward** : Diplômé de l'Université McGill en 1951, le Dr Fox de Vineland (Ontario) est décédé récemment.

**Leblanc, Dr Adélar** : Diplômé de l'Université de Montréal en 1951, le Dr Leblanc de Beaconsfield (Québec) est décédé récemment.

**Mullen, Dr William J.** : Diplômé de l'Université de Toronto en 1950, le Dr Mullen de Moose Jaw (Saskatchewan) est décédé le 27 février dernier.

**Nixon, Dr Milford** : Le Dr Nixon de Mackenzie (C.-B.) est décédé le 22 décembre 2005.

**Norman, Dr Manning** : Diplômé de l'Université de Toronto en 1957, le Dr Norman d'Ottawa (Ontario) est décédé le 7 mars.

**Rosengart, Dr Klaus E.** : Diplômé de l'Université de l'Alberta en 1968, le Dr Rosengart de Chemainus (C.-B.) est décédé le 21 décembre 2005.

**Shankman, Dr L. V.** : Diplômé de l'Université de Toronto en 1939, le Dr Shankman de London (Ontario) est décédé le 25 novembre 2005.

### Cérémonie de remise des prix de l'Académie Pierre Fauchard à St. John's

Le Déjeuner de remise des prix canadien 2006 de l'Académie Pierre Fauchard (APF) se tiendra à St. John's (Terre-Neuve) le vendredi 25 août. Entre autres faits saillants, citons la remise de la Distinction pour services émérites de l'APF au Dr Burton Conrod de Sydney (Nouvelle-Écosse), l'installation des nouveaux fellows de l'APF et la reconnaissance des récipiendaires de la bourse de participation aux démonstrations cliniques étudiantes. Pfizer Santé grand public co-parraine l'événement.

Les personnes souhaitant assister à la cérémonie sont priées de communiquer avec le Dr Barry Dolman d'ici le **1<sup>er</sup> juin**. Aucune réservation ne se fera sur place.

Dr Barry Dolman  
5885, Côte-des-Neiges, bureau 304  
Montréal, QC H3S 2T2  
Tél. : (514) 737-3697  
Courriel : [drdolman@sympatico.ca](mailto:drdolman@sympatico.ca)

# WE'VE REMOVED MERCURY ONCE AND FOR ALL.

## The PUREVAC® Hg System.

### Capture more mercury with the leading brand in evacuation system cleaning.

Now, remove over 99% of mercury in your wastewater with the PUREVAC Hg System—a cost-effective way for your practice to be environmentally friendly.

How does the PUREVAC Hg System do it? The answer lies in its patented, two-part process, using the PUREVAC Hg Evacuation System Cleaner and the PUREVAC Hg Amalgam Separator.

The **PUREVAC Hg Evacuation System Cleaner** is the *only* formula on the market that binds fine and dissolved mercury into larger particles—making it possible for the PUREVAC Hg Amalgam Separator to capture. Its safe, slightly alkaline formula will keep your evacuation lines running clean and at optimal suction.

The **PUREVAC Hg Amalgam Separator** is ISO-11143 certified at 99% efficiency—removing mercury particles that ordinary traps and screens miss. The Separator's innovative design uses no electricity, has no moving parts and can handle up to six chairs at a time; or, join two units for up to twelve chairs.

Even though all separators are ISO certified, they aren't tested for removing fine and dissolved mercury. Only the PUREVAC Hg System uses a specially formulated cleaner and separator combination to achieve the highest level of mercury removal.

To learn more about the highly efficient, cost-effective PUREVAC Hg System, visit [www.sultanhealthcare.com](http://www.sultanhealthcare.com) for an online demo.

Find out how to get a  
**FREE Separator.**

Contact your dealer representative  
for more information.



**PUREVAC® Hg**  
SYSTEM

For a **FREE** copy of the  
ADA's Best Management  
Practices for Amalgam Waste  
visit [www.sultanhealthcare.com](http://www.sultanhealthcare.com)  
or call 1-800-637-8582.

# THE DENTAL ADVISOR™

"Improving Patient Care Through Research & Education"



L'article de ce mois-ci du DENTAL ADVISOR est extrait du numéro de mai 2005, vol. 21, n° 8

Le DENTAL ADVISOR évalue et classe les produits et les équipements dentaires selon des protocoles cliniques et de laboratoire objectifs. La publication consiste en des évaluations cliniques, des évaluations globales à long terme, des comparaisons de produits et des rapports de spécialité. Pour vous abonner, téléphonez au (734) 665-2020.

## RÉDACTEURS

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

## COURRIEL

info@dentaladvisor.com

## SITE WEB

www.dentaladvisor.com

## Mise à jour : les composites à faible viscosité

Au cours des dernières années, de nombreux fabricants ont mis au point des composites à faible viscosité, et ces produits sont souvent commercialisés conjointement avec des composites universels d'une plus grande viscosité. Les composites à faible viscosité contiennent moins de charge – jusqu'à 25 % – que les composites universels. Cette diminution de la charge donne un produit qui, de l'avis de nombreux cliniciens, s'adapte mieux aux parois de la cavité lorsqu'il est utilisé sous un composite compactable.

Les composites à faible viscosité s'appliquent à l'aide d'une seringue, ce qui permet une application précise et une polymérisation par couches successives. En raison de leurs propriétés physiques, ces produits peuvent être utilisés avec succès pour réparer les bords des couronnes et les fractures de céramique. Au moment de choisir un composite à faible viscosité, il est important de tenir compte de la radio-opacité car, si ce composite est utilisé comme fond protecteur sous un composite plus conventionnel ou un composite compactable,

### Le DENTAL ADVISOR recommande :

*Tetric Flow (98 %), Palfique Estelite LV (96 %), 3M ESPE Filtek Flow (94 %), Heliomolar Flow (94 %), Admira Flow (93 %), GrandiO Flow (93 %)*



98%

**Tetric Flow**  
(Ivoclar Vivadent)



96%

**Palfique Estelite LV**  
(Tokuyama Dental)



94%

**Heliomolar Flow**  
(Ivoclar Vivadent)



93%

**GrandiO Flow**  
(VOCO)

un matériau radiotransparent pourrait être interprété à tort comme une carie secondaire. Les composites à faible viscosité plus radio-opaques sont par définition moins translucides et, pour des raisons d'esthétique, pourraient ne pas convenir à des restaurations de classe V.

Les problèmes avec les composites à faible viscosité surviennent surtout lorsque le produit est mal utilisé, par exemple pour de grosses restaurations ou à des endroits où les forces occlusales causeront une usure prématurée rapide. De plus, comme ces composites sont sujets à un rétrécissement important à la polymérisation, il est important de les appliquer par couches et de les polymériser graduellement. Grâce à une gamme de teintes plus large et à l'amélioration des propriétés physiques, les composites à faible viscosité continueront de faire partie de l'arsenal thérapeutique de la plupart des cliniciens en dentisterie restauratrice.

### Applications

- Restaurations conservatrices de classe I
- Facettes buccales en composite
- Recouvrement d'anomalies hypoplasiques de l'émail
- Petites caries de puits et fissures
- Lésions cervicales d'abfraction
- Caries cervicales
- Caries de surface radiculaire
- Réparation des bords des couronnes
- Scellement

### Autre produit offert



**Flow-It ALC**  
(Pentron Clinical Technologies)

### Avantages

- Facile à appliquer
- S'adapte bien aux petites zones étroites
- Faible module d'élasticité qui en permet l'utilisation dans les lésions d'abfraction
- Bon poli

### Inconvénients

- Rétrécissement important à la polymérisation
- Résistance moindre – ne convient pas aux grosses restaurations
- Faible résistance à l'usure
- Plus sujet aux taches

### Conseils cliniques

- Choisir la teinte avant de commencer à préparer la dent, car l'isolement de la dent peut en causer la dessiccation
- Utiliser une résine de liaison de mordantage total ou d'auto-mordantage
- Teintes les plus utiles – A1, A2, A3, B2, C3
- Séquence de finition : réduction grossière avec diamant en forme de flamme, fraise de finition multilames (16) et cupule de finition en caoutchouc imprégnée d'abrasifs
- Polir avec une pâte à polir
- Les composites à faible viscosité peuvent être utilisés avec un système d'abrasion par jet d'air et un scellant pour compléter la restauration de puits ou de fissures isolés. ■

Produit	Fabricant	Teintes	Libération de fluorure	Radiopaque*	Système d'application	Coût (\$/ml)	Cote (%)
3M ESPE Filtek Flow	3M ESPE	6	Oui	Oui	Seringue	37,85	94
4 Seasons Flow	Ivoclar Vivadent	8	Oui	Oui	Seringue	23,90	91
Admira Flow	VOCO	7	Non	Oui	Seringue, dose unitaire	22,45	93
ÆLITEFLOW	Bisco	13	Non	Oui	Seringue	10,66	92
ÆLITEFLOW LV	Bisco	2	Non	Oui	Seringue	10,66	nd
Esthet.X Flow	DENTSPLY Caulk	7	Oui	Oui	Seringue	27,55	92
Flow-It ALC	Pentron Clinical Technologies	26	Oui	Oui	Seringue	8,45	92
Flowline	Heraeus Kulzer	9	Oui	Oui	Seringue	21,53	88
GRADIA DIRECT Flo	GC America	7	Oui	Oui	Seringue	23,13	nd
GRADIA DIRECT LoFlo	GC America	7	Oui	Oui	Seringue	23,13	nd
GrandiO Flow	VOCO	10	Non	Oui	Seringue	29,48	93
Heliomolar Flow	Ivoclar Vivadent	7	Oui	Oui	Seringue	26,73	94
Palfique Estelite LV	Tokuyama Dental	5	Non	Oui	Seringue	19,76	96
PermaFlo	Ultradent	9	Oui	Oui	Seringue	12,50	91
Tetric Flow	Ivoclar Vivadent	12	Oui	Oui	Seringue, dose unitaire	23,86	98
Venus Flow	Heraeus Kulzer	14	Oui	Oui	Seringue	21,50	nd

\*Les produits présentent différents niveaux de radio-opacité.

**NDLR :** Seuls les produits évalués par le DENTAL ADVISOR sont admissibles à figurer parmi les produits recommandés. Les renseignements dans le tableau ont été fournis par les fabricants. Les coûts ne sont indiqués qu'à titre de comparaison et n'entrent pas dans le calcul de la cote. Tous les coûts sont en dollars américains.

# À L'ÉCOUTE DES NOUVEAUX DENTISTES

Vos portefeuilles d'assurance et de placements doivent être soigneusement orchestrés pour qu'ils tiennent compte des circonstances uniques de votre carrière. Heureusement, vous pouvez obtenir des conseils éclairés de professionnels qui sont parfaitement au courant de vos besoins.

Les **Services aux nouveaux dentistes** aux Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI\*, vous offrent accès à une équipe de professionnels en planification d'assurance et de placements qui travaille *exclusivement* pour les étudiants dentistes et les dentistes nouvellement installés. Ils sont agréés. Ils ne travaillent pas à commission. Et, vous pouvez vous prévaloir de leurs services **sans frais**.

Pour vous assurer d'être sur la bonne piste en ce qui a trait à la protection de votre sécurité financière, communiquez avec votre conseiller personnel aux Services aux nouveaux dentistes aujourd'hui. Faites le **1 877 293-9455 (sans frais) ou le 416 296-9455**.

## SERVICES AUX NOUVEAUX DENTISTES — CONSEILS PROFESSIONNELS EN DIRECT INC.



**Ljuba Nikolovski**  
Conseillère, planification  
des placements  
Poste 5021



**Cristina Temciuc**  
Conseillère, planification  
d'assurance  
Poste 5008



**Corinne St. Jarre**  
Conseillère, planification  
d'assurance  
Poste 5008

\* CDSPI est l'administrateur du Régime d'assurance des dentistes du Canada et du Programme de placement des dentistes du Canada. Le Régime d'assurance est parrainé par l'ADC et coparrainé par les associations dentaires provinciales participantes. Le Programme de placement est offert par l'ADC.





# Utilisation de composites pour restaurer les dents usées

David Bartlett, BDS, MRD, PhD, FDSRCS (Rest Dent), FDS RCS (Ed)



L'article des «Images cliniques» de ce mois-ci a été rédigé par le Dr David Bartlett, conférencier au Congrès 2006 de la FDI.

Le Dr Bartlett participera à un symposium sur l'usure et l'abrasion des dents, commandité par GlaxoSmithKline et prévu le 24 septembre. Sa séance s'intitule «The role of erosion in toothwear: etiology, prevention and management».



Le traitement de l'usure des dents due à l'érosion, à l'abrasion et à l'attrition est complexe et exigeant en termes de durée de traitement pour le clinicien et de coûts pour le patient.

La principale complication vient de la réduction de la hauteur de la couronne clinique sur les dents fortement usées, qui rend le traitement conventionnel extrêmement difficile. L'utilisation de restaurations pour augmenter la dimension verticale des dents usées est une technique fiable et prévisible en dentisterie générale<sup>1</sup>. De fait, de nombreuses recherches et données cliniques corroborent l'utilisation des composites pour restaurer les dents antérieures usées<sup>2-4</sup>. Après la stabilisation de l'occlusion, le

composite peut être préservé en le polissant et en le réparant au besoin, ou il peut être remplacé par une couronne.

Cet article décrit les étapes de la restauration de dents usées.

### Usure sur la face palatine des incisives supérieures

Dans les 3 cas cliniques présentés, l'usure se limitait à la face palatine (linguale) des incisives supérieures, et des composites ont été utilisés pour la restauration finale.

Dans le premier cas, l'usure des dents a été causée par l'érosion et l'attrition (ill. 1a et 1b), cet aspect caractéristique ayant été provoqué par la rétention de boissons acides



**Illustration 1a :** Les dents antérieures usées présentent des bords incisifs translucides.



**Illustration 1b :** L'usure des dents a été causée par l'effet combiné de l'érosion et de l'attrition. Des lésions carieuses, également apparentes, ont été traitées selon la méthode habituelle.



**Illustration 1c :** Des composites ont été appliqués sur les faces palatines pour remplacer le tissu dentaire usé.



**Illustration 1d :** Les composites ont rétabli l'aspect des dents antérieures.



**Illustration 2a :** L'usure marquée des dents antérieures supérieures a été causée par la régurgitation du contenu gastrique dans la bouche, provoquée par le reflux gastro-œsophagien.



**Illustration 2b :** Des composites micro-hybrides ont été appliqués sur les faces buccales et palatines des dents antérieures supérieures, pour augmenter la dimension verticale.



**Illustration 2c :** La vue palatine montre l'adhésion directe du composite micro-hybride sur les dents antérieures érodées.



**Illustration 3 :** Le polissage et les réparations ont permis de préserver les composites sur le segment antérieur supérieur, présentés ici 5 ans après leur application.

sur la voûte palatine. La dentine exposée n'était pas sensible. Des restaurations en composite ont été mises en place sur les faces palatines pour remplacer le tissu dentaire usé (ill. 1c), ce qui a permis d'augmenter la dimension verticale et de séparer les dents postérieures. L'inversion de la compensation alvéolaire a entraîné une supra-éruption du segment postérieur et une certaine intrusion des dents antérieures. Cependant, environ 3 mois plus tard, l'occlusion s'était stabilisée et les dents antérieures avaient retrouvé leur position d'intercuspidation normale (ill. 1d).

Chez le deuxième patient, l'usure marquée des dents antérieures supérieures (ill. 2a) était reliée à la régurgitation du contenu gastrique dans la bouche, causée par un reflux gastro-œsophagien pathologique. Chez les patients souffrant de ce problème, les sucs gastriques (dont le pH est d'environ 1) peuvent causer une importante usure par érosion des faces palatines des dents antérieures supérieures. Des composites micro-hybrides ont été appliqués sur les faces buccale et palatine de ces dents, pour en augmenter la dimension verticale (ill. 2b et 2c). La prémolaire supérieure cariée a été extraite ultérieurement et remplacée par un implant. Comme l'érosion était localisée aux faces palatines des dents antérieures supérieures, il n'a pas été nécessaire de restaurer les faces occlusales des dents postérieures. L'augmentation initiale de

la dimension verticale d'occlusion a entraîné la séparation des dents postérieures. Il y a eu inversion de la compensation alvéolaire et l'occlusion s'est stabilisée. En général, cette inversion survient après 3 à 4 mois, et plus tôt chez les sujets plus jeunes.

Comme on peut le voir dans le troisième cas, le polissage et la réparation au besoin (ill. 3) peuvent prolonger pendant de nombreuses années la durée des restaurations en composite sur le segment antérieur supérieur.

### Usure généralisée

Parfois, la dentition présente une usure plus généralisée (ill. 4a). Dans le cas présenté ici, il s'agissait d'une usure par érosion, causée par le reflux gastro-œsophagien<sup>5</sup>, la régurgitation du contenu gastrique ayant entraîné l'érosion de l'émail et de la dentine sur les faces palatines des dents supérieures<sup>6</sup> (ill. 4b). L'usure était moins marquée sur l'arcade inférieure (ill. 4c). Comme la perte de structure des dents était importante, on ne pouvait mettre en place une couronne conventionnelle sans traitements endodontiques facultatifs, car le support aurait été insuffisant. Le dentiste a toutefois estimé qu'une augmentation de la dimension verticale produirait un espace libre physiologique suffisant pour la restauration, sans effectuer de réduction occlusale. Cette technique permettrait en outre de conserver le tissu dentaire.

Comme l'usure était généralisée, les dents antérieures et postérieures ont dû être restaurées. L'augmentation de la dimension verticale a été planifiée à partir d'une cire de diagnostic montée sur un articulateur semi-réglable (ill. 4d). L'allongement de la couronne n'a pas été jugé



**Illustration 4a :** Aspect des dents antérieures présentant une usure généralisée, avant la restauration. On remarque également une certaine diminution du bord incisif sur les dents antérieures supérieures.



**Illustration 4b :** Signes d'érosion importante des faces palatines (linguales), due à la régurgitation du contenu gastrique. La forme et le profil de l'usure sont caractéristiques de l'érosion dentaire.



**Illustration 4c :** L'usure sur l'arcade inférieure est moins marquée que sur l'arcade supérieure.



**Illustration 4d :** L'augmentation de la dimension verticale est planifiée à partir d'une cire de diagnostic montée sur un articulateur semi-réglable. La forme des dents antérieures (devant déterminer l'accroissement en hauteur des dents postérieures) est planifiée au même moment.



**Illustration 4e :** Les composites sont appliqués sur les dents antérieures et postérieures supérieures. Puis l'occlusion est ajustée, de manière à obtenir des contacts postérieurs équilibrés dans la nouvelle position d'intercuspidation.



**Illustration 4f :** Une photographie clinique prise 3 ans plus tard montre plusieurs fractures. Il a été décidé de remplacer les restaurations par des couronnes céramo-métalliques.



**Illustration 4g :** On a d'abord procédé à la mise en place des couronnes sur les dents antérieures, afin d'établir le guidage antérieur. Le traitement des dents postérieures a été réalisé quelques semaines plus tard.



**Illustration 4h :** Photographie clinique prise 4 ans après la première consultation du patient pour usure des dents.



**Illustration 4i :** Résultat final de la restauration de l'arcade supérieure.

nécessaire, car la hauteur du tissu palatin était suffisante. L'accroissement de la hauteur des dents postérieures a été déterminé à partir de la forme prévue des dents antérieures (d'après des critères esthétiques). Comme les patients s'adaptent habituellement à l'évolution de la forme de

leurs dents sous l'effet de l'usure, l'augmentation de la dimension verticale durant la restauration crée un problème d'adaptation. Dans le cas présent, comme dans les autres cas présentés, on a supposé que l'augmentation prévue de la dimension verticale serait bien tolérée par le

patient. Aucun rapport ne fait état de la perte de vitalité des dents ni de dysfonction mandibulaire, à la suite d'une augmentation de la dimension verticale.

Des restaurations composites ont été appliquées sur les dents antérieures et postérieures supérieures (ill. 4e), pour rétablir la dimension verticale et remodeler les dents usées. L'accroissement de la hauteur des dents s'est traduit par une augmentation de la dimension verticale d'occlusion. L'occlusion a ensuite été ajustée jusqu'à ce qu'on obtienne des contacts postérieurs équilibrés dans la nouvelle position d'intercuspidation, les ajustements des restaurations étant faits en cabinet. Si ces restaurations s'avèrent durables, elles peuvent procurer une

solution à long terme, comme dans le cas décrit précédemment.

Chez ce patient, les restaurations en composite sont demeurées fonctionnelles pendant environ 3 ans. Lorsque des signes de détérioration sont apparus (ill. 4f), les dents ont été préparées en vue d'une restauration classique (ill. 4g à 4i), en respectant le plan occlusal défini par les composites.

## Conclusions

Ces cas montrent que l'on peut avoir recours aux restaurations en composite pour réparer l'usure des dents. Dans certains cas, comme dans les 3 premiers cas présentés ici, les composites ont servi de restauration finale et peuvent durer de nombreuses années, en les polissant et les réparant au besoin. Cependant, s'il y a fracture du composite, les dents peuvent être restaurées avec une couronne céramo-métallique conventionnelle. Les restaurations en composite offrent les avantages de préserver le tissu de la dent et de retarder la mise en place de couronnes (qui est une procédure destructive); elles assurent en outre que les bases de l'occlusion seront établies lorsque viendra le temps de remplacer le composite par la couronne. ➤

## Conseils pratiques

Les conseils suivants visent à faciliter la restauration des dents usées ou érodées.

1. Utiliser la résine de liaison dentinaire avec soin. Bien suivre les instructions du fabricant, afin de maximiser la résistance d'adhésion. Comme l'usure des dents expose une partie appréciable de la dentine, la liaison à la dentine constitue un volet important de la restauration.
2. Augmenter la dimension verticale d'occlusion en proportion de la perte de structure de la dent. Utiliser une cire de diagnostic pour déterminer la forme de la dent et augmenter le tissu de la dent en conséquence.
3. Avant de commencer le traitement, informer le patient que son occlusion sera modifiée. Cette mise en garde est particulièrement importante durant la restauration de dents antérieures qui présentent une usure ou une érosion localisée.
4. Durant l'ajustement de l'occlusion, s'assurer d'obtenir des contacts occlusaux équilibrés sur les nouvelles restaurations. Plus d'une dent détermineront le guidage antérieur.
5. Si l'usure des dents a réduit de plus de 50 % la hauteur originale de la dent, envisager l'usage de couronnes plutôt que de composites.

## L'AUTEUR



Le Dr David Bartlett est maître de conférences et directeur de la formation spécialisée en prosthodontie au King's College London Dental Institute, Londres, Royaume-Uni. Courriel : david.bartlett@kcl.ac.uk.

## Références

1. Gough MB, Setchell D. A retrospective study of 50 treatments using an appliance to produce localised occlusal space by relative axial tooth movement. *Br Dent J* 1999; 187(3):134-9.
2. Redman CD, Hemmings KW, Good JA. The survival and clinical performance of resin-based composite restorations used to treat localised anterior tooth wear. *Br Dent J* 2003; 194(10):566-72.
3. Hemmings KW, Darbar UR, Vaughan S. Tooth wear treated with direct composite restorations at an increased vertical dimension: results at 30 months. *J Prosthet Dent* 2000; 83(3):287-93.
4. Gow AM, Hemmings KW. The treatment of localised anterior tooth wear with indirect Artglass restorations at an increased occlusal vertical dimension. Results after two years. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2002; 10(3):101-5.
5. Bartlett DW, Evans DF, Anggiansah A, Smith BG. A study of the association between gastro-oesophageal reflux and palatal dental erosion. *Br Dent J* 1996; 181(4):125-31.
6. Bartlett DW. The role of erosion in tooth wear: aetiology, prevention and management. *Int Dent J* 2005; 55(4 Suppl 1): 277-84.



## Grandio Flow

Le premier nano composite fluide.

- La résistance à l'usure d'un hybride universel
- Degré de charge d'un hybride universel
- Faible rétraction d'un hybride universel...  
...mais il est fluide !

À l'achat d'une trousse de lancement Grandio/Grandio Flow. Obtenez un Coffret Futurabond NR 50 SingleDose Gratuit !



À l'achat de 4 Provicol QM Obtenez-en 1 gratuit !

## Provicol QM

Ciment pour scellements provisoires sans eugénoïl avec hydroxyde de calcium pour réduire la sensibilité post opératoire

À l'achat de 4 recharges Registrado-Xtra Obtenez-en 1 gratuit !

Nouveau et amélioré



## Registrado Xtra

Enregistrement d'occlusion extra dur à prise rapide



87% DE CHARGES  
UN RECORD MONDIAL

## Grandio

Le nouveau composite nano-hybride universel aux qualités esthétiques d'un micro-charge avec une résistance à l'usure supérieure aux hybrides

- 87% de charges
- 30 à 50% moins de résine que les matériaux hybrides standards !

À l'achat de 4 recharges de Grandio/Grandio flow. Obtenez 1 recharge gratuite !



## Futurabond NR

Adhésif auto-mordant une seule étape renforcé aux nanoparticules.

- Rapide et facile et une seule couche, 35 sec.
- 30 MPa d'adhésion à la dentine et l'émail
- Renforcé aux nanoparticules
  - valeurs de collage améliorées
  - intégrité marginale améliorée
- aucune sensibilité post opératoire (dental advisor)
- Tolérance à l'humidité. Nulle besoin de réfrigérer ou brasser

À l'achat d'un Futurabond NR bouteille ou SingleDose. Obtenez 1 recharge Grandio A2 gratuite !



## Rebilda DC

Composite de reconstitution de moignon auto et photo polymérisable en seringue QM ou en cartouche

- Polymérisation dual
- Dureté similaire à la dent
  - Se taille comme la dentine
- Fluide - sans condenser
- 3 teintes disponibles : bleu, blanc et dentine
- Libère du fluor

À l'achat de 3 recharges de Rebilda DC. Obtenez 1 recharge teinte bleu gratuit !



Fluorescence naturelle

## Structur Premium

Restaurations temporaires de qualité supérieure. Matériau idéal pour les ponts à grande portée. Hautement esthétique.

- Matériau esthétique semblable à la céramique
- Dureté équivalente à l'émail
- Flexibilité optimale pour les ponts à grande portée

À l'achat de 3 recharges Structur Premium. Obtenez 1 recharge de teinte A2

# PROMOTIONS ESTIVALE

valide du 1 mai au 31 août 2006

Distributeurs agréés :

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

Call 1-888 658 2584



La recherche scientifique créative

# I V O C L A R V I V A D E N T

# EMPRESS®

THE ULTIMATE METAL-FREE ESTHETICS

ESTHETIC



**IPS Empress®**  
*La Référence en Esthétique*

**25 Millions  
de Sourires  
Dans le Monde**

**La Réponse de  
Choix aux  
Besoins de Vos  
Patients**

**Des Gens Ordinaires,  
des Résultats  
Extraordinaires**

Depuis 20 ans, IPS Empress® est la référence dans le domaine de l'esthétique d'apparence naturelle en matière de restauration sans métal pour les patients désireux d'améliorer leur apparence, leur sourire et leur vie. Lorsque vous prescrivez les produits de

restauration IPS Empress® Esthetic, vous répondez aux besoins de vos clients grâce à des traitements sains et fonctionnels sur les plans de la santé et de l'esthétique, lesquels sont à la fine pointe de la technologie clinique d'aujourd'hui.

Par-dessus tout, vous permettez à vos patients de prendre conscience qu'en changeant leur sourire, ils peuvent changer leur vie.

**Prescrivez IPS Empress® Esthetic  
à votre prochain patient.**

**IPS Empress®**  
**ESTHETIC**

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

SATISFACTION GARANTIE  
À 100 % !

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

Téléphonez-nous sans frais, au 1 800 263 8182, au Canada, ou au 1 800 533 6825, aux États-Unis.  
©2006 Ivoclar Vivadent Inc. IPS Empress est une marque de commerce déposée d'Ivoclar Vivadent Inc.

**ivoclar**  
**vivadent®**

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. Ce mois-ci, les réponses ont été fournies par des conférenciers du Congrès 2006 de la FDI, qui se tiendra du 22 au 25 septembre à Shenzhen, en Chine.



## QUESTION 1

### Quand devrait-on envisager l'orientation du patient pour un recouvrement radiculaire?

#### Contexte

Depuis quelques années, l'esthétique et le confort du patient sont devenus de plus en plus importants en dentisterie. Parallèlement, les techniques de recouvrement radiculaire pour traiter la récession gingivale ont gagné en importance en parodontie. La récession gingivale et son corollaire – l'exposition radiculaire – peuvent entraîner plusieurs effets indésirables, notamment une diminution de l'esthétique, une sensibilité radiculaire et la perte de la structure radiculaire sous l'effet de l'abrasion, de l'abfraction ou de la carie, en plus de nuire à la réduction de la plaque dentaire. Les restaurations à la résine collée sont souvent utilisées pour traiter ces problèmes, mais cette solution est loin d'être optimale. En effet, non seulement ces restaurations entraînent-elles souvent une récession supplémentaire (iatrogène), mais elles ne rétablissent pas l'architecture normale de la gencive ni ne facilitent un contrôle optimal de la plaque par le patient. Qui plus est, ces restaurations exigent un remplacement périodique qui augmente inévitablement l'ablation de structure additionnelle de la dent.

De toute évidence, la restauration du tissu gingival perdu offre un résultat biologiquement plus acceptable et plus souhaitable, quant à l'amélioration de l'esthétique, à la réduction du risque de récession future, au traitement de l'hypersensibilité dentinaire et à l'arrêt de la perte de la structure radiculaire. Assurément, toute procédure réduisant le risque de récession future est souhaitable. Le recouvrement des racines exposées peut donner des résultats prévisibles dans certaines situations cliniques bien définies et, à cette fin, plusieurs méthodes de traitement différentes peuvent être utilisées avec succès.

#### Quand choisir un recouvrement radiculaire

La décision de traiter la récession gingivale par voie parodontale s'appuie généralement sur les 2 facteurs suivants :

- Le recouvrement radiculaire est-il souhaitable?
- Le recouvrement radiculaire est-il réalisable et prévisible?

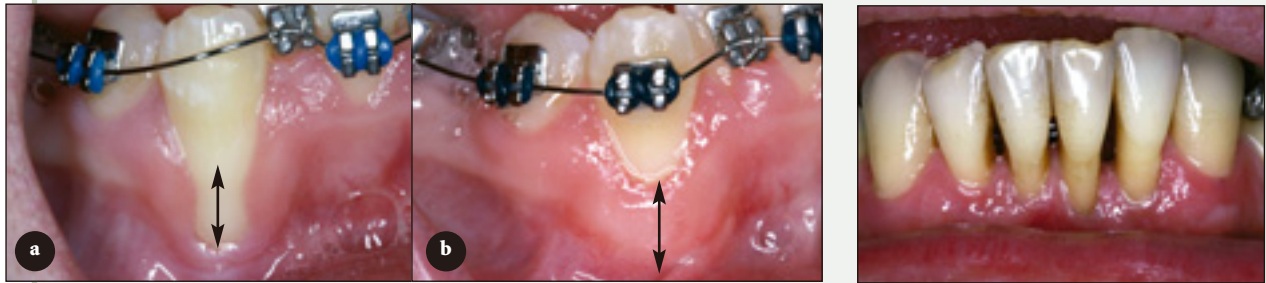
#### Encadré 1 Indications du recouvrement radiculaire et de l'augmentation gingivale

Sensibilité  
Récession progressive  
Considérations esthétiques  
Traitement préprothétique ou  
préorthodontique  
Conservation de la structure de la dent  
Facilitation de l'hygiène buccodentaire

La réponse à la première question exige un examen approfondi des principales préoccupations du patient, notamment l'esthétique et la sensibilité, la difficulté de contrôler la plaque, la présence ou l'absence de pathologies radiculaires, les considérations restauratrices et orthodontiques, et l'évaluation faite par le clinicien du risque de récession future. Si le patient manifeste des symptômes associés à la récession gingivale ou qu'il n'est pas satisfait de l'aspect de ses gencives, le recouvrement radiculaire peut être indiqué (encadré 1). Il peut également être indiqué s'il y a eu perte de la structure de la dent, que la gencive encore présente semble mince et sujette à une récession future ou que la récession complique l'hygiène buccodentaire.

La réponse à la deuxième question fait appel en grande partie à une classification élaborée en 1985 par Miller, laquelle définit les conditions dans lesquelles un recouvrement radiculaire complet ou presque complet serait indiqué et celles où un recouvrement partiel pourrait convenir (tableau 1). La hauteur de l'os interproximal adjacent est le facteur déterminant dans la prévision des résultats du recouvrement radiculaire. Ainsi, selon Miller, en l'absence de perte de l'os interproximal, on peut espérer un recouvrement radiculaire complet, tandis qu'un recouvrement seulement partiel sera obtenu s'il y a eu perte de l'os interproximal (ill. 1 et 2).

Lorsque le dentiste a déterminé que le recouvrement radiculaire est à la fois souhaitable et réalisable pour le patient, il doit ensuite évaluer les facteurs



**III. 1 :** a. Récession de classe I traitée par une greffe de tissu conjonctif sous-épithélial. b. À noter le recouvrement complet de la racine et l'élargissement du tissu kératinisé.

**III. 2 :** Récessions de classes III et IV. On peut s'attendre à un recouvrement limité, voire nul, dans ces conditions. Si la récession progresse ou qu'une restauration de classe V est prévue, une procédure d'augmentation gingivale devrait être envisagée.

**Tableau 1** Classification de la récession gingivale selon Miller

Classification	Caractéristiques		Recouvrement radiculaire prévu
	Os interproximal	Récession	
Classe I	Hauteur normale	Coronaire par rapport à la jonction mucogingivale	Recouvrement radiculaire complet, possible et prévisible
Classe II	Hauteur normale	Apicale par rapport à la jonction mucogingivale	Recouvrement radiculaire complet, possible et prévisible
Classe III	Hauteur réduite	Apicale par rapport au niveau du tissu interproximal	Recouvrement partiel
Classe IV	Hauteur réduite	Au niveau du tissu interproximal	Aucun

médicaux de ce dernier pour déterminer s'il peut subir une intervention parodontale mineure. Des soins dentaires de base doivent être dispensés, y compris des soins prophylactiques, des mesures de réduction de la carie et tout traitement endodontique nécessaire. Cependant, les restaurations finales, en particulier les restaurations de type couverture complète ou les restaurations allant jusqu'à la surface radiculaire, doivent être reportées après la fin du recouvrement radiculaire. Le recouvrement radiculaire peut être utilisé sur des zones altérées par l'abrasion, l'abfraction, l'érosion ou la carie, à la condition que les restaurations existantes ou les caries soient éliminées et que les zones de récession répondent aux critères de Miller. Si la gencive est très mince ou que le tissu kératinisé est réduit au minimum ou est absent, la mise en place d'une restauration complète ou d'une restauration empiétant sur la gencive risque d'accroître la récession.

La récurrence de la récession est très peu probable après un recouvrement radiculaire. C'est pourquoi, avant d'envisager de restaurer les surfaces radiculaires exposées, le dentiste devrait considérer le recouvrement radiculaire comme

une option biologiquement acceptable dont les résultats à long terme sont prévisibles et stables. ♦

### LES AUTEURS



Le Dr Sheilesh Dave exerce dans un cabinet privé de parodontie à Calgary (Alberta).



Le Dr Thomas E. Van Dyke est directeur des études post-universitaires en parodontologie à l'Université de Boston (Massachusetts). Courriel: tvandyke@bu.edu.

Le Dr Van Dyke donnera sa séance intitulée «Management of the host response to prevent and treat periodontitis» lors du Congrès 2006 de la FDI, le dimanche 24 septembre.

### Lectures supplémentaires

- Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in esthetics: root coverage revisited. *Periodontol 2000* 2001; 27:97-120.
- Koke U, Sander C, Heinecke A, Muller HP. A possible influence of gingival dimensions on attachment loss and gingival recession following placement of artificial crowns. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2003; 23(5):439-45.
- Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5(2):8-13.
- Parameter on mucogingival conditions. American Academy of Periodontology. *J Periodontol* 2000; 71(5 Suppl):861-2.





Céramique et art dentaire du Dr Ed McLaren

# Toujours solide, toujours beau entièrement en céramique

Les restaurations inVizion entièrement en céramique fraisée avec le système Sirona inLab<sup>®</sup> combinent la résistance incroyable de la céramique VITA YZ aux propriétés particulièrement esthétiques de la porcelaine entièrement en céramique VITAVM<sup>®</sup>9. Le VITA YZ (oxyde de zirconium stabilisé à l'yttrium) est

l'un des produits dentaires en céramique les plus résistants disponibles sur le marché et il affiche une incroyable résistance à la flexion de plus de 900 MPa. Cette restauration biocompatible est disponible en 29 nuances primaires VITA 3D-Master<sup>®</sup> en plus de 52 nuances intermédiaires.

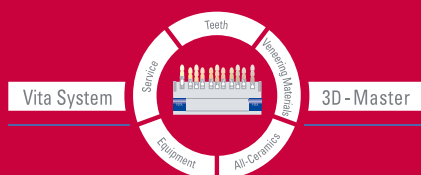


**Laboratoire Dentaire R & B**  
**(514) 683-6091**

2113 E St-Régis  
Dollard-des-Ormaux, Qc.  
H9B 2M9

**LaFond Desjardins & Associés**  
**(450) 669-9221**

1932, boul. des Laurentides  
Laval, Qc.  
H7M 2R3



**VITA**<sup>®</sup>  **VIDENT**<sup>™</sup>  
CANADA

800-263-4778 • [www.vident.com](http://www.vident.com)

## QUESTION 2

Un patient de 8 ans se présente avec une occlusion croisée antérieure et une malocclusion squelettique de classe III. Le traitement orthopédique précoce réussira-t-il?

## Contexte

Les patients souffrant d'une malocclusion de classe III qui présentent une occlusion croisée antérieure et une déficience maxillaire de légère à modérée peuvent être traités efficacement avec un appareil extrabuccal de protraction ou masque facial de protraction<sup>1-3</sup>. Parmi les effets dentaires et squelettiques des appareils en question, on compte l'avancement du maxillaire de 2 mm à 4 mm sur une période de 8 à 12 mois, la correction de l'occlusion croisée antérieure, la proclination des incisives supérieures, la rotation de la mandibule vers le bas et vers l'arrière, l'amélioration de l'apparence du visage et l'harmonisation accrue de la relation entre les lèvres<sup>4-6</sup>. Le traitement précoce des patients ainsi atteints peut prévenir l'altération progressive et irréversible des tissus mous ou osseux, éliminer les divergences de l'occlusion et de la relation centriques, empêcher l'usure anormale des incisives, réduire au minimum la compensation dentaire excessive attribuable à une divergence squelettique et améliorer la position des lèvres, le profil du visage et l'image de soi pendant les années de croissance de l'enfant.

Parmi les facteurs associés au succès d'une intervention visant à intercepter une malocclusion de classe III, on compte une bonne esthétique faciale, la présence d'un déplacement fonctionnel antéro-postérieur, la disharmonie squelettique légère, le type facial convergent, le fort jeune âge et, corollairement, la non-terminaison de la croissance, la symétrie du condyle, l'absence de prognathisme familial et la bonne coopération du patient<sup>7</sup>.

## Prédiction de la croissance mandibulaire

L'une des raisons pour lesquelles les cliniciens hésitent à donner un traitement orthopédique précoce aux patients de classe III tient à l'incapacité de prédire la croissance mandibulaire. Les patients soumis à un traitement orthodontique ou orthopédique peuvent avoir besoin d'un traitement chirurgical à la fin de la période de croissance. La capacité de prédire la croissance mandibulaire tôt dans la vie peut, par conséquent, aider les cliniciens à planifier les soins orthodontiques futurs ou la nécessité d'un traitement chirurgical. Bjork<sup>8</sup> s'est servi d'un seul céphalogramme pour identifier 7 signes structuraux de la rotation extrême de la mandibule pendant la croissance : inclinaison de la tête du condyle, courbure du canal mandibulaire, forme du bord inférieur de la mandibule, largeur de la symphyse, angle interincisal, angle intermolaire et hauteur de la partie antérieure inférieure de la face. L'analyse discriminante des résultats à long terme du traitement précoce a permis d'identifier plusieurs variables ayant valeur prédictive. Ainsi, Franchi et coll.<sup>9</sup> ont constaté que l'inclinaison de la tête du condyle, la relation maxillomandibulaire verticale et la largeur de l'arcade mandibulaire peuvent prédire la réussite ou l'échec du traitement précoce de classe III. En outre, Ghiz et coll.<sup>10</sup> ont observé que la combinaison de la position de la mandibule, de la longueur de la branche montante, de la longueur du corps et de l'angle gonial prédisait le résultat fructueux de l'intervention avec une précision de 95 %, mais prédisait le résultat infructueux de l'intervention avec une précision de seulement 70 %. Nous proposons l'emploi d'une série de



III. 1 : Enfant de 8 ans présentant une malocclusion de classe III et une occlusion croisée antérieure.



III. 2 : Le patient a été traité avec un appareil fixe d'expansion et un masque facial de protraction.



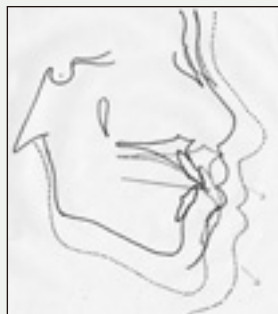
III. 3 : Le degré de surplomb horizontal s'est amélioré après 8 mois de traitement avec le masque facial de protraction.



Ill. 4 : Radiographie céphalométrique latérale obtenue après 8 mois de traitement.



Ill. 5 : Radiographie céphalométrique latérale obtenue 7 ans après l'achèvement du traitement avec masque facial.



Ill. 6 : Les radiographies obtenues à 8 ans et à 15 ans (ill. 4 et 5 respectivement) sont superposées afin qu'on puisse mesurer la croissance en hauteur du maxillaire supérieur et de la mandibule et ainsi déterminer le ratio GTRV.

radiographies céphalométriques et d'une analyse du vecteur de croissance de la réponse au traitement (GTRV) pour prédire la croissance mandibulaire excessive.

Le ratio GTRV peut se calculer avec la formule suivante :

$$\text{GTRV} = \frac{\text{modification horizontale maxillaire attribuable à la croissance}}{\text{modification horizontale de la mandibule attribuable à la croissance}}$$

Normalement, la mandibule dépasse le maxillaire supérieur en croissance de 23 % chaque année, et le ratio GTRV pour les personnes au premier degré de croissance squelettique de classe I est de 0,77. Un ratio inférieur à cette valeur indique une croissance horizontale supérieure de la mandibule et la probabilité que le patient ait besoin d'une intervention chirurgicale.

Dans une étude effectuée auprès de patients souffrant d'une malocclusion de classe III, le ratio GTRV moyen était de  $0,49 \pm 0,14$  ET (plage de 0,33 à 0,88) pour les patients traités efficacement avec un appareil extrabuccal de protraction et de  $0,22 \pm 0,10$  (plage de 0,06 à 0,38) pour les patients dont le traitement avait été sans résultat<sup>11</sup>. Les cliniciens peuvent utiliser le ratio GTRV pour déterminer si une malocclusion de classe III peut être camouflée efficacement avec un traitement orthodontique ou si un traitement chirurgical sera nécessaire à terme.

L'ill. 1 montre un patient de 8 ans avec une malocclusion squelettique de classe III et une occlusion croisée antérieure. Le patient a été traité pendant 8 mois avec un appareil d'expansion maxillaire supérieur et un masque facial de protraction (ill. 2). Un surplomb horizontal positif a été établi après 8 mois de traitement (ill. 3). L'ill. 4 montre la radiographie céphalométrique après le traitement. Le patient a été suivi jusqu'à l'âge de 15 ans pour analyse de la croissance. L'ill. 5 illustre la radiographie céphalométrique du patient à l'âge de 15 ans. Les 2 radiographies sont superposées (ill. 6) de

sorte qu'on puisse mesurer les modifications attribuables à la croissance, et permettent par conséquent de calculer le ratio GTRV. Le ratio calculé de 0,9 a indiqué que le patient avait connu une croissance parallèle du maxillaire supérieur et de la mandibule pendant la période d'observation et qu'un traitement chirurgical futur peut ne pas être justifié. Pour ce patient, le clinicien pourrait choisir d'instaurer un traitement orthodontique complet pour camoufler la malocclusion.

### Conclusion

L'emploi d'une série de radiographies et l'analyse du ratio

GTRV peuvent aider les cliniciens à prédire la croissance excessive de la mandibule chez les patients souffrant d'une malocclusion de classe III et à décider s'il faut camoufler l'occlusion ou procéder à une intervention chirurgicale. ♦

### L'AUTEUR



Le Dr Peter Ngan est professeur et directeur du Département d'orthodontie, Université de la Virginie-Occidentale, Faculté de médecine dentaire, Morgantown (Virginie-Occidentale). Courriel : pngan@hsc.wvu.edu.

Le Dr Ngan donnera sa séance intitulée «The biologic basis for early treatment» lors du Congrès 2006 de la FDI, le dimanche 24 septembre.

### Références

- McNamara JA Jr. An orthopedic approach to the treatment of Class III malocclusion in young patients. *J Clin Orthod* 1987; 21(9):598-608.
- Turley PK. Orthopedic correction of Class III malocclusion with palatal expansion and custom protraction headgear. *J Clin Orthod* 1988; 22(5):314-25.
- Ngan P, Wei SH, Hagg U, Yiu CK, Merwin D, Stickel B. Effects of headgear on Class III malocclusion. *Quintessence Int* 1992; 23(3):197-207.
- Nartallo-Turley PE, Turley PK. Cephalometric effects of combined palatal expansion and facemask therapy on Class III malocclusion. *Angle Orthod* 1998; 68(3):217-24.
- Baccetti T, Franchi L, McNamara JA Jr. Treatment and posttreatment craniofacial changes after rapid maxillary expansion and facemask therapy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2000; 118(4):404-13.
- Ngan P, Hagg U, Yiu C, Wei SHY. Treatment response and long term dentofacial adaptations to maxillary expansion and protraction. *Seminars in Orthodontics* 1997; 3:255-64.
- Turpin DL. Early Class III treatment, unpublished thesis presented at 81st session. Am Assoc Orthod, San Francisco; 1981.
- Bjork A. Prediction of mandibular growth rotation. *Am J Orthod* 1969; 55(6):585-99.
- Franchi L, Baccetti T, Tollaro L. Predictive variables for the outcome of early functional treatment of Class III malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1997; 112(1):80-6.
- Ghiz M, Ngan P, Gunel E. Cephalometric variables to predict future success of early orthopedic Class III treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005; 127(3):301-6.
- Ngan P, Wei SH. Early treatment of Class III patients to improve facial aesthetics and predict future growth. *Hong Kong Dent J* 2004; 1:24-30.



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 3

## Comment puis-je reconnaître et traiter l'hypofonction salivaire chez les enfants?

## Contexte

L'hypofonction salivaire et la xérostomie qui y est associée sont habituellement décelées lorsqu'elles se manifestent à l'âge adulte, en particulier chez les personnes âgées et celles qui prennent certains types de médicaments. En revanche, cet état est rarement envisagé chez les enfants, sans doute parce que ceux qui en souffrent ne donnent pas l'impression d'en être atteints et peuvent même baver. Cependant, l'hypofonction salivaire ne désigne pas seulement la diminution du débit salivaire, mais aussi la réduction du pouvoir tampon de la salive et la diminution de sa teneur en certains composants, en particulier en protéines.

La diminution de la quantité de salive peut causer divers problèmes buccodentaires, notamment une difficulté à manger et à parler et la modification des sensations gustatives; la xérostomie est toutefois un état hautement subjectif et le débit salivaire non stimulé peut être réduit de plus de 50 % de sa valeur normale avant que des symptômes ne soient observés<sup>1</sup>. Un grand nombre d'enfants qui ont des besoins spéciaux peuvent baver à cause d'une dysfonction motrice buccale, mais ceci n'écarte pas pour autant la possibilité d'hypofonction salivaire. De plus, chez les enfants présentant une dysfonction motrice buccale, le taux de clairance salivaire est réduit, et il peut même y avoir accumulation d'aliments dans les sillons buccaux<sup>2</sup>. Les symptômes observés et le débit apparent sont donc de piètres indicateurs de l'hypofonction salivaire, et un examen clinique approfondi est essentiel. Les infections, les traumatismes, les néoplasies, la radiothérapie et les médicaments peuvent tous contribuer à l'hypofonction salivaire. Celle-ci peut également être due à une anomalie congénitale, présente chez des enfants souffrant de syndromes divers, comme la microsomie hémifaciale,

le syndrome de Treacher-Collins et autres anomalies du premier arc branchial. Des recherches récentes ont également associé l'hypofonction salivaire à d'autres états, notamment au syndrome vélo-cardio-facial (VCF)<sup>3</sup>, au syndrome de Prader-Willi et à la dysplasie ectodermique.

## La salive comme facteur de risque carieux

Certes, les causes de la carie dentaire sont multifactorielles et incluent divers facteurs exogènes, comme les habitudes alimentaires et l'hygiène buccodentaire. Cependant, la fonction salivaire a un grand effet sur la santé buccodentaire, et un grand nombre de patients atteints d'hypofonction salivaire souffrent de caries rampantes (ill. 1).

Lorsque des caries rampantes sont diagnostiquées chez un enfant, il arrive fréquemment qu'on en attribue la cause à l'alimentation, et ceci fait souvent naître un sentiment de culpabilité chez les parents. Or, bien que le régime alimentaire en soit souvent la cause indubitable, il y a aussi beaucoup d'enfants qui continuent de présenter des taux très élevés de caries, malgré la modification de leur régime alimentaire et l'amélioration de leur hygiène buccodentaire. Ces résultats laissent donc croire que les cliniciens devraient envisager la possibilité d'autres facteurs favorisants.

L'hypofonction salivaire chez les enfants est souvent diagnostiquée à partir du profil de caries. Bien qu'elle se manifeste souvent chez des enfants ayant des besoins spéciaux, l'hypofonction salivaire peut aussi être présente chez des enfants par ailleurs en bonne santé. Ainsi, une récente analyse des dossiers d'enfants ayant subi une scintigraphie salivaire à Sydney, en Australie, a révélé que le tiers des enfants chez qui une hypofonction salivaire avait été confirmée souffraient du syndrome VCF, un tiers présentaient diverses autres affections médicales, mais un tiers n'avaient aucun antécédent médical favorisants.

Il est également intéressant de noter que l'hypofonction salivaire, et plus particulièrement la diminution de la teneur en protéines de la salive, a été associée à la malnutrition<sup>4</sup>. Or, un grand nombre d'enfants qui présentent des caries de la petite enfance ont un poids inférieur au poids idéal et pourraient souffrir de malnutrition<sup>5</sup>. Il serait donc utile d'étudier la possibilité d'un lien entre la carie



III. 1 : Caries extensives des incisives chez un enfant souffrant du syndrome vélo-cardio-facial.



III. 2 : Lésions carieuses cervicales chez un enfant présentant une salive épaisse, mucoïde et mousseuse.

de la petite enfance, la malnutrition et l'hypofonction salivaire.

En résumé, il faudrait peut-être tenir compte davantage du rôle de la salive chez les enfants à haut risque carieux et inclure des méthodes de stimulation salivaire dans leur protocole de prévention.

### Signes de danger

Les signes suivants peuvent aider à reconnaître les enfants chez qui l'hypofonction salivaire pourrait être un important facteur contribuant au risque carieux.

Le profil des caries, incluant les caries à des endroits inhabituels

- Dégradation carieuse rapide et marquée au niveau des incisives inférieures
- Caries des incisives et des canines
- Déminéralisation importante au niveau cervical et des surfaces lisses, accompagnée de caries

Les lésions qui se manifestent aux endroits précités sont *toujours* associées à un taux très élevé de caries. Les caries des incisives inférieures peuvent notamment être associées à une aplasie ou à une hypofonction des glandes submandibulaires.

Nature de la salive

- Écumeuse, mousseuse ou épaisse (ill. 2)

Progression des caries

- Évolution rapide des lésions carieuses, malgré des mesures de prévention intensives
- Perte accélérée du tissu dentaire non carieux sous l'effet de l'érosion

Modifications des tissus mous

- Sécheresse du bord vermillon de la lèvre et de la muqueuse buccale
- Fissuration de la langue et perte des papilles filiformes

Autres facteurs

Le débit salivaire est à lui seul un piètre indicateur de l'hypofonction salivaire. Un certain nombre de facteurs peuvent en effet influencer sur ce débit, notamment la position du corps, le degré d'hydratation et le rythme circadien; il est en outre extrêmement difficile de mesurer ce débit avec précision chez les enfants.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, un grand nombre d'enfants dont la fonction motrice buccale est déficiente peuvent baver, ce qui peut donner l'impression qu'ils ont trop de salive. Or, ces enfants pourraient au contraire présenter une clairance prolongée des sucres ce qui, combinée à leur préférence pour les aliments mous (pour réduire la mastication), pourrait accroître sensiblement le risque carieux.

### Mesures de prévention

Lorsque les mesures de prévention habituelles semblent échouer, les mesures additionnelles suivantes peuvent aider à ralentir ou à freiner les lésions carieuses.

#### Modification du régime alimentaire

Le clinicien devrait fortement insister sur la nécessité de réduire, voire d'éliminer, le grignotage et la consommation de boissons gazeuses sucrées et caféinées. Il devrait notamment décourager la consommation fréquente de boissons sucrées et encourager plutôt la consommation d'eau pour maintenir l'hydratation. Il faut aussi veiller à informer l'enseignant de l'enfant, afin que ce dernier puisse apporter une bouteille d'eau dans la classe.

Un baume pour les lèvres ou de la gelée de pétrole devrait être appliqué régulièrement, en particulier au coucher.

#### Prévention de la déminéralisation et promotion de la reminéralisation

Chez les enfants plus âgés et les adolescents, encourager l'usage quotidien d'un rince-bouche au fluorure (0,05 % de NaF) ou d'un dentifrice à forte teneur en fluorure, comme le Colgate 5000 ppm.

Des gouttières sur mesure pour l'application de gel au fluorure (1,23 % de NaF neutre) sur l'arcade mandibulaire durant la nuit peuvent être particulièrement utiles dans les cas de caries des incisives inférieures.

Les enfants plus jeunes, qui présentent des risques de fluorose, devraient être suivis régulièrement (au moins tous les 3 mois), pour l'application d'un vernis fluoruré.

Recommander l'usage quotidien d'agents de reminéralisation, par exemple des caséines phosphates (phosphopeptide de caséine et phosphate de calcium amorphe ou CPP-ACP). Il a été démontré que ces produits, qui sont commercialisés aux États-Unis et au Canada sous la marque Prospec MI Paste (GC America), ont un puissant effet de reminéralisation. Des recherches récentes semblent par ailleurs indiquer que la combinaison de ces produits avec du fluorure produit un effet reminéralisant synergique<sup>6</sup>.

#### Stimulation de la production salivaire

Encourager l'usage régulier de gommes sans sucre, en particulier de gommes à base de xylitol, pour stimuler la production salivaire et réduire le pouvoir acidogène de la plaque<sup>7</sup>. La combinaison CPP-ACP est également présente dans la gomme sans sucre Recaldent (GC America)<sup>8</sup>.

### Amélioration de l'hygiène buccodentaire

Recommander l'usage intermittent d'un gel de chlorhexidine (0,2 %) comme moyen chimique de réduire la plaque et encourager le brossage des dents et l'usage de la soie dentaire sur une base régulière.

### Traitement de restauration

Sceller les fissures des molaires dès leur éruption, en utilisant un scellant à base de verre ionomère.

Si un traitement de restauration doit être pratiqué, opter pour des matériaux à libération de fluorure chaque fois que cela est cliniquement possible, afin de favoriser la réduction des caries.

### Visites de rappel régulières

Fixer des intervalles de rappel appropriés en fonction du risque carieux. Examiner les enfants à haut risque au moins une fois tous les 3 mois pour surveiller l'évolution des caries et le respect des mesures de prévention.

Dans les cas graves et ceux qui ne réagissent pas aux mesures de prévention, diriger l'enfant vers un spécialiste compétent pour un examen plus poussé. ♦

### L'AUTEURE



La Dre Sally Hibbert est spécialiste en dentisterie pédiatrique au Centre Westmead pour la santé buccodentaire à Sydney, en Australie, et spécialiste invité à l'hôpital pour enfants de Westmead. Courriel : sallyhibbert@bigpond.com.

La Dre Hibbert donnera sa séance intitulée «Oral medicine and pathology in children: what to look for and how to manage the common and uncommon» lors du Congrès de la FDI le lundi 25 septembre.

### Références

1. Screenby LM. Xerostomia: diagnosis, management and clinical complications. In: Edgar WM, O'Mullane DM, editors. Saliva and oral health. 2nd ed. London: British Dental Association; 1996. p. 43-66.
2. Gabre P, Norrman C, Birkhed D. Oral sugar clearance in individuals with oral motor dysfunctions. *Caries Res* 2005; 39(5):357-62.
3. Hibbert SA, Gartshore L, Widmer RP. A potential association between salivary gland hypofunction and velocardiofacial syndrome. *J Dent Res* 2004; 83(Spec Iss B):0055 (Aust. NZ. Div).
4. Psoter WJ, Reid BC, Katz RV. Malnutrition and dental caries: a review of the literature. *Caries Res* 2005; 39(6):441-7.
5. Acs G, Shulman R, Ng MW, Chussid S. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. *Pediatr Dent* 1999; 21(2):109-13.
6. Mazzaoui SA, Burrow MF, Tyas MJ, Dashper SG, Eakins D, Reynolds EC. Incorporation of casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate into a glass-ionomer cement. *J Dent Res* 2003; 82(11):914-8.
7. Edgar WM, Higham SM, Manning RH. Saliva stimulation and caries prevention. *Adv Dent Res* 1994; 8(2):239-45.
8. Iijima Y, Cai F, Shen P, Walker G, Reynolds C, Reynolds EC. Acid resistance of enamel subsurface lesions remineralized by a sugar-free chewing gum containing casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate. *Caries Res* 2004; 38(6):551-6.

JOURNAL DE L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE

# JADC

www.cda-adc.ca/jadc

## Politique sur les annonces publicitaires

Il est important pour les lecteurs de se rappeler que l'Association dentaire canadienne (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.

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

# Le dernier pistolet applicateur que vous achèterez jamais!



Les pistolets applicateurs en plastique se fendillent et se brisent – une perte totale de temps et d'argent.

Le **Compo-Ject™** (de Clinician's Choice®) est fabriqué pour durer. Ce pistolet applicateur léger (6.1oz), en métal robuste est conçu pour toutes les marques de composites en compule. Il a une poignée confortable (peu importe la grandeur de main); un mécanisme de verrouillage pour prévenir le déplacement accidentel de la compule; on y retrouve aussi un mécanisme de détente souple et sans effort qui aide à contrôler la pointe de la compule durant le chargement.

Garantie pour cinq ans.

“Finalement, un pistolet applicateur de composites en compule, à dosage unique, qui fonctionne sans faute.”

*Le Dr. Joe Blaes, DDS.*

*Tel qu'il apparaît dans l'article "Pearls for Your Practice" de la revue Dental Economics.*



Pointe à verrouillage à ressort

À utiliser seulement avec des compules de composite prédosées par le manufacturier.



Pas de perte de contrôle de la pointe durant l'extrusion

## Économisez 40\$!

**Compo-Ject**  
**249.95\$**

(rég. 289.95\$)

Offre prend fin le 30 juin, 2006

## La recherche fait toute la différence



Pour commander, contactez:

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

# 1-800-265-3444

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



# Pourquoi avons-nous besoin d'une politique sur la santé buccodentaire au Canada?

Une présentation au symposium «Access and Care» tenu le 4 mai 2004, à l'Université de Toronto

James L. Leake, DDS, MSc, FRCD(C)

## Version abrégée

L'article anglais au complet est publié dans la version électronique du JADC à : [www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-4/317.html](http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-4/317.html)

© J Can Dent Assoc 2006; 72(4):317  
Cet article a été révisé par des pairs.

Le Canada, qui figure depuis toujours parmi les pays les plus recherchés au monde pour vivre, s'est acquis une réputation internationale pour ses valeurs sociales qui se reflètent dans son système d'éducation et son système de soins de santé de haute qualité. Le présent document fournit des informations sur le financement, l'organisation et la prestation des services de santé buccodentaire au Canada actuellement et il fait le parallèle avec les promesses faites dans le passé et les possibilités qu'offre le régime d'assurance maladie et d'autres modèles de prestation de soins dentaires.

Au Canada, on considère que l'accès aux soins de santé est un droit des citoyens et que la prestation de ces services ne doit pas être laissée entre les mains du marché des entreprises. Les promesses d'intégrer les soins dentaires au régime universel d'assurance santé public n'ont pas été tenues et la part des coûts en soins dentaires payée par l'État n'a cessé de diminuer au cours des 20 dernières années. Les services de médecine dentaire sont encore assurés par des praticiens du secteur privé généralement rémunérés à l'acte. Les graves injustices du régime des soins de santé buccodentaire persistent et elles pourraient même aller en augmentant. Depuis le mois de mai 2004,

SI LA TENDANCE SE MAINTIENT, LES SERVICES DENTAIRES CONTINUERONT À ÊTRE ASSUJETTIS AUX FORCES DU MARCHÉ.

- les soins dentaires ont à bien des égards cessé d'être considérés comme des soins de santé et, malgré les valeurs prônées par les Canadiens et le contrat social liant les membres de la profession, il semble bien que la tendance voulant que les services dentaires soient assujettis aux forces du marché et que seuls les gens bien nantis pourront bénéficier de ces services se maintiendra;
- la hausse du coût des assurances dentaires et les

disparités dans le secteur de la santé buccodentaire et l'accès aux soins menacent la viabilité du système actuel;

- la loi qui permet aux mieux nantis de recevoir des soins exonérés d'impôt et selon laquelle tous, y compris les pauvres, sont mis à contribution pour le financement de cette dépense fiscale est socialement injuste;
- si aucune solution de rechange n'est mise en place, la médecine dentaire perdra son statut de profession au service du bien public et il s'ensuivra un effritement encore plus marqué du soutien public de l'enseignement dentaire et de la recherche; les disparités en ce qui concerne l'accès aux soins buccodentaires iront en s'élargissant;
- pourtant, jamais dans toute notre histoire, les hautes sphères de la santé buccodentaire, les vastes ressources humaines, la richesse nationale et les fonds déjà alloués aux services de santé buccodentaire ne nous ont autant permis d'envisager des solutions de rechange.

Divers groupes, y compris l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, appuient la mise en œuvre de programmes publics qui répondent aux besoins des Canadiens. De même, le mémoire de l'Association dentaire canadienne (ADC) présenté à la Commission Romanow concluait en ces termes : «Ce qu'il faut, c'est une approche inclusive qui tienne compte de tous les éléments et qui favorise un régime de santé buccodentaire n'excluant personne.»

Cet appel lancé par l'ADC pour la mise en place d'un tel régime peut servir d'objectif ultime. Toutefois, il faut dans un premier temps revoir les modèles de prévention et de prestation de services afin de répondre aux besoins de ceux qui n'ont pas accès aux soins de santé buccodentaire. ❖

# Votre matériau VPS repousse-t-il les limites de la vérité?



## Offre d'essai spéciale!

Économisez jusqu'à 60 % lorsque vous faites l'essai des NOUVEAUX matériaux Imprint 3 dans un distributeur Garant<sup>MC</sup> ou Penta<sup>MC</sup>. Tous les détails à l'adresse [www.3mespe.com/imprint3](http://www.3mespe.com/imprint3)

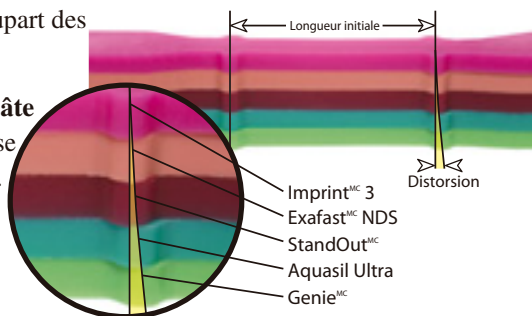
Bénéficiez d'une puissance triple avec le matériau pour prise d'empreintes Imprint<sup>MC</sup> 3 – le nouveau VPS. qui *résiste* à la distorsion mieux que les principaux matériaux VPS.

Grâce au *meilleur* équilibre des propriétés cliniques, vous n'avez pas à en sacrifier une pour en obtenir une autre :

- 1. Meilleure mémoire qu'Aquasil Ultra et les matériaux d'autres marques**  
– Offre une meilleure garantie que les restaurations finales seront bien adaptées dès la première fois.
- 2. Plus hydrophile que TOUS les matériaux des grandes marques, y compris Aquasil Ultra.**
- 3. Plus résistant au déchirement** que la plupart des matériaux de grande marque.

**Plus une NOUVELLE technologie de pâte thermoactive** qui accélère le temps de prise du wash sans diminuer le temps de travail.

**Soutenu par 3M ESPE, le chef de file mondial en matériaux pour prise d'empreintes.**



**TEST DE MÉMOIRE :** Les essais de laboratoire montrent que le wash Imprint 3 est moins sujet à la distorsion au moment du retrait\*.

Visitez le site [www.3MESPE.com/imprint3](http://www.3MESPE.com/imprint3)  
Téléphonez-nous au 1 800 265-1840, poste 6229.

Source : Données de 3M ESPE. 0603CP25099F



Matériau pour prise d'empreintes VPS  
**Imprint<sup>MC</sup> 3**

**3M ESPE**

# Santé buccodentaire au Canada – Perspective des acteurs sur la ligne de front

Une présentation au symposium «Access and Care» tenu le 4 mai 2004, à l'Université de Toronto

**Patricia Main**, BDS, DDS, DDPH, MSc, FRCD(C); **James Leake**, DDS, DDPH, MSc, FRCD(C);  
**David Burman**, DDS, DDPH, PhD

## Version abrégée

L'article anglais au complet est publié dans la version électronique du JADC à : [www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-4/319.html](http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-4/319.html)

© J Can Dent Assoc 2006; 72(4):319  
Cet article a été révisé par des pairs.

La majorité des provinces offrent des programmes restreints aux enfants et aux personnes qui dépendent de l'assistance sociale. On s'interroge de plus en plus sur les conséquences de l'inaccessibilité des soins sur la santé buccodentaire et, par conséquent, sur la santé en général des groupes désavantagés. Un symposium national a eu lieu à Toronto le 4 mai 2004, afin de sensibiliser les intervenants à la nécessité d'améliorer l'accès aux services de santé buccodentaire.

**Objectif :** En préparation au symposium, les principaux intervenants canadiens ont été invités à exprimer leurs points de vue sur les services de santé buccodentaire et à faire des recommandations en vue d'améliorer la prestation de ces services.

**Méthodologie :** Un questionnaire a été élaboré en vue de résoudre les problèmes auxquels les organismes sont confrontés pour répondre aux besoins en services buccodentaires des assistés sociaux, des mal logés et des travailleurs à faible revenu. Ce questionnaire a été envoyé à 200 agences et organismes professionnels et gouvernementaux. Les réponses obtenues en Ontario ont été comparées à celles du reste du Canada. Celles des organismes gouvernementaux ont été comparées à d'autres, et les réponses ont été analysées d'après le milieu culturel des clients et le type d'organisme.

**Résultats :** Au total, 84 % des répondants ont convenu que les programmes publics étaient utiles et 81 % étaient d'avis que les dentistes offraient de bons soins. Toutefois, 77 % considéraient que les soins préventifs, les dentistes et les spécialistes dentaires étaient difficilement accessibles. Les Ontariens, plus que les autres répondants, pensent qu'il y a peu de solutions de rechange aux soins offerts actuellement (95 % contre 83 %) et que les pauvres ne se sentent pas les bienvenus dans les cabinets dentaires (83 % contre 70 %).

Les problèmes faisant le plus souvent surface étaient : le besoin de nouveaux centres de services comme des centres de santé communautaires; le besoin de reconnaître les soins de santé buccodentaire comme faisant partie des soins de santé en général; la réglementation (p. ex., élargir les possibilités de pratique aux fournisseurs de soins de santé buccodentaire qui ne sont pas dentistes et abolir les restrictions imposées aux autres professionnels de la santé buccodentaire pour qu'ils puissent offrir des soins de base aux personnes éprouvant des difficultés financières); la formation.

**Discussion :** Cette étude a permis de relever les problèmes de soins de santé et d'accès dans tout le pays. Les répondants de l'Ontario ont été plus nombreux à estimer qu'ils avaient moins de services qu'il y a 10 ans. D'autres provinces qui ont bénéficié de moins de services dans le passé ont signalé peu de changements; elles ont néanmoins signalé la nécessité de mettre un plus grand nombre de programmes en place et de faciliter l'accès aux soins. La majorité des répondants ont convenu que l'accès restreint aux services de soins dentaires nuisait considérablement à la santé buccodentaire et à la santé en général de bon nombre de Canadiens. Les répondants étaient généralement d'avis que la santé dentaire était dissociée de la santé en général.

Les enjeux et les commentaires ont été présentés aux participants au symposium «Access and Care». Les problèmes d'accès aux soins de santé et la qualité de ces soins ont été comparés à des problèmes connexes abordés dans le cadre d'initiatives comme la Stratégie nationale de santé buccodentaire (2004) et la réponse de l'Association dentaire canadienne à la Commission Romanow. La majorité des enjeux liés à la santé buccodentaire des Canadiens, et plus particulièrement des pauvres et des défavorisés, a fait consensus chez les participants à ces initiatives. ➤

# L'hygiène buccodentaire de vos patients présente-t-elle une lacune?

C'est possible, s'ils n'utilisent pas Listerine\*

L'emploi de Listerine\*, deux fois par jour seulement, a réduit la plaque de **51,9 % (de 2,37 à 1,13)\*** et la gingivite de **21 % (de 1,81 à 1,44)<sup>§</sup>** par rapport à la routine brosse à dents, soie dentaire et rince-bouche témoin<sup>†</sup>.

La gingivite est une affection courante<sup>2</sup> (touche 75 % des adultes); pourtant, lorsqu'on les interroge, six pourcent seulement pensent en être atteints <sup>3\*\*</sup>.

**Dites-leur qu'ils peuvent aider à réduire la gingivite 30 secondes à la fois<sup>††</sup>.**



Lors d'un sondage mené en 2001 (n = 1000), **81 %** des Canadiens ont affirmé qu'ils utiliseraient régulièrement un rince-bouche si un professionnel des soins dentaires leur recommandait de le faire<sup>3\*\*</sup>.

**Rappelez-leur d'utiliser Listerine\***

Indications : Le rince-bouche antigingivite-antiplaque-antiseptique-antitartre-anticaries Listerine\* tue les germes qui causent la gingivite, la plaque et la mauvaise haleine. Listerine\* antitartre combat l'accumulation du tartre mieux que le brossage seul (par rapport au dentifrice régulier). Listerine\* au fluorure prévient la carie.  
Mises en garde : Garder hors de la portée des enfants. Ne pas avaler. En cas d'ingestion accidentelle, contacter immédiatement un centre antipoison ou un médecin.

†Brosse à dents, Soie dentaire, Rince-bouche

‡Indice de plaque (IP) moyen pour l'ensemble de la bouche

§Indice gingival modifié (IGM) moyen pour l'ensemble de la bouche

¶Essai clinique contrôlé, à l'insu de l'observateur, en groupes parallèles, avec répartition aléatoire des sujets, d'une durée de 6 mois, mené selon les directives de l'ADA; n = 237 sujets en bonne santé présentant une gingivite légère ou modérée ont été évalués après 3 et 6 mois. Les sujets devaient se rincer la bouche deux fois par jour pendant 30 secondes avec 20 mL, à au moins 4 heures d'intervalle. D'après l'emploi à domicile.

\*\*Dans le cadre d'un sondage mené auprès 1000 adultes canadiens choisis pour représenter la population canadienne.

††Se rincer la bouche avec 20 mL non dilués pendant 30 secondes deux fois par jour.

1. Sharma, NC, et al. Adjunctive benefit of an essential oil-containing mouthrinse in reducing plaque and gingivitis in patients who brush and floss regularly: A six-month study. JADA 2004 April;135:496-504. 2. Oliver, RC et al. Periodontal diseases in the United States population. J Periodontol 1998 February; 69(2): 269-78. 3. Étude Ipsos-Omnibus sur les rince-bouche menée pour Pfizer, le 20 décembre 2001.

# L'apprentissage des résines composites dans les facultés de médecine dentaire canadiennes : comment les pratiques éducatives actuelles se comparent-elles aux tendances nord-américaines?

*Christopher D. Lynch, BDS, MFD RCSJ; Robert J. McConnell, BDS, PhD, FFD;  
Ailish Hannigan, BSc, PhD; Nairn H.F. Wilson, BDS, MSc, PhD, FDS, FDGP(UK), DRD*

## Version abrégée

L'article anglais au complet est publié dans la version électronique du JADC à : [www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-4/321.html](http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-4/321.html)

© J Can Dent Assoc 2006; 72(4):321  
Cet article a été révisé par des pairs.

Le placement des résines composites dans les dents postérieures constitue maintenant une procédure courante en pratique dentaire. Toutefois, des sondages ont permis de constater que l'apprentissage des résines composites postérieures dans les écoles dentaires prend du retard par rapport aux tendances de la pratique générale.

**Objectif :** Le but de cette étude était d'enquêter sur l'enseignement actuel du placement des résines composites dans les facultés de médecine dentaire du Canada et de comparer les tendances pédagogiques avec celles des États-Unis. Cette étude complète d'autres enquêtes sur l'enseignement de l'utilisation des résines composites postérieures dans les écoles dentaires aux États-Unis, en Irlande et au Royaume-Uni.

**Méthodes :** Un questionnaire a été distribué par courriel dans chacune des 10 facultés de médecine dentaire du Canada à la personne responsable de l'enseignement de la dentisterie opératoire, y compris le placement des résines composites postérieures. Les résultats du sondage sont présentés dans 2 sections : pratiques actuelles de l'apprentissage des résines composites postérieures dans les facultés de médecine dentaire du Canada et comparaisons de ces résultats avec les pratiques contemporaines observées dans les écoles dentaires des États-Unis.

**Résultats :** Nous avons reçu des réponses de chacune des 10 facultés de médecine dentaire (taux de participation de 100 %). L'apprentissage des résines composites postérieures a augmenté depuis un sondage précédent effectué à la fin des années 1990. Toutes les facultés ont déclaré enseigner le placement des résines composites dans les cavités occlusales et occluso-proximales à 2 surfaces pour les prémolaires et les molaires permanentes. Neuf facultés enseignent ce placement dans les cavités occluso-proximales à

3 surfaces pour les prémolaires et les molaires. Sept des 10 facultés enseignent l'utilisation des angles internes arrondis pour les restaurations postérieures en résine composite; 6 facultés enseignent le biseau-tage des marges des boîtes proximales pour les restaurations occluso-proximales en résine composite. Sept facultés enseignent une technique de mordançage total pour la restauration des cavités en présence d'une atteinte du tiers moyen de la dentine (cavités modérément profondes); 3 facultés enseignent l'emploi d'une base de ciment en verre ionomère dans cette situation. Il semble que, dans le domaine des résines composites postérieures, les facultés de médecine dentaire du Canada offrent un enseignement et une expérience clinique plus poussés que celles des États-Unis. Les étudiants canadiens placent plus de restaurations postérieures en résine composite et moins de restaurations en amalgame d'argent que les étudiants américains. Par contre, les étudiants canadiens n'étaient pas exposés aux nouvelles formes que prend la technologie, notamment les lampes à polymériser avec diode électroluminescente (DEL).

**Conclusions :** L'apprentissage des résines composites postérieures a augmenté dans les facultés de médecine dentaire du Canada au cours des dernières années. Même si cette augmentation dépasse celle qui a été observée aux États-Unis, l'enseignement est varié quant à certains principes des résines composites postérieures, en particulier les caractéristiques de conception des cavités et la prise en charge de la dentine exposée par le fraisage. Le défi à relever pour les responsables des programmes d'enseignement dentaire est de veiller à ce que les étudiants diplômés soient mieux préparés à répondre aux attentes qui ont cours aujourd'hui dans la pratique clinique de la dentisterie. ✦

# VOUS MÉRITEZ D'ÊTRE BIEN REPRÉSENTÉ

**L'Association dentaire canadienne protège vos intérêts partout au Canada.** En collaboration avec les associations dentaires provinciales et territoriales et les organismes dentaires internationaux, nous vous mettons au premier rang.

Nos récentes victoires comprennent le droit de réclamer des crédits de taxe sur les intrants au gouvernement fédéral pour la TPS/TVH applicables à certains coûts d'affaires. Cette décision peut vous faire économiser des milliers de dollars chaque année... De plus, la hausse du plafond des cotisations au REER et l'inclusion des travailleurs autonomes aux incitatifs fiscaux du gouvernement fédéral, donnant ainsi accès aux soins buccodentaires à un million d'autres Canadiens, contribuent à votre avancement.

**Votre avenir est notre motivation première.**

**Être membre de l'ADC**, c'est bénéficier des avantages de programmes et services spécialement conçus pour vous, votre cabinet et notre profession, ce qui peut représenter une valeur ajoutée annuelle de plus de 15 000 \$\*.

Pour en apprendre plus, visitez le site [www.cda-adc.ca](http://www.cda-adc.ca) dès aujourd'hui!



L'ASSOCIATION  
DENTAIRE  
CANADIENNE

\* D'après un échantillon choisi de services aux membres et de résultats obtenus, un consultant indépendant a déterminé que les praticiens peuvent ajouter plus de 15 000 \$ annuellement à leurs bénéfices nets.

# La brosse à dents manuelle CrossAction d'Oral-B: revue de la littérature des 5 dernières années

MaryAnn Cugini, RDH, MHP; Paul R. Warren, LDS

## Version abrégée

L'article anglais au complet est publié dans la version électronique du JADC à : [www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-4/323.html](http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-4/323.html)

© J Can Dent Assoc 2006; 72(4):323  
Cet article a été révisé par des pairs.

La conception de la brosse à dents manuelle classique moderne peut être attribuée au Dr Robert Hutson qui, au début des années 1950, a mis au point la brosse à laments de nylon touffetés, arrondis et taillés à plat qui s'est fait connaître sous le nom de brosse à dents manuelle d'Oral-B. Le nom de marque Oral-B évoquait le fait qu'il s'agissait d'une brosse buccale, conçue pour nettoyer toutes les parties de la cavité buccale, et non pas simplement les dents. Les brosses à dents classiques à soies taillées à plat et fondées sur la conception originale d'Oral-B comportent une bonne capacité de retirer la plaque lorsqu'on les utilise soigneusement. Toutefois, les limitations relatives à la technique de brossage des patients et au temps de brossage ont nécessité une transformation radicale de la structure des soies afin d'améliorer le rendement, en particulier dans les sites approximaux et le long des gencives.

## Raison d'être de l'amélioration du produit

Des études détaillées du processus de brossage ont conduit à de nouvelles conceptions de brosse à dents destinées à maximiser l'efficacité du brossage. Ces études ont montré que la pénétration interproximale la plus importante survient lorsque la brosse change de direction et que les soies reviennent en angle dans l'espace interproximal en bougeant de bas en haut sur la surface proximale adjacente. Ces aspects mécaniques ont été optimisés sur la foi d'évaluations normalisées des caractéristiques de conception des brosses, y compris les combinaisons de longueurs des touffes, d'angles d'insertion et d'aménagement des touffes. Avec les soies verticales classiques, ces améliorations comportent des avantages limités parce que seules quelques soies sont correctement positionnées à la jonction interproximale lorsque la brosse change de direction. Finalement, on a identifié une conception où les touffes de soie étaient disposées à un angle

de 16° de la verticale le long de l'axe de la tête horizontale de la brosse et où le nombre maximal de soies fonctionnaient à un angle optimal pendant tout le cycle de brossage. Cette conception était significativement plus efficace que les autres quant à la pénétration et au nettoyage par coup de brosse.

## Efficacité

Cette découverte a ouvert la voie à une nouvelle conception de brosse à dents comportant une disposition exclusive et brevetée de touffes de soie, qui s'est fait connaître sous le nom de brosse CrossAction d'Oral-B. Cette conception a été sélectionnée en vue d'études indépendantes prolongées conçues pour évaluer l'élimination de la plaque aux marges gingivales et dans les zones approximales et pour assurer une maîtrise à long terme de la gingivite, par rapport aux conceptions standard courantes. Dans une série d'études publiées en 2000, 14 comparaisons de brossage uniques et 2 études à long terme ont montré la supériorité constante de la brosse CrossAction d'Oral-B par rapport aux normes commerciales équivalentes. Depuis lors, plusieurs autres études ont permis d'obtenir des données de rendement favorables encore plus importantes. Deux des études ont démontré que l'élimination de la plaque avec la brosse CrossAction était supérieure à celle de 15 autres brosses manuelles, et d'autres enquêtes ont donné des résultats favorables similaires. Les données à long terme ont confirmé le rendement supérieur de la brosse CrossAction et les avantages à long terme de l'efficacité améliorée, particulièrement pour la gingivite.

## Discussion

Les nouvelles approches relatives à la conception des brosses à dents ont produit une brosse qui, testée dans un grand nombre d'études cliniques, a constamment respecté, voire dépassé, les normes établies d'efficacité, et ce, année après année. ♦



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

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

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



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



# Granulomatose orofaciale : 2 rapports de cas et recensement de la littérature

Adel Kauzman, DMD, MSc, FRCD(C); Annie Quesnel-Mercier, DMD;  
Benoît Lalonde, DMD, MSD, FRCD(C)

## Auteur-ressource

Dr Kauzman  
Courriel : adel.kauzman@  
umontreal.ca



## SOMMAIRE

La granulomatose orofaciale représente un groupe de maladies caractérisées par une inflammation granulomateuse non caséuse des tissus mous de la bouche et de la région maxillofaciale. La présentation clinique la plus fréquente est celle d'une tuméfaction persistante d'une ou des 2 lèvres. Il est important d'établir le diagnostic de façon précise car cette condition peut être associée à une maladie de Crohn ou une sarcoïdose. Cet article décrit 2 cas de granulomatose orofaciale, dont l'un s'est avéré une manifestation de la maladie de Crohn, et examine la démarche diagnostique et le traitement de cette condition.

**Mots clés MeSH :** Crohn disease/diagnosis; granulomatosis, orofacial; mouth diseases/diagnosis

© J Can Dent Assoc 2006; 72(4):325-9  
Cet article a été révisé par des pairs.

La granulomatose orofaciale (GOF) représente un groupe de maladies caractérisées par une inflammation granulomateuse de la cavité buccale et de la région maxillofaciale<sup>1</sup>. Ce terme, introduit par Wiesenfeld en 1985, englobe le syndrome de Melkersson-Rosenthal (SMR) et la chéilite granulomateuse (CG) de Miescher<sup>2</sup>. Le SMR est décrit comme une triade d'œdème labial ou facial récurrent, de paralysie faciale récidivante et de langue fissurée<sup>3,4</sup>. La CG de Miescher est caractérisée par un œdème limité à la lèvre<sup>5</sup>. Selon Neville et coll.<sup>6</sup>, ces 2 entités ne doivent pas être considérées comme des pathologies spécifiques et devraient être incluses sous le spectre de la GOF.

L'étiologie exacte de la GOF n'est pas connue<sup>7</sup>. Plusieurs théories ont été avancées suggérant une cause infectieuse, une prédisposition génétique ou une cause allergique<sup>8-12</sup>. Récemment, des chercheurs ont identifié une expansion lymphocytaire monoclonale dans les lésions de la GOF et ils ont suggéré qu'elle pourrait être secondaire à une stimulation antigénique chronique<sup>13</sup>. La sécrétion de cytokines par le clone lymphocytaire serait à l'origine de la formation de granulomes dans ces lésions<sup>14</sup>. Par contre, l'origine immunologique

(réaction d'hypersensibilité à médiation cellulaire) est favorisée par la présence de lymphocytes T inducteurs activés exprimant des récepteurs de l'interleukine-2.

La présentation classique de la GOF est celle d'un œdème labial évoluant par poussées intermittentes pour finalement devenir permanent et causer une tuméfaction<sup>15</sup>. Cette tuméfaction peut affecter une ou les 2 lèvres provoquant une macrochéilite<sup>16</sup>. Initialement, l'enflure est de consistance molle, mais elle devient plus ferme avec le temps suite à la formation d'une fibrose. La présentation clinique peut par contre être très variable et causer un dilemme diagnostique. Par exemple, l'œdème facial récurrent peut affecter le menton, les joues, la région périorbitale et les paupières<sup>17</sup> et, dans de rares cas, peut ne pas être associé à une tuméfaction labiale. L'atteinte endobuccale peut se manifester sous forme de tuméfaction, d'érythème ou d'érosions non spécifiques impliquant la gencive, la muqueuse buccale ou la langue<sup>16,17</sup>. Le dilemme diagnostique peut être davantage compliqué par le fait que la GOF peut être la manifestation buccale d'une condition systémique telle la maladie de Crohn, la sarcoïdose ou, plus rarement, la maladie de Wegener<sup>18</sup>. De plus, plusieurs

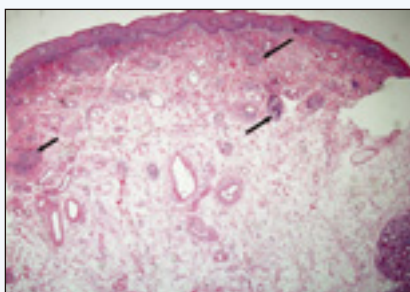
## Cas 1



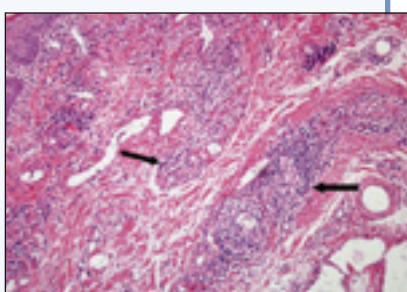
**Illustration 1a :** Apparence de la lèvre inférieure lors de la présentation. On note une tuméfaction bilatérale et un érythème du menton.



**Illustration 1b :** À l'examen intrabuccal, on note une enflure diffuse de la gencive inférieure. La surface labiale de la gencive démontre plusieurs pétéchies et un aspect granulaire.



**Illustration 1c :** Photomicrographie de la biopsie de la lèvre démontrant un œdème diffus du tissu conjonctif. Le chorion démontre une légère fibrose. Plusieurs granulomes (flèches) sont visibles à ce grossissement, ainsi qu'un infiltrat inflammatoire périvasculaire (hématoxyline et éosine, grossissement original  $\times 4$ ).



**Illustration 1d :** Plusieurs granulomes épithélioïdes et géantocellulaires non caséux sont présents dans cette photomicrographie (flèches). On note aussi une légère dilatation des vaisseaux lymphatiques (hématoxyline et éosine, grossissement original  $\times 10$ ).

conditions comme la tuberculose, la lèpre, les mycoses systémiques et les réactions à corps étrangers peuvent présenter, à l'histologie, une inflammation granulomateuse<sup>7</sup>.

La maladie de Crohn fait partie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Elle représente une inflammation granulomateuse qui peut affecter tout le tractus gastro-intestinal de la bouche à l'anus. Elle affecte surtout les jeunes adultes d'origine ashkénaze et caucasienne, indifféremment du sexe. Bien que l'étiologie de la maladie de Crohn demeure essentiellement inconnue, les études récentes suggèrent une étiologie multifactorielle chez des individus génétiquement prédisposés<sup>7</sup>. Le gène *Nod2/Card15* est le premier gène de susceptibilité impliqué par plusieurs groupes de chercheurs indépendants dans la pathogenèse de cette maladie<sup>19</sup>.

Les manifestations cliniques initiales de la maladie de Crohn sont des crampes abdominales récurrentes et des diarrhées chroniques. Des complications secondaires à la malabsorption se manifestent par des carences vitaminiques, une anémie pernicieuse, de la fatigue, une perte de poids et

une croissance lente chez les enfants. D'autres complications liées à l'obstruction intestinale chronique et récurrente, à la présence d'adhésion ou à la formation de fistules sont possibles. Certains patients peuvent démontrer des manifestations extraintestinales qui motivent la consultation médicale, à savoir l'érythème noueux, l'uvéïte, l'arthralgie et l'arthrite entéropathique. Les manifestations buccales peuvent inciter le patient à consulter son dentiste. Ces dernières peuvent être sous forme d'ulcérations linéaires, d'ulcérations aphteuses ou de tuméfaction persistante de la lèvre (macrochéilite) et de la muqueuse buccale<sup>20</sup>. Un aspect en pavé de la muqueuse buccale est aussi fréquent<sup>20</sup>. L'atteinte buccale peut se manifester avant, après ou en même temps que l'atteinte intestinale<sup>21</sup>. Selon plusieurs auteurs<sup>6,20,21</sup>, une ulcération linéaire dans le vestibule buccal, entourée de replis muqueux hyperplasiques, est pathognomonique de la maladie de Crohn.

L'examen microscopique des lésions buccales rencontrées dans le cadre d'une maladie de Crohn démontre des granulomes épithélioïdes géantocellulaires dans 67 % à 85 % des cas<sup>20,22</sup>, comparé à 50 % des cas au niveau des lésions intestinales. Ces granulomes sont identiques à ceux observés dans la GOF et la sarcoïdose. Ainsi, la distinction entre ces

conditions doit se faire au niveau clinique.

Le diagnostic de GOF s'établit suite à l'observation histologique d'une inflammation granulomateuse et à l'exclusion de conditions systémiques et locales par l'examen clinique et les tests de laboratoire appropriés<sup>7,18</sup>. Le présent article a pour objectifs de présenter 2 cas de GOF (dont l'un s'est avéré une manifestation de la maladie de Crohn), de faire connaître la démarche diagnostique à suivre lorsque confronté à une macrochéilite et de discuter des différentes modalités thérapeutiques de la GOF.

## Rapport de cas

### Cas 1

Une patiente âgée de 63 ans est référée pour l'évaluation d'une macrochéilite de nature indéterminée. La patiente décrit une enure intermittente de la lèvre inférieure qui est devenue permanente. L'enure a débuté quelques mois auparavant et n'est associée à aucun changement de produits d'hygiène buccale ou de cosmétique. La condition a été traitée avec de la pénicilline et un anti-histaminique sans résultat probant.

L'histoire médicale de la patiente indique une paralysie faciale temporaire suite à l'ablation d'une tumeur bénigne de la glande parotide, 12 ans auparavant. La patiente souffre d'hypertension artérielle contrôlée par des diurétiques. Elle ne rapporte aucune sensation de fatigue chronique ni aucun problème intestinal pouvant laisser croire à la maladie de Crohn. De plus, elle n'a jamais souffert de tuberculose.

L'examen extrabuccal ne démontre aucune lymphadénopathie ni aucun signe de dysphagie. On note par contre un œdème bilatéral marqué de la lèvre inférieure (ill. 1a) et un érythème au niveau du menton. L'œdème est plus ou moins ferme, donnant à la lèvre un caractère légèrement induré. L'examen intrabuccal révèle une tuméfaction diffuse du vestibule antérieur inférieur. La muqueuse gingivale des dents 33 à 43 est rouge, œdématiée avec une surface légèrement granulaire (ill. 1b). La surface dorsale de la langue est d'apparence normale. Le reste de l'examen intrabuccal est essentiellement sans particularité.

Le diagnostic différentiel clinique comprend une GOF, un angio-œdème (idiopathique ou héréditaire), une sarcoïdose, une maladie de Crohn, ainsi qu'une chéilite de cause allergique. Le SMR est en principe exclu, compte tenu que la paralysie faciale rapportée est reliée à une chirurgie parotidienne et que l'apparence de la langue est normale. Une radiographie pulmonaire et un bilan médical incluant le titrage sérique de l'enzyme de conversion de l'angiotensine sont prescrits. Une évaluation approfondie en gastro-entérologie ne semble pas justifiée puisqu'il n'y a pas de signes d'anémie ni de symptômes qui laissent envisager une maladie de Crohn. Une biopsie de la lèvre inférieure est pratiquée.

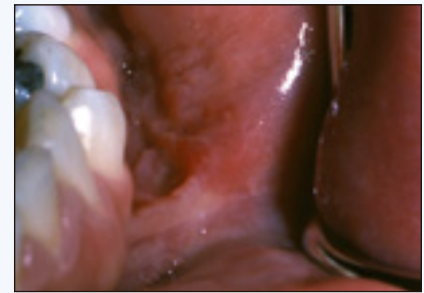
L'examen histopathologique démontre un œdème marqué du tissu conjonctif (ill. 1c). Plusieurs granulomes épithélioïdes et géantocellulaires non caséux sont présents (ill. 1d). Les granulomes démontrent une infiltration et un engainement de la paroi des vaisseaux. Un infiltrat lymphocytaire périvasculaire est également présent ainsi qu'une dilatation marquée des vaisseaux lymphatiques. Les colorations de Ziehl-Neelsen, de Gram, de Grocott et les colorations à l'acide périodique Schiff (PAS) et au PAS-diaïdase sont négatives. L'examen en lumière polarisée ne montre pas de corps étrangers. Le diagnostic histopathologique final est 'chéilite granulomateuse'.

Les résultats des tests complémentaires sont négatifs. La recherche d'une cause allergique par des tests épicutanés utilisant une série régulière et une série dentaire est, elle aussi, négative. Un diagnostic final de GOF idiopathique est posé.

## Cas 2



**Illustration 2a :** La lèvre inférieure gauche est affectée par un œdème diffus de consistance ferme. Le côté droit semble non affecté.



**Illustration 2b :** Un ulcère linéaire profond, entouré de replis de tissus hyperplasiques, est présent du côté gauche du vestibule buccal.

Suite au diagnostic, une corticothérapie systémique (prednisone 50 mg par jour pendant 10 jours) est commencée. Le traitement systémique est bien toléré. On remarque une diminution de l'enflure labiale et une nette réduction de l'œdème vestibulaire et gingival.

La lèvre revient à son état initial environ 2 mois après le traitement systémique. Un traitement local par injection intralésionnelle de triamcinolone (40 mg/ml) est suggéré. Quatre sites sont infiltrés, à raison de 0,25 ml (10 mg) par site. Un suivi rapproché démontre une diminution rapide de l'enflure labiale. Deux semaines après l'injection, la patiente décrit sa lèvre comme étant totalement normale.

La condition reste stable pendant environ 4 mois pour éventuellement réapparaître. Une nouvelle série d'infiltration est pratiquée avec pour résultat la disparition complète des signes et des symptômes. Lors du dernier rappel, on note une légère enflure de la lèvre inférieure. Une troisième série d'infiltration intralésionnelle est pratiquée, ce qui de nouveau contrôle entièrement l'enflure labiale.

## Cas 2

Une patiente âgée de 19 ans est référée pour le traitement de plusieurs ulcérations au niveau du vestibule buccal et d'une tuméfaction chronique de la lèvre inférieure gauche présentes depuis environ 4 mois. Elle décrit une diarrhée chronique et une fatigue persistante. Elle se plaint de polyarthralgie occasionnelle. Elle a consulté un gastroentérologue qui l'a examinée pour la maladie de Crohn, mais aucun diagnostic n'a été posé. Son histoire médicale est négative pour la tuberculose et la paralysie faciale.

L'examen extrabuccal ne démontre aucune lymphadénopathie ni aucun signe de dysphagie. On note un œdème labial impliquant surtout le côté gauche de la lèvre inférieure (ill. 2a). L'examen intrabuccal révèle la présence d'un ulcère linéaire profond au niveau du vestibule inférieur gauche (ill. 2b), et un autre moins profond, du côté droit. Ces ulcères

sont entourés de replis de tissu hyperplasique inflammé. La surface dorsale de la langue est d'apparence normale.

Le diagnostic différentiel clinique comprend une maladie de Crohn, une sarcoïdose et une GOF. Le SMR ainsi que la CG sont peu probables. À cause de la prédominance des symptômes intestinaux et la présence de fatigue chronique, un autre examen gastroentérologique est prescrit. La coloscopie démontre une atteinte segmentaire de l'iléon terminal avec des zones d'apparence normale au sein d'une muqueuse hyperémique. Des ulcères longitudinaux et serpigineux profonds donnent à la muqueuse un aspect en pavé. Des ulcères superficiels du type aphteux sont notés. Le diagnostic clinique d'une maladie inflammatoire de l'intestin est posé. L'examen histopathologique de la biopsie de l'iléon terminal indique la présence d'inflammation transmurale et de granulomes non caséux et gigantocellulaires. Le diagnostic histopathologique final est maladie de Crohn.

La patiente est traitée par corticostéroïdes systémiques. Quelques semaines après le début du traitement, elle ressent une nette amélioration des symptômes intestinaux et indique, lors d'un suivi téléphonique, que les lésions buccales ont bien réagi au traitement systémique. Malheureusement, un suivi n'a pu être assuré pour connaître la progression à long terme de sa condition.

## Discussion

Le diagnostic différentiel d'une macrochéilite comprend l'angio-œdème (idiopathique ou héréditaire), la sarcoïdose, la maladie de Crohn, la GOF, la chéilite granulomateuse et certaines infections spécifiques (tuberculose, lèpre et mycose profonde)<sup>23,24</sup>. L'amyloïdose, certaines tumeurs des tissus mous ou des glandes salivaires mineures et le syndrome d'Ascher peuvent à la limite être inclus dans le diagnostic différentiel<sup>15</sup>.

La démarche diagnostique face à une macrochéilite doit tenir compte de ces conditions. Les résultats de l'anamnèse et de l'examen clinique dirigent l'investigation. La biopsie représente une étape essentielle, surtout si le diagnostic d'angio-œdème n'est pas favorisé cliniquement. Suite à la détection histologique d'une inflammation granulomateuse, des colorations spéciales sont obtenues afin d'exclure une mycose profonde (PAS, PAS-D, Grocott) ou une infection bactérienne spécifique (Ziehl-Neelsen et Gram). La lumière polarisée est utilisée pour évaluer la présence de corps étrangers.

Des examens cliniques complémentaires sont demandés pour déterminer si une maladie systémique pourrait être à l'origine de l'inflammation granulomateuse. Ces examens comprennent: radiographie pulmonaire et dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine pour la sarcoïdose; formule sanguine complète, vitesse de sédimentation, taux sérique de l'acide folique, du fer et de la vitamine B12 pour la maladie de Crohn; intradermoréaction à la tuberculine (et radiographie pulmonaire) pour la tuberculose. Une évaluation gastroentérologique est nécessaire en présence de signes

d'anémie ou de malabsorption intestinale et de symptômes évocateurs de la maladie de Crohn (comme dans le cas de la deuxième patiente). Si l'évaluation initiale ne confirme pas une maladie de Crohn, elle doit être répétée surtout si les symptômes cliniques favorisent un tel diagnostic. Le diagnostic de GOF est donc un diagnostic d'exclusion et repose sur une corrélation clinicopathologique adéquate.

Le traitement de la GOF est difficile surtout en l'absence d'un facteur étiologique connu. Il est dirigé vers l'amélioration de l'apparence clinique et du confort du patient. Les rémissions spontanées sont rares mais possibles<sup>1</sup>. L'élimination des foyers d'infections odontogènes diminue le degré d'enflure chez certains patients<sup>25</sup>. Le traitement de première ligne repose sur la corticothérapie locale et/ou systémique. L'injection intralésionnelle de triamcinolone à une concentration de 10 mg/ml est souvent utilisée dans le traitement de la GOF<sup>26</sup>. Récemment, l'utilisation de triamcinolone à plus forte concentration (40 mg/ml) a offert l'avantage de réduire le volume du liquide injecté, d'administrer une dose plus élevée et de prolonger la période de rémission<sup>24</sup>. Les effets secondaires du traitement local sont limités à l'atrophie et l'hypopigmentation de la peau<sup>24</sup>.

L'utilisation d'une corticothérapie systémique<sup>1,27</sup> dans le traitement de la GOF est limitée par la nature chronique et récidivante de la maladie et les effets secondaires associés à l'utilisation prolongée de corticostéroïdes systémiques. Les résultats de la corticothérapie, locale ou systémique, sont souvent immédiats. Cependant, les récurrences sont fréquentes, d'où la nécessité d'un traitement à long terme<sup>15</sup>. Le premier cas rapporté ici démontre clairement l'histoire naturelle de cette condition et sa réponse au traitement.

D'autres modalités thérapeutiques ont été rapportées dans la littérature comme l'hydroxychloroquine<sup>15,27</sup>, le méthotrexate, la clofazimine<sup>27</sup>, le métronidazole, la minocycline<sup>28</sup> seule ou avec prednisone par voie orale, la thalidomide<sup>29,30</sup>, le dapsone et le danazol. La chéiloplastie est utilisée par certains, surtout dans les cas de déformation labiale importante ou de réponse inadéquate à la corticothérapie locale.

Le traitement de la maladie de Crohn repose sur la sulfasalazine et les corticostéroïdes systémiques. Ces derniers sont utiles dans la gestion des phases aiguës de la maladie. Par contre, la sulfasalazine est utilisée dans le maintien des rémissions. Des agents d'épargne de corticostéroïdes comme l'azathioprine, le méthotrexate et la cyclosporine sont aussi utilisés dans certains cas. Le métronidazole est parfois considéré. Le traitement chirurgical est nécessaire pour gérer les complications de la maladie et pour les cas qui ne répondent pas au traitement médical.

La littérature scientifique publiée sur la GOF, le SMR et la CG démontre un problème nosologique important qui est probablement lié à un manque de compréhension des facteurs étiologiques et pathogéniques. Par exemple, certains auteurs considèrent la CG comme étant une forme oligosymptomatique ou monosymptomatique du SMR<sup>15,16,25</sup>,

tandis que d'autres les considèrent comme des entités distinctes<sup>5,27</sup>. Certains prétendent que la CG est une manifestation de la sarcoïdose ou de la maladie de Crohn. D'autres considèrent la GOF, le SMR, la CG, la maladie de Crohn et la sarcoïdose comme différentes manifestations de la même condition<sup>1,31</sup>. Comme d'autres auteurs<sup>27</sup>, nous considérons que l'utilisation du terme GOF dans les cas d'une inflammation granulomateuse non caséuse offre l'avantage de décrire une situation clinico-pathologique sans lui associer une cause spécifique. Il est essentiel par la suite de spécifier si cette condition est causée par une maladie systémique ou une condition locale, ou si elle est sans cause apparente. On recommande donc l'utilisation de termes comme «GOF dans le cadre d'une sarcoïdose ou d'une maladie de Crohn» et de «GOF secondaire à une infection dentaire chronique ou à une hypersensibilité de contact». Le diagnostic de GOF idiopathique ne devrait être posé qu'au terme d'une investigation négative.

### Conclusion

Cet article décrit 2 cas de GOF, dont l'un s'est avéré une manifestation de la maladie de Crohn. Le diagnostic différentiel, l'investigation et le traitement de ces cas ont été discutés. Nous suggérons l'utilisation d'une nomenclature standardisée dans le but d'identifier des données épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques, et d'améliorer à la fois la prise de décisions thérapeutiques et le pronostic du patient. ♦

### LES AUTEURS



Le Dr **Kauzman** est spécialiste en médecine buccale et pathologie buccale et professeur adjoint, Département de stomatologie, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal, Québec.

La Dre **Quesnel-Mercier** est résidente en chirurgie buccale et maxillofaciale, Faculté de médecine dentaire, Université Laval, Québec.



Le Dr **Lalonde** est spécialiste en médecine buccale et professeur agrégé, Département de stomatologie, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal, Québec.

Écrire au : Dr Adel Kauzman, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal, QC H3C 3J7.

Les auteurs n'ont aucun intérêt financier déclaré.

### Références

1. Sciubba JJ, Said-Al-Naief N. Orofacial granulomatosis: presentation, pathology and management of 13 cases. *J Oral Pathol Med* 2003; 32(10):576–85.
2. Wiesenfeld D, Ferguson MM, Mitchell DN, MacDonald DG, Scully C, Cochran K, and others. Oro-facial granulomatosis — a clinical and pathological analysis. *Q J Med* 1985; 54(213):101–13.
3. Greene RM, Rogers RS 3rd. Melkersson-Rosenthal syndrome: a review of 36 patients. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21(6):1263–70.
4. Spielmann AC, Maury F, George JL. [Melkersson-Rosenthal syndrome: anatomo-clinical and evolutive concepts]. *J Fr Ophthalmol* 2000; 23(3):261–4.
5. El-Hakim M, Chauvin P. Orofacial granulomatosis presenting as persistent lip swelling: review of 6 new cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62(9):1114–7.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE, editors. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Toronto: W.B. Saunders Company; 2002.

7. Alawi F. Granulomatous diseases of the oral tissues: differential diagnosis and update. *Dent Clin North Am* 2005; 49(1):203–21.
8. Patton DW, Ferguson MM, Forsyth A, James J. Oro-facial granulomatosis: a possible allergic basis. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1985; 23(4):235–42.
9. Pachor ML, Urbani G, Cortina P, Lunardi C, Nicolis F, Peroli P, and others. Is the Melkersson-Rosenthal syndrome related to the exposure to food additives? A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67(4):393–5.
10. Carr RD. Is the Melkersson-Rosenthal syndrome hereditary? *Arch Dermatol* 1966; 93(4):426–7.
11. Meisel-Stosiek M, Hornstein OP, Stosiek N. Family study on Melkersson-Rosenthal syndrome. Some hereditary aspects of the disease and review of literature. *Acta Derm Venereol* 1990; 70(3):221–6.
12. Muellegger RR, Weger W, Zoehling N, Kaddu S, Soyer HP, El Shabrawi-Caelen L, and others. Granulomatous cheilitis and Borrelia burgdorferi: polymerase chain reaction and serologic studies in a retrospective case series of 12 patients. *Arch Dermatol* 2000; 136(12):1502–6.
13. Lim SH, Stephens P, Cao QX, Coleman S, Thomas DW. Molecular analysis of T cell receptor beta variability in a patient with orofacial granulomatosis. *Gut* 1997; 40(5):683–6.
14. De Quatrebarbes J, Cordel N, Bravard P, Lenormand B, Joly P. Macrochéilite de Miescher et expansion lymphocytaire monoclonale : 2 cas. *Ann Dermatol Venereol* 2004; 131(1Pt1):55–7.
15. Allen CM, Camisa C, Hamzeh S, Stephens L. Cheilitis granulomatosa: report of six cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23(3Pt1):444–50.
16. Zimmer WM, Rogers RS 3rd, Reeve CM, Sheridan PJ. Orofacial manifestations of Melkersson-Rosenthal syndrome. A study of 42 patients and review of 220 cases from the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 74(5):610–9.
17. Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L, Lo Muzio L. The multifiform and variable patterns of onset of orofacial granulomatosis. *J Oral Pathol Med* 2003; 32(4):200–5.
18. Girlich C, Bogenrieder T, Palitzsch KD, Scholmerich J, Lock G. Orofacial granulomatosis as initial manifestation of Crohn's disease: a report of two cases. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002; 14(8):873–6.
19. Schreiber S, Rosenstiel P, Albrecht M, Hampe J, Krawczak M. Genetics of Crohn disease, an archetypal inflammatory barrier disease. *Nat Rev Genet* 2005; 6(5):376–88.
20. Dupuy A, Cosnes J, Revuz J, Delchier JC, Gendre JP, Cosnes A. Oral Crohn disease: clinical characteristics and long-term follow-up of 9 cases. *Arch Dermatol* 1999; 135(4):439–42.
21. Kalmar JR. Crohn's disease: orofacial considerations and disease pathogenesis. *Periodontol* 2000 1994; 6:101–15.
22. Plauth M, Jenss H, Meyle J. Oral manifestations of Crohn's disease. An analysis of 79 cases. *J Clin Gastroenterol* 1991; 13(1):29–37.
23. Williams PM, Greenberg MS. Management of cheilitis granulomatosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72(4):436–9.
24. Mignogna MD, Fedele S, Russo LL, Adamo D, Satriano RA. Effectiveness of small-volume, intralesional, delayed-release triamcinolone injections in orofacial granulomatosis: a pilot study. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51(2):265–8.
25. Worsaae N, Christensen KC, Schiodt M, Reibel J. Melkersson-Rosenthal syndrome and cheilitis granulomatosa. A clinicopathological study of thirty-three patients with special reference to their oral lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982; 54(4):404–13.
26. Sakuntabhai A, MacLeod RI, Lawrence CM. Intralesional steroid injection after nerve block anesthesia in the treatment of orofacial granulomatosis. *Arch Dermatol* 1993; 129(4):477–80.
27. van der Waal RI, Schulten EA, van der Meij EH, van de Scheur MR, Starink TM, van der Waal I. Cheilitis granulomatosa: overview of 13 patients with long-term follow-up — results of management. *Int J Dermatol* 2002; 41(4):225–9.
28. Olivier V, Lacour JP, Castanet J, Perrin C, Ortonne JP. [Cheilitis granulomatosa in a child]. *Arch Pediatr* 2000; 7(3):274–7. French.
29. Medeiros M Jr, Araujo MI, Guimaraes NS, Freitas LA, Silva TM, Carvalho EM. Therapeutic response to thalidomide in Melkersson-Rosenthal syndrome: a case report. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; 88(4):421–4.
30. Hegarty A, Hodgson T, Porter S. Thalidomide for the treatment of recalcitrant oral Crohn's disease and orofacial granulomatosis. *Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod* 2003; 95(5):576–85.
31. Lloyd DA, Payton KB, Guenther L, Frydman W. Melkersson-Rosenthal syndrome and Crohn's disease: one disease or two? Report of a case and discussion of the literature. *J Clin Gastroenterol* 1994; 18(3):213–7.



# 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)

### Jeudi 24 août – Jour 1

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

### Vendredi 25 août – Jour 2

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

### Samedi 26 août – Jour 3

- Séances à participation générale (suite)
- Exposition dentaire (déjeuner gratuit)
- Conjointes – 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

# Extensive Papillomatosis of the Palate Exhibiting Epithelial Dysplasia and HPV 16 Gene Expression in a Renal Transplant Recipient

**Abdulrahman Al-Osman**, DDS, Dip Perio; **John B. Perry**, DMD, MSc, FRCD(C);  
**Catalena Birek**, DDS, PhD, FRCD(C)

## Auteure-ressource

**Dre Birek**  
**Courriel :**  
birek@ms.umanitoba.ca



## SOMMAIRE

Nous décrivons un cas unique de papillomatose étendue du palais chez une personne ayant reçu une greffe du rein. Cet état ressemblait à une hyperplasie papillaire inflammatoire, caractérisée par une grave dysplasie épithéliale avec hyperplasie gingivale généralisée. Nous documentons et examinons l'étiologie multifactorielle probable de ces lésions et présentons des données prouvant l'expression du gène du papillomavirus humain (HPV) de type 16, détecté par transcription inverse et réaction en chaîne de la polymérase in situ. Ce rapport fait ressortir l'importance d'un examen clinique approfondi et du suivi chez les personnes immunodéprimées qui présentent des lésions buccales communes, en apparence bénignes.

**Mots clés MeSH :** adult; papillomavirus, human; renal transplantation; tumor virus, infections/virology

© J Can Dent Assoc 2006; 72(4):331-4  
Cet article a été révisé par des pairs.

An increasing body of molecular-epidemiological evidence indicates that some types of oncogenic human papilloma virus (HPV) are associated with intraepithelial neoplasia. The causal relation between HPV 16 and subgroups of squamous cell carcinoma of the head and neck has been established,<sup>1</sup> and HPV 16 gene expression has been reported as frequent in distinct types of oral mucosal lesions, such as koilocytic dysplasia<sup>2</sup> (including lesions described as bowenoid)<sup>3</sup> and proliferative verrucous leukoplakia.<sup>4</sup> Nevertheless, a distinct classification of HPV-associated lesions according to unique histopathologic features or clinical behaviour is yet to crystallize. In some recurrent exophytic lesions suspected of being virally induced, such as that described by Brown and others<sup>5</sup> as atypical papillomatosis, HPV infection could not be detected despite state-of-the-art laboratory testing.

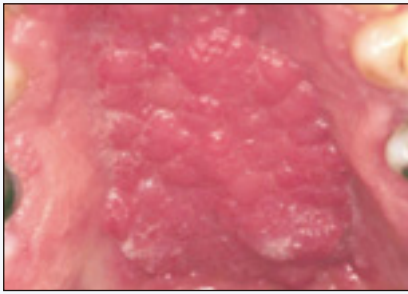
Here we illustrate a case of extensive papillomatosis of the palatal mucosa, concurring with general gingival enlargement in a renal allograft recipient. The microscopic features of an initial incisional biopsy of the palatal lesion were

consistent with inflammatory papillary hyperplasia, but the excised lesion was found to harbour HPV 16 and to exhibit severe epithelial dysplastic changes.

## Case Description

A 45-year-old man was referred for periodontal consultation for generalized enlargement of the maxillary and mandibular labial gingiva. His history included hypertension, parathyroidectomy for hyperparathyroidism, papillary carcinoma of the thyroid gland and renal transplantation for end-stage renal disease. In the 5 years since transplantation, his medications consistently included immunosuppressive drugs (cyclosporine, prednisone and azathioprine) and antihypertensive medication (nifedipine and furosemide). At the time of presentation, he was also taking ranitidine for the treatment of gastritis. He reported having smoked half a pack of cigarettes a day for 20 years and having consumed moderate amounts of alcohol.

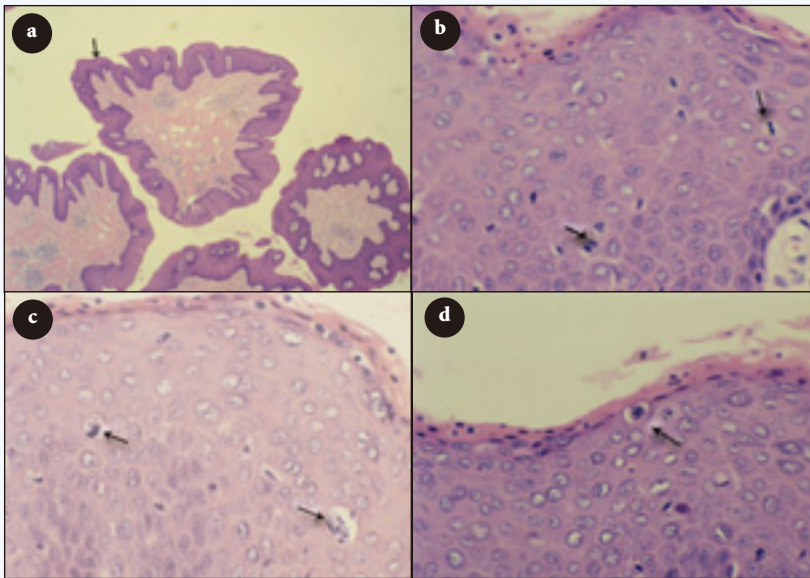
Intraoral examination revealed generalized gingival enlargement, which appeared typical of



**Figure 1a:** The palatal lesion at the initial presentation.



**Figure 1b:** Labial gingivae at initial presentation.



**Figure 2:** Photomicrographs of sections from the excised palatal lesion. **a.** The arrow indicates the epithelial area shown at higher magnification in images b to d. **b.** Note frequent mitotic figures (arrows). **c and d.** Note the distribution of atypical nuclei in the upper third of the epithelium (arrows).

that defined as drug-induced, as well as a diffuse, erythematous, papillated lesion of the hard palatal mucosa exhibiting a superficial, white pseudomembrane (Fig. 1a). The onset of the gingival lesion (Fig. 1b) was uncertain and its progression slow. According to the patient, the palatal lesion had been present for approximately 3 months and had been increasing in size. The patient had not worn a maxillary denture and his general oral hygiene was fair.

An incisional biopsy of the palatal lesion was performed. The microscopic features of the specimen were consistent with inflammatory papillary hyperplasia; they included typical architecture, pseudoepitheliomatous epithelial hyperplasia, the presence of densely collagenous subepithelial connective tissue and infiltration by chronic (predominantly lymphoplasmacytic) inflammatory cells. The superficial epithelium was colonized by fungal hyphae consistent with candidiasis. Initial treatment with topical nystatin cream caused the erythema to

abate, but the palatal lesion persisted and continued to cause discomfort. The patient was referred to an oral maxillofacial surgery clinic, where the palatal lesion was excised by scalpel, and the palatal and labial maxillary and mandibular gingivae were recontoured by looped-wire cautery.

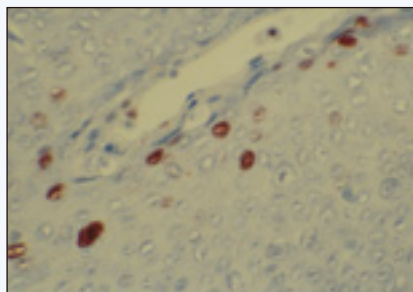
Microscopic examination of the excised specimen confirmed that the general architecture of the lesion was consistent with that of inflammatory papillary hyperplasia, but revealed a focal area exhibiting epithelial dysplasia, including frequent mitotic figures and atypical nuclei (Fig. 2) involving the full thickness of the epithelium. As the dysplastic features were reminiscent of HPV-associated bowenoid changes that we had observed previously,<sup>4</sup> HPV-typing by DNA in situ hybridization (with test probes for type-groups 6/11, 16/18 and 31/33/35), immunohistochemistry (with a genus-specific anti-HPV antibody), as well as reverse transcription polymerase chain reaction (with HPV 16 E6 gene-specific primers) were performed as described in detail previously.<sup>6</sup> Taken together, the test results confirmed the presence of HPV type 16 in the lesion. The results of in situ hybridization with the type-group 16/18 probe are shown in Fig. 3. As neither the clinical nor the microscopic features were consistent with Kaposi's sarcoma, testing for Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus (KSHV) was not performed.

The patient was referred for further follow-up at a head and neck cancer treatment centre. By the second month post-surgery, the palatal excision site was almost completely healed with minimal papillomatosis still discernible (Fig. 4). The entire oral mucosa was normal in appearance. The findings of indirect laryngoscopy were normal. At subsequent follow-up examinations (every 2–3 months for the following 2 years), no recurrence of the palatal lesion or neck lymphadenopathy was found on visual inspection or by palpation. The patient was lost for oral follow-up thereafter.

## Discussion

We document a case of in situ epithelial dysplasia–carcinoma presenting initially as inflammatory papillary hyperplasia. The clinical presentation and the general architecture of the biopsy specimens were congruent with the classical definition of inflammatory papillary hyperplasia of





**Figure 3:** Positive staining revealed by in situ hybridization with the HPV type-group 16/18 probe.



**Figure 4:** View of the palate in the second month after surgery.

presented here, one cannot dispute that cyclosporine, singly or in combination with nifedipine, contributed to the collagenous connective tissue buildup of the palatal lesion by contiguity with the gingival lesion as, individually, each of these drugs is known to induce gingival hyperplasia. Interestingly, HPV is frequently detectable in cyclosporine-induced gingival overgrowth in immunosuppressed transplant recipients<sup>11</sup>; therefore, HPV infection may be a cofactor in such cases. Unfortunately, in the current case, sufficient gingival tissue was not available for HPV testing, as the

gingival lesion was reduced by cautery.

the palate, except that the most usual causative factors, i.e., ill-fitting dentures and poor oral hygiene, were absent. The usual treatment of inflammatory papillary hyperplasia is surgical excision, complemented by antifungal therapy when fungal infection is identified as a cofactor. Mucocutaneous, HPV-associated wart-like lesions, including those of the gingiva,<sup>7</sup> have been treated with some success with the nucleotide analogue cidofovir; and immune-response modifiers, such as imiquimod, singly or in combination with antiviral agents, appear promising in the reversal of early intraepithelial neoplasias.<sup>8</sup> We considered, but did not carry out, antiviral therapy for our patient, as surgery yielded adequate clinical results.

In the case presented here, the laboratory findings were in keeping with our previous data suggesting that immunosuppressed individuals are at heightened risk of premalignant and malignant exophytic epithelial changes in oral lesion associated with HPV 16 infection.<sup>6</sup> Furthermore, the atypical nuclei seen in the excisional biopsy specimen were reminiscent of those reported previously in HPV-associated Bowenoid dysplasia.<sup>4</sup>

A general propensity for oral epithelial neoplasia is apparent in immunosuppressed allograft recipients. One interesting example is reported by Regev and others.<sup>9</sup> We could not exclude the mere coincidental association between the diffuse papillary lesion and HPV 16 expression, as the presence of HPV is found in a significant proportion of normal biopsy specimens. Nevertheless, in light of our knowledge of HPV 16 oncogenicity and considering previous studies, it would be more reasonable to assume that HPV 16 gene expression in inflammatory papillary hyperplasia may induce intraepithelial neoplasia.

Further arguments in favour of a role for various types of HPV in the pathogenesis of AIDS-associated oral mucosal lesion are presented in a report by Anderson and others.<sup>10</sup> However, prospective molecular-epidemiological studies are needed to prove or disprove the potential role of HPV infection in progression to malignancy in oral exophytic lesions of immunosuppressed individuals. Furthermore, in the case

presented here, one cannot dispute that cyclosporine, singly or in combination with nifedipine, contributed to the collagenous connective tissue buildup of the palatal lesion by contiguity with the gingival lesion as, individually, each of these drugs is known to induce gingival hyperplasia. Interestingly, HPV is frequently detectable in cyclosporine-induced gingival overgrowth in immunosuppressed transplant recipients<sup>11</sup>; therefore, HPV infection may be a cofactor in such cases. Unfortunately, in the current case, sufficient gingival tissue was not available for HPV testing, as the

gingival lesion was reduced by cautery. This case is presented not merely as an argument for the probable role of HPV infection in atypical papillary hyperplasia of the palate, but also as an example of the probable multifactorial etiology of concurrent exophytic lesions. Unfortunately, the patient was lost for long-term oral follow-up. Nevertheless, in transplant recipients, strict adherence to the principles of the management of the immunosuppressed, including “frequent oral health assessments for interception of emerging oral problems, maintenance, and reinforcement of good oral care,”<sup>12</sup> is imperative. In such cases, laboratory screening for HPV expression is essential, considering new emerging antiviral treatment modalities. The reporting of new cases would further demonstrate the need for careful clinical follow-up of organ transplant recipients presenting with apparently common oral lesions, and would contribute to the identification of appropriate target populations for anti-HPV vaccination. ♦

## THE AUTHORS



*Dr. Al-Osman is an assistant professor in the division of periodontics, Schulich School of Medicine and Dentistry, University of Western Ontario, London.*



*Dr. Perry is an associate professor in the department of dental diagnostic and surgical sciences, faculty of dentistry, University of Manitoba, Winnipeg.*



*Dr. Birek is a professor in the department of oral biology, faculty of dentistry, University of Manitoba, Winnipeg.*

*Correspondence to: Dr. Catalena Birek, University of Manitoba, Faculty of Dentistry, Department of Oral Biology, 780 Bannatyne Ave, Winnipeg, MB R3E 0W2.*

*The authors have no declared financial interests.*

## References

1. Gillison ML, Koch WM, Capone RB, Spafford M, Westra WH, Wu L, and others. Evidence for a causal association between human papillomavirus and a subset of head and neck cancers. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92(9):709–20.
2. Fornatora M, Jones AC, Kerpel S, Freedman P. Human papillomavirus-associated oral epithelial dysplasia (koilocytic dysplasia): an entity of unknown biologic potential. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 82(1):47–56.
3. Daley T, Birek C, Wysocki GP. Oral bowenoid lesions: differential diagnosis and pathogenetic insights. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90(4):466–73.
4. Palefsky JM, Silverman S Jr, Abdel-Salaam M, Daniels TE, Greenspan JS. Association between proliferative verrucous leukoplakia and infection with human papillomavirus type 16. *J Oral Pathol Med* 1995; 24(5):193–7.
5. Brown AR, Cobb CM, Dunlap CL, Manch-Citron JN. Atypical palatal papillomatosis treated by excision and full-thickness grafting. *Compend Contin Educ Dent* 1997; 18(7):724–6, 728–32, 734.
6. Al-Bakkal G, Ficarra G, McNeill K, Eversole LR, Sterrantino G, Birek C. Human papillomavirus type 16 E6 gene expression in oral exophytic epithelial lesions as detected by in situ rtPCR. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 87(2):197–208.
7. Calista D. Resolution of recalcitrant human papillomavirus gingival infection with topical cidofovir. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90(6):713–5.
8. Tyring S, Conant M, Marini M, Van Der Meijden W, Washenik K. Imiquimod; an international update on therapeutic uses in dermatology. *Int J Dermatol* 2002; 41(11):810–6.
9. Regev E, Zeltser R, Lustmann J. Lip carcinoma in renal allograft recipient with long-term immunosuppressive therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73(4):412–4.
10. Anderson KM, Allen CM, Nuovo GJ. Human papillomavirus, type 40-associated papilloma, and concurrent Kaposi's sarcoma involving the anterior hard palate of an HIV-positive man. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 95(1):80–4.
11. Bustos DA, Grenon MS, Benitez M, de Boccardo G, Pavan JV, Gendelman H. Human papillomavirus infection in cyclosporin-induced gingival overgrowth in renal allograft recipients. *J Periodontol* 2001; 72(6):741–4.
12. Harms KA, Bronny AT. Cardiac transplantation: dental considerations. *J Am Dent Assoc* 1986; 112(5):677–81.

## 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

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

## À faire

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

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

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

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

Une maladie ou une blessure incapacitante peut se produire n'importe quand, alors ne remettez pas à demain. Demandez votre couverture dès aujourd'hui. (Et pour y être admissible, vous devez soumettre des preuves d'assurabilité médicales et financières.)

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

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

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

Inscrivez la protection du revenu en tête de liste. Appelez les Conseils professionnels en direct Inc. au numéro indiqué pour déterminer le montant maximum de prestation d'invalidité mensuelle que vous pouvez demander dans le cadre du Régime d'assurance des dentistes du Canada\*.





**Why refer out 50 orthodontic patients a year  
at \$4,500 per case, when you can retain  
\$225,000 within your practice?**

**Expand Your Practice  
Increase Your Income  
Revitalize Your Interest In Dentistry**

**Brock Rondeau, D.D.S., I.B.O., D.A.B.C.P.**

*Diplomate International Board for Orthodontics*

*Diplomate American Board of Craniofacial Pain*

*Over 16,000 dentists have attended his courses and study clubs*

## **Level I Orthodontics for General Practitioners Dr. Brock Rondeau**

### **2006 - 2007 Course Locations**

#### **Chicago, IL**

Sept 8-9, 2006  
Nov 3-4, 2006  
Jan 12-13, 2007  
Mar 9-10, 2007

#### **Toronto, ON**

Sept 15-16, 2006  
Nov 10-11, 2006  
Jan 5-6, 2007  
May 16-17, 2007

#### **Houston, TX**

Sept 22-23, 2006  
Nov 17-18, 2006  
Jan 19-20, 2007  
Mar 23-24, 2007

#### **Washington, DC**

Sept 29-30, 2006  
Dec 1-2, 2006  
Feb 2-3, 2007  
Mar 30-31, 2007

#### **Los Angeles, CA**

Oct 13-14, 2006  
Dec 8-9, 2006  
Feb 9-10, 2007  
Apr 20-21, 2007

#### **Salt Lake City, UT**

Oct 20-21, 2006  
Jan 12-13, 2007  
Feb 16-17, 2007  
Apr 20-21, 2007

#### **Richmond, VA**

Oct 27-28, 2006  
Jan 26-27, 2007  
Feb 23-24, 2007  
Apr 27-28, 2007

#### **Vancouver, BC**

Feb 2-3, 2007  
Mar 3-4, 2007  
Apr 27-28, 2007  
May 25-26, 2007

### **Sessions**

- 1 Early Treatment Mixed Dentition, Functional Appliances, Diagnostic Records, Cephalometrics, Practice Management
- 2 Straight Wire Mechanics, Class II Treatment, Twin Block™, Rick-A-Nator™, Bracketing, Banding of Molars, Archwires
- 3 TMJ in Orthodontics, Sagittal & Tandem Appliance, Airways, Class III, Utility Arches, Splint Therapy, Joint Vibration Analysis
- 4 MARA Appliance, Open Bite Cases, Impacted Cuspids, Clear Braces, Case Finishing, Retention, Snoring & Sleep Apnea, Air Rotor Stripping

### **Course Fee**

**Per session fee:** \$995 per session includes extensive course manual

**Payment in full:** \$3,580 for all 4 sessions (save \$400) includes 4 course manuals

Bring 1 staff member to session 1 Orthodontics for General Practitioners at no cost.

**Bonus**

Free patient education DVD featuring 6 interceptive ortho cases.

Free 3 month online membership including case diagnosis, discussion forums and access to 27 published articles.

Participants who repeat the course may attend for half price and may attend for free if a colleague registers and attends the full course.



AGD Approved 132 Hours Lecture & Participation Continuing Education



**Rondeau Seminars**  
The Leader in Dental Continuing Education

**1.877.372.7625**  
[www.rondeauseminars.com](http://www.rondeauseminars.com)

Rondeau Seminars reserves the right to cancel or reschedule any portion of the seminars due to insufficient enrollment or scheduling conflicts. Plus taxes where applicable.

# Cleidocranial Dysplasia: 2 Generations of Management

**John Daskalogiannakis, DDS, MSc, FRCD(C); Luis Piedade, BSc, DDS;**  
**Tom C. Lindholm, DDS, PhD; George K.B. Sándor, DDS, MD, PhD, FRCD(C), FRCS(C), FACS;**  
**Robert P. Carmichael, DDS, MSc, FRCD(C)**

## Auteur-ressource

**Dr Daskalogiannakis**  
 Courriel :  
 john.daskalogiannakis@  
 sickkids.ca



## SOMMAIRE

Les patients atteints de dysostose cléido-crânienne présentent souvent de graves problèmes dentaires, tels la rétention de multiples dents primaires, l'inclusion ou le retard dans l'éruption de dents permanentes et aussi, souvent, la présence de dents surnuméraires. Plusieurs méthodes ont été décrites pour la prise en charge de ces patients. Nous présentons 2 cas qui illustrent le changement dans le paradigme de traitement, depuis l'édentation et le remplacement par prothèse, à l'éruption orthodontique forcée combinée à un traitement orthodontique par appareil fixe et à une chirurgie orthognathique.

**Mots clés MeSH :** cleidocranial dysplasia; malocclusion/prevention & control; orthodontic appliances

© J Can Dent Assoc 2006; 72(4):337-42  
 Cet article a été révisé par des pairs.

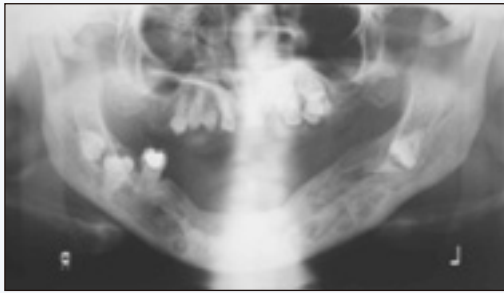
Cleidocranial dysplasia (CCD) is a rare disorder of autosomal dominant inheritance that causes disturbances in the growth of the bones of the cranial vault, the clavicles, the maxilla, the nasal and lachrymal bones and the pelvis. Patients with CCD usually present with shorter stature and frontal, parietal and occipital bossing of the skull. An increased interorbital distance may occur, with the bridge of the nose appearing wide and flat. Underdevelopment of the maxilla and relative mandibular prognathism are common.<sup>1</sup> The ability to approximate the shoulders anteriorly is related to clavicular hypoplasia and is the classic diagnostic sign of the disorder.<sup>2</sup>

Dental problems present the most significant manifestation of CCD; they usually include retention of multiple deciduous teeth, impaction or delay in eruption of permanent teeth and the presence of a varying number of supernumerary teeth.<sup>1</sup> Jensen and Kreiborg<sup>3</sup> have suggested that supernumerary teeth form as a result of activation of remnants of the dental lamina left unresorbed during odontogenesis. Crowding of the dental arches caused by these supernumerary

teeth may play a role in arresting the eruption of permanent teeth or forcing them into ectopic locations. However, the contributory role of supernumerary teeth to the arrested eruption of permanent teeth is believed to be secondary to that of diminished bone resorption. In radiographic images of people afflicted with CCD, alveolar bone can appear striated and hyperostotic. Delayed or arrested eruption has also been attributed to lack of cellular cementum.<sup>4</sup> However, after histomorphometric analysis of 2 permanent teeth extracted from a person with CCD, Counts and others<sup>5</sup> concluded that there was no difference in the percentage of root covered by cementum between these teeth and others extracted from control patients.

In terms of dental management of CCD, several approaches have been reported over the years. The option of no treatment was common in the past.<sup>6</sup> Edentulation followed by provision of dentures has also been suggested.<sup>1</sup> Some regard this approach as too invasive, especially considering the extensive bone loss experienced after removal of teeth in a patient already deficient in alveolar bone. Pusey and Durie<sup>7</sup>

**Case 1**



**Figure 1a:** Pretreatment panoramic radiograph.



**Figure 1b:** Post-treatment panoramic radiograph.



**Figure 1c:** Post-treatment intraoral views.



**Figure 1d:** Post-treatment frontal intraoral view of the prosthesis and "tooth-to-lip" relationship.

The current "state-of-the-art" treatment involves a combination of orthodontics and maxillofacial surgery.<sup>8-10</sup> Our protocol involves timely extraction of deciduous teeth, staged surgical removal of supernumerary teeth, exposure of selected unerupted permanent teeth and orthodontic forced eruption. The process is usually carried out in stages, as teeth that are guided into their ideal position in the arch can subsequently serve as vertical stops to maintain the vertical dimension while the next group of unerupted teeth is exposed and bonded. Following alignment of all permanent teeth, any underlying skeletal discrepancy (most commonly a Class III skeletal malocclusion) can be corrected through orthognathic surgery after completion of growth.<sup>8,11,12</sup>

What follows is a report of the treatment of 2 patients with CCD, a mother and her son. The contrast between treatments of the 2 patients reflects the shift in the management paradigm over the span of a generation.

**Case 1**

A 39-year-old woman with a history of CCD originally presented with the chief complaint of an ill-fitting mandibular complete denture. Most of her mandibular teeth had been removed at a young age and she had not been able to tolerate a lower denture since her teenage years. In the maxilla, however, the patient wore a denture comfortably. The only occlusal contact of the upper denture was with tooth 46. Multiple impacted teeth were present in the maxilla, whereas in the mandible, both third molars were horizontally impacted and tooth 47 was vertically impacted (Fig. 1a)

To minimize the risk of a pathologic fracture of the mandible, the deeply impacted mandibular molars were retained. Dental implants (solid screw, 4.1-mm diameter, SLA; Straumann, Waldenburg, Switzerland) were placed at sites 33 and 43 and a bar-retained overdenture was provided for the mandibular arch<sup>13</sup>

suggested removal of only the erupted teeth and use of a removable prosthesis to minimize alveolar bone loss. However, subsequent eruption of retained teeth can require further surgery and modification of the prosthesis.<sup>6</sup>

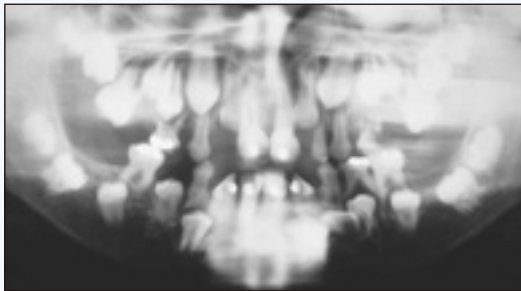
(Figs. 1b-1d).

The patient has returned annually for 4 years. Her implants remain stable, there is no radiographic evidence of any marginal bone loss and the prostheses remain well fitting.

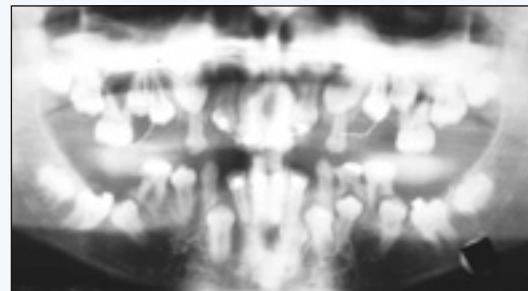
Case 2



**Figure 2a:** Intraoral photos at the start of treatment.



**Figure 2b:** Panoramic radiograph at the start of treatment.



**Figure 2c:** Exposure of the maxillary lateral incisors and first premolars and bonding of neodymium-iron-boron magnets to the mandibular second molars.



**Figure 2d:** A maxillary 0.016-inch by 0.022-inch stainless steel base arch is used to tie the exposed lateral incisors and first premolars with elastomeric thread.

**Case 2**

The son of the patient described in Case 1 — an 8-year-old boy with CCD — initially presented to the orthodontic clinic at the Hospital for Sick Children with retention of multiple deciduous teeth and delay in eruption of permanent teeth. The maxillary central incisors and the mandibular central and lateral incisors were only partly erupted, and a severe anterior open bite was present (Fig. 2a). As the edges of the maxillary and mandibular incisors were situated somewhat apical to the alveolar crest, the anterior open bite was deemed to be due to incomplete eruption of the incisors rather than a habit. A mesial-step terminal plane relationship existed between the maxillary and mandibular second deciduous molars.

The maxillary first permanent molars were also partly erupted, whereas the mandibular first molars had already been lost to caries. A supernumerary tooth was present in the lower left canine area (Fig. 2b).

Initially, buttons were bonded to the erupted maxillary and mandibular incisors and vertical intermaxillary elastic traction was applied to assist their further eruption and promote closure of the anterior open bite. The occlusal contacts between teeth 54 and 85, 63 and 74 and 64 and 75 served to maintain the vertical dimension of the occlusion during this time. Once the mandibular incisors were adequately erupted, segmental orthodontic appliances were placed to aid in preliminary alignment of the maxillary central incisors and the mandibular central and lateral incisors.

Case 2 continued



Figure 2e: Presurgical occlusal relationship.

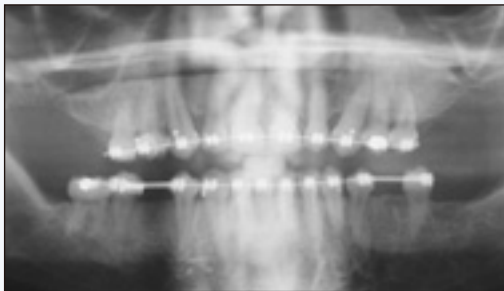


Figure 2f: Presurgical panoramic radiograph.

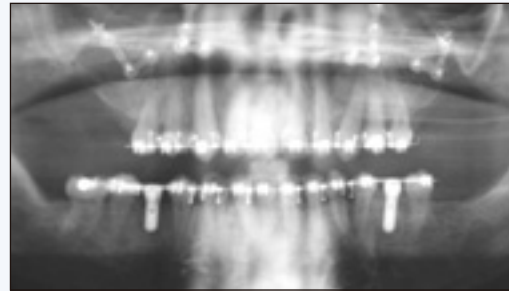


Figure 2g: Postsurgical panoramic radiograph.



Figure 2h: Intraoral views after removal of orthodontic appliances and completion of the mandibular implant-supported crowns.

Following this, the maxillary lateral incisors and first premolars were exposed and traction hooks were placed on them (Fig. 2c). At the same time, forced eruption of the deeply impacted mandibular second molars was attempted by bonding parylene-coated neodymium–iron–boron magnets to them.

A mandibular Hawley appliance was fabricated with 2 larger magnets in direct juxtaposition with the magnets on the teeth to attempt their disimpaction by making use of the attractive magnetic forces through the tissue. This approach proved unsuccessful and, despite a number of modifications to achieve the best position for the larger magnets on the appliance, it was eventually aborted.

The maxillary arch was bonded from first molar to first molar and the traction hooks were tied to a stiff stainless steel archwire with elastic thread (Fig. 2d).

Sequential extractions and exposures followed by forced orthodontic eruption continued over several years as the patient's compliance with appointments dwindled under the taxing burden of care. The limited mouth opening (16 mm) made access to the posterior teeth very difficult. The maxillary first molars were lost to caries and, later, the maxillary second molars and the mandibular left second molar were deemed to be ankylosed. They were subsequently removed along with the third molars.

Eventually, good arch alignment of the remaining teeth was achieved, although a Class III interarch relation and an anterior crossbite remained due to the maxillary hypoplasia. The plan was to address this through orthognathic surgery. To avoid over-retraction of the mandibular incisors, which would compromise the skeletal correction, a decision was made to open 7–8-mm-wide spaces for additional prosthetic



teeth between the mandibular premolars in each quadrant (Figs. 2e and 2f).

A Le-Fort I maxillary osteotomy was undertaken to advance the maxilla by 4–5 mm asymmetrically and achieve coincident midlines while correcting the anterior crossbite. During the same procedure, 2 dental implants (Standard Plus, 4.1-mm diameter, SLA; Straumann) were placed in the mandibular spaces (Fig. 2g). The occlusal and skeletal outcomes were highly satisfactory. However, due to the significantly prolonged duration of the orthodontic treatment (a little over 10 years) and the patient's deficient oral hygiene, generalized marked decalcification was evident at removal of the orthodontic appliances (Fig. 2h).

## Discussion

Planning treatment for a patient with CCD is complicated by a host of factors. The plan is largely dependent on both the chronological and dental ages of the patient, which, due to the frequency of delayed eruption in this condition, are frequently not coincident. The timing of diagnosis is not only important in choosing an appropriate treatment plan but also in attaining a successful result.<sup>3,14</sup> Because typically no pain, swelling or difficulty in functioning is present in the young patient with CCD and the distinctive facial features are not usually sufficiently disfiguring,<sup>10</sup> the patient's perception of the need for treatment may deviate from that of the treating practitioner. Coupled with the fact that the parent (often also afflicted with CCD) may have some personal experience of the burden of care involved, this makes it difficult for the patient to consent to a treatment involving multiple surgical exposures and forced eruption of teeth. In our experience, treatment initiated early has a better prognosis, but patients and parents should be informed at the outset of its extended duration and the unpredictability of achieving eruption of all teeth, especially in more severe cases.

In the first reported case, placement of 2 dental implants in the anterior mandible and replacement of the existing prostheses was the treatment of choice. This treatment has become widely regarded as the standard of care for the edentulous mandible.<sup>14</sup> In this case, the impacted mandibular molars were retained because they did not obstruct optimal placement of the implants and their removal would have potentially weakened the mandible to the point of risking a pathologic fracture.

The second case reported involved multiple surgical exposures of unerupted teeth and orthodontic treatment to establish an intact and aligned dental arch. Following this, at skeletal maturity, the underlying skeletal deformity was corrected and an improved occlusal relationship was attained through a maxillary advancement osteotomy. This combined orthodontic–surgical approach yielded satisfactory results, as the natural dentition could be spared and good occlusal function and esthetics achieved. The obvious disadvantage of this approach is the extensive duration of treatment, requir-

ing multiple surgical procedures, which taxes the patient and challenges the treating practitioners.

## Conclusion

Two very different cases of CCD are presented, each with radically diverse goals. Both treatments successfully met the objectives set out for each case. When establishing an appropriate treatment plan for a patient with CCD, the expected duration of treatment, the age of the patient and the patient's attitude toward treatment are important considerations. For patients with questionable motivation, a prosthetic alternative may be a more realistic option. ♦

## THE AUTHORS



*Dr. Daskalogiannakis is coordinator of orthodontics at the Bloorview Kids Rehab, staff orthodontist at The Hospital for Sick Children, and assistant professor in the department of orthodontics, University of Toronto, Ontario.*



*Dr. Piedade is a dental intern at Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario.*



*Dr. Lindholm is formerly clinical fellow in oral and maxillofacial surgery. He is currently in private practice in Turku, Finland.*



*Dr. Sándor is coordinator of pediatric oral and maxillofacial surgery at The Hospital for Sick Children and Bloorview Kids Rehab, professor at the University of Toronto, and docent in oral and maxillofacial surgery, University of Oulu, Finland.*



*Dr. Carmichael is coordinator of prosthodontics at The Hospital for Sick Children and Bloorview Kids Rehab and assistant professor at the University of Toronto, Ontario.*

*Correspondence to: Dr. John Daskalogiannakis, Division of Orthodontics, The Hospital for Sick Children, 555 University Ave., Toronto, ON M5G 1X8.*

*The authors have no declared financial interests in any company manufacturing the types of products mentioned in this article.*

## References

1. Winter GR. Dental conditions in cleidocranial dysostosis. *Am J Orthod Surg* 1943; 29(2):61–89.
2. Mundlos S. Cleidocranial dysplasia: clinical and molecular genetics. *J Med Genet* 1999; 36(3):177–82.
3. Jensen BL, Kreiborg S. Development of the dentition in cleidocranial dysplasia. *J Oral Pathol Med* 1990; 19(2):89–93.
4. Rushton MA. An anomaly of cementum in cleido-cranial dysostosis. *Br Dent J* 1956; 100:81–83.
5. Counts AL, Rohrer MD, Prasad H, Bolen P. An assessment of root cementum in cleidocranial dysplasia. *Angle Orthod* 2001; 71(4):293–8.
6. Becker A. The orthodontic treatment of impacted teeth. London: Martin Dunitz Ltd.; 1998. p. 199–227.
7. Pusey RF, Durie JF. A case of cleidocranial dysostosis showing failure of eruption of teeth. *Br Dent J* 1943; 75:11–13.
8. Hall RK, Hyland AL. Combined surgical and orthodontic management of the oral abnormalities in children with cleidocranial dysplasia. *Int J Oral Surg* 1978; 7(4):267–73.

9. Smylski PT, Woodside DG, Harnett BE. Surgical and orthodontic treatment of cleidocranial dysostosis. *Int J Oral Surg* 1974; 3(6):380-5.
10. Becker A, Lustmann J, Shteyer A. Cleidocranial dysplasia: Part 1—General principles of the orthodontic and surgical treatment modality. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1997; 111(1):28-33.
11. Farrar EL, Van Sickels JE. Early surgical management of cleidocranial dysplasia: a preliminary report. *J Oral Maxillfac Surg* 1983; 41(8):527-9.
12. Trimble LD, West RA, McNeill RW. Cleidocranial dysplasia: comprehensive treatment of the dentofacial abnormalities. *J Am Dent Assoc* 1982; 105(4):661-6.
13. Feine JS, Carlsson GE, Awad MA, Chehade A, Duncan WJ, Gizani S, and others. The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two-implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients. In: Feine JS, Carlsson GE, editors. *Implant overdentures: the standard of care for edentulous patients*. Chicago: Quintessence; 2003. p. 155-7.
14. Tasar F, Bulut E, Tumer C, Saysel M, Muhtarogullari M. Cleidocranial dysplasia. Case report. *Aust Dent J* 1995; 40(6):352-6.

## Index des annonceurs

3M ESPE .....	272, 318
A-Dec International .....	283
Adhésion à l'ADC .....	293, 322
CDSPI .....	300, 335, 344
Clinical Research Dental .....	270, 316
Colgate-Palmolive Canada Inc. ....	278, 346
Congrès annuel de l'ADC .....	330
Dentsply Canada .....	274, 289
DioGuardi and Company, LLP .....	334
Fonds de l'ADC .....	354
GlaxoSmithKline .....	290
Henry Schein Ash Arcona .....	356
Ivoclar-Vivadent .....	286, 306
Kodak Dental Systems .....	284
Laboratoires Oral-B .....	273, 276, 343
Les Producteurs laitiers du Canada .....	324
P z er Consumer Healthcare .....	320
Procter & Gamble Pharmaceuticals .....	312
Rondeau Seminars .....	336
Sceau de reconnaissance de l'ADC .....	353
Strathcona Prescription Centre .....	342
Straumann Canada Ltd. ....	280
Sultan Healthcare .....	297
Vident .....	309
VOCO .....	305

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



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

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

Call Toll Free Today  
1 (888) 433-2334

Will Leung  
B.Sc. Pharmacy

Ils sont faits l'un pour l'autre.



## Ensemble, les porte-fluor Oral-B® et Oral-B Minute-Foam® constituent un traitement au fluorure gagnant.

Qu'est-ce qui rend les porte-fluor Oral-B si attrayants ? Ils sont spécialement conçus pour empêcher les débordements et les haut-le-cœur grâce à des parois profondes qui recouvrent les surfaces des racines et les régions postérieures. Vous obtenez la surface d'action qu'il vous faut et vos patients obtiennent le confort qu'ils méritent.

Maintenant, alliez nos porte-fluor à Oral-B Minute-Foam pour une application de fluorure imbattable. En 60 secondes à peine, Minute-Foam favorise une absorption de fluorure de 17 690 mg/L<sup>1</sup> — supérieure à celle d'un gel ou d'un rinçage combinant deux liquides. Sa consistance unique assure une surface d'action

exceptionnelle sans débordement, réduisant les risques de haut-le-cœur et d'ingestion. De plus, grâce à sept saveurs délicieuses et à l'absence de colorants nocifs, Minute-Foam ravira vos patients. Lorsque vous utilisez les porte-fluor Oral-B et Oral-B Minute-Foam... tout le monde est gagnant.

Pour de plus amples renseignements sur le produit, composez le 1 800 268-5217 ou visitez [www.oralb.com](http://www.oralb.com).

**Oral-B®**  
précisément

# 10 BONNES RAISONS D'INVESTIR DANS LE RER DE L'ADC

**1** : Onze fonds de l'ADC ont affiché un rendement à deux chiffres pour la période de un an ayant pris fin le 30 septembre 2005. **2** : Mettre sur pied un portefeuille divers est facile, grâce à la vaste sélection des fonds de placement sans frais d'acquisition, notamment les obligations, les fonds d'actions, de titres à revenu et de dividendes du RER de l'ADC. **3** : Des planificateurs financiers agréés ne touchant pas de commissions vous offrent des conseils\* professionnels sans frais. **4** : Les fonds de placement de l'ADC sont gérés par d'éminents gestionnaires de fonds, notamment Altamira, AIM Trimark, McLean Budden, Placements CI et Phillips, Hager & North. **5** : Un rééquilibrage du portefeuille, sans frais, est disponible. **6** : Des honoraires de gestion qui sont parmi les plus bas sur le marché, allant de seulement 0,67 à 1,77 % selon le fonds choisi. **7** : Aucuns frais annuels. **8** : Les fonds distincts protègent l'actif de votre REER contre les revendications des créanciers si vous remplissez certaines conditions. **9** : Votre placement minimum initial est de seulement 50 \$, avec des placements subséquents minimums de 25 \$. **10** : Le RER de l'ADC compte plus de 45 années d'expérience au cours desquelles il a aidé les dentistes, leur famille et leur personnel à accroître l'actif.



**John Webster, CFP**  
Conseils professionnels en direct Inc.  
— une filiale du CDSPI



Appelez les Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI pour commencer à investir dans le RER de l'ADC dès aujourd'hui ou téléchargez une demande à partir du site [www.cdspi.com/rer-adc](http://www.cdspi.com/rer-adc).

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



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

Veillez noter que les rendements antérieurs n'indiquent pas nécessairement les rendements futurs. Les résultats correspondent aux taux de rendement annuels composés, déduction faite des frais. Pour voir les rendements courants, visitez [www.cdspi.com/fonds](http://www.cdspi.com/fonds).

## Répondre aux besoins financiers des femmes dentistes

Par Susan Roberts, FLMI, ACS, et John Webster, CFP

Plus de 20 % des dentistes au Canada sont des femmes. Face au nombre record de femmes joignant le rang de la profession (environ 50 % des finissants sont des femmes par rapport à 13 % il y a 30 ans), les associations dentaires et les organismes de services financiers ont réagi aux besoins croissants et parfois uniques des femmes dentistes.

De nombreuses Canadiennes sont admissibles aux prestations d'assurance-emploi pour congé de maternité. Toutefois, les dentistes autonomes ne peuvent pas cotiser à l'assurance-emploi; donc, de nombreuses femmes dentistes ne sont pas admissibles aux prestations de maternité. Les contrats privés n'offrent pas de couverture similaire; par conséquent, le Régime d'assurance des dentistes du Canada a comblé ce besoin.

L'assurance des frais généraux du Régime prévoit une prestation de maternité afin de compenser certains des frais généraux engagés par les femmes dentistes qui s'absentent de leur cabinet dentaire pour partir en congé de maternité à temps plein. Pour que les femmes dentistes soient admissibles aux prestations de maternité, leur couverture doit avoir été en vigueur depuis au moins 12 mois avant la naissance de l'enfant. Les prestations sont payables pour un maximum de 15 semaines consécutives.

L'ADC continue d'exercer des pressions aux fins de changements législatifs, notamment des amendements aux conditions touchant l'assurance-emploi et aux règles afférentes aux retraits des REER, afin de préconiser des congés de maternité et parentaux plus équitables pour les dentistes au Canada qui travaillent à leur compte.

La docteure Nancy Jeffery a joint la profession dentaire en 1982 et exploite son cabinet en solo à Fredericton au Nouveau-Brunswick. Elle a remarqué de nombreux changements au fil des ans. Par exemple, quand elle a donné naissance à son enfant cadet il y a 16 ans, «il n'y avait pas de réseau de suppléants, déclare-t-elle. Je suis retournée travailler après deux semaines de congé.»

Pour la docteure Jeffery, avoir un fournisseur de services financiers qui répond aux besoins des dentistes fait une différence. «J'ai de l'assurance vie et invalidité par l'intermédiaire du Régime, dit-elle. Au cours des années, j'ai fait des comparaisons avec la couverture offerte ailleurs et celle du Régime a une bonne longueur d'avance.»

Il est important que les dentistes aient une planification financière pertinente. Cela comprend une assurance pour protéger le niveau de vie de leur famille, étant donné que de nombreux dentistes contribuent une partie importante au revenu du ménage. En ce qui concerne la planification de la retraite, les besoins des femmes dentistes sont quelque peu différents.

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes; donc les femmes dentistes ont besoin de plus d'épargnes de retraite. Une étude a démontré que les femmes dentistes sont plus portées, par rapport aux hommes dentistes, à travailler à temps partiel durant les années consacrées à élever les enfants; de plus, elle a révélé que la durée de carrière est de 20 ans pour les femmes dentistes, comparé à 35 ans pour les hommes.<sup>1</sup>

Épargner tôt au moyen d'un contrat à impôt différé, notamment un REER, permet aux femmes dentistes d'acquiescer des fonds plus élevés. La croissance des placements peut se faire plus longtemps en franchise d'impôt, donnant ainsi lieu à des milliers de dollars de plus en revenu de retraite pendant la durée du contrat enregistré.

Les dentistes ayant des corporations professionnelles peuvent établir un plan de retraite individuel (PRI) afin d'accélérer leurs épargnes. Les PRI, comme le PRI de l'ADC, ont des limites de cotisation plus élevées que les REER. Les cotisations peuvent être déductibles en tant que frais par la corporation, ce qui signifie des épargnes fiscales plus élevées, étant donné la cotisation de sommes plus importantes.

La situation financière de chaque dentiste est unique. Pour obtenir des conseils adaptés à vos circonstances personnelles, la prudence est de mise. Les dentistes peuvent communiquer avec les Conseils professionnels en direct Inc. au 1-877-293-9455 ou (416) 296-9455 pour parler à un conseiller personnel en planification d'assurance (poste 5002) ou à un conseiller personnel en planification des placements (poste 5023). ♦

### LES AUTEURS



Mme Roberts est une agente d'assurance vie et maladie et une courtière d'assurance générale agréée; elle est aussi chef, Services aux clients du Service des assurances aux Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI.



M. Webster est un planificateur financier agréé et vice-président, planification financière des Conseils professionnels en direct Inc. — une filiale du CDSPI.

### Référence

1. Brown TA. Un-audited study of average ages of selling dentists, 1995–1999. *Age of Vendors 2000*; p 1–3.



L'ASSOCIATION  
DENTAIRE  
CANADIENNE



Le Régime d'assurance des dentistes du Canada est parrainé par l'ADC et coparrainé par les associations dentaires provinciales participantes. Le CDSPI en assume l'administration. L'assurance des frais généraux est établie par la Compagnie d'Assurance-Vie, Manufacturers (Financière Manuvie).

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.

### 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
Juin	10 mai
Juillet	10 juin

**Veuillez 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 - 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 - 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 periodontal 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 - 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 - Squamish:

An "outdoors sophisticate" is required for a 4-chair state-of-the-art practice in the heart of one of the fastest growing areas in B.C., the Sea to Sky corridor, home to the 2010 Olympics. Retail location 1 block from Garibaldi Springs Hotel and Golf Course (5 minutes from new Quest University). Squamish is the Outdoor Adventure Capital of Canada 30 minutes to either Vancouver or Whistler. Practice is fully equipped e.g. digital x-ray and intraoral cameras. Low overhead (30-year lease); flex shifts 3 or 3.5 days per week let you also commute from Vancouver or Whistler. AARM has busy, highly efficient offices with lots of cosmetic dentistry, routine endo/surgery - ideal for experienced doctor. Please fax Kim at: (604) 629-0759 or check out our website, [www.aarm-dental.com](http://www.aarm-dental.com). Email: [aarm@axion.net](mailto:aarm@axion.net). D2425

**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. Dentrix 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 - Etobicoke:** Dental practises for sale. Two separate practises under the same roof, at same address for many years. Both dentists are retiring. Huge potential growth for young dentist. Excellent access and parking. Near Queen Elizabeth Way and Highway 427. 846 Browns Line, Etobicoke, Ont. Tel: (416) 741-8293. D2429

**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 - Toronto:** Well-established oral surgery practice for sale. Large referral base. Available this year. For details, reply to CDA Box #2380. D2380

**ONTARIO - Sudbury:** Well-established satellite office for sale. One day/week, digital x-rays, intraoral cameras, panorex, low rent, highly profitable. Within 30 minutes of Sudbury. Tel: (705) 983-0049 for more information. D2422

**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

**UNITED STATES - (Freemont) California:** Practice for sale. Four-operator high-tech general practice located in professional building in Freemont. Call for details or leave message: (650) 906-5964. D2447

**Positions Available**

**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 - 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:** Busy mall practice looking for full-time associate. Newer office with 9 operatories, computerization, digital x-rays, etc. Must be able to work some evenings and weekends. Right individual will have potential to gross/bill ~\$20,000 - \$50,000 per month. Check our website www.bonnieoondental.com. Please submit resume to: vanessacchan@interbaun.com. D2391

**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 - Red Deer:** Associate required for busy general dentistry practice. Present associate moving out of province. Office newly renovated - great location in a fast-growing community. New grads welcome. Option to buy-in. Long-term staff. Contact Wendy: (403) 342-5800 Email: imagedentalstudio@shaw.ca. D2439

**ALBERTA - St. Albert:** Excellent opportunity for associate to take on existing patient base with excellent new patient flow. Daytime starting at 3 days/week. A highly motivated, great "people" person with quality dental skills and ability to work independently will do very well. Email resume to Dr. Randall Croutze at: rabc@telusplanet.net. D2421

**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

**ALBERTA - Wetaskiwin:** Full-time associate required for a progressive family practice 30 minutes south of Edmonton. Opportunity for transition available. Contact Dr. Ron Tratch, 5007 51 Ave., Wetaskiwin, Alberta. Call: (780) 352-5016 or fax: (780) 352-4568. D2381

**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 established 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 – Port Coquitlam:** Full-time associate required. Excellent opportunity with great staff in well-established larger office. Periodontal focused with 3 full-time and 1 part-time hygienist. Principal dentist areas of interest are periodontal, implant placement, and occlusion. Position available February 2006. Please send resume, attention office manager to: myrnapearce@stargate.ca or fax to: (604) 552-9145. D1855

**BRITISH COLUMBIA - Sunshine Coast:** Full-time associate required for our busy Pender Harbour Dental Clinic on beautiful Sunshine Coast. (The fastest growing community in B.C.) Only a 45-minute ferry trip from Vancouver. Excellent opportunity for a dentist looking for a long-term position and great earnings. New patients daily. Call or fax resume: 604-886-7830/Jari. D2370

**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:** We are committed to creating beautiful smiles! Are U? We are seeking a full-time Certified Dental Assistant and dental receptionist to join our busy, modern Oakridge dental office. Please fax resume to: Dr. Marcy Schwartzman (604) 266-0784. D2441

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

**BRITISH COLUMBIA - Squamish:** An "outdoors sophisticate" is required for associate (purchase an option) in a busy 4-chair state-of-the-art ground floor retail practice – 30 minutes to Vancouver and Whistler. Dental office is 1 block from Garibaldi Springs Hotel and Golf Course, 5 minutes from new Quest University. You must have minimum 1 year experience, with superb cosmetic, endo, and surgery skills – ability to work independently. Initial accommodation provided. Remuneration from 35% to 50%. Please fax Kim at: (604) 629- 0759 or

check out our website www.aarm-dental.com. Email: aarm@axion.net.

D2426

**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 committed 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

**NOVA SCOTIA - Halifax:** Full-time associate position available July 1, 2006, in the Halifax-Dartmouth, N.S. area. Large, established family practice, easy-going atmosphere with friendly, long-term dental team. Three dentists, one oral surgeon, and four hygienists. Five thousand plus active patients. Seven operatories. Must have at least five years experience with some ortho a preference. Practice emphasis on family care vs. selling dentistry. Opportunity for buy-in for right dentist after 1-2 years. Please call Heather Taylor (office manager) at: (902) 469-0283. D2428

**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 - Ottawa (Central East):** Full-time associate/partner opportunity. Bilingualism an asset. Learn from 20 years experienced single owner. Fax: (613) 745-3305. D2373

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

**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:** We are in need of a full-time pediatric dentist to provide quality care in our modern, progressive, pediatric dental office located minutes from Toronto. Practice provides all aspects of pediatric dentistry including sedation and general anesthesia (on site and in hospital). This is your chance to become involved in an extremely busy practice with two practitioners, a great staff and a great future. Fax resume to: (905) 513-7833. D2167

**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 - 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

### 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)

D2050

### PROFESSIONAL OPPORTUNITY IMMEDIATE POSITION ASSOCIATE DENTIST

**C**RESTWOOD DENTAL CLINIC of Medicine Hat, Alberta, is seeking a full-time associate dentist. We now have 5 dentists in a large 16-operator modern clinic, well situated and centrally located in a thriving and growing community that also has a very large drawing area from South-East Alberta and South-West Saskatchewan.

Crestwood Dental Clinic offers all aspects of dentistry to the community, including hospital surgery, orthodontics, periodontics and restorative dentistry.

This is an excellent opportunity for recent grads or for new grads in the spring of 2006. All interested parties please contact:

Gordon Rice, Clinic Manager  
Crestwood Dental Clinic  
200, 1899 Dunmore Road SE,  
Medicine Hat, AB T1A 1Z8  
Phone: (403) 526-0777 Fax: (403) 529-2137  
email: [cdc@memlane.com](mailto:cdc@memlane.com)  
[www.crestwooddental.ca](http://www.crestwooddental.ca)

D2440

**PRINCE EDWARD ISLAND:** Oral maxillofacial surgeon. Opportunities available for associateship leading to partnership in all aspects of busy oral surgery practice in Atlantic Canada. Hospital privileges available. If interested please reply to: CDA Classified Box #1548. tel: (902) 892-2970 (bus.), (902) 892-8337 (res.), email: habbi@islandtelecom.com. D1548

**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

**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

**YUKON – Whitehorse:** Land of the Midnight Sun. Come for the adventure. Associate required. Check out our web site: www.klondike-dental.com. Fax: (867) 667-4944. D1828

**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

HANDPIECE REPAIR

- ✓ Low Cost
- ✓ Fast Service
- ✓ Full Warranty
- ✓ Free Shipping

Tel 604.575.8544  
Toll Free 1.888.575.8544

MCS HANDPIECE

8355 - 170 A Street, Surrey, BC, V4N 5J7


D2435

***Vous voulez que votre annonce***

***se démarque?***

***Ajoutez maintenant de la couleur à votre annonce classée pour qu'elle se démarque vraiment!***

***Pour placer votre petite annonce ADC, communiquez avec :***

***John Reid***

***Téléphone : 1 800 661-5004 ou (905) 278-6700, poste 23***

***Télécopieur : (905) 278-4850***

***Courriel : jreid@keithhealthcare.com***

Shanghai - Beijing - Great Wall - Xian - Terra Cotta Warriors - Guilin - Shenzhen

**Tour Package including air and accommodations for**

**FDI Dental Conference - Departing 15 Sept**

**Shenzhen China**

**15 days** Depart Vancouver **\$2995**

Toronto Montreal Ottawa Winnipeg add \$400

air - hotels - meals - sightseeing - 5 cities

**1 - 800 - 663 - 1559**

**www.pacificrimtravel.com**

D2374

# Produits ayant le sceau de reconnaissance de l'ADC

## Church & Dwight Ltd.

Dentifrice Aim  
Dentifrice Arm & Hammer Dental Care  
Dentifrice Close Up gel rouge  
Dentifrice Close Up gel vert

## Colgate Palmolive Canada Inc.

Brosse à dents Colgate Active Angle  
Brosse à dents Colgate Massager  
Brosse à dents Colgate Navigator  
Brosse à dents Colgate Plus  
Brosse à dents Colgate Replace  
Brosse à dents Colgate Sensation Whitening  
Brosse à dents Colgate Total Professional  
Colgate 2en1 dentifrice et rince-bouche antitartre  
Colgate 2en1 dentifrice et rince-bouche blanchissant  
Colgate 2en1 dentifrice et rince-bouche menthe fraîcheur  
Colgate 2en1 Kids dentifrice et rince-bouche saveur gomme balloune  
Colgate 2en1 Kids dentifrice et rince-bouche saveur melon d'eau  
Colgate Blanc Éclatant protection contre les tâches  
Colgate dents sensibles blanchissant rayures fraîcheur  
Colgate dents sensibles blanchissant menthe fraîche  
Colgate Sensation Blanc Éclatant bicarbonate de soude et peroxyde  
Dentifrice Colgate Blanc Éclatant menthe fringante  
Dentifrice Colgate Fraîcheur Confiance Blanchissant  
Dentifrice Colgate Herbal Blancheur  
Dentifrice Colgate Protection contre la carie  
Dentifrice Colgate Sensation Blanchissant  
Dentifrice et gel Colgate Superstar Kids  
Dentifrice Colgate Total  
Dentifrice Colgate Total Blanchissant  
Dentifrice Colgate Total Fraîcheur active  
Dentifrice Colgate Total gel  
Dentifrice Colgate Total Rayures fraîcheur

## Combe Incorporated

Rince-bouche au fluorure Cépacol antibactérien (menthe glacée)

## Gillette Canada

Brosse à dents Oral-B Advantage  
Brosse à dents Oral-B Indicator  
Brosse à dents électrique Oral-B Sonic Complete  
Brosse à dents électrique Oral-B ProfessionalCare 7500  
Brosse à dents électrique Oral-B ProfessionalCare 8850DLX

## GlaxoSmithKline

Dentifrice blanchissant Sensodyne-F Revitalisant  
Dentifrice au fluorure Aquafresh blanchissant  
Dentifrice au fluorure Aquafresh Blanchissant Multi Action  
Dentifrice au fluorure Aquafresh blanchissant ultra frais menthe  
Dentifrice au fluorure Aquafresh Enfants gomme à la menthe  
Dentifrice au fluorure Aquafresh Extreme Clean  
Dentifrice au fluorure Aquafresh Sensitive  
Dentifrice Sensodyne original  
Dentifrice Sensodyne-F bicarbonate de soude rafraichissant  
Dentifrice Sensodyne-F gel menthe  
Dentifrice Sensodyne-F menthe  
Dentifrice Sensodyne-F menthe fraîche  
Dentifrice Sensodyne-F Ultrafraîcheur

## Pfizer Canada Inc.

Listerine antitartre rince-bouche antiseptique  
Listerine au fluorure rince-bouche antiseptique  
Listerine d'origine rince-bouche antiseptique  
Listerine fraîcheur d'agrumes rince-bouche antiseptique  
Listerine menthe fraîcheur rince-bouche antiseptique  
Listerine menthe rafraichissante rince-bouche antiseptique  
Listerine Plus rince-bouche antiseptique

## Procter & Gamble

Dentifrice Crest antitartre au bicarbonate de soude menthe fraîche  
Dentifrice Crest au bicarbonate de soude  
Dentifrice Crest extra-blanchissant avec protection antitartre menthe vive  
Dentifrice Crest Multisoins blanchissant menthe fraîche  
Dentifrice Crest pour dents sensibles pâte menthe fraîche  
Dentifrice Crest protection anticarie pâte ordinaire  
Dentifrice Crest protection anticarie pour les enfants gel étincelant  
Dentifrice Crest protection antitartre pâte menthe fraîche  
Dentifrice tout-en-un Crest Complete gel menthe vive  
Fixodent crème adhésive pour dentiers

## Sulcabrush Inc.

Sulcabrush  
Sulcabrush de voyage

## Zila Pharmaceuticals

Rince-bouche Peridex

*Pour en savoir plus sur les procédures de demande, communiquez avec :*

Coordonnatrice des programmes dentaires  
Association dentaire canadienne  
Tél. : (613) 523-1770, poste 2165 ou 1-800-267-6354 (sans frais)  
Téléc. : (613) 523-7736



ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE



# 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 31 mars 2006)

	Ratio 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 %	21,5 %	26,0 %	14,1 %	10,1 %
Fonds d'actions ordinaires (Altamira)	jusqu'à 0,99 %	23,0 %	22,5 %	7,7 %	8,4 %
Fonds d'actions canadiennes (Trimark) <sup>†1</sup>	jusqu'à 1,50 %	12,9 %	17,4 %	7,9 %	9,1 %
Fonds de dividendes (PH&N) <sup>†2</sup>	jusqu'à 1,20 %	16,6 %	21,3 %	12,0 %	18,0 %
Fonds de titres à revenu de l'ADC (Sceptre)	jusqu'à 1,45 %	24,5 %	27,2 %	s/o	s/o
Fonds d'actions spéciales (KBSH) <sup>†3</sup>	jusqu'à 1,45 %	24,3 %	26,0 %	5,9 %	13,9 %
Fonds à indice composite TSX (BGI) <sup>††</sup>	jusqu'à 0,67 %	27,5 %	25,4 %	11,1 %	10,5 %
<b>Fonds de croissance internationaux de l'ADC</b>					
Fonds marchés émergents (Brandes)	jusqu'à 1,77 %	31,9 %	26,9 %	13,1 %	3,4 %
Fonds de titres européens (Trimark)	jusqu'à 1,45 %	19,2 %	12,1 %	-6,1 %	3,6 %
Fonds d'actions internationales (CC&L)	jusqu'à 1,30 %	12,5 %	11,6 %	-4,8 %	2,2 %
Fonds Bassin Paci que (CI)	jusqu'à 1,77 %	32,4 %	16,3 %	-4,7 %	0,3 %
Fonds petite capitalisation États-Unis (Trimark)	jusqu'à 1,25 %	9,0 %	4,9 %	-6,9 %	s/o
Fonds mondial (Trimark) <sup>†4</sup>	jusqu'à 1,50 %	14,8 %	12,9 %	5,6 %	8,9 %
Fonds mondial d'actions (Templeton) <sup>†5</sup>	jusqu'à 1,77 %	11,3 %	17,2 %	1,8 %	s/o
Fonds indiciel S&P 500 (BGI) <sup>††</sup>	jusqu'à 0,67 %	6,6 %	7,4 %	-1,4 %	6,6 %
<b>Fonds à revenu de l'ADC</b>					
Fonds d'obligations et d'hypothèques (Fiera)	jusqu'à 0,99 %	0,5 %	4,1 %	4,6 %	5,6 %
Fonds à revenu fixe (McLean Budden) <sup>†6</sup>	jusqu'à 0,97 %	3,3 %	5,6 %	5,7 %	6,9 %
<b>Fonds liquide et quasi-liquide de l'ADC</b>					
Fonds d'effets financiers (Fiera)	jusqu'à 0,67 %	2,2 %	2,1 %	2,3 %	3,2 %
<b>Fonds de croissance et à revenu de l'ADC</b>					
Fonds mixte (PH&N) <sup>†7</sup>	jusqu'à 1,20 %	11,5 %	11,0 %	3,7 %	7,0 %
Fonds valeur mixte (McLean Budden) <sup>†8</sup>	jusqu'à 0,95 %	10,4 %	13,0 %	6,9 %	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.

<sup>†</sup> 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.

<sup>††</sup> 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



# L'AVANCEMENT DE LA DENTISTERIE PAR LA TECHNOLOGIE

## GRUPE DE CONCEPTION DENTAIRE

- Concevez votre propre cabinet
- Actualisez votre cabinet existant

## CRÉDIT-BAIL

- Services financiers Henry Schein

## ÉQUIPEMENT ET HAUTE TECHNOLOGIE

- Des pièces à main jusqu'aux salles opératoires
- Caméras intrabuccales, systèmes radiographiques numériques et lasers

## LOGICIELS DE GESTION DE CABINET/D'IMAGERIE

- Dentrax®, CaptureLink et ViperSoft®
- Matériel complet, solution de réseautage
- Formation et soutien

## PRO-REPAIR ET PRO-SERVICE

- Installation et service
- Programmes d'entretien préventif

 HENRY SCHEIN®  
ASH ARCONA

*Appelez au jour d'hui pour  
une consultation gratuite*  
**1.800.263.3621 | [www.hsa.ca](http://www.hsa.ca)**