

**Sous le patronage du Pr René Chamussy s.j.,**  
*Recteur de l'Université Saint-Joseph*

## **SÉANCE INAUGURALE**

**Le jeudi 31 mai 2012 de 9h à 9h45**

Campus des sciences médicales,  
Rue de Damas, Amphithéâtre C

-  Mot du **Pr Antoine Khoury**  
*Président du comité d'organisation*
  
  -  Mot du **Pr Nada Naaman**  
*Doyen de la Faculté de médecine dentaire*  
*Président des Journées odontologiques*
  
  -  Mot du **Pr René Chamussy s.j.**  
*Recteur de l'Université Saint-Joseph*
  
  -  La Faculté 30 ans depuis  
*Séquence vidéo préparée par l'IESAV*
  
  -  Inauguration de l'exposition
- 

# PROGRAMME

**Mercredi 30 mai 2012**

## Amphi C

**Precongress : Orthodontics - Pr Domingo Martin**

**Morning session : Multidisciplinary treatment - the future of orthodontics**

*Présidents de séance : Pr Fayez Saleh - Dr Joseph Ghoubril*

9h00-10h30	Lecture
10h30-11h00	Coffee break
11h00-12h30	Lecture
12h30-14h00	Lunch

**Afternoon session :**

*Présidents de séance : Pr Joseph Ghafari - Dr Antoine Saadé*

14h00-15h30	Introduction to the face treatment philosophy
15h30-16h00	Coffee break
16h00-17h30	Extractions for function, esthetics and stability

## Amphi B

### **SÉMINAIRE DE RÉANIMATION AU CABINET DENTAIRE**

**Séance de récapitulation des techniques de base pour la réanimation au cabinet dentaire.**

Séance sanctionnée par une *attestation de participation* délivrée par la Croix rouge libanaise

*Responsable : Dr Daniel Kahalé*

9h00-10h00	Remise à jour et actualisation des techniques de base : <ul style="list-style-type: none"><li>- examen et bilan des fonctions vitales</li><li>- techniques de dégagement des voies respiratoires</li><li>- respiration artificielle</li><li>- massage cardiaque</li></ul>
10h00-10h30	Présentation du matériel spécialisé : <ul style="list-style-type: none"><li>- Canules oropharyngées</li><li>- Masques et ballon auto-remplisseur</li><li>- Bombonne d'oxygène</li><li>- Défibrillateur semi-automatique</li></ul>
10h30-11h00	Pause-café
11h00-12h00	Démonstration des techniques de réanimation Atelier et pratique individuelle

## Salle U

### **ATELIER IMPLANTOLOGIE EUROTEKNIKA**

*Responsable : Dr Ronald Younès*

9h00-10h30	Atelier implant et prothèse Euroteknika Workshop
10h30-11h00	Pause-café
11h00-12h00	Atelier implant et prothèse Euroteknika Workshop

# Jeudi 31 mai 2012

## 9h00 - 9h45 SÉANCE INAUGURALE

### Amphi Abou Khater

#### CONFÉRENCES MULTIDISCIPLINAIRES

*Présidents de séance : Pr Nada Naaman - Pr Jeanine Hoyek Gebeily*

9h45-10h30	La radiologie est-elle en totale corrélation avec l'anatomie ?	Dr Salvatore Gabriele
10h30-11h00	Pause-café	

*Présidents de séance : Dr Ghassan Yared - Pr Nohad Rizk*

11h00-11h45	Looking at the modern restorative dentistry from an old perspective.	Pr Fabio Scutella
11h45-12h30	Full-mouth restoration with implants: when to extract or to preserve teeth, treatment procedures in mixed dentition	Dr Friedrich Pape
12h30-13h15	Single tooth replacement : clinical and biological aspects.	Dr Andrea Parapaiola
13h15-14h30	Déjeuner	

#### CONFÉRENCES MULTIDISCIPLINAIRES

*Présidents de séance : Dr Rahil Douaihi - Pr Nada Farhat Mchayleh*

14h30-15h15	Prévention et soins dentaires durant la grossesse et les premières années de la vie	Pr Yves Delbos
15h15-16h00	The periodontally compromised posterior prosthetic abutment: when to maintain the tooth v/s placing an implant.	Dr Diego Capri
16h00-16h30	Pause-café	

*Présidents de séance : Pr Mounir Doumit - Dr Alfred Naaman*

16h30-17h15	Predictable endodontics : updates and perspectives	Pr Zareh Ouzounian
17h15-18h00	Imagerie endodontique en 2012	Pr Reza Arbab Chirani

### Amphi C

#### SÉMINAIRE DE PARODONTOLOGIE

*Présidents de séance : Dr Nadim Mokbel - Pr Elie Azar Maalouf*

9h45-10h10	Antibiotiques au cabinet dentaire : choix et critères de décision. Données actuelles	Dr Nadim Mokbel
10h10-10h30	Remplacement implantaire de 2 centrales : conditions et étapes cliniques de réussite	Pr Nabih Badawi
10h30-11h00	Pause-café	

*Présidents de séance : Pr Nabih Badawi - Dr Carole Chakar*

11h00-11h30	Defining predictability in smile enhancement / preservation: the periodontist's responsibility	Dr Diego Capri
11h30-11h50	Does primary stability affect implant success and marginal bone loss?	Dr Ghassan Matni
11h50-12h10	Immediate or delayed implant placement: how can we choose?	Dr Maroun Dagher
12h10-12h30	Les considérations thérapeutiques des récessions multiples adjacentes	Pr Hani Khoury
12h30-13h15	Transmission directe d'une chirurgie mucogingivale - Mucogingival live surgery	Pr Georges Tawil
13h15-14h30	Déjeuner	

## **SÉMINAIRE DE PROTHÈSE FIXÉE**

*Présidents de séance : Pr Nohad Rizk - Pr Khaldoun Rifai*

14h30-15h00	Orthodontics, occlusion and TMD: an update	Pr Ambra Michelotti
15h00-15h30	The edentulous upper jaw: restoration concepts and indications	Dr Friedrich Pape
15h30-16h00	The soft tissue barrier at implant and teeth	Dr Andrea Parpaiola
16h00-16h30	Pause-café	

*Présidents de séance : Pr Elie Zébouni - Pr Georges Tehini*

16h30-17h00	The simplified prosthetic protocol: a novel approach for the rehabilitation of natural teeth and implants	Pr Fabio Scutella
17h00-18h00	Transmission directe : taille contrôlée sur dents vivantes antérieures + temporisation : live transmission	Prs Nohad Rizk, Elie Zébouni, Drs Habib Rahmé, Pascale Habre Hallage

## **Amphi B**

## **SÉMINAIRE D'ORTHODONTIE**

*Présidents de séance : Dr Joseph Ghoubril - Dr Fadi Ghraith*

9h45-10h15	Management of TMD and orthodontic treatment	Pr Ambra Michelotti
10h15-10h30	Les brackets auto-ligaturants : entre évidence et réalité	Dr Roland Kmeid
10h30-11h00	Pause-café	

*Présidents de séance : Pr Farès Abou Obeid - Dr Mona Ghoussoub*

11h00-12h00	A different perspective of the relationship between orthodontics and TMD	Pr Domingo Martin
12h00-12h20	Extraction de prémolaires: faut-il encore les sacrifier?	Dr Marwan Mansour
12h20-12h40	Management of asymmetric malocclusions in adults	Dr Patrick Anhoury
12h40-13h00	L'éthique de l'esthétique faciale	Dr Elie Amm
13h00-14h30	Déjeuner	

## **SÉMINAIRE DE PATHOLOGIE ORALE**

*Présidents de séance : Pr Edgard Nehmé - Pr Antoine Cassia*

14h30-14h50	Les infections virales communes de la cavité orale	Pr Jeanine Hoyek Gebeily
14h50-15h10	Les complications infectieuses dento-régionales : les cellulites	Dr Hyam Wehbé
15h10-15h30	Les complications infectieuses dento-régionales : les ostéites	Pr Ghassan Farjallah
15h30-16h00	L'antibiothérapie : du choix aléatoire à la prescription adaptée et ciblée	Drs Nahida Assaf El Khoury, Robert Daccache
16h00-16h30	Pause-café	

*Présidents de séance : Pr Ghassan Farjallah - Dr Nahida Assaf El Khoury*

16h30-16h50	La douleur n'est pas une fatalité. Le contrôle de l'analgésie au service du patient	Dr Samar Abou Jaoudé Mejaes
16h50-17h10	Les anti-inflammatoires sont-ils incontournables en pratique médico-dentaire ?	Dr Wassim Manhal
17h10-17h30	Infection bucco-dentaire et examens de laboratoire	Dr Tarek Itani
17h30-18h00	Table ronde et discussion	

## **Amphi A**

## **SÉMINAIRE DES ASSISTANTS DENTAIRES**

*Responsables : Dr Carina Mehanna Zogheib - Dr Ralph Zarazir*

9h45-10h30	Communication skills	Dr Ralph Zarazir
10h30-11h00	Pause-café	
11h00-11h30	Quiz game	
11h30-12h15	An efficient sterilization process	Dr Sandra Dagher
12h15-13h00	Les techniques radiologiques intra-orales	Dr Fadi Touma

## **TABLES CLINIQUES**

*Responsable : Dr Christian Makary*

13h00-15h00	Tables cliniques - Discussions de cas multidisciplinaires
-------------	---

# Vendredi 1 juin 2012

## Amphi Abou Khater

### CONFÉRENCES MULTIDISCIPLINAIRES

*Présidents de séance : Pr Issam Osman - Dr Faouzi Riachi*

9h00-9h45	Extraction implantation immédiate ou différée sur le secteur antérieur	Dr Joël Itic
9h45-10h30	L'extraction ne condamne pas forcément une dent	Dr Thierry Kuntz
10h30-11h00	Pause-café	

*Présidents de séance : Pr Antoine Hokayem - Dr Nadim Mokbel*

11h00-11h45	Chirurgie osseuse et plastique parodontale adaptée à l'implantologie	Pr May Assaly Féghali
11h45-12h30	CFAO et implantologie : le pilier Atlantis	Dr Jean-François Moreau
12h30-13h15	Predictable long term reconstruction: 20 years of experience with the biological concept for bone grafting	Pr Fouad Khoury
13h15-14h30	Déjeuner	

### CONFÉRENCES MULTIDISCIPLINAIRES

*Présidents de séance : Pr Khalil Karam - Dr Richard Abboud*

14h30-15h15	Imagerie de la douleur dentaire, apport du cone beam : mythe ou réalité ?	Dr Robert Cavézian
15h15-16h00	Les composites postérieurs directs et indirects	Dr Pascal Zyman
16h00-16h30	Pause-café	

*Présidents de séance : Pr Elie Aramouni - Dr Carina Mehanna Zogheib*

16h30-17h15	Bonding to Zirconia	Dr Rolando Nunez
17h15-18h00	Natural composite layering: 2 layers v/s. 3 layers techniques: pro and cons	Dr Luc Portalier
18h00-18h45	Computer assisted implantology	Pr Andreas Kullman

## Amphi C

### SÉMINAIRE DE DENTISTERIE RESTAURATRICE

*Présidents de séance : Dr Carina Mehanna Zogheib - Dr Louis Hardan*

9h00-9h45	Self ETCH v/s total ETCH	Dr Rolando Nunez
9h45-10h30	Le choix de la teinte en dentisterie restauratrice : jouer avec les ombres et les lumières	Dr Pascal Zyman
10h30-11h00	Pause-café	

*Présidents de séance : Pr Carlos Khairallah - Dr Jean-Claude Fahed*

11h00-11h45	Bonding to porcelain	Dr Rolando Nunez
11h45-12h15	Table ronde	
12h15-12h45	Diagnosis use of composite in anterior aesthetics : the use of composite as a dental architect & gum architect	Dr Luc Portalier

## SÉMINAIRE DE CHIRURGIE ORALE

*Présidents de séance : Pr Antoine Khoury - Dr Joseph Bassil*

14h30-16h00	Transmission directe - Live surgery Greffe osseuse autogène/Autogenous bone grafting	Pr Fouad Khoury
16h00-16h30	Pause-café	

*Présidents de séance : Dr Fawzi Riachi - Pr Antoine Berberi*

16h30-17h00	Ultrasonic implant site preparation: state of the art	Pr Tomaso Vercellotti
17h00-17h30	Disjonction osseuse pré-implantaire	Dr Bernard Guillaume
17h30-18h00	Risques vasculaires en implantologie orale - comment éviter les pièges ?	Dr Salvatore Gabriele

### Amphi B

## SÉMINAIRE DE DENTISTERIE PÉDIATRIQUE

*Présidents de séance : Pr Nada Farhat Mchayleh - Pr Mona Nahas*

9h00-9h20	Traumatisme sur dents temporaires : traiter ou s'abstenir	Dr Jean Claude Abou Chedid
9h20-9h40	Patient hémophile : qui a peur de la prise en charge dentaire?	Pr Nada Chédid
9h40-10h00	La salive : Amie ou Ennemie de la dent ?	Pr Nada Farhat Mchayleh
10h00-10h30	Optimiser ses techniques et ses stratégies pour une meilleure prise en charge de la douleur chez l'enfant	Pr Yves Delbos
10h30-11h00	Pause-café	

*Présidents de séance : Pr Nada Chédid - Dr Jean-Claude Abou Chédid*

11h00-11h20	Hypnose en médecine dentaire	Dr Jean Achi, Dr Camille Samneh
11h20-11h40	Le pédiatre et le pédodontiste	Pr Bernard Gerbaka
11h40-12h00	L'implantologie chez l'enfant et le jeune adolescent	Pr Elia Sfeir
12h00-12h20	Les « sealant » sont-ils toxiques ?	Dr Maha Daou Eddegrick
12h20-12h40	10 actes cliniques au quotidien en odontologie pédiatrique	Pr Yves Delbos
12h40-13h00	Table ronde et discussion	
13h00-14h30	Déjeuner	

## SÉMINAIRE DE PROTHÈSE AMOVIBLE

*Présidents de séance : Pr Joseph Makzoumé - Pr Nazem Assaad*

14h30-15h00	Customized CAD/CAM abutments	Pr Andreas Kullman
15h00-15h30	Population gériatrique libanaise : démographie, évaluation et couverture sanitaire	Dr Nada Osta
15h30-16h00	La prothèse adjointe : le passé, les implants et le futur	Pr Joseph Makzoumé
16h00-16h30	Pause Café	

*Présidents de séance : Pr Paul Boulos - Pr Lucette Segaan*

16h30-17h00	Full mouth rehabilitation of partially edentulous patient with fixed complete dentures: a case report	Pr Paul Boulos
17h00-17h30	La prothèse hybride : clinique et laboratoire	Dr Hani Tohmé
17h30-18h00	Réhabilitation mandibulaire rapide	Dr Jihad Fakhoury

### Amphi A

## **SÉMINAIRE DE RADIOLOGIE**

*Présidents de séance : Dr Richard Abboud - Pr Ibrahim Nasseh*

9h00-9h30	Intérêt du cone beam dans le diagnostic des pathologies osseuses et traumatiques de l'ATM	Dr Richard Abboud
9h30-10h00	Intérêt du cone beam dans le diagnostic des images radio-claires	Dr Georges Matta
10h00-10h30	Intérêt du cone beam dans les complications post-implantaires	Dr Charles Sakr
10h30-11h00	Pause-café	
11h00-13h00	Atelier d'imagerie diagnostique Cone Beam Cas radio-cliniques et interprétation collégiale	Dr Robert Cavézian et Service de radiologie
13h00-14h30	Déjeuner	

# Samedi 2 juin 2012

## Amphi Abou Khater

### CONFÉRENCES MULTIDISCIPLINAIRES

*Présidents de séance : Pr Gabriel Jabbour - Pr Lévon Naltchayan*

9h00-9h45	Comblement sinusien préimplantaire. Apport des biomatériaux de type $\beta$ TCP	Dr Bernard Guillaume
9h45-10h30	Implant solution in reduced or insufficient bone volume	Pr Tomaso Vercellotti
10h30-11h00	Pause-café	

*Présidents de séance : Pr Habib Chemaly - Pr André Sacy*

11h00-11h45	Total oral systemic health, superior technology and unparallel clinical proof	Dr Farid Ayad
11h45-12h30	Biodentine, un vrai substitut dentinaire	Pr Pierre Colon
12h30-14h00	Root-coverage and soft tissue augmentation of edentulous ridge: how to get success in a predictable and easy way	Dr Alberto Fonzar

## Amphi C

### SÉMINAIRE D'ENDODONTIE

*Présidents de séance : Dr Alfred Naaman - Pr Hrant Kaloustian*

9h00-9h30	My life as an endodontist	Pr Zareh Ouzounian
9h30-10h00	L'endodontie en 2012 : qu'est-ce qui a changé ?	Dr Alfred Naaman
10h00-10h30	Détermination de la longueur de travail : entre nouvelles technologies et sens cliniques	Dr Roula El Hachem
10h30-11h00	Pause-café	

*Présidents de séance : Pr Joseph Sader - Pr Zareh Ouzounian*

11h00-11h30	Reciproc®, un seul instrument pour la mise en forme : mythe ou réalité ?	Dr Gaby Haddad
11h30-12h00	Déposer les reconstitutions coronoradiculaires pour accéder au système canalaire	Dr Georges Achkar
12h00-12h30	Peut-on lors d'une reprise de traitement endodontique éliminer la totalité de l'obturation préexistante ?	Dr Marc Kaloustian
12h30-13h00	L'endodontie réparatrice : gestion des cas critiques	Dr Issam Khalil
13h00-13h30	Le traitement endodontique : entre le résultat immédiat et le pronostic à moyen ou long terme	Pr Hrant Kaloustian

## Amphi A

### ATELIER PIEZOCHIRURGIE

*Responsable : Dr Christian Makary*

11h00-13h00	Piezosurgery workshop	Pr Tomaso Vercellotti
-------------	-----------------------	-----------------------



## Pr Domingo MARTIN

---

- *Director of the Roth Williams Center for Spain and Portugal*
- *President of the Roth Williams International Society of Orthodontics*
- *Active member of the European Angle Society*
- *Diplomate of the European Society of Orthodontics*
- *Visiting professor at the International University of Cataluña Barcelona and the University Complutense of Madrid*

## MULTIDISCIPLINARY TREATMENT : THE FUTURE OF ORTHODONTICS

### INTRODUCTION TO THE FACE TREATMENT PHILOSOPHY

### EXTRACTIONS FOR FUNCTION, ESTHETICS AND STABILITY

### A DIFFERENT PERSPECTIVE OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ORTHODONTICS AND TMD

Research today almost totally disregards occlusion as an etiological factor in TMD, there is no doubt that this must be taken into account, however as the philosopher Karl Popper in his work «Knowledge and the Shaping of Reality», says « I regard scientific knowledge as the best and most important kind of knowledge we have, though I am far from regarding it as the only one», as a clinician I totally agree with Popper. After treating TMD patients for the last 25 years with a high level of success I do not understand how the literature can come to this conclusion and relegate occlusion as a minor factor in TMD. Maybe there is an answer, in a recent article Dr. Okeson stated the following regarding the literature and the studies relating TMD and occlusion, «the literature finds a minor relationship between occlusal factors and TMD. It should be noted, however, that these studies report on the static relationship of the teeth as well as the contact pattern of the teeth during various eccentric movements. This represents the traditional approach to evaluating occlusion. Perhaps these static relationships can provide only limited insight into the role of occlusion and TMD «. So when we read what Dr Okeson says we can now begin to think that maybe there is a relationship and if you stop and think about it without any bias and with an open mind, it is difficult to imagine a specialty that routinely and significantly changes a patient's occlusal condition and would not have a powerful affect on the masticatory structures and their functions. If we take this to other dental specialists, most prosthodontists would be greatly concerned with developing a permanent occlusal position with no regard to joint position and even Dr. Jeff Okeson makes the following statement «the concept that orthodontic treatment has nothing to do with TMD is like stating that moving teeth anywhere will not influence how the patient functions. Certainly that is not the case in prosthodontics !!! As orthodontists we must achieve a musculoskeletal stable position and avoid posterior interferences that may lead to TMD. We know from Pullinger and Seligman that there are two factors that will determine whether an intracapsular disorder will develop: the degree of orthopedic instability, and the amount of loading. Orthopedic instabilities with discrepancies of 1 or 2mm are not likely significant enough to create a problem. However, as the discrepancy between the musculoskeletally stable position of the condyles and the maximum intercuspation of the teeth becomes greater, the risk of overload exists and thus intracapsular disorders increases. Taking this into account we now have a basis for treating patients with class II's and when approached at a young age we can not only correct the class II but also seat the condyle in the fossa and eliminate any possible fulcrums. This will help us achieve a musculoskeletal stable position and obtain orthopedic stability, thus reducing possible TMD factors.



## **Dr Salvatore GABRIELE**

---

- *Doctorat en chirurgie dentaire Université Paris VII*
- *Diplôme d'université de Prothèse maxillo-faciale et d'anatomie cranio-cervico-faciale*
- *Postgraduate in periodontology and implantology, New-York University*
- *Ancien chef du département d'implantologie orale, hôpital de Pontoise*
- *Président de la Société italienne d'anatomie chirurgicale odontostomatologique (SACO)*

### **LA RADIOLOGIE EST-ELLE EN TOTALE CORRÉLATION AVEC L'ANATOMIE ?**

Nous sommes de plus en plus amenés à demander des examens radiologiques pour nos plans de traitement implantaire, plus par souci de nous prémunir des surprises que dans le but de conforter notre diagnostic basé sur les connaissances des structures osseuses que nous devons traiter. Ce que nous fait voir un examen radiographique est-il toujours le reflet de l'anatomie du patient ? Le but de cette présentation est celui de présenter la corrélation, ou l'absence de corrélation, entre radiologie et anatomie.

### **RISQUES VASCULAIRES EN IMPLANTOLOGIE ORALE - COMMENT ÉVITER LES PIÈGES ?**

Les risques anatomiques dans les procédures chirurgicales implantaire concernent le plus souvent les nerfs et les artères. Bien que majoritairement dépourvues de risques graves, certaines lésions vasculaires peuvent, néanmoins, mettre en jeu le pronostic vital des patients. Ces lésions sont souvent liées à une méconnaissance des variétés anatomiques du réseau artériel maxillo-facial. L'objet de cette conférence est de faire la lumière sur les accidents vasculaires potentiels et comment les éviter.



## Pr Fabio SCUTELLA

- *(DDS) University of Messina (Italy)*
- *Certificate of Advanced Study (CAGS) in prosthodontics - Boston University - USA*
- *(MSD) in Biomaterials – Boston University-USA*
- *Member of the Editorial Board for the «CAD-CAM International Magazine of Digital Dentistry»*
- *Co-author of the book: «Immediate loading: A new era in oral implantology»*

### LOOKING AT THE MODERN RESTORATIVE DENTISTRY FROM AN OLD PERSPECTIVE

What kind of preparation, among those with a horizontal or a vertical component, is the most suitable in restorative dentistry has always been a major debated topic.

In recent decades the horizontal type preparations (shoulder and/or chamfer), have clearly gained popularity for a series of hypothetical benefits.

This type of design apparently should be easier to be clinically performed, more readily identifiable both on the tooth by the clinician and on the stone die by the technician, and should also ensure a quantity of ceramic in the cervical areas thick enough to withstand the occlusal loads.

However, it was recently, that the same objectives can be achieved through the application of an original clinical protocol called «Simplified Prosthetic Protocol» (SPP) which includes vertical preparations rather than horizontal.

This protocol has been successfully applied to healthy natural teeth and it has proven to give excellent clinical results in terms of:

The SPPÒ (Simplified Prosthetic Protocol), has been used for the past 10 years and the accurate application of the 6 key-points showed in the following presentation have constantly guaranteed predictable clinical results.

### THE SIMPLIFIED PROSTHETIC PROTOCOL: A NOVEL APPROACH FOR THE REHABILITATION OF NATURAL TEETH AND IMPLANTS

The location and design of the finishing line preparation for fixed prosthetic rehabilitation, has always been a very controversial topic.

What kind of preparation, among those with a horizontal or a vertical component, is the most suitable to ensure ease of clinical performance, stability and good quality of the surrounding soft tissue in the medium and long-term has also been a major debated topic.

It was recently demonstrated that the same objectives can be achieved through the application of an original clinical protocol called «Simplified Prosthetic Protocol» (SPP) which includes vertical preparations rather than horizontal.

This protocol has been successfully applied to healthy natural teeth and implants and it has proven to give excellent clinical results in terms of:

- 1- tissue stability both in the short and in the long-term around the restorative margins
- 2- ease of application;
- 3- efficacy from a practical standpoint since all the restorative procedures are carried out in much less time compared to the traditional prosthetic approach.

The 6 key-elements making this protocol successful and worth to be used will be presented in the following oral presentation.



## Dr Friedrich PAPE

---

- *DDS University of Cologne*
- *Diploma in Oral Surgery*
- *Specialist for Dental Prosthetics and Material Science of the German Society for Dental Prosthetics and Material Science*
- *Master of Oral Medicine (MOM) in Implantology (University of Münster)*
- *Annual Meeting Award of the German Society for Dental Prosthetics and Material Science (DGZPW): «Best Case Report in Implant-Prosthetic Rehabilitation»*

### **FULL-MOUTH RESTORATION WITH IMPLANTS: WHEN TO EXTRACT OR TO PRESERVE TEETH, TREATMENT PROCEDURES IN MIXED DENTITION**

Accurate treatment planning is one of the key steps for successful implant treatment. An important question is to what extent natural teeth can be integrated into an implant-based prosthetic restoration. Our teeth-evaluation protocol is presented. Possible prosthetic solutions based on natural and implant pillars for supporting fixed or removable dentures are discussed. Furthermore, specific clinical procedures are mentioned.

### **THE EDENTULOUS UPPER JAW: RESTORATION CONCEPTS AND INDICATIONS**

the edentulous upper jaw remains a big task for the restorative dentist especially since dental implants are added to the therapeutically portfolio. But how to do it best? Should the normal conventional tissue-borne removable denture be replaced by a fixed bridge in every case? Does an implant-borne removable denture lead to lack of comfort compared with a PFM bridge? What is the best solution concerning esthetics, phonetics, function, longevity, but also for the dentist in his efforts for the maintenance of the prosthetic superstructure during the service period? These and other questions about technical items, such as bar profiles, metal, veneering, etc. will be discussed on the basis of different clinical cases. The experiences in our clinic with different means of implant-based prosthetic superstructures will be presented.



## **Dr Andrea PARPAIOLA**

---

- *Degree in Medicine and Surgery Padova University*
- *Postgraduated Odontology - Padova University*
- *Teacher, tutor in Master Program of Implantology and Visiting Professor at Padova University*

### **SINGLE TOOTH REPLACEMENT: CLINICAL AND BIOLOGICAL ASPECTS**

The clinical replacement of missing teeth by osseointegrated implants has represented a significant advance in dentistry, and numerous studies have documented optimal results. The substitution of a single tooth with an implant is a challenging procedure, in particular in the upper anterior segment.

Prior to selecting an implant-borne solution, the clinician should review all the possible treatment modalities available with

advantages and disadvantages and the periodontal – endodontic conditions.

In this context it is important to evaluate periodontal patient biotype for the esthetic outcome, and timing of implant placement.

Careful selection of immediate or delayed installation and loading will optimize the treatment.

During the restorative phase it is crucial to respect the soft tissue biology to allow a perfect healing and maintenance of the esthetic outcome.

### **THE SOFT TISSUE BARRIER AT IMPLANT AND TEETH**

The gingiva at teeth and the mucosa at implants made of titanium have some characteristics in common, but differ in the composition of the connective tissue, the alignment of the collagen fibres which run a course parallel with the implant surface. It is then possible to move this tissue in lateral direction creating more appropriate and natural emergency profile for the outcome of the definitive restoration. The goal of the therapy is indeed to mimic as close as possible natural dentition harmony.

The initial evaluation is important of the tissue biotype, in order not to jeopardize the treatment from esthetic view point.

Temporization is used in this context to sculpture the soft tissue, because the natural shape of the teeth is not rounded and determined by a temporary healing abutment.

It is critical to transfer the new profile to the lab with accurate definitive impression to optimize the restorative process, using a customized implant pick-up at chair side.

Abutment material selection is also important since soft tissue healing may differ facing titanium, gold- alloy or zirconium, as demonstrated in experimental studies.



## Pr Yves DELBOS

- *Maître de Conférences, Praticien Hospitalier*
- *Vice-doyen de la faculté d'Odontologie de Bordeaux, directeur des Etudes*
- *Responsable du département d'Odontologie pédiatrique*
- *Membre du bureau de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique et du Collège des enseignants en Odontologie Pédiatrique*
- *Rédacteur en chef de la Revue Francophone d'Odontologie Pédiatrique*

## PRÉVENTION ET SOINS DENTAIRES DURANT LA GROSSESSE ET LES PREMIÈRES ANNÉES DE LA VIE

La profession se mobilise de plus en plus pour une bonne prise en charge de la future mère et du jeune enfant. Au cours de cette conférence, nous aborderons 10 points importants :

- 1- Beaucoup de femmes ne signalent pas spontanément leur grossesse en consultant un chirurgien-dentiste. La grossesse n'est pas une maladie mais elle est susceptible de modifier notre prise en charge, tout comme la période d'allaitement.
- 2- La femme enceinte est généralement sensible à toute information sa santé et surtout celle de l'enfant à naître. Cette attitude est donc favorable à la découverte ou à la consolidation d'acquis en matière éducation sanitaire et de prévention bucco-dentaire.
- 3- Les praticiens doivent être conscient de leur rôle et se former si nécessaire à informer sans dramatiser, écouter la future maman et assurer le suivi, non seulement en ce qui la concerne mais aussi en matière de consultation de jeunes enfants, voire du nourrisson.
- 4- Cette information doit porter sur l'hygiène bucco-dentaire en général et les moyens de la conduire : cette évidence pour le praticien n'est pas forcément partagée, et la question du brossage chez le tout petit mérite d'être développée.
- 5- Si le brossage reste à la base d'une hygiène dentaire bien conduite, il peut être complété utilement par d'autres moyens, voire être avantageusement remplacé par un bain de bouche bicarbonaté en cas de reflux gastrique ou de vomissements fréquents.
- 6- « Un enfant, une dent » est une idée fausse qu'il faut combattre : il n'y a pas de fatalité mais plutôt des comportements alimentaires inadaptés qu'il faut amender. La prévention des redoutables « syndrome du biberon » s'inscrit dans la diffusion de quelques notions de nutrition bien comprises.
- 7- Chronologie dentaire et éruption, dans la banalité ou l'exceptionnel (dents néonatales) : au-delà des petites recettes, il s'agit pour le praticien de se positionner clairement en professionnel de référence, pour ce qui relève de sa compétence, la bouche et les dents...
- 8- Faire le point sur la supplémentation en fluorures en fonction des récentes recommandations de la Haute Autorité en Santé.
- 9- Il convient également de ne pas négliger les possibilités de contamination dans la vie quotidienne, qu'elle soit d'origine virale (HSV) ou bactérienne si une personne de l'entourage proche présente un risque carieux élevé.
- 10- Comment organiser cette rencontre pour une consultation réussie, dont le bénéficiaire est certain pour les intéressé(e)s, profitable pour l'image du praticien et de la profession, c'est à dire pour l'ensemble de la communauté.

## OPTIMISER SES TECHNIQUES ET SES STRATÉGIES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

Une bonne prise en charge de la douleur chez l'enfant est capitale pour permettre de créer des liens de confiance, indispensables pour prodiguer des soins de qualité.

La douleur n'est pas une fatalité dans les soins dentaires pourtant leur perception négative conduit le patient à éviter ou à s'opposer aux soins. Cette attitude préjudiciable est souvent le résultat d'expériences précédentes. Les praticiens doivent se préparer à recevoir ces patients et se former aux techniques de communication et de gestion des comportements. Cela sera bien sûr profitable au patient mais pourra également les prévenir du burn-out ou épuisement professionnel.

Si Les progrès de la technique et de la pharmacie ne peuvent occulter la dimension relationnelle du soin, il n'en reste pas moins que le praticien doit également posséder les connaissances nécessaires à une bonne compréhension de la physiologie de la douleur, et maîtriser l'exécution des protocoles opératoires.

Pour traiter cette thématique, nous aborderons des questions comme :

- Physiologie pratique : que faut-il savoir exactement des mécanismes de la douleur pour prendre les bonnes décisions dans son cabinet ?
- Evaluer la douleur : pourquoi et comment évaluer la douleur ?
- Peur et douleur : une confusion au cœur du problème des soins ambulatoires...
- Anesthésier sans douleur : les petits « trucs » et les bons protocoles...
- Antalgiques chez l'enfant : avant ou après nos traitements, quels médicaments utiliser ?
- Méthodes de sédation : il y a toujours une solution, encore faut-il savoir poser les indications, savoir pratiquer et parfois savoir déléguer...

## 10 ACTES CLINIQUES AU QUOTIDIEN EN ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

Lorsque l'enfant paraît au cabinet dentaire, le sourire du praticien disparaît... parfois, mais pas toujours. Certes le chirurgien-dentiste omnipraticien doit s'adapter à un patient exigeant, mais qui n'est pas demandeur, pour des actes jugés parfois trop simplistes. D'aucuns redoutent cette confrontation, d'autres y trouvent un exercice gratifiant porteur des valeurs soignantes... C'est dans cet esprit que nous aborderons ces « 10 actes cliniques au quotidien en odontologie pédiatrique » parce que les « dents de lait », ça se soigne, et que la prise en charge des enfants d'aujourd'hui prépare celle de :

- 1- Prévention : quand, comment et pourquoi sceller les sillons ?
- 2- Choix de l'obturation : la notion de gradient thérapeutique appliquée aux enfants
- 3- Pose de la digue : oui, c'est possible...
- 4- Anesthésie : pas de soin de qualité sans une anesthésie réussie !
- 5- Pulpotomie / pulpectomie
- 6- Pose CPP : protocole minimum, service maximum
- 7- Extraction : quelques petits « trucs » utiles
- 8- Traumatisme des dents temporaires : patienter ou agir ?
- 9- Mainteneur d'espace : stabiliser l'arcade pour préparer l'avenir
- 10- Réimplantation : l'acte de la dernière chance



## Dr Diego CAPRI

---

- *DMD - University of Bologna*
- *Certificate of Advanced Graduate Study in Periodontology - Henry M. Goldman School of Dental Medicine – Boston university*
- *Diplomate of the American Board of Periodontology*
- *Author of the chapter titled «Soft Tissue Management Around Dental Implants» in Practical Periodontal Plastic Surgery edited by Blackwell Munksgaard.*

### **THE PERIODONTALLY COMPROMISED POSTERIOR PROSTHETIC ABUTMENT: WHEN TO MAINTAIN THE TOOTH V/S PLACING AN IMPLANT**

One of the challenging decisions that we often make is to determine if we can trust the periodontally compromised natural element as a prosthetic abutment, or if it would be beneficial to extract and substitute with a dental implant. This analysis is even more complicated when we are looking at a posterior tooth that presents with peculiar anatomical features and complexities.

The analysis of this clinical dilemma, and the conclusions that can be drawn, may profoundly affect our treatment planning.

Many aspects of the overall management of these situations will be discussed, both by reviewing precious information coming from the literature and by outlining a multidisciplinary working method emphasizing the diagnostic and prognostic phase of treatment. The overall goal being a decreased incidence of failures in selecting the appropriate treatment.

### **DEFINING PREDICTABILITY IN SMILE ENHANCEMENT / PRESERVATION: THE PERIODONTIST'S RESPONSIBILITY**

Today's patients are increasingly demanding when it comes to their smile's esthetic appearance and probably they should!

In an age where physical beauty surely plays its role, our contribution in preserving or improving our patient's smiles has become increasingly significant.

We now have a multitude of new materials and techniques that can assist us in the often challenging task of working in the esthetic zone, where every slip can quickly turn into a clamorous fall.

Our primary objectives are to properly diagnose the oral abnormalities that we are confronted with, communicate to the patient our prognostic forecast with special emphasis on the possible limitations that might affect treatment, and ultimately to restore health and function with a pleasant esthetic outcome.

When the goal of therapy is purely cosmetic in its finality our responsibility is particularly relevant because every surgical procedure has a certain margin of unpredictability during the healing process.

The Aim of this lecture is to present the audience with several clinical scenarios where the periodontist, either working solo or as an important member of the team, can repeatedly maintain or enhance the patient's look. Conditions where the esthetic results are inconsistent will be identified and separated from situations where we can predictably satisfy our patient's expectations.



## **Pr Zareh OUZOUNIAN**

---

- *Endodontic training under Dr. Herbert Schilder at Boston University*
- *Lecturer on the subject of endodontics*
- *Developed a hands-on program for continuing education*
- *Formerly Associate of Endodontics at the University of Toronto, Canada*

### **PREDICTABLE ENDODONTICS : UPDATES AND PERSPECTIVES**

This presentation will cover the fundamentals of modern endodontic treatment , from rationale to cleaning and shaping modalities and three-dimensional obturation of root canal systems. Established and proven protocols will be described in order to minimize risks and improve predictability.

New technologies and perspectives will be discussed. The participant will be equipped to critique and select among the wide range of technologies presently available to the clinician.

### **MY LIFE AS AN ENDODONTIST**

Endodontics is the fastest growing dental specialty, within a weak global economy. Dr. Ouzounian will share with his Lebanese colleagues some of his thoughts about "Endonomics", the economics of delivering endodontic services. There will be a discussion on "Marketendodontics", i.e. endodontics driven by market forces and modern technology. He will also touch upon the "communication" with patients and with referring dentists and how to make that communication effective in our daily endodontic practices.



## Pr Reza Arbab CHIRANI

---

- *MCU-PH (UBO-UFR d'Odontologie, CHRU-Service d'Odontologie, Brest), Chef de service d'Odontologie*
- *Membre permanent du LaTIM (Laboratoire de Traitement de l'Information Médicale)*

### IMAGERIE ENDODONTIQUE EN 2012

L'endodontie constitue une des disciplines odontologiques où l'imagerie est omniprésente. Cet examen complémentaire, réalisé dans le cadre d'un traitement par voie orthograde ou chirurgicale, a considérablement évolué ces dernières années. Il est réalisé lors des différentes étapes opératoires (pré, per et postopératoire) mais également pour le suivi des pathologies d'origine endodontique (ex. suivi de cicatrisation de lésions péri-radicales). Si l'examen de routine et de première intention, la radiographie intra-orale est systématiquement effectuée par le clinicien, d'autres types d'examens, extra-oraux telles que l'orthopantomographie ou encore la scanographie linéaire (tomodensitométrie) ou volumique (tomographie à faisceau conique ou CBCT en anglais) peuvent être parfois réalisés de manière complémentaire. Ces examens de 2<sup>o</sup> intention permettent d'évaluer par exemple l'extension des lésions, les rapports anatomiques, la qualité d'obturation endodontique, etc.

Il est à signaler que de nombreux travaux de recherche s'intéressent également au domaine des images en endodontie.

L'objectif de cette présentation sera d'exposer les différentes possibilités d'imagerie endodontique en 2012 et celles du futur. Nous aborderons également la recherche biomédicale réalisée dans ce domaine.



## **Dr Nadim MOKBEL**

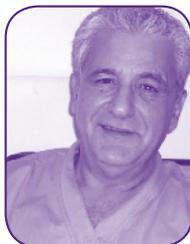
---

- *DCD, FMD, USJ*
- *Master of Science in Periodontology de Eastman University à Londres.*
- *Maitrise en sciences biologiques et médicales, FMD, USJ*
- *Master recherche en biologie et matériaux du milieu buccal*
- *Chef de département de parodontologie, FMD, USJ*

### **ANTIBIOTIQUES AU CABINET DENTAIRE : CHOIX ET CRITÈRES DE DÉCISION. DONNÉES ACTUELLES**

L'usage des antibiotiques est de plus en plus rependu dans les cabinets dentaires. Leur prescription était jusqu'à présent aléatoire et sans évidences scientifiques. Cette présentation permettra de définir les nouvelles recommandations ainsi que les réglementations appliquées dans différents pays.

.....



## **Pr Nabih BADAWI**

---

- *DCD, FMD, USJ*
- *CES Parodontologie Paris*
- *Enseignant au département de Parodontologie, FMD, USJ*

### **REPLACEMENT IMPLANTAIRE DE DEUX CENTRALES : CONDITIONS ET ÉTAPES CLINIQUES DE RÉUSSITE**

La pose d'implants dans un site esthétique doit suivre certains critères pour réussir. Un implant près d'une dent est actuellement assez bien décrit. Pour plusieurs dents, l'utilisation de pontiques pour éviter deux implants adjacents est aussi une pratique courante. L'obligation de poser deux implants adjacents pour remplacer deux centrales se pose aussi parfois. Deux cas cliniques vont servir à montrer certaines astuces cliniques, certaines étapes, certains actes, qui peuvent préparer les sites pour recevoir les implants dans des conditions qui servent alors à avoir des résultats esthétiques optimaux.



**Dr Ghassan MATNI**

- *Chargé d'enseignement clinique, département de Parodontologie, FMD, USJ*

### **DOES PRIMARY STABILITY AFFECT IMPLANT SUCCESS AND MARGINAL BONE LOSS?**

Implant success has been related to numerous factors among which primary stability. Recently high primary stability has been the focus of some reports as a prerequisite for immediate temporization. Standard and high primary stability are not always attainable. The aim of this presentation is to discuss the effect of primary stability on implant survival and marginal bone loss.

.....



**Dr Maroun DAGHER**

- *D.D.S, FMD, USJ*
- *Master of Science in Dentistry in Oral Biology (M. Sc. D.)*
- *Certificate of Advanced Graduate Studies in Periodontology (C.A.G.S.) Boston University, Massachusetts, USA*
- *Diplomate of The American Board of Periodontology.*
- *Member in the department of Periodontology at FMD, USJ*

### **IMMEDIATE OR DELAYED IMPLANT PLACEMENT: HOW CAN WE CHOOSE?**

Tooth extraction and Implant Placement is a routine treatment in our daily practice. It becomes interesting when we are called to choose whether to extract and delay the implant placement or immediately place an implant. The aim of this presentation is to discuss this decision making process and to make it easier for the general practitioner to choose based on scientific and clinical basis.



## Pr Hani KHOURY

---

- *CES de Parodontologie (Paris)*
- *Ancien chef de service de Parodontologie, FMD, USJ*
- *Enseignant de Parodontologie, FMD, USJ*

### LES CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES DES RÉCESSIONS MULTIPLES ADJACENTES.

Le but ultime de toute procédure de recouvrement radiculaire devrait être la résolution totale des récessions avec un rendu esthétique en harmonie avec les tissus adjacents. Plusieurs techniques peuvent être appliquées dans le recouvrement des récessions multiples, soit en utilisant des lambeaux seuls et tractés coronairement, soit des lambeaux associés à un greffon de conjonctif autogène ou à d'autres matériaux biologiques dans le cas de déficience du site donneur palatin.

Pour réussir le recouvrement des récessions multiples adjacentes il faut :

Evaluer minutieusement les paramètres anatomiques existants.

Avoir acquis une habileté chirurgicale certaine. Exiger du patient une observance thérapeutique stricte.



## Pr Georges TAWIL

---

- *Docteur en sciences odontologiques, Paris*
- *Professeur, FMD,USJ*
- *Member of the Board of Overseers, University of Pennsylvania, School of Dental Medicine, USA*
- *Membre du comité scientifique de Pierre Fabre, France*
- *FICD,FACD*

### TRANSMISSION DIRECTE D'UNE CHIRURGIE MUCOGINGIVALE



## Pr AMBRA MICHELOTTI

- *BDS, DDS, Orth spec, Associate Professor*
- *Teaching in pregraduate and postgraduate courses in Orthodontics and TMD at the University of Naples Federico II*
- *Associate professor in Clinical Gnathology*
- *Responsible of the Master course on «Orofacial pain and Temporomandibular Disorders» at the University of Naples Federico II*
- *President of the European Academy of Craniomandibular Disorders*
- *President of the Neuroscience group of IADR; President of SIDA*

### MANAGEMENT OF TMD AND ORTHODONTIC TREATMENT

Several therapeutic protocols have been suggested for TMD management. As a consequence of the multifactorial aetiology, multidisciplinary non-invasive therapy is generally suggested, with reversible treatments for TMD problems. When severe pain is present, occlusal treatments (such as orthodontics and prosthodontics) have to be postponed until symptoms are improved. There is a current consensus on treatment strategies being reversible. This therapeutic approach is supported by evidence showing that no treatment modality has been proven better than others. The reversible therapies commonly used for the management of TMJ dysfunction include physiotherapy (to improve movements and function), pharmacotherapy (anti-inflammatory, antidepressants etc.), occlusal therapy (occlusal appliances) and psychological therapy (cognitive behavioural therapy). These modalities can be offered together or as a single management strategy. Intraoral appliances, such as occlusal stabilization splints, have been for many decades the main treatment for jaw dysfunction and continue to be a common treatment modality. Several hypotheses have been suggested to explain their action, but scientific validation is still lacking. Therefore, it is difficult to establish the efficacy of splints in the management of TMDs. Occlusal therapy should be considered only to address TMD patient discomfort with occlusion.

### ORTHODONTICS, OCCLUSION AND TMD: AN UPDATE

TMD is a multifactorial pathology, and it is difficult to demonstrate a direct correlation between one of the causes, such as occlusion, and TMD. The variables are so many and so mixed that, nowadays, we do not have adequate diagnostic instruments to establish a clear correlation or to know if how and when a malocclusion can unbalance the stomatognathic system. Even though currently occlusion is considered a potential cofactor with a much lower weight when compared to the beliefs underpinning the Costen Syndrome, we have to consider that absence of evidence does not mean evidence of absence. Based on this concept, Orofacial pain and TMD require a comprehensive team approach. It is important to rule out other causes of facial pain before investigating the teeth as the potential aetiological factor. According to evidence-based dentistry, dental practitioners should use current best evidence when making decisions about the treatment of each patient, integrating individual clinical expertise with the best available clinical evidence. When the treatment protocol includes a dental intervention, this must be done to address patient discomfort and obtain an occlusion that is stable. It is important to bear in mind that dysfunctional patients have a lower adaptive capability to occlusal changes because they seem to be more vigilant on their occlusion and are easily disturbed by occlusal instability. Therefore, occlusal and/or orthodontic treatment has to be performed according to the rules that allow an 'ideal and stable' result to be achieved.



### **Pr Nohad RIZK**

---

- *Professeur à la FMD USJ*
- *Chef de Département de Prothèse Fixée et d'Occlusodontie, FMD, USJ*
- *Spécialiste en Prothèse Fixée*
- *Vice-Président de la Lebanese Prosthodontic Society*



### **Pr Elie ZEBOUNI**

---

- *Director, Post-Graduate Division, Dept. of Fixed Prosthodontics, FMD, USJ*
- *DDS, FMD, USJ*
- *DMD, Boston University, Boston, USA*
- *Certificate, Periodontology, Institute of Stomatology, Paris, France*
- *CAGS Prosthodontics, Boston University*
- *Master of Science, Boston University*



### **Dr Habib RAHME**

---

- *Maître de conférence*
- *Docteur en chirurgie dentaire, FMD, USJ*
- *Spécialiste en prothèse fixée, FMD, USJ*
- *Diplôme d'Études Approfondies en Biologie et Matériaux du milieu Buccal (DEA ou MSc)*
- *Doctorat d'Université (PhD), FMD, U.S.J*



### **Dr Pascale HABRE HALLAGE**

---

- *DMD, CES, DUICP, DEA, PhD*
- *Maître de conférences, service de Prothèse fixée, FMD, USJ*
- *Phd en Sciences Biomédicales de la Katholieke Universiteit Leuven (KUL)*
- *Diplôme universitaire d'implantologie chirurgicale et prothétique (Université Paris 7)*

**TRANSMISSION DIRECTE : TAILLE CONTRÔLÉE SUR DENTS VIVANTES ANTÉRIEURES ET TEMPORISATION**



## Dr Roland KMEID

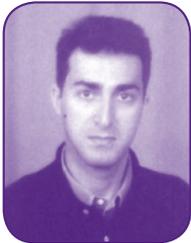
---

- *DUO (diplôme universitaire d'orthodontie) Pitié-Salpêtrière University of Paris*
- *Senior Clinical Instructor, FMD, USJ*

### LES BRACKETS AUTO-LIGATURANTS : ENTRE ÉVIDENCE ET RÉALITÉ

L'orthodontie continue à évoluer depuis le début du 20ème siècle. Les changements dans la philosophie de traitement, la mécanique ainsi que la conception de nouvelles attaches ont reforgé nos concepts de mécanique de traitement. Angle reconnu comme père de l'orthodontie moderne a, entre autre, créé le fameux bracket Edgewise. Plus tard, Larry Andrews a transformé ce bracket pour créer le premier système pré informé, son système a été largement critiqué pourtant il est le plus utilisé de nos jours. Récemment avec l'avancée de la technologie on assiste à l'évolution et la commercialisation d'une nouvelle génération de boîtiers qui s'affranchit de toutes ligatures métalliques et/ou élastomériques appelés boîtiers auto-ligaturants. Ces boîtiers innovants semblent constituer une sorte de révolution dans la technique et le concept clinique. Cependant, les avantages qui leur sont attribués représentent un sujet de controverse et souffrent du nombre réduit d'études randomisées et d'épreuves scientifiques. Le but de cette présentation est de faire une mise au point sur l'efficacité de ces boîtiers en se basant sur des réalités de notre pratique clinique quotidienne.

.....



## Dr Marwan MANSOUR

---

- *DCD, DESO*
- *Assistant Clinique, FMD, USJ*

### EXTRACTIONS DE PRÉMOAIRES : FAUT-IL ENCORE LES SACRIFIER?

Depuis les années 40, la controverse sur les extractions de prémolaires existe. Les décennies suivantes ont vu alterner des périodes extractionnistes et des périodes non-extractionnistes.

De nos jours, ce débat existe toujours. Avec l'avènement de nouveaux matériaux et techniques, les extractions de prémolaires sont fortement remises en question.

Nous verrons, au vu de la littérature, et avec des cas à l'appui si le choix d'extractions de prémolaires est encore justifié.



**Dr Patrick ANHOURY**

---

- *DMD, CAGS, MSD*
- *Diplomate, American Board of Orthodontics*
- *Clinical instructor, department of Orthodontics, FMD, USJ*
- *Clinical Associate, Division of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, American University of Beirut Medical Center.*

## MANAGEMENT OF ASYMMETRIC MALOCCLUSIONS IN ADULTS

Treatment of patients with asymmetries has traditionally posed a biological challenge to the orthodontist. The difficulty lies in consistently achieving adequate levels of symmetry especially in adult patients with skeletal asymmetries. Therefore, the treatment planning process of these patients requires scrutiny to find out the origin of the deviation. This presentation will address specific treatment protocols with atypical extraction patterns to help assist handling of these types of malocclusions.

.....



**Dr Elie AMM**

---

- *DCD, DES*
- *Assistant clinique, département d'Orthodontie, FMD, USJ*

## L'ÉTHIQUE ET L'ESTHÉTIQUE FACIALE

Wittgenstein, en déclarant que l'éthique et l'esthétique ne font qu'un, suggère un rapprochement de la sphère de l'esthétique et celle de l'éthique. Les valeurs respectives de l'une et de l'autre furent certes très liées depuis l'Antiquité. Au XIII<sup>e</sup> siècle saint Thomas a affirmé encore que le beau et le bon sont identiques et ne diffèrent que par la façon dont nous les considérons.

De nos jours, et dans un monde où règnent les gourous de la publicité, les réseaux sociaux, et les grandes compagnies des matériaux et produits dentaires, nous attestons d'un changement dans la manière de penser et d'une dissociation franche de ces deux sphères.

Est-ce que les normes de la beauté faciale ont changé ?

Est-ce que les valeurs éthiques ne sont plus conservées ?

Est-ce que nos diagnostics et thérapeutiques orthodontiques sont dominés par la « recherche commerciale » ou bien par la recherche scientifique ?



## Pr Jeanine Hoyek GEBEILY

- DCD, FMD, USJ
- Doctorat d'Université en Biologie de la bouche, FMD, USJ
- Chef de service de Diagnostic et de Pathologie Orale, FMD, USJ

### LES INFECTIONS VIRALES COMMUNES DE LA CAVITÉ ORALE

Les infections virales figurent parmi les motifs les plus fréquents sur la liste de nos consultations. Souvent anodines et bénéficiant d'un bon pronostic, elles peuvent parfois se présenter sous une forme très agressive, rapidement évolutive, mettant en péril le pronostic vital du patient. Les différents sujets abordés ont pour but de mettre les choses en ordre en développant les particularités cliniques et thérapeutiques, selon qu'il s'agisse d'une infection peu agressive ou non.

L'autre volet consiste à définir les critères et la méthodologie de la prise en charge, sous toutes situations, pour rendre les soins plus sûrs et faire bénéficier nos patients d'un meilleur confort (en termes d'analgésie et de soins adaptés), et surtout d'une résolution des symptômes dans les meilleures conditions possibles.

.....



## Dr Hyam WEHBE

- DCD, DU Pathologie Orale, Master en Parodontologie, FMD, USJ
- Chargé de stage clinique, département de Diagnostic et de Pathologie Orale, FMD, USJ
- Editeur associé, revue arabe internationale de dentisterie.

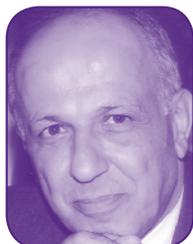
### COMPLICATIONS INFECTIEUSES DENTO-RÉGIONALES : LES CELLULITES

Parmi les urgences dentaires que l'odontologiste affronte en pratique quotidienne figurent les cellulites cervico- faciales. Leur importance résulte du fait de la douleur qu'elles suscitent et surtout de la rapidité avec laquelle elles peuvent apparaître et évoluer. Il s'agit d'une infection des espaces cellulaires de la face et du cou ayant pour origine un organe dentaire ou des éléments péri-dentaires.

Par leur fréquence élevée, le plus souvent liée à l'automédication et aux mauvaises pratiques dentaires, et du fait de l'urgence thérapeutique (consultation souvent tardive) qu'elles constituent, elles sont une préoccupation majeure pour tous les praticiens de la sphère oro-maxillo-cervicofaciale surtout dans les pays en voie de développement.

Les cellulites peuvent se manifester sous différents aspects à la fois cliniques et topographiques. Le praticien se doit de reconnaître chacune de ses formes de façon à adapter sa thérapeutique suivant le stade ou la localisation de cette pathologie.

Notre présentation abordera ce sujet et comportera un survol des étiologies, des formes cliniques de cellulites faciales- illustrées par des cas cliniques- ainsi que des principes de traitement.



### **Pr Ghassan FARJALLAH**

- *Spécialité pathologie orale, département de diagnostic et de pathologie orale, FMD,USJ*

## **LES COMPLICATIONS INFECTIONS DENTO-RÉGIONALES : LES OSTÉITES**

Le terme ostéite doit être réservé aux lésions inflammatoires du tissu osseux, d'origine infectieuse ou irritative causées par un agent pathogène.

Les inflammations primitives ou secondaires du tissu osseux des maxillaires revêtent de très nombreux aspects cliniques dépendant essentiellement de leur étiologie, de leur topographie et de la thérapeutique qui leur a été appliquée.

Si les ostéites sont restés les mêmes et expliquent l'atteinte relativement fréquente des maxillaires les thérapeutiques actuelles en particulier l'antibiothérapie ont complètement modifiées l'allure clinique.

.....



### **Dr Nahida ASSAF EL KHOURY**

- *Chargé d'enseignement, Service de diagnostic et de pathologie orale, FMD,USJ*
- *Spécialiste pathologie orale*



### **Dr Robert DACCACHE**

- *Chargé d'enseignement, Service de diagnostic et de pathologie orale, FMD,USJ*
- *DES pathologie orale*
- *DU Implantologie et prothèse*

## **L'ANTIBIOTHÉRAPIE : DU CHOIX ALÉATOIRE À LA PRESCRIPTION ADAPTÉE ET CIBLÉE**

La prescription des AB en odonto stomatologie est parfois nécessaire. Mais le choix n'est pas toujours adéquat et ciblé. Une antibiothérapie aléatoire, à dosage inadéquat et qui ne tient compte ni des germes impliqués ni de leur spectre d'activité peut provoquer des résistances et avoir des conséquences graves, voire mortelles.

La prescription doit tenir compte aussi du critère de gravité de la pathologie, de la nature de l'acte à réaliser, et du niveau de risque présumé du patient à développer une infection (état général, terrain allergique, mauvaise hygiène buccale...etc.)

Quelles situations nécessitent une prescription antibiotique ?

Quelles sont les indications de l'antibiothérapie curative ?

Quelles sont actuellement les modalités de prescription en ambulatoire ?

Quels antibiotiques choisir en prophylaxie ?



### **Dr Samar BOU JAOUDE MEJAES**

---

- *DCD, DESPO, DEA Biologie de la bouche*
- *Chargé d'enseignement, Service de diagnostic et de pathologie orale, FMD, USJ*

## **LA DOULEUR N'EST PAS UNE FATALITÉ : LE CONTRÔLE DE L'ANALGÉSIE AU SERVICE DU PATIENT**

La douleur n'est pas une fatalité. Le dentiste doit savoir qu'il est tout à fait possible d'anticiper et de traiter. Sa prise en charge est d'abord étiologique, nécessitant parfois le recours à la prescription de médicaments antalgiques qui se distinguent par leur mode d'action : périphérique ou central.

Quel que soit son mode d'action, la prescription d'un antalgique doit être réfléchie et tenir compte à la fois de l'intensité de la douleur, du contexte médical du patient et des effets indésirables du médicament.

.....



### **Dr Wassim MANHAL**

---

- *Master de Pathologie Orale*
- *C.E.S Parodontologie*
- *Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales*
- *Assistant clinique, Service de Diagnostic et de pathologie Orale, FMD, USJ*

## **LES ANTI-INFLAMMATOIRES SONT-ILS INCONTOURNABLES EN PRATIQUE MÉDICO-DENTAIRE ?**

Les anti-inflammatoires sont largement prescrits en odontostomatologie, pour leurs propriétés antalgiques et anticœdémateuses. Leur prescription doit tenir compte de leurs effets indésirables, et de leurs contre-indications. Dans le cadre de certaines pathologies générales la prescription d'AI peut favoriser l'infection, celle-ci pouvant alors se développer en gagnant les zones voisines et menacer les fonctions vitales. Ce type de complication est en augmentation constante, favorisé par l'auto-médication ou par des prescriptions erronées. Cet exposé fera le point sur les principales classes d'anti-inflammatoires, leur mécanisme d'action, leurs indications et contre-indications, les principales interactions médicamenteuses à éviter, la posologie et la durée du traitement.



## Dr Tarek ITANI

---

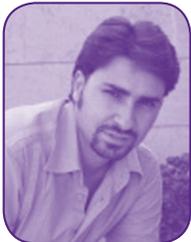
- *Pharmacien biologiste*
- *Master M2 en Recherche : option Agents pathogènes, FP, USJ*
- *DES de Biologie médicale, FP, USJ*
- *AFS en Biologie Médicale, Faculté des sciences pharmaceutiques, Université Paris Descartes (Paris V), France*
- *Maitrise de sciences biologiques et médicales, FM, USJ*
- *Docteur en pharmacie (Doctorat d'Exercice), FP, USJ*

## INFECTION BUCCO-DENTAIRE ET EXAMENS DE LABORATOIRE

La cavité buccale est un site hautement colonisé où plus de 300 espèces bactériennes différentes peuvent être retrouvées. Cette flore est différente d'un individu à l'autre et chez une même personne, elle évolue en fonction de l'âge, de la santé générale, de l'alimentation.

Les facteurs étiologiques des infections bucco-dentaires sont particuliers, la physiopathologie de ces infections est particulière et les moyens diagnostiques et le traitement approprié ne sont pas toujours les mêmes. Plusieurs infections bucco-dentaires ainsi que des pathologies orales non-infectieuses sont difficilement distinguées cliniquement. C'est pour ces raisons précédentes qu'un bon diagnostic, base d'un bon traitement, nécessite des examens de laboratoire.

La première partie de cette présentation précisera la façon de faire les prélèvements dans le but d'obtenir des renseignements microbiologiques. La deuxième partie résumera les différents tests microbiologiques et immunologiques disponibles pour poser un diagnostic, prédire l'apparition d'une infection buccodentaire ou suivre l'évolution d'un traitement. La façon de les choisir en fonction des besoins. Et surtout, l'interprétation des résultats du laboratoire.



## Dr Ralph ZARAZIR

---

- *Lecturer, Restorative & Aesthetic Dentistry Department, FMD, USJ*
- *Specialist in Oral Surgery & Implantology*
- *Masters in Medical & Biological Sciences*
- *Diploma in Aesthetic Dentistry*

## COMMUNICATION SKILLS

The dental nurse, being the first person to get in-touch with the patient, the last to see him at the clinic, and most of the time the one checking on him after the treatment, is considered nowadays a very important player in the team.

For all this, she will need some communication skills to balance between the dentist, different types of patients and many other linked professionals...



## **Dr Sandra DAGHER**

- *Master de recherche FMD, USJ*
- *Maîtrise en Sciences Biologiques et Médicales*
- *Certificat C2 de Biologie du développement crânio-facial*
- *DES de dentisterie pédiatrique et scolaire*
- *Certificat C2 de biostatistiques et épidémiologie*
- *Diplôme de Docteur en Chirurgie Dentaire, FMD, USJ*

### **AN EFFICIENT STERILIZATION PROCESS**

Dental offices are always subject to contamination by millions of germs carried by patient (saliva hair, hands....). The dentist constant effort should be preventing and controlling contamination and infections. We will try to offer proper solutions to limit, as much as possible, cross infections and to select an appropriate mean to dispose of dental waste.

.....



## **Dr Fady TOUMA**

- *DCD. CES Chirurgie orale, FMD, USJ*
- *DU pathologie orale*
- *Assistant Clinique à l'unité de radiologie maxillo-faciale, FMD, USJ*

### **LES TECHNIQUES RADIOLOGIQUES INTRA-ORALES**

La radiographie est considérée en dentisterie comme un aide indispensable pour formuler un diagnostic complet sur la santé dentaire d'un patient, sinon comment pourrait-on déceler les dents incluses, les fractures des maxillaires, les résorptions osseuses, les racines résiduelles...,et même les caries interproximales.

Cette section met à la disposition de l'assistante les outils pour faciliter la prise des radios intra-oraux et l'apprentissage du traitement et stockage des clichés.

L'objectif principal :

- 1- Connaître les outils permettant la lecture des radiogrammes.
- 2- Maîtriser les notions et les techniques de radiologie dentaire.
- 3- Procéder à la prise des radiographies dentaires et évaluer la qualité de l'image réalisée.
- 4- distinguer les critères des différents radiogrammes périapicaux et coronaires.



## Dr Joël ITIC

---

- *CES de Biologie buccale*
- *CES de Parodontologie*
- *Diplôme universitaire de Parodontologie Paris VII*
- *Diplôme universitaire d'Implantologie clinique et prothétique Paris VII*
- *Président de l'Association universitaire de Parodontologie (AUP)*

### EXTRACTION IMPLANTATION IMMEDIATE OU DIFFÉRÉE SUR LE SECTEUR ANTERIEUR

Les extractions entraînent systématiquement une perte partielle de l'os alvéolaire notamment au niveau marginal. Cette alvéole post-extractionnelle est toujours plus importante sur les faces vestibulaires qui sont naturellement plus minces que les faces linguales ou palatines. Cette alvéolyse post-extractionnelle est liée à la disparition de l'os fasciculé ou bundle bone qui n'existe qu'en présence de la dent sur l'arcade. Sur la zone antérieure toute extraction a de ce fait des conséquences esthétiques majeures, celles-ci sont d'autant plus importantes que le patient a un sourire gingival ou partiellement gingival, et que le biotype parodontal est plus ou moins fin. Un protocole rigoureux pour la pose d'implant sur le secteur antérieur permet de palier à ce risque esthétique. lorsque les conditions sont optimales il est possible et souhaitable de réaliser une extraction et l'implantation immédiate afin de réduire la durée du plan de traitement par contre quand les défauts sont trop importants (disharmonie des collets, perte de la table osseuse vestibulaire etc...) il sera toujours préférable de différer l'implantation, de même en cas d'infection, ou de parodontite sévère. L'analyse de ces différentes situations sera présentée.



## Dr Thierry KUNTZ

- *Diplômé de Paris VII*
- *Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire Paris VII*
- *CES et DU Parodontologie et Implantologie*

### L'EXTRACTION NE CONDAMNE PAS FORCÉMENT UNE DENT

Une transplantation dentaire consiste à extraire une dent et la replacer soit dans son alvéole d'origine (ré-implantation), soit dans un autre site (transplantation autogène).

#### Rappels biologiques

Les cellules desmodontales impliquées dans la formation du complexe ligamentaire sont capables de réparer les composants de ce ligament.

Quand une dent est extraite ou expulsée par traumatisme, sa remise en place immédiate induit une multiplication cellulaire aboutissant à une réparation complète du ligament en 4 à 6 semaines.

L'auto-transplantation dentaire est une technique ancienne, mais peu répandue du fait d'une cicatrisation jusqu'alors incertaine : une ankylose, suivie d'une résorption radiculaire.

Cependant, un nouveau protocole opératoire agissant sur les cellules permet de réduire considérablement les risques d'ankylose.

#### Le greffon

Le plus souvent c'est une dent surnuméraire, incluse, non fonctionnelle, ou à extraire pour ODF.

#### Le site receveur

On distingue les sites receveurs dentés où l'alvéole est présente, pouvant être retouchée et les sites édentés où l'alvéole est à créer par forage intra-osseux.

Extraire une dent n'est donc pas forcément irréversible et peut même parfois être le premier geste d'une thérapeutique salvatrice utilisant le potentiel cicatriciel naturel du patient.



## Pr May ASSALY FEGHALI

- Docteur de l'Université Paris VII
- Ex-Assistante de l'université Paris VII
- Attachée de consultation Rothschild Denis Diderot
- Publications internationales
- Responsable de formations continues Paro-Implantologie

### CHIRURGIE OSSEUSE ET PLASTIQUE PARODONTALE ADAPTÉE À L'IMPLANTOLOGIE

Le résultat esthétique et la pérennité de la reconstitution prothétique implantaire dépendent en grande partie de la gestion en amont ou de la reconstitution au moment de l'implantation, du volume du site édenté à implanter.

Ceci concerne essentiellement les tissus durs et secondairement les tissus mous péri-implantaires.

Idéalement ce volume devrait être préservé au maximum lors des manipulations d'avulsion, grâce à des techniques atraumatiques et reconstructives pour limiter l'effondrement des septa interdentaires et des corticales aussi bien dans le sens vertical que horizontal.

Des techniques de régénération osseuse et ou gingivale visant à optimiser notre réhabilitation implanto-portée tant sur le plan esthétique que fonctionnel seront exposées.. Le recours à ces techniques toutes confondues peut avoir lieu en pré, per ou post -chirurgie implantaire. Les critères de décisions seront évalués à travers les cas cliniques exposés...

- 1- Augmentation des volumes osseux par technique de régénération osseuse guidée et utilisation de biomatériaux de substitution osseuse et des barrières ou membranes résorbables ou non résorbables.
- 2- Augmentation de l'épaisseur des tissus gingivaux par la technique de la chirurgie plastique parodontale: greffe de conjonctif enfoui et greffe épithélio-conjonctive de surface.

Comme en parodontologie, les techniques chirurgicales ont évolué avec l'utilisation des greffes de tissu conjonctif ou des lambeaux de tissu conjonctif pédiculé. Ceci a permis d'augmenter le volume des tissus mous et de réduire l'inconfort du patient en reconstituant les papilles.

Quoique soumise à controverses, la présence de gencive kératinisée est conseillée autour des implants.

Enfin, il sera conclu avec une comparaison et une analyse de la reproductibilité et de la fiabilité à moyen et à long terme de ces différentes techniques.



## **Dr Jean-François MOREAU**

---

- *DCD, DUICP Paris V*
- *Président du CFLIP (Cercle Franco Libanais d'Implantologie et de Parodontologie)*

### **CFAO ET IMPLANTOLOGIE : LE PILIER ATLANTIS**

Le numérique envahie notre quotidien, notre pratique dentaire n'y échappe pas.

L'informatique évolue sans cesse et modifie complètement notre exercice.

La conception assistée par ordinateur nous aide à aller vers une dentisterie de très haute qualité.

Le pilier prothétique ATLANTIS ( ASTRA TECH) en est un exemple.

Il est basé sur une fabrication assistée par ordinateur. Ce pilier répond aux règles biologiques prothétiques et est utilisable dans les différentes grandes marques d'implants.

Nous traiterons dans cet exposé de la réalisation de ce pilier, de son utilisation et de

Ses avantages, agrémenté de cas cliniques.



## **Pr Fouad KHOURY**

- *DMD, FMD, USJ*
- *Specialization at department of Oral & Maxillofacial Surgery of the University of Freiburg, Germany and at department of Oral & Maxillofacial Surgery of the University of Munster, Germany*
- *Specialist in Oral Surgery*
- *Habilitation*
- *Professor at the department of Oral & Maxillofacial Surgery of the University of Munster and Chairman of the Privatklinik Schloss Schellenstein, Olsberg, Germany*
- *Member of Editorial Board of different journals*
- *Editor and author of 3 textbooks*

### **PREDICTABLE LONG TERM RECONSTRUCTION: 20 YEARS OF EXPERIENCE WITH THE BIOLOGICAL CONCEPT FOR BONE GRAFTING**

Since 1984, a various of autogenous grafting procedures, including lateral bone grafting, or 3D reconstruction of vertical bone defects are used to perfect implant placement in the mandible and the maxilla. In the majority of the cases the bone block grafts are harvested from the mandible using the MicroSaw®. The techniques of augmentation with mandibular bone block were modified to increase the number of regenerated and vital osteocytes in the grafted area (biologic grafting) for a predictable long term osseointegration. These techniques are based on the use of a combination of thin bone blocks graft and particulate cancellous and cortical bone which possess high revascularisation and regeneration potential. Results of more than 986 lateral and 178 vertical grafts showed that changes of the volume of the grafted bone occurred up to one year after the grafting procedures and stay stable for more than 10 years. Limited bone resorptions were observed especially when the bone block was grafted outside the bone contours. Implants inserted in this grafted bone presented similar osseointegration as implants placed in non grafted bone. Harvesting of bone blocks with the MicroSaw® allows winning big quantity of bone in a very safe and predictable way.

### **TRANSMISSION DIRECTE - LIVE SURGERY GREFFE OSSEUSE AUTOGENÈNE/AUTOGENOUS BONE GRAFTING**



## Dr Robert CAVEZIAN

- *Docteur en Médecine*
- *Spécialiste en Radiodiagnostic*
- *Membre de l'Académie Nationale Française de Chirurgie Dentaire*
- *Vice-président de la Société Française de Radiologie Dentaire et de Biophysique*
- *Membre de 14 Sociétés Scientifiques nationales et internationales*
- *Membre du Comité scientifique de plusieurs revues professionnelles en France et à l'étranger*
- *International Advisor d'oral surgery (radiology) et Journal of Dento Maxillofacial Radiology*
- *Auteur de 7 livres de radiologie dentaire et maxillo-faciale*

### IMAGERIE DE LA DOULEUR DENTAIRE, APPORT DU CONE BEAM : MYTHE OU RÉALITÉ ?

Depuis plus d'un siècle, d'imagerie dentaire endobuccale, qu'elle soit argentique ou aujourd'hui numérisée, procède du principe initial de Roentgen : l'imagerie de projection a faisceau conique.

Au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, par l'orthopantomographie (OPT ou panoramique dentaire, Y.V. Paatero, 1950) dentistes et radiologues, qui jusque là s'étaient ignorés, établissent un premier pont.

Les années 1970 ont vu le scanner Rx (G.H. Hounsfield, 1972) solidement installé dans des structures radiologiques imposantes, régner sans partage, sur l'imagerie en coupes. En même temps que l'image, obligatoirement interprétée à la lumière du contexte clinique, faisait la preuve de son efficacité diagnostique. Dans le même temps, la perception des radiations ionisantes (dont les rayons X) par le public et parfois même par les praticiens, passait progressivement de la fascination à la suspicion.

Le souci de radioprotection (justification et optimisation des examens) a favorisé sinon induit le développement de la technique cone beam en imagerie dento-maxillaire.

Cette méthode moderne et d'avenir, peu irradiante, dévolue préférentiellement à l'étage maxillo-facial, de plus en plus performante, est le successeur aujourd'hui reconnu du scanner dento-maxillaire.

C'est le grand retour du faisceau conique initial couplé à l'outil informatique qui rend possible la construction d'un volume numérisé à partir de projections planes multi-angulaires. Il sera exploité comme celui du scanner Rx par des logiciels dédiés. Avec du 2D on fabrique du 3D...

Après une période d'incrédulité, il a bien fallu se rendre à l'évidence. Le cone beam est bien la technique d'imagerie de référence en odontostomatologie (résolution de l'image dent/os, faible irradiation). Sa progression est constante, ses indications et ses applications s'élargissent.

### ATELIER D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE CONE BEAM CAS RADIO-CLINIQUES ET INTERPRÉTATION COLLÉGIALE



## Dr Pascal ZYMAN

- *Diplômé de la Faculté D. Diderot, Paris VII, où il a également reçu les certificats d'études spécialisées en Biomatériaux Dentaires et aussi en Prothèse Fixée*
- *Président de la Société Française de Dentisterie Esthétique*
- *Membre actif de L'Académie Européenne de Dentisterie Esthétique. (EAED)*
- *Membre de l'Académie Américaine de Dentisterie Esthétique (AAED)*
- *Nombreux articles sur la sélection et la communication de la teinte, sur les matériaux composites et sur les restaurations en céramique*

### LES COMPOSITES POSTÉRIEURS DIRECTS ET INDIRECTS

Les composites ont beaucoup évolué ces dernières décennies (du composite microchargé au nanohybride), non seulement en matière de propriétés mécaniques (diminution du stress de polymérisation...) mais également dans leur facilité de travail (choix de teinte, matériaux injectables dans les couches profondes, polissage...). De plus, la réalisation du point de contact est bien plus aisée avec le matériel actuel disponible (matrices métalliques fines et prégalbées, anneau écarteur...). Par conséquent, on peut attendre une longévité d'au moins 8 à 10 ans pour un composite direct inséré dans une petite ou une moyenne cavité. Les sensibilités post-opératoires sont moins fréquentes qu'auparavant lorsqu'on suit le protocole opératoire adéquat.

Cependant, il existe des limites à ces techniques directes, inhérentes aux propriétés intrinsèques du matériau. La technique indirecte permet alors de remédier efficacement à ces inconvénients en :

- permettant de limiter la contraction de polymérisation
- simplifiant la réalisation du point de contact
- facilitant l'anatomie de la face occlusale .

Au total, les principaux facteurs de succès seront liés à la préservation des tissus dentaires dans le respect des indications (éviter le composite chez les patients polycarieux, parafonctionnels, gros fumeurs...).

### LE CHOIX DE LA TEINTE EN DENTISTERIE RESTAURATRICE : JOUER AVEC LES OMBRES ET LES LUMIÈRES

Pour répondre à la très forte demande esthétique des patients, il ne suffit plus de remplacer la perte de substance d'une dent antérieure par une couche de matériau composite « monoteinte » et avec une seule opacité. Aujourd'hui l'utilisation rationnelle des nouveaux systèmes résines composites permet d'obtenir un résultat esthétique de qualité. Le clinicien doit alors prêter une attention particulière aux points suivants :

- choix d'un matériau composite capable de reproduire la couleur et la forme de la dent
- sélection des opacités et des épaisseurs de matériau dentine et émail - préparation des tissus dentaires favorable au masquage de la zone de jonction composite-dent
- procédure minutieuse de finition et de polissage pour déterminer la réflexion lumineuse à la surface du composite

Le conférencier montrera que le contrôle attentif de la luminosité est un facteur essentiel du succès esthétique colorimétrique des restaurations en résine composite.



## Dr Rolando NUNEZ

---

- *D.D.S., MSC.*
- *Dental degree from the University Central of Venezuela*
- *Graduate program in Biomaterial at the university of Alabama at Birmingham, obtaining his MSc. degree*
- *Research and Development Department of BISCO Inc. in Chicago Illinois*
- *Member of the Academy of Operative Dentistry and Biomaterials of Venezuela and Latin America and the International Association of Dental Research*
- *Assisting editor of the Journal of Prosthodontics for articles in Basic Science.*

### SELF ETCH V/S TOTAL ETCH

Clinicians must face complicated decisions regarding the adhesive system to use. There are many products that are introduced into the market, providing clinicians with many options. Nevertheless, so many options generate confusion, and the need to understand the different philosophies of bonding in order to make rational decisions.

This lecture will provide the attendee a up to date information regarding bonding mechanism to the tooth structure, as well as to provide assistance in how to make a rational decision regarding the adhesive system for clinical applications

### BONDING TO PORCELAIN

Properly bonding to porcelain requires many steps, and a clear understanding of the need for each one of these steps. If one of the steps is missed, or not performed accordingly, the achieved bond will not be optimum, thus, the restoration may fail. The purpose of this lecture is to provide a bonding protocol that can be applied with any type of porcelain restoration and any type of clinical procedure.

### BONDING TO ZIRCONIA

Zirconia restorations are becoming increasingly popular due to their strength, esthetics and durability. Up to this point it was believed that bonding to zirconia was an impossible task, however, few companies have introduced zirconia primers that will achieve a certain level of bonding to the surface. The purpose of this lecture is to review these new primers and other methods to achieve bonding to the zirconia surface, and to determine which of these products will have the best clinical performance.

.....



## Dr Luc PORTALIER

---

- *Doctor of Dental Surgery, France*
- *Doctorate of Medical Dentistry, Switzerland*
- *Post-Graduate Eastman Dental Center, Rochester, NY, US*
- *Accredited Member of the American Academy of Cosmetic Dentistry, USA*
- *Fellowship of the International Academy for Dento-Facial Aesthetics , USA*
- *Assistant in Restorative Dentistry, Eastman dental Center, USA*

### NATURAL COMPOSITE LAYERING: 2 LAYERS VS. 3 LAYERS TECHNIQUES; PRO AND CONS

### DIAGNOSIS USE OF COMPOSITE IN ANTERIOR AESTHETICS: THE USE OF COMPOSITE AS A DENTAL ARCHITECT & GUM ARCHITECT



## Pr Andreas KULLMAN

---

- *DMD, MSD, MSc*
- *Studied dentistry at the Julius-Maximilians-University of Wuerzburg, Germany*
- *Worked at the Department of Diagnostic and Surgical Sciences at the University of Minneapolis, Minnesota, USA*
- *Additional studies followed at the Donau-University-Krems, Austria and PUSH-University, Bonn, Germany*
- *Junior consultant of the DL-clinic in Moscow*
- *Member of the German Society of Implantology (DGI) and a board member of the European Academy of Craniomandibular Disorders, EACD*

### COMPUTER ASSISTED IMPLANTOLOGY

Implant planning based on CT or, more recently, on CBCT has become the standard in the diagnostic approach prior to implant placement with or without accompanying augmentative procedures. With sophisticated software it is possible to simulate ideal implant placement in the virtual world. This information can be transferred into the real world by the creation of surgical guides, which help not only to place implants in correct mesio-distal and bucco-lingual dimension, but also in correct vertical dimension. Especially control over the vertical parameter via a surgical stent opens the window not only for a lesser invasiveness of the procedure per se, but also for facilitating immediate loading.

Beyond this, the author shows how to use implant planning software to enhance augmentative procedures and to shorten surgical procedures, thus to enhance patient acceptance for treatment.

### CUSTOMIZED CAD/CAM ABUTMENTS

Abutments serve as an interface between the implant and the crown. Traditionally a dental lab-technician casts an abutment (UCLA-type) or mills it from a commercially available blank. These blanks have superior material characteristics opposed to casted abutments, but they are limited in their dimensions. As a consequence implant placement has to be excellent in order to accomplish good esthetic results. Due to anatomical limitations this attempt may become impossible in terms of excellence when a central incisor has to be restored on the basis of an implant.

Also, final restorations have to fit too often „somehow« to the shortcomings of the traditional approach an individual abutment is generated.. What, if an abutment would be a REAL interface in terms of a prosthodontically driven „crown-down« concept? CAD/CAM-technology opens the horizon for this vision. The author introduces an approach, which lives up to the demands of modern implant retained prosthodontics; not only in respect to the best material possible today for abutments, but also in terms of flexibility to serve numerous implant systems and to possess the capability of producing identical abutments, which opens up a new vision on proper management of peri-implant soft-tissue at second stage.



## **Pr Tomaso VERCELLIOTI**

---

- *Graduated in Medicine and Surgery,*
- *Specialized in Odontostomatology,*
- *Inventor of Piezoelectric Bone Surgery procedure*
- *Developer of Ultrasonic Implant Site Preparation and orthodontic Microsurgery Techniques*
- *Founder and President of Piezosurgery Academy*
- *Honorary Professor, UCL Eastman Dental Institute, London*
- *Visiting Professor in Periodontology, University of Bologna and in Odontology at University of Genoa*

### **ULTRASONIC IMPLANT SITE PREPARATION: STATE OF THE ART**

The evolution of Ultrasonic Implant Site Preparation over the past 10 years, has determined a notable improvement of bone healing mechanisms in proximity to implants. Utilizing a new and revolutionary ultrasonic technology invented by the author, Implant Site Preparation using Piezosurgery® simplifies and improves the state of the art in osseo-integrated implantology, opening a New Era of Ultra-osseointegration.

This new surgical technique will be presented in a «step by step» format and exemplified through numerous clinical cases and the integration of application videos in the presentation will provide the opportunity to understand the advantages of the Implant Site Preparation micro-surgical protocol presented.

The presentation will highlight both surgical and clinical advantages of the new procedure concerning immediate loading in both edentulous crests and post-extractive implant cases.

Indeed, it will be shown through scientific evidence how this new technique opens up a «new era» for immediate loading, allowing for a drastic reduction of the time interval lapsing between primary and secondary stability.

### **IMPLANT SOLUTION IN REDUCED OR INSUFFICIENT BONE VOLUME**

This presentation introduces the clinical rationale for implant positioning in ridges with reduced or insufficient bone volume.

Ultrasonic Implant Site Preparation (UISP) surgical protocol will be presented in cases of reduced bone volume while bone block harvesting protocol, Ridge Expansion and Ridge Split techniques will be developed in cases presenting insufficient bone volume.

Moreover, and for the first time, a New Implant with a minimally invasive placement technique will be introduced in the treatment of the narrow ridge.



## Dr Bernard GUILLAUME

- *Certificat d'Etudes spécialisées en Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale*
- *Chargé d'enseignement – Unité Inserm U922 - Faculté de médecine d'Angers*
- *Président du Collège Français d'Implantologie*
- *Président Fondateur de l'Institut Européen de la Responsabilité Médicale*

### DISJONCTION OSSEUSE PRÉIMPLANTAIRE

L'insuffisance osseuse horizontale mandibulaire et maxillaire complique le projet thérapeutique implantaire.

Un volume osseux suffisant est indispensable pour assurer une stabilité et une pérennité implantaire.

La greffe osseuse d'apposition permet cette amélioration mais présente les inconvénients d'un double site et d'une intervention plus longue.

Désormais la technique de disjonction apporte de nombreux avantages tout en limitant les inconvénients.

Le chirurgien intervient sur un seul site et peut en modelant la zone osseuse augmenter le volume osseux au delà du diamètre implantaire.

La technique repose sur le principe de la fracture en bois vert rencontrée en chirurgie orthopédique.

Une séparation contrôlée de la corticale osseuse associée à un comblement par greffons autologues ou par biomatériau de type  $\beta$  TCP, évitant le recours à un deuxième site, permet d'obtenir en quelques mois un large volume osseux pré implantaire.

La disjonction est une technique fiable, d'abord aisé et sans contrainte majeure pour le patient. Elle permet d'élargir les indications opératoires proposées aux patients.

### COMPLEMENT SINUSIEN PRÉIMPLANTAIRE APPORT DES BIOMATERIAUX DE TYPE B TCP

#### Protocole et évolution implantaire

L'édentation de la zone postérieure maxillaire s'accompagne souvent d'un volume osseux réduit ne permettant pas la pose d'implant.

Cette difficulté a été depuis plusieurs décennies corrigée par l'apport de greffe osseuse intra sinusienne.

Initialement le comblement a été effectué avec des greffons autologues pariétaux ou iliaques. Si cette technique demeure efficace elle présente l'inconvénient de nécessiter une anesthésie générale avec une morbidité non négligeable et un coût élevé.

Les comblements par greffons hétérologues ont permis de simplifier ce protocole mais l'apport d'os bovin ou porcin n'est pas toujours accepté par le patient.

Le praticien peut désormais écarter ces inconvénients en réalisant des comblements par biomatériaux synthétiques.

A ce titre la catégorie des  $\beta$  TCP joue un rôle important en terme de qualité et de stabilité pérenne du comblement pré implantaire induisant une ostéogenèse par ostéoconduction. Le  $\beta$  TCP appartient à la famille des phosphates de calcium. Sous sa forme bêta, il est aujourd'hui largement utilisé en chirurgie orthopédique et trouve logiquement sa place en chirurgie pré implantaire sinusienne

Le comblement par granules à Haute Porosité permet une reconstruction osseuse complète à 9 mois, validée par biopsie osseuse, de tout type de déficit sinusien. On constate un remodelage osseux et une activité ostéoblastique avec création d'os lamellaire.

Egalement disponible sous forme de lame (Sinus Up), il s'adapte aux parois du sinus réalisant un cloisonnement du sinus et protège d'une déchirure de la muqueuse. Désormais le recul clinique et le contrôle radiographique permettent d'assurer le maintien à long terme d'implants au sein d'un os stable et reconstruit. L'utilisation de  $\beta$  TCP, tant sous forme de particules que de lame, facilite l'acte opératoire dans la technique du sinus lift en éliminant les risques liés aux prises de greffons autologues et favorise le remodelage et la cicatrisation osseuse du comblement.

---



### **Dr Jean Claude ABOU CHEDID**

---

- *Maître de conférence, département de dentisterie communautaire et pédiatrique FMD, USJ*
- *CES Pédiodontie Prévention - Paris*
- *DEA Biologie de la bouche, FMD, USJ*
- *Doctorat d'université, FMD, USJ*

### **TRAUMATISMES SUR DENTS TEMPORAIRES : TRAITER OU S'ABSTENIR ?**

Plus fréquents que les traumatismes en denture permanente, les accidents en denture temporaire sont trop souvent ignorés et non traités. Pendant l'âge préscolaire, trois enfants sur dix subissent un choc. Les séquelles sur les germes des dents permanentes sous-jacentes peuvent être directes, dues au traumatisme lui-même ou indirectes dues aux complications des traumatismes. Faut-il traiter ou s'abstenir ? La décision thérapeutique dépend de plusieurs facteurs : le diagnostic qui est souvent compliqué vu le manque de coopération du jeune enfant traumatisé, le degré de coopération et la motivation des parents de l'enfant, le stade de dévotion de la dent temporaire, la nécessité du maintien de l'espace et l'aspect psychologique qui n'est pas à négliger.



### **Pr Nada CHEDID**

---

- *Docteur en Chirurgie Dentaire, FMD, USJ*
- *Certificate of Advanced Graduate Studies in Pediatric Dentistry, Boston University, USA*
- *Master of Science in Pediatric Dentistry, Boston University, USA*
- *Diplôme Universitaire de Santé Publique Dentaire, Université Claude Bernard- Lyon I, France*
- *Professeur Associé et Responsable des Etudes de Troisième Cycle de Dentisterie Pédiatrique, FMD, USJ*

### **PATIENT HÉMOPHILE : QUI A PEUR DE LA PRISE EN CHARGE DENTAIRE ?**

Les patients présentant des coagulopathies nécessitent une prise en charge dentaire spécifique, qui peut a priori sembler difficile à effectuer. Les hémophiles, en particulier, ont besoin d'un protocole de traitement prenant en compte leur condition, que ce soit pour l'obtention des meilleures conditions d'hémostase, pour le choix des thérapies bucco-dentaires les plus adaptées ou pour l'instauration d'un régime préventif efficace. Les étapes de ce protocole de prise en charge dentaire du patient hémophile seront présentées et illustrées de manière standardisée, rationnelle et pratique, pour démystifier le tabou entourant ces patients et contribuer par les soins bucco-dentaires à améliorer leur qualité de vie.

.....



### **Pr Nada FARHAT MCHAYLEH**

---

- *DEA - Doctorat d'Université en dentisterie pédiatrique*
- *Chef de département de dentisterie pédiatrique et communautaire, FMD, USJ*
- *Auteur de plusieurs articles dans des revues internationales.*

### **LA SALIVE : AMIE OU ENNEMIE DE LA DENT**

La carie dentaire ne fait que gagner du terrain parmi nos jeunes patients .Si l'équilibre de la fonction salivaire est en désordre, la déminéralisation des dents devient le facteur dominant et le risque carieux augmente. L'utilisation des tests salivaires, comme outil de diagnostic dans la pratique courante du dentiste, reste limitée. L'objectif de cette conférence est de faire une mise au point sur le rôle de la salive dans la santé bucco-dentaire et d'évaluer la place des tests salivaires dans l'élaboration des plans de traitements.

## Dr Jean ACHI

- *Anesthésiste, Réanimateur et Hypnothérapeute à l'hôpital Libanais-Geitaoui où il est Chef de service de Réanimation aux Soins Intensifs et au Centre de Brûlés*
- *A introduit l'hypnose dans le département d'Anesthésie-Réanimation de l'hôpital Libanais comme une nouvelle technique anesthésique en chirurgie*



## Dr Camille SAMNEH

- *DCD, CSDP, FMD, USJ*
- *Assistant Clinique au département de Dentisterie Pédiatrique et Communautaire, FMD, USJ*
- *Pédodontiste à l'Hôpital Libanais (Geitaoui)*
- *Ancien Président de la Société Libanaise de Dentisterie Pédiatrique.*
- *Ancien Président des Sociétés Arabes de Dentisterie Pédiatrique.*

## L'HYPNOSE EN MÉDECINE DENTAIRE

L'hypnose n'a rien de nouveau, mais elle est encore très mal comprise. Aujourd'hui, quelques vingt mille médecins, dentistes, psychologues et infirmiers utilisent l'hypnose dans leur pratique. Actuellement, certaines écoles de médecine ont inclus un cours sur l'hypnose dans le cadre de leur cursus.

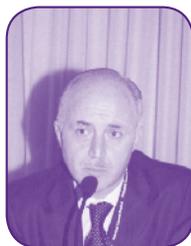
Le mot «hypnose» est dérivé du mot grec «Hypnos», qui signifie sommeil. Cependant, dans l'état hypnotique l'individu ne dort pas. L'hypnose est un état de conscience, non pas d'inconscience ou de sommeil, dans lequel il y a une réceptivité marquée aux idées et aux suggestions et une volonté de répondre positivement ou négativement à ces suggestions.

L'hypnose est un état d'esprit caractérisé par un état de suggestibilité élevée, et selon l'Organisation Mondiale de la Santé 90% de la population générale peuvent être hypnotisés.

L'hypnose n'est pas dangereuse, c'est un état normal et naturel. Il n'y a presque pas de risque lorsqu'elle est utilisée par des professionnels formés respectant l'éthique.

La dentisterie est un événement d'une importance considérable pour de nombreuses personnes. Elle peut perturber leur vie personnelle, professionnelle et économique. La peur, l'anxiété, la dépression, et une gamme d'autres émotions peuvent accompagner le patient en clinique dentaire.

L'utilisation de l'hypnose en médecine dentaire a montré beaucoup d'avantages : réduction de l'anxiété, du stress, de la peur et de la douleur ; contrôle de la salivation excessive, du saignement et du réflexe nauséux ; capacité à tolérer les appareils orthodontiques ou prothétiques ; guérison facilitée et accélérée ; modification de certaines habitudes dentaires à l'origine de plusieurs problèmes comme le bruxisme ; réduction de l'anesthésie et de l'analgésie pendant les procédures dentaires ; substitution de la prémédication ; analgésie postopératoire et réduction de la consommation des médicaments antalgiques.



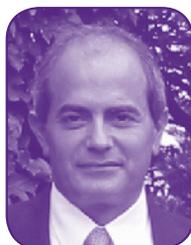
## **Pr Bernard GERBAKA**

---

- *Associate Professor of Pediatrics in St Joseph University in Beirut*
- *Chairperson of the Pediatric department, Director of the Pediatric Intensive Care Unit and Pediatric Emergencies*
- *President of the Lebanese Institute for Child Rights*
- *President of the Lebanese Union for Child Protection*
- *Vice-President of the University Child and Youth Observatory in Lebanon*
- *Vice president of the national certification committee*

## **LE PÉDIATRE ET LE PÉDODONTISTE**

---



## **Pr Elia SFEIR**

---

- *DCD, DSO, ICD*
- *Professeur, Chef du département de dentisterie pédiatrique, Université Libanaise*
- *Président d'honneur et fondateur de la société libanaise de dentisterie pédiatrique*
- *Auteur de plusieurs publications, conférences et cours internationaux, notamment dans le domaine de l'esthétique et de la chirurgie buccale chez l'enfant*
- *Directeur de plusieurs travaux de recherche dans la même spécialité*

## **L'IMPLANTOLOGIE CHEZ L'ENFANT ET LE JEUNE ADOLESCENT**

L'implantation dentaire, avant la fin de la croissance, est une solution pour reconstruire une denture fonctionnelle chez les enfants qui souffrent d'hypodontie. Un type particulier d'implants serait le mieux adapté pour de telles situations. En se basant sur la littérature et des cas cliniques, une description de la technique ainsi que du moment de l'extraction de la dent de lait seront analysés pour permettre au pédodontiste d'ajouter à son arsenal thérapeutique une nouvelle approche clinique.



### **Dr Maha DAOU EDDEGRICK**

---

- *DCD, CES A Biomatériaux Dentaires, CES B Pédodontie Prévention, DEA, Doctorat d'Université*
- *Coordinatrice et Responsable du « Master Recherche - Option Biomatériaux », FMD, USJ*
- *Chargé de l'Enseignement des Biomatériaux Dentaires 2e et 3e cycle, FMD, USJ*
- *Membre du Département d'Odontologie Pédiatrique et Communautaire, FMD, USJ*
- *Membre de l'IADR*

### **LES « SEALANT » SONT-ILS TOXIQUES ?**

Comme le BPA a été déclaré substance toxique, et que les médias mentionnent souvent les agents de scellement des puits et fissures comme des produits pouvant contenir du BPA ou ses dérivés, les dentistes peuvent s'attendre à ce que les parents leur posent plus de questions sur l'innocuité de ces matériaux.

Cette communication présente un résumé sur l'état des connaissances scientifiques sur les matériaux de scellement des puits et fissures pouvant contenir des dérivés du BPA.

.....



### **Dr Nada OSTA**

---

- *DCD, DESP, MSBM*
- *DU en Epidémiologie, DU en Médecine Légale, DIU en Statistique Biomédicale*
- *Assistant, service de prothèse adjointe, FMD, USJ*
- *Chargé de cours, département de Santé Publique, FM, USJ*

### **POPULATION GÉRIATRIQUE LIBANAISE: DÉMOGRAPHIE, ÉVALUATION ET COUVERTURE SANITAIRE**

Le vieillissement démographique est un phénomène touchant actuellement la plupart des pays industrialisés, les principaux facteurs étant la fécondité, la mortalité et les migrations internationales. Au Liban, entre l'année 1996 et l'année 2007, la catégorie des individus de moins de 15 ans a diminué de 30.8% ; la catégorie des personnes âgées a augmenté de 74.7% contre un accroissement de 1.7% de la population générale et l'espérance de vie a augmenté de 72.6 ans grâce au progrès de la médecine. De plus, le nombre d'émigrés a réduit la catégorie des jeunes libanais en âge de travailler, provoquant un impact sur la composition démographique de la population libanaise.

Bien que le Liban soit parvenu à la transition démographique comme les pays développés, celle-ci pose un problème de santé publique en l'absence de programme de prise en charge sanitaire pour les personnes âgées dont plus de la moitié ne bénéficient d'aucune couverture médicale. L'accès aux soins dentaires est encore plus difficile en raison de l'absence d'une prise en charge financière par des tiers payants, d'où l'urgence à considérer ce problème sanitaire pour se superposer aux pays industrialisés.



## Pr Joseph MAKZOUME

---

- *DCD, DEA, Doctorat d'Université*
- *Professeur associé, chef du service de prothèse adjointe, FMD, USJ*
- *Président de la Société Internationale de Prothèse Adjointe Fonctionnelle (SIPAF)*

### LA PROTHÈSE ADJOINTE : LE PASSÉ, LES IMPLANTS ET L'AVENIR

La prothèse adjointe a-t-elle encore un avenir ? Ces dernières décennies, l'essor pris par les implants a relégué au second plan cette discipline aussi bien dans les universités que dans la pratique quotidienne. Or des sonnettes d'alarme commencent à être tirées. Une forte dégradation de la qualité des prothèses adjointes est enregistrée ces dernières années en Europe et aux USA.

Se permettre des prothèses fixées sur implants est un luxe que peu d'individus édentés peuvent se vanter de pouvoir s'offrir. Pour la grande majorité des patients, la prothèse adjointe (conventionnelle ou sur implants) restera LA solution.

Face à un projet thérapeutique, il est du devoir du praticien de connaître l'ensemble des possibilités prothétiques à proposer au patient afin d'adapter le meilleur traitement au cas clinique auquel il est confronté dans les règles de l'éthique médicale et l'évolution des technologies.

Dans cette communication, la déclaration consensuelle de McGill est discutée, les différents attachements utilisés en prothèse adjointe sont présentés ainsi que leurs avantages et inconvénients. Sont de même présentés quelques cas cliniques où des acharnements thérapeutiques ont été pratiqués.

.....



## Pr Paul BOULOS

---

- *DCD, DEA, Doctorat d'Université*
- *Professeur associé, ancien chef du service de prothèse adjointe, FMD, USJ*
- *Directeur du 3ème cycle de prothèse adjointe, FMD, USJ*

### FULL MOUTH REHABILITATION OF PARTIALLY EDENTULOUS PATIENT WITH FIXED COMPLETE DENTURES: A CASE REPORT

The full rehabilitation of partially edentulous patients with implants is a complex procedure. During this type of treatment surgical procedures should be guided by functional and esthetic factors in order to achieve predictable results. These factors can be studied and prepared ahead of time with the consent of the patient, in order to deliver successful and predictable fixed prosthesis, with no surprises to the patient as well as to the practitioner.



## Dr Hani TOHME

- *DCD, DESP*
- *Chargé d'Enseignement, service de prothèse adjointe, FMD, USJ*
- *Secrétaire de la Société Internationale de Prothèse Adjointe Fonctionnelle (SIPAF)*

### LA PROTHÈSE HYBRIDE : CLINIQUE ET LABORATOIRE

L'implantologie a révolutionné les thérapeutiques prothétiques odontologiques en offrant aux patients fixité ou rétention, confort et esthétique. Elle fait donc partie intégrante de l'arsenal thérapeutique de l'odontologiste.

Au-delà de l'aspect spectaculaire que représente l'acte chirurgical implantaire aux yeux du grand public et des patients, l'implantologie est avant tout une thérapeutique à finalité prothétique, au service de la santé, qui nécessite une vision globale médicale, manducatrice et bucco-dentaire. Ainsi, sa raison d'être est la thérapeutique prothétique qui y est associée et par conséquent la restauration fonctionnelle qui en est la finalité.

Pour un praticien expérimenté en prothèse sur implants, la réalisation d'une prothèse implantaire fixée, couronne ou bridge de petite étendue, est globalement plus facile, techniquement, que celle d'une prothèse sur dents naturelles. En revanche, elle ne tolère aucune imprécision et présente de nombreuses particularités, de la prise en charge prothétique à l'intégration occlusale en passant par la prothèse provisoire et les empreintes.

L'objectif de cette communication est de guider le praticien en prothèse hybride implantaire: abord du plan de traitement, maîtrise des empreintes et de l'occlusion, exigences de précision et de suivi prothétique...



## Dr Jihad FAKHOURY

---

- *DCD, DEA, Doctorat d'Université*
- *C.E.S biologie buccale, parodontologie, prothèse amovible, odontologie chirurgicale*
- *D.U implantologie, prothèse amovible, anthropologie, odontologie légale*
- *DEA en économie de la santé*
- *Maître de conférences, service de prothèse adjointe, FMD, USJ*
- *Fondateur, Vice-président de l'Association d'Implantologie de Paris VI*

### RÉHABILITATION MANDIBULAIRE IMMÉDIATE

La mise en charge immédiate des implants rend inéluctablement service au patient aussi bien sur le plan psychologique que fonctionnel. Cependant des implants au nombre de trois au minimum doivent être solidarisés afin que les micromouvements ne dépassent pas 100µm, condition nécessaire à une bonne stabilité biologique immédiate.

La mise en charge précoce est à proscrire même dans la meilleure des conditions puisque la stabilité moyenne, valeur définie à partir de la stabilité biologique et mécanique, est faible.

La mise en charge différée est une solution usuelle, de nombreuses solutions thérapeutiques y adhèrent telles que le all on four, all on six, PACSI, pilotis ou autres.

Cependant la mise en charge immédiate, lorsque les conditions sont réunies, offre une stabilité optimale même supérieure à celle de la mise en charge différée.

Dans cette présentation, un cas clinique de mise en charge immédiate est exposé dans lequel la restauration est livrée au patient le jour même de la pose des implants. Seront également décrits les avantages et multiples inconvénients de cette technique.

.....



## Dr Richard ABOUD

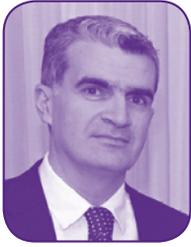
---

- *DCD - CES prothèse fixée*
- *Responsable de l'Unité de Radiologie Maxillo-Faciale, FMD, USJ*

### INTÉRÊT DU CONE BEAM DANS LE DIAGNOSTIC DES PATHOLOGIES OSSEUSES ET TRAUMATIQUES DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE

La tomographie volumique numérisée à faisceau conique ou Cone Beam est de nos jours la technique de choix pour l'exploration des structures osseuses de l'articulation temporo-mandibulaire. Elle est préférée au scanner pour plusieurs raisons dont le coût, l'économie en irradiations et la qualité des clichés qui est la même, sinon meilleure.

Le but de cette intervention est de mettre en exergue les différentes indications du Cone Beam dans le diagnostic des pathologies osseuses et traumatiques de l'ATM au moyen d'une série de cas cliniques présentant diverses pathologies et explorés en reconstruction 2D et 3D.



### **Dr Georges MATTA**

---

- *DCD, CES Chirurgie Orale*
- *DU Pathologie Orale*
- *Assistant Clinique - Unité de Radiologie Maxillo-Faciale, FMD, USJ*

### **INTÉRÊT DU CONE BEAM DANS LE DIAGNOSTIC DES IMAGES RADIO-CLAIRES**

Les images radioclares ont toujours été fréquentes dans les pathologies des maxillaires. L'arrivée du Cone Beam (dernier né de l'imagerie sectionnelle) a été d'une grande utilité dans l'évaluation morphologique, dimensionnelle et sémiologique de ces pathologies. Cependant, cette évaluation ne trouve toute sa valeur médicale et diagnostique qu'en fonction de l'interrogatoire, ainsi que de l'examen clinique et anatomopathologique du patient.

.....



### **Dr Charles SAKR**

---

- *DCD- DES Chirurgie Orale*
- *Assistant à l'Unité de Radiologie Maxillo-Faciale, FMD, USJ*

### **INTÉRÊT DU CONE BEAM DANS LES COMPLICATIONS POST-IMPLANTAIRES**

Les chirurgiens ou implantologues rendent compte tout au long de leur carrière des complications qui surviennent après la pose des implants. Certaines complications sont réversibles, d'autres irréversibles. Afin de les éviter, il faut en connaître les causes. À cet effet, le Cone Beam joue un rôle important pour mettre en évidence les causes implantaires ou osseuses de ces complications.



## Dr Farid Amin AYAD

---

- *Dental Surgeon practicing in Toronto Canada*
- *Senior Clinical Dental Research investigator and consultant*
- *Masters in the Fundamental Practice of Oral Implantology from France*
- *Associate Fellow of American Academy of Implant Dentistry*
- *Numerous publications in various dental journals throughout Canada and the United States*

### **TOTAL ORAL SYSTEMIC HEALTH, SUPERIOR TECHNOLOGY AND UNPARALLEL CLINICAL PROOF**

This presentation will focus on two aspects:

- 1) Systemic Health and the Management of Gingival Inflammation Through Adjunctive Use of Anti-Bacterial and Anti-Inflammatory Agents.

Session review:

Overview of the current model of periodontal disease; the host response and the connection between periodontal inflammation and systemic health.

To review evidence behind the efficacy of Triclosan as a chemotherapeutic adjunctive therapy with both anti-bacterial and anti-inflammatory properties.

- 2) Dentin Hypersensitivity New Management Approaches:

Session Review:

Current understanding of dentin hypersensitivity, theories, contributing factors and treatment approaches.

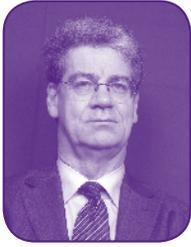
Introduction of Colgate's Pro-Argin™ technology

Unique mode of action

Clinical efficacy

The survey says:

- \* 50% of oral care professionals lack confidence in managing Dentin Hypersensitivity:
- \* Oral care professionals conduct screenings for DH only when prompted by patients.



## Pr Pierre COLON

- *DDS, MS, PhD, Habilitation*
- *Professor : Université Paris Diderot*
- *Head of department of Operative dentistry and Endodontics*
- *Member of the editorial board of Dental Materials*
- *Member of the board of EFCD*
- *Member of IADR*
- *Member of Academy of Dental Materials*
- *Member of Academy of Operative Dentistry European Section*
- *Member of Pierre Fauchard Academy*

### BIODENTINE, UN VRAI SUBSTITUT DENTAIRE

La dentine est au même titre que l'émail un tissu dentaire formé pour l'essentiel d'hydroxyapatite. Là pourrait s'arrêter la comparaison car seule la dentine est composée de 30% de collagène et d'eau. Non, ce n'est pas un cours de formation initiale, simplement, ce rappel dicte déjà une bonne partie du cahier des charges d'un substitut dentaire. C'est une étape essentielle pour appréhender les mécanismes d'intégration de ces matériaux, pas nécessairement nouveaux, mais dont les indications s'étendent à la pratique journalière.

Allons plus loin, la dentine développe à la fois des interfaces avec la pulpe et avec le tissu osseux parodontal. Le cahier des charges se complique... Enfin, le rôle biomécanique de la dentine est fondamental pour dissiper les contraintes à l'ensemble de la structure dentaire.

Si nous considérons les situations cliniques qui nous amènent à restaurer des pertes de substances dentinaires, on peut évoquer la maladie carieuse, les traumatismes, les perforations du plancher pulpaire, les perforations radiculaires, les traitements endodontique par voie chirurgicale. Point commun à toutes ces situations, l'impérieuse nécessité de créer des interfaces étanches entre le tissu dentaire et le matériau de substitution. En effet, toute pénétration bactérienne signerait l'échec des thérapeutiques envisagées.

Le sujet devient complexe si on considère maintenant les exigences du clinicien : facilité de mise en œuvre, radio-opacité, temps de travail etc...

Les ciments à base de silicates de calcium sont aujourd'hui capables de répondre à ces exigences. MTA®, Biodentine™, ...et d'autres. Les publications scientifiques sur le sujet se multiplient et démontrent le caractère « bioactif » de ces matériaux.

Nous vous proposons de découvrir l'univers de ces matériaux, d'apprendre à comprendre leurs mécanismes d'action et finalement de les utiliser en toute sécurité au quotidien.

Points essentiels à retenir :

- 1- Les ciments silicates de calcium présentent un pH alcalin pendant la réaction de prise.
- 2- Ces ciments contiennent, comme la dentine, de l'eau dans leur structure.
- 3- La prise de ces ciments se prolonge dans le temps, au-delà de la prise clinique.
- 4- Au contact de la dentine, des cristaux de phosphates de calcium se forment à l'interface avec ces ciments.
- 5- La compatibilité biologique de ces matériaux au contact des cellules osseuses est démontrée.



## Dr Alberto FONZAR

---

- *Specialization in Dentistry and Prosthodontics at the University of Pisa.*
- *Private practice 'Stomatologico Friulano «E. Fonzar»' in Campoformido (Udine)*
- *Specialized in Periodontology, Implantology and Prosthodontics*
- *President of The Italian Society of Periodontology (S.I.d.P.)*
- *Member of the Italian Academy of Prosthetic Dentistry (AIOP) and of the International College of Dentists*
- *Numerous clinical studies and is part of Ergoperio, European Research Group on Periodontology*
- *Several Italian and international publications*

## ROOT-COVERAGE AND SOFT TISSUE AUGMENTATION OF EDENTULOUS RIDGE: HOW TO GET SUCCESS IN A PREDICTABLE AND EASY WAY

In dentistry, aesthetics could be defined as the integration of a natural-looking prosthesis with a healthy periodontium. Every dentist knows how difficult this goal is to reach when this integration is lost, particularly in patients affected by severe periodontal disease. Mucogingival plastic surgery gives us the chance to minimize or completely eliminate defects relative to the most common patient aesthetic requirements: root and/or implant exposed surface coverage, the correction of anterior edentulous ridge defects, and gummy smile reduction.

The aim of this lecture is to demonstrate some surgical procedures that can allow the dentist to satisfy the patients' request of aesthetics in a simple and predictable way. The literature will be carefully analyzed in an attempt to evaluate not only scientific evidence but also the cost-benefit ratio.

.....



## Dr Alfred NAAMAN

---

- *Maître de conférences, chef du service d'endodontie, FMD, USJ*

## L'ENDODONTIE EN 2012 : QU'EST-CE-QUI A CHANGÉ ?

A elle seule, cette dernière décennie a vu des changements et des progrès plus que tout le siècle dernier. Cette présentation se propose de les passer en revue afin de mettre en relief les vrais changements auxquels il est impératif d'adhérer pour continuer à avancer, et ceux moins importants qu'il est important de relever sans en faire cependant une panacée.



## Dr Roula EI HACHEM

---

- *Docteur en Chirurgie Dentaire, FMD, USJ*
- *DES endodontie, FMD, USJ*
- *Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales, FMD, USJ*
- *Assistant, département d'Endodontie, FMD, USJ*

## DÉTERMINATION DE LA LONGUEUR DE TRAVAIL, ENTRE NOUVELLES TECHNOLOGIES ET SENS CLINIQUE

La détermination exacte de la longueur de travail est une étape essentielle pour le succès du traitement endodontique parce qu'elle permet l'élimination de la pulpe dans sa totalité, le nettoyage, la mise en forme et l'obturation du système canalaire de l'infundibulum jusqu'au(x) foramen apical (ux). Tout au long de cette présentation, différents moyens de détermination de la longueur de travail seront détaillés ainsi que l'importance de maintenir un contrôle précis de cette longueur pendant les procédures de mise en forme et d'obturation sera mise en évidence.

.....



## Dr Gaby HADDAD

---

- *Chargé d'enseignement clinique, Service d'endodontie, FMD, USJ*

## RECIPROC® : UN SEUL INSTRUMENT DE MISE EN FORME, MYTHE OU RÉALITÉ ?

Chaque fois qu'un nouvel instrument endodontique fait son apparition sur le marché, la publicité prometteuse et « l'équipe de rêve » qui travaille sur sa conception et son lancement ne nous laissent pas indifférent.

Cette présentation souhaiterait répondre à certaines questions élémentaires que l'on se doit d'élucider, avant d'intégrer tout instrument dans notre arsenal thérapeutique.



## Dr Georges ACHKAR

---

- *DCD, DESE, FMD, USJ*
- *Chargé d'enseignement Clinique, Département d'Endodontie, FMD, USJ*
- *Membre de la Société Libanaise d'Endodontie*

### DÉPOSER LES RECONSTITUTIONS CORONARADICULAIRES POUR ACCÉDER AU SYSTÈME CANALAIRE

La reprise du traitement endodontique des dents reconstituées avec un faux-moignon constitue toujours une source d'anxiété pour le praticien.

En dépit d'une pléthore d'appareils et d'instruments ultrasonores le descellement des faux-moignons constitue un défi que le clinicien évite en s'orientant vers un traitement chirurgical.

Le traitement conventionnel considéré comme étant plus conservateur que la chirurgie périapicale peut avoir des conséquences indésirables : fractures radiculaires, perforations ou autres...

Plusieurs facteurs contribuent à la réussite de cet acte : le jugement du praticien, l'expérience ainsi que la maîtrise de la technique choisie.

.....



## Dr Marc KALOUSTIAN

---

- *DCD, FMD, USJ*
- *Certificate in Advanced Education in General Dentistry, Boston University*
- *D.E.S en endodontie, FMD, USJ*
- *Assistant département d'endodontie, FMD, USJ*

### PEUT-ON LORS D'UN RETRAITEMENT ENDODONTIQUE, ÉLIMINER LA TOTALITÉ DE L'OBTURATION PRÉEXISTANTE ?

L'échec d'un traitement endodontique a pour cause principale la persistance de bactéries dans les canaux radiculaires. Le retraitement s'impose alors et a pour objectif la suppression de ces bactéries. S'il est relativement aisé d'atteindre cet objectif dans l'espace canalaire laissé vide, cela devient un challenge lorsque l'obturation précédente protège ces bactéries. Le but de cette présentation est d'exposer et de juger l'efficacité clinique des techniques actuelles susceptibles d'éliminer totalement ces produits d'obturation afin d'atteindre et de neutraliser d'une manière pertinente les bactéries sous-jacentes.



## **Dr Issam KHALIL**

- *DCD, CES, DU endodontie, DEA, FMD, USJ*
- *Chargé d'enseignement, Service d'endodontie, FMD, USJ*
- *World intellectual organization properties : MM MTA*

### **L'ENDODONTIE RÉPARATRICE : GESTION DES CAS CRITIQUES**

Pendant un traitement endodontique, le praticien peut être confronté à des complications anatomiques, pathologiques ou iatrogéniques rendant le pronostic de la dent défavorable. Depuis son introduction en 1993, le MTA s'est imposé comme matériau de choix dans le traitement de ces cas endodontiques critiques (apexogenèse, apexification, traitement des perforations en endodontie conventionnelle ainsi que l'obturation a retro en endodontie chirurgicale.) Cependant, il présente deux inconvénients majeurs: une prise très retardée obligeant le praticien à ajourner la restauration coronaire et un état sableux rendant la manipulation difficile.

L'objectif de cette conférence est de présenter un nouveau ciment endodontique à base de ciment de Portland, le MM MTA, possédant les caractéristiques du MTA sans ses inconvénients, de décrire ses avantages du point de vue présentation (capsules prédosées), application (à l'aide d'un pistolet), manipulation (état pâteux) et temps de prise très court.



## **Pr Hrant KALOUSTIAN**

- *DCD, FMD, USJ, FICD*
- *Professeur d'Endodontie, FMD, USJ*
- *Ancien chef de service d'Endodontie, FMD, USJ*
- *Ancien vice-doyen, FMD, USJ*

### **LE TRAITEMENT ENDODONTIQUE : ENTRE LE RÉSULTAT IMMÉDIAT ET LE PRONOSTIC À MOYEN OU LONG TERME**

Herbert. Schilder, le promoteur de l'endodontie moderne déclarait qu'en obéissant à ses objectifs de mise en forme et en réalisant une obturation canalaire tridimensionnelle, la réussite du traitement endodontique était de 100%-X, attribuant le « X » à la dextérité du clinicien. Ce succès clinique assuré, quelles peuvent être les facteurs qui peuvent conduire à la pérennité du résultat, c'est-à-dire le pronostic à moyen ou long terme. Cette présentation se propose, illustration radiographique à l'appui, de discuter des exigences qui indiquent le succès effectif du traitement.

**X<sup>e</sup> Journées Odontologiques**  
**Art, Sciences et Dentisterie**  
**30, 31 mai, 1 et 2 juin 2012**

*Campus des sciences médicales*  
*Campus des sciences humaines*

**LISTE DES STANDS**

Stand	Dépôt dentaire
A1	Mitri R. Mattar & Co
A2	Mitri R. Mattar & Co
A3	Mitri R. Mattar & Co
A4	Mitri R. Mattar & Co
A5	oral B
A6	Dental Tech
A7	Sensodyne - FDC
A8	Comeco
A9	Diétipharm
A10	Diétipharm
A11	Impco
A12	Medek
A13	Medek
A14	Listerine
A15	Kitco
B1	Assy Trading
B2	Assy Trading
B3	Pharmacol
B4	Pharmacol
B5	Haddad Dental
B6	Haddad Dental
B7	Denmed
C1	DMS
C2	DMS
C3	DMS
C4	Expo-ortho
C5	Expo-ortho
C6	Euroteknika
C7	Services rapides

Stand	Dépôt dentaire
D1	Droguerie Tamer
D2	Droguerie Tamer
D3	Droguerie Tamer
D4	Droguerie Tamer
D5	Dental laps
D6	T-dent
D7	Richa dental store
D8	Richa dental store
E1	Cataflam
F1	Flashmed
F2	Cedra
F3	Medicals International
F4	Société Gannagé
F5	Hachem Dental Care
F6	Bio-Diamond
F7	TCI
F8	Smart dental
F9	Rimo
F10	Rimo
F11	SMT
F12	Toff Dental
F13	Prodent
F14	Prodent
F15	Trident
F16	Colgate
T1	Buccotherm
T2	Librairie Le Point
T3	Art promotion

# X<sup>e</sup> Journées Odontologiques

## Art, Sciences et Dentisterie

30, 31 mai, 1 et 2 juin 2012

*Campus des sciences médicales*

### SALLES D'EXPOSITION

#### Salle A (Bibliothèque 1)

A8 Comeco	A7 Sensodyne - FDC	A6 Dental Tech	A5 Oral B	A4-A3-A2-A1 Mitri R. Mattar & Co			
A9 DiétiPharm	A10 DiétiPharm	A11 Impco	A12 Medek	A13 Medek	A14 Listerine	↑	A15 Kitco

#### Salle B (Bibliothèque 2)

B4 Pharmacol	B3 Pharmacol	B2 Assy Trading	B1 Assy Trading
B5 Haddad Dental	B6 Haddad Dental	↓	B7 Denmed

#### Salle C

C3 DMS	C2 DMS	C1 DMS	→
C4 Expo-ortho	C5 Expo-ortho	C6 Euroteknika	C7 services rapides

#### Arcade B

D4 Droguerie Tamer	D3 Droguerie Tamer	D2 Droguerie Tamer	D1 Droguerie Tamer
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

#### Arcade A

D8 Richa dental store	D7 Richa dental store	D6 T-dent	D5 Dental laps
-----------------------------	-----------------------------	--------------	-------------------

#### Amphi C : Entrée principale

E1 Cataflam
----------------

X<sup>e</sup> Journées Odontologiques  
Art, Sciences et Dentisterie  
30, 31 mai, 1 et 2 juin 2012

*Campus des sciences humaines*

**SALLES D'EXPOSITION**

