

## Patients effrayés d'office

P. Jäger

*Depuis la loi de 1991 sur la protection contre les radiations et le décret correspondant de 1994, les mesures concernant la construction et les appareils ainsi que les prescriptions administratives ont proliféré comme de la vermine. Lorsqu'elles touchent les petites installations radiographiques, qui émettent un rayonnement minime (et seulement dans ces cas-là!), de nombreuses directives légales semblent vraiment exagérées. La densité des rayons, déjà très réduite grâce aux techniques modernes (par ex. les radiographies digitales), est en plus constamment diminuée.*

Malheureusement, le législateur a omis, en son temps, hormis quelques exceptions, de créer des règles spécifiquement médico-dentaires. Après quelques années, l'ordonnance sur la protection contre les radiations doit, selon la volonté de l'Office fédéral de la santé, être imposée – même dans les domaines où cela n'a aucun sens.

### La bureaucratie se réveille

L'article 58 de l'ordonnance sur la protection contre les radiations fait aussi partie de ces prescriptions absurdes pour la médecine dentaire. Il indique qu'il faut créer une zone surveillée afin de pouvoir limiter et contrôler l'exposition aux radiations; cette zone doit être clairement définie et indiquée.

Cette réglementation est valable depuis 1994 sans que personne ne s'en soit soucié. Mais depuis le 8 avril 1999, la bureaucratie s'est réveillée: l'OFSP a sorti les instructions R-7-1, qui disent en substance ceci:

### Qu'est-ce qu'un espace radiographique?

L'espace total dans lequel fonctionne un appareil radiographique médical est considéré comme zone contrôlée (y compris la salle pour travailler le plâtre et les salles d'opération ainsi que les salles de préparation et de traitement ultérieur

dans lesquelles ont effectuées des radiographies). Cela signifie que les structures de la pièce (murs, sols, plafond) représentent la délimitation de la zone de contrôle. Cet espace s'appelle l'espace radiographique.

### Où faut-il placer l'indication?

Chaque accès à l'espace radiographique doit avoir une indication sur la porte ou directement à côté, à la hauteur des yeux et visible à tout moment.

Exceptions:

- Les pièces dans les divisions de soins intensifs ne doivent pas avoir cette indication.
- Les portes entre les salles d'opération et les salles de stérilisation ou de nettoyage ne doivent pas être marquées.

### Une indication-épouvantail à patients

La plupart des salles de traitements médico-dentaires sont des «espaces radiographiques» selon cette loi, car on y utilise un appareil de radiographie sur l'unité ou sur le mur. La situation devient particulièrement cocasse dans les pièces où la paroi de la salle de traitement ne va pas jusqu'au sol ou n'atteint pas le plafond; dans ces cas-là c'est pratiquement le cabinet entier qui devient «espace radiographique» (ce qui psychologiquement



n'est peut-être pas si mal car il suffit de mettre l'indication en question à la porte d'entrée...).

L'indication nécessaire pour un espace radiographique est représentée sur la couverture de cette RMSO (la marque rouge est de notre cru).

Les côtés du bord noir doivent mesurer au moins 32 millimètres; le contour de l'inscription à joindre doit être de 45×35 millimètres au minimum. L'écriture et l'objet doivent être noirs, le fond peut être blanc ou jaune.

De nos jours, la population est déjà fortement sensibilisée aux questions de rayonnements radioactifs. De nombreux patients seront méfiants, effrayés ou pris de panique devant le signe de radioactivité sur la porte de la salle de traitement.

### Insubordination civile?

Le législateur ne l'a certainement pas voulu. Il n'a pas assez pris en compte la différence qu'il y a entre une installation médicale de rayons X (utilisée occasionnellement, dans une pièce à part, à forte émission de rayonnements) et une petite installation médico-dentaire de rayons X qui se trouve dans chaque salle de traitement. Après avoir constaté cette méprise évidente, on peut se demander à bon droit si on doit absolument suivre cette directive R-7-1.

Il faut compter sur le fait que l'absence de cette indication sera suivie d'une plainte au prochain contrôle et que l'on vous demandera de pourvoir à cette lacune dans un certain délai. Celui qui ne suivra pas la loi à la lettre risque le retrait de l'autorisation de radiographier ou une amende selon l'article 44 de la loi sur la protection contre les radiations.

Pendant ce temps, la SSO va tenter d'obtenir des autorités une directive conforme à la loi, qui tient mieux compte de la situation spécifique à la médecine dentaire et qui évite à nos patients une frayeur inutile. ■



Les petites installations radiologiques dentaires sont standard et les doses de radiations minimales. L'autocollant concernant les rayonnements et exigé par l'Office Fédéral de la Santé n'est donc qu'un «épouvante-patient» absurde!

## CONGRÈS / JOURNÉES SCIENTIFIQUES



8 au 11 juin 2000

**EuroPerio 3**

Anna-Christina Zysset

*Sous le patronage de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et pour la première fois, la Société européenne de Parodontologie (SEP) et la Société suisse de Parodontologie (SSP), ainsi que l'Association suisse des Hygiénistes dentaires (ASHD), organisent à Genève le Congrès professionnel européen de Parodontologie. Cette manifestation se tiendra du 8 au 11 juin 2000, sous la présidence du Professeur Pierre Baehni.*

Voilà de nombreux mois que le Professeur Pierre Baehni travaille à la préparation d'EuroPerio 3, l'événement qui mobilise les parodontistes et les implantologues, et auquel participera pour la première fois l'Asian Pacific Society of Periodontology (APSP). Cette association regroupe des spécialistes d'Australie, du Bangladesh, de Chine, de Hong Kong, d'Inde, d'Indonésie, du Japon, de Corée, de Malaisie, de Nouvelle-Zélande, des Philippines, de Singapour et de Thaïlande. À l'unanimité, toutes les Associations européennes ont décidé de renoncer à leur congrès annuel de l'an 2000, en l'honneur d'EuroPerio 3. La Société suisse de Parodontologie (SSP) est particulièrement fière de pouvoir accueillir ses hôtes internationaux à cette occasion. Le fait que cette manifestation ait lieu à Genève, ville qui abrite de nombreuses organisations internationales – comme le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), l'Organisation International du Travail (OIT) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) –, donnera un relief particulier à l'événement.

**Le label de l'OMS**

Le Professeur Baehni, qui travaille depuis longtemps à l'OMS en tant que Consultant en soins dentaires préventifs pour l'Afrique, et qui participe à la gestion d'une banque de données d'éducation à la santé parodontique, a pu obtenir que pour la première fois, EuroPerio 3 soit placé sous le patronage de l'OMS. L'accord de ce grand organisme est d'autant plus réjouissant qu'il s'agit en l'occurrence d'un véritable label de qualité dont peu de manifestations peuvent se prévaloir.

**Le haut niveau professionnel, élément déterminant**

L'organisation d'EuroPerio 3 en Suisse est un privilège que nous devons tant à la

haute réputation des organisations professionnelles dentaires helvétiques – et en particulier de la SSP – qu'à l'engagement résolu de Pierre Baehni lui-même. L'Angleterre et l'Allemagne, respectivement Glasgow et Munich, se trouvaient en concurrence avec la Suisse et Genève pour accueillir EuroPerio 3. Ce congrès, qui a lieu pour la troisième fois sous ce nom, s'est tenu en 1994 à Paris et en 1997 à Florence. Ces deux rencontres s'imposèrent comme de véritables rendez-vous des praticiens européens, et la participation enregistrée fut importante. L'industrie joua, dans ce contexte, un rôle considérable, en tant que partenaire scientifique et technique, ainsi que comme bailleur de fonds. «Cet enthousiasme et cet esprit constructif sont toujours là, explique Pierre Baehni. Mon objectif est qu'EuroPerio 3 devienne l'événement le plus important de la parodontologie».

**La SEP, organisme faïtier des Européens**

La Société Européenne de Parodontologie (SEP) est l'organisme faïtier des sociétés homologues européennes. Elle a été fondée en 1991 à partir de l'ARPA, avec pour but d'améliorer la santé parodontique des Européens, de promouvoir la parodontologie et d'assurer la coordination des différentes sociétés de parodontologie du vieux Continent. A ce jour, la SEP rassemble toutes les sociétés européennes, au nombre de 17, ainsi que 6 autres pays, soit 18 000 membres au total.

**Le Prix Jaccard de l'ARPA**

En tant que Société dont la SEP est issue, l'ARPA a décidé de manifester son engagement au travers du Prix Jaccard, doté de 10 000.– francs (voir encadré). La date



Professeur Pierre Baehni

limite d'envoi des travaux est le 1<sup>er</sup> octobre 1999.

La participation au Congrès est ouverte à tous les membres. Chaque membre d'une Société européenne est automatiquement membre de la SEP. Quant aux sociétés nationales, elles sont admises au sein de la SEP à condition de fournir en permanence une formation complémentaire et un perfectionnement professionnel à leurs affiliés, et d'organiser des congrès scientifiques chaque année.

**On attend à Genève des hôtes venus de toute l'Europe, de la Zone Asie-Pacifique et d'Amérique du Nord**

Le public concerné par EuroPerio 3 va des médecins-dentistes intéressés, des parodontistes, implantologues et généralistes, aux hygiénistes dentaires et aux représentants de l'industrie, de la recherche et de la technique. La SEP, en tant que principale association parodontologique, attend des participants de toute l'Europe, de la Zone Asie-Pacifique et des Etats-Unis. Les prévisions volontairement prudentes des organisateurs portent sur 2000 à 3000 professionnels.

**Programme pour les accompagnant(e)s**

Le Comité d'organisation a mandaté, pour la réalisation concrète du Congrès, l'organisation MCI Travel à Genève. Pierre Baehni et MCI ont également prévu un programme passionnant pour les personnes accompagnant les congressistes. Outre des excursions à Gstaad, Gruyères et Montreux, ainsi qu'au Château de Chillon, une visite du CICR figure naturellement au menu.

## THE JACCARD-EFP RESEARCH PRIZE IN PERIODONTOLOGY

The European Federation of Periodontology (EFP) is pleased to announce the Jaccard-EFP Research Prize competition. The Jaccard-EFP Research Prize is awarded with the objective of promoting research in Europe. The prize was created with the funds from the ARPA International and is entrusted to the University of Geneva.

The prize is awarded once every three years at the EuroPerio Congress of the EFP. It is open to all members of the Periodontal Societies which are part of the European Federation of Periodontology.

The research work must not have been previously published or presented at any meeting. The manuscripts should be prepared according to the 'Instructions to Authors' of the Journal of Clinical Periodontology as the three best entries will be published in this Journal.

An International Panel will select, based on the submitted manuscripts, three nominees who will participate in the final competition. The nominees for the prize (first authors must present the paper) will be personally informed by the Secretary of the EFP at least three months prior to the date of EuroPerio. Accommodation, travel expenses and registration fee for the invited persons will be paid for by the EFP.

The finalists will present their work in a 20-minute oral presentation, followed by a 10-minute discussion period. The winner will then be selected on the merits of the submitted manuscript, as well as on the oral presentation and the subsequent discussion period. The winner will receive a monetary prize award of SFr. 10,000 – together with an Award Certificate. All candidates who wish to participate to the Jaccard-EFP Research Prize competition are requested to send their manuscript to:

Dr. Mariano Sanz  
Spanish Society of Periodontology  
Facultad de Odontología  
Universidad Complutense de Madrid  
Plaza, Ramon y Cajal s/n  
SP – 28040 Madrid (Spain)

### Les événements dans l'événement EuroPerio 3

1. Jeudi matin, l'Asian Pacific Society of Periodontology (APSP) se réunira. C'est là une occasion exceptionnelle de rencontrer des spécialistes de continents, d'ethnies et de cultures très diverses et de débattre de toutes les différences de pratique médicale.
2. Le Congrès est patronné par l'OMS, ce qui confère un prestigieux label de qualité à la plus importante rencontre européenne des parodontistes.
3. Le sujet «L'influence de la parodontose sur l'état de santé général», figurant au programme, traite de nouvelles découvertes de la science dentaire. La recherche et les études scientifiques permettent d'affirmer que des maladies comme le diabète, par exemple, ont certes des influences sur la santé de l'appareil bucco-dentaire, mais que l'état de celui-ci développe aussi des effets sur la santé de tout l'organisme humain. L'approche globale devient

toujours plus importante, et la médecine dentaire se rapproche de la médecine générale.

### L'industrie, un partenaire bienvenu

Sans l'engagement financier de l'industrie, un tel congrès serait unimaginable. Colgate-Palmolive, Nobel Biocare, Biora et Swissair, ainsi que les Editions Munksgaard et Quintessenz participent aux frais. Le «Forum de l'Innovation», réservé aux partenaires officiels et aux sponsors, permettra aux entreprises de nous informer sur leurs activités de recherche et de présenter les nouveaux enseignements apportés par la biologie et la science clinique.

### Des bourses pour jeunes chercheurs

La Société suisse de parodontologie accorde 25 bourses de voyage à de jeunes chercheurs et chercheuses. Les candidat(e)s doivent présenter un document lors d'EuroPerio 3, ou y faire un bref exposé.

### Les dates-clés

30 novembre 1999:

Date limite de dépôt des propositions d'intervention

29 février 2000:

Fin de la période d'inscription à prix réduit

8 au 11 juin 2000:

EuroPerio 3

### Bref survol du programme

Jeudi 8 juin 2000 (après-midi):

- L'influence de la parodontose sur l'état de santé général

Vendredi 9 juin 2000 (matin):

- Éléments déterminants du développement de la pathologie de la parodontose
- Progrès de la thérapie régénératrice
- Réhabilitation fonctionnelle de cas avancés de parodontose

Vendredi 9 juin 2000 (après-midi):

- Éléments déterminants du développement de la pathologie de la parodontose
- Gestion du patient halitosique
- Médecine dentaire esthétique et soins parodontiques

Samedi 10 juin 2000 (matin):

- Facteurs de risques liés aux implants dentaires
- L'influence du profil du patient dans la thérapie parodontique
- Gestion pratique des patients à risque

Samedi 10 juin 2000 (après-midi):

- Facteurs de risques liés aux implants dentaires
- Traitement actuel de la furcation
- Gestion pratique des patients à risque

Dimanche 11 juin 2000:

- Les soins parodontiques pour tous – Débat général ■

### Errata

La rédaction s'excuse pour la reproduction tardive et pour les erreurs que contenait le compte rendu du Congrès d'Anders Dahlquist dans la RMSO 9/99.

*Prof Ali Darendellier:* Sous résultat il fallait lire: La hauteur inférieure de la face est 3 mm plus élevée avec la FEO.

*Dr Fritz Byloff:* Effets de la distalisation bilatérale, Version molaires de 14 degrés.

*Prof Bengt Ingervall:* Sous concepts actuels les unités sont: g/cm<sup>2</sup>.

## CONGRÈS / JOURNÉES SCIENTIFIQUES



Compte rendu du Congrès annuel de la Société Suisse de Prothèse Dentaire (SSPD) à Bienne, les 2 et 3 septembre 1999

## Echecs en prothèse dentaire: diagnostic, causes et traitement

Thomas Vauthier, Bâle

Comme de coutume, la «rentrée» des manifestations scientifiques de médecine dentaire a été marquée par le Congrès annuel de la SSPD. Après le succès qu'avait connu le congrès de 1997 au même endroit, le Palais des Congrès de Bienne était tout prédestiné à accueillir les nombreux participants. Ce d'autant plus que cette belle ville se situe agréablement quelque part au centre géographique et linguistique entre la Suisse alémanique et la Romandie, de même que le bord du lac se prêtait admirablement à la partie «sociale» de la réunion, organisée cette année sous forme d'une «Beach party», qui de par son ambiance magnifique et détendue entrera certainement dans les annales...

Côté scientifique également, ce congrès ne laissa rien à désirer non plus. Excellente idée que celle des organisateurs de tenter de mettre en évidence certains revers de médaille de notre profession. Surtout après l'IFW du mois de juin, où les Standards «A», notamment en prothèse, avec un niveau pour ainsi dire impossible à atteindre pour le praticien, puisque issu tout droit du monde purement académique, avaient été tellement à l'honneur et au centre des exposés que bien des participants étaient retournés dans leurs cabinets dans des états d'âme plus qu'amers – pour ne pas dire déprimés. Louable initiative donc d'avoir eu le courage de choisir le thème des «Echecs en prothèse dentaire: diagnostic, causes et traitement», un sujet en dehors des sentiers battus. La qualité des conférenciers invités pour cette occasion devait par ailleurs garantir qu'il ne s'agirait pas de sortir quelques cadavres des fonds de tiroirs ou de mettre sous les feux de la rampe les secrets les mieux gardés de tout praticien, révélés d'habitude exclusivement entre quatre yeux mais sous aucun prétexte devant un auditoire de confrères et de surcroît éminents spécialistes. Non, la tâche était de discuter, avec toute la rigueur scientifique qui s'impose, les enseignements recueillis par le passé dans différents domaines de la prothèse dentaire afin d'en tirer des conclusions dans l'objectif de faire mieux à l'avenir. Et, remarque liminaire, si la plupart des conférenciers ont brillamment accompli ce difficile parcours, d'autres ont manifesté davantage de peine à suivre les figures imposées et de jouer le jeu.

### Failures in prosthodontics:

#### Long term results

(Prof. Per Olof Glantz, Malmö)

Après les traditionnels messages de bienvenue du président de la SSPD, le Professeur Ejvind Budtz-Jørgensen, Genève, et du président du comité scientifique, le Dr Markus Koller, Zurich, ce fut à l'un des pionniers de la prothèse moderne, le Prof. P.-O. Glantz, Malmö, de retracer ses expériences acquises au cours de 22 années d'activités documentées. Le manque de randomisation des patients est le facteur limitatif principal lors de l'évaluation du comportement à long terme des travaux prothétiques, le deuxième étant le taux de *drop outs* (ou patients perdus) dans les études, pour des raisons diverses, qui réduit fortement la validation statistique des résultats pour un groupe donné de patients inclus au départ. Suite à la restructuration du système des assurances dentaires en Suède dans les années 70, qui autorisait des examens cliniques pour quasi toute la population, le groupe du Prof. Glantz a initié en 1979 une étude prospective sur un groupe randomisé de 150 patients, 82 hommes et 68 femmes, âge moyen 48,2 ans, qui avaient été sélectionnés dans un échantillon de 3000 personnes. Le critère d'inclusion primaire étaient les ponts fixes réalisés par des praticiens privés, également randomisés selon différentes régions, environ 5 ans avant le début de l'étude. Les patients ont été suivis, d'une part, au moyen d'un questionnaire standardisé, comprenant des questions sur l'hygiène bucco-dentaire et la présence d'éventuels symp-

tômes et, d'autre part, par des examens cliniques standardisés selon le *California Dental Association (CDA) Quality Evaluation System*. Sous le titre «Echecs en prothèse: résultats à long terme», le spécialiste suédois en a présenté les résultats saillants.

Au début de l'étude, en 1979, soit environ 5 ans après l'incorporation des ponts en bouche, les enquêteurs ont relevé un taux de survie de 98,2% des travaux prothétiques, dont 90% étaient jugés satisfaisants, alors que 3,3% et 6,6% étaient classés inacceptables pour des raisons de surcontours, respectivement de récidives de caries. Une évaluation à 10 ans s'étant avérée impossible pour différents motifs, les résultats à 15 ans ont mis en évidence la perte complète de 35% des restaurations et 8% de pertes partielles. Parmi les travaux entièrement préservés, 35% étaient jugés satisfaisants. L'examen à 20 ans a porté sur 62,1% des patients inclus dès le début de l'étude. Parmi ceux-ci, 51% avaient à l'époque été classés satisfaisants, dont 53% étaient restés satisfaisants et 46% excellents. A noter que parmi les travaux ayant survécu pendant 20 ans, 10% avaient au début été classés non acceptables. Les taux de survie différenciés à 20 ans étaient de 46,5% pour les couronnes et de 41,1% pour les éléments intermédiaires.

Lors de l'analyse multifactorielle des facteurs susceptibles d'influencer la survie des travaux prothétiques au long cours, les enquêteurs ont conclu que les constructions de mauvaise qualité dès le départ, celles avec des éléments en extension et les piliers dévitalisés reconstitués par ancrage radiculaire ont une espérance de vie réduite. D'un autre côté, l'âge ou le sexe ne jouent aucun rôle, alors que l'hygiène buccale doit bien entendu être correcte, mais aucune différence n'est apparue entre les groupes avec une hygiène satisfaisante et excellente.

### Echecs en implantologie

(Dr Marc Bert, Paris)

«Sans échecs, pas de morale!» (Simone de Beauvoir), a tenu de rappeler d'emblée cet expert parisien qui, outre ses activités de praticien spécialisé en implantologie, est également attaché à l'enseignement et membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire. C'est surtout dans sa fonction d'expert près de la Cour d'Appel de Paris que Marc Bert est souvent confronté aux échecs dans ce domaine relativement récent de la profession. Or, a-t-il également rappelé, la biotechnolo-

gie dentaire apporte des complications nouvelles, à l'instar de toute technique nouvelle. La prothèse sur implants ne fait pas exception à cette règle universelle. Dans son exposé remarquable, ce spécialiste a passé en revue les différentes catégories d'échecs et les méthodes qui permettent d'en déterminer la ou les causes, afin de contribuer à en corriger les effets et surtout d'éviter leur apparition par une planification consciente.

Parmi les *problèmes structurels*, les fractures sont l'étiologie la plus fréquente soit de complications réversibles, soit d'échecs. Ces fractures peuvent concerner d'une part la partie implantaire de la reconstruction et d'autre part la partie prothétique, que celle-ci soit conjointe ou adjointe. Tous les composants de l'implant peuvent connaître des défaillances: les vis de pilier, le filetage interne, le moignon, les connexions, etc. Côté prothèse,

on observe des fractures de céramiques, des armatures, des châssis et connecteurs, voire, suite à l'augmentation considérable des forces manducatrices (perfidie conséquence du succès de traitement) des fractures des prothèses adjointes ou de leurs antagonistes. Il faut dès lors concevoir des prothèses structurellement solides avec des armatures et des châssis de dimensions adéquates et, lorsqu'il y a fracture, non seulement se contenter de renforcer la prothèse défaillante, mais également son antagoniste! En prothèse fixe, l'origine des dévissages répétés de vis de prothèse ou de descellements doit toujours être recherchée dans un manque de précision ou de passivité de l'assise de l'armature sur les piliers. Un autre problème structurel réside dans le fait que, vu sa valeur élevée de cathode, le titane peut être à l'origine de phénomènes importants de corrosion par anodisation d'un autre alliage mal choisi. Responsables d'environ 10% des échecs, les *problèmes esthétiques ou fonctionnels* en prothèse implantoportée peuvent prendre naissance dans de nombreux facteurs, aspects par ailleurs connus en prothèse classique également, tels que la résorption gingivale, les pertes osseuses verticale ou horizontale importantes, une ligne du sourire haute et les problèmes liés à la phonétique (notamment les sibilantes, «s», «t»). Et plus encore qu'en prothèse fixe, la création d'axes de piliers favorables et placés en fonction de la suprastructure revêt bien entendu une importance primordiale. Tous ces pièges potentiels ont été parfaitement illustrés par des diapositives de la très riche collection de cet expert parisien et accompagnés de conseils de corrections chirurgicales ainsi que de quelques astuces, souvent fort simples, permettant de remédier à certaines complications techniques.

## Help for Turkey

Turkey was shaken by an earthquake on August 17, 1999. Besides killing over 14000 people, many cities collapsed, leaving nearly one million homeless. These people will be living in «tent cities» for at least 6 months until new houses will be built.

I am the President of the Turkish Dental Association. I am writing to you to give some information about the situation of our colleagues after the earthquake. 6000 dentists have experienced physical and psychological trauma after this catastrophe. We are still living with the fear we have experienced during the earthquake and still have the fear that a new one will happen again.

During this disaster, 13 of the oral health centers of the state out of 16 have been damaged. 160 private dental offices were totally or partially damaged. The President of the Chamber of Sakarya has died with 10 dentists during the earthquake, some dentists are still missing. We fear that the number of lost dentists will increase. Only emergency dental care for extraction and acute pains can be given to the 700000 inhabitants living in the affected area. No private dental care can be delivered at private dental offices since most of them are damaged, and there is also shortage of electricity and water in the affected area. The only health care can be given in mobile dental centers by dentists occupied by the state coming from other cities and volunteers who are organized by the Turkish Dental Association. The international help and affection delivered from all parts of the world was a great happiness for us all.

It is not easy to cope with such a disaster, it will be a great help if the colleagues from your association can help us to cope with this catastrophic situation both for establishing mobile oral health centers near «tent cities» and also for our colleagues who have lost almost everything they had. I am sending you both lists, I will appreciate if you could help us providing help.

*Best regards*

Dr. Gelal Yldirim, President of the Turkish Dental Association

Tel. 0090 212 296 21 04, 0090 212 225 03 65

Fax 0090 212 296 21 04

*For mobile centers near tent cities to deliver oral health care for affected people*

- Vehicles with dental units
- Hand instruments for periodontal treatment
- Hand instruments for simple surgery
- Preventive dental material for children (sealants, glass ionomer cements etc.)

*For affected dentists*

For dentists whose offices have been destroyed we need second hand instruments (units, autoclaves, surgical instruments, light units, amalgamators etc.)

*Bank account for earthquake*

Yapi Kredi Bankasr 726 067 300 23 82-2 (this is in \$)

## Echecs en prothèse adhésive

*(Prof. Carlo Marinello, Bâle)*

Les contributions du Prof. Marinello et de ses collaborateurs ont sans doute joué un rôle essentiel dans la mise au point de la prothèse adhésive actuelle. Grâce à la définition de critères de sélection très stricts des patients et des travaux fondamentaux de ce groupe de travail, notamment sur l'influence des préparations des dents piliers, la méthode a désormais acquis ses lettres de noblesse dans l'arsenal prothétique. La conférence en a rappelé l'historique et les points les plus importants à respecter afin d'aboutir au succès non plus à court terme, comme c'était le

cas avec les ponts type Maryland et autres concepts des débuts, mais également des taux de réussite tout à fait convaincants au long cours. Partant du fait que nous assistons à une tendance incontestable qui abandonne la «*tradition based dentistry*» en faveur d'une toute nouvelle approche intitulée «*Evidence Based Dental Care*» (la dentisterie fondée sur les preuves, à l'image de l'*Evidence Based Medicine*), les méthodes de suivi à long terme sont également en train de se modifier. Marinello a présenté la technique «DELPHI» qui permet, notamment dans les études multicentriques, de recueillir des données de façon anonyme, neutre et exempte d'influences de dominance par un groupe de chercheurs particulier. Sur la base de questionnaires standardisés avec des scores de 1 à 5, la méthode DELPHI tente de dégager un consensus sur certains critères préalablement définis.

Outre les facteurs de préparation bien connus – parallélisation des surfaces, taille de gorges et de puits, épaulements de sustentation etc. – le conditionnement des parties métalliques se trouve actuellement au centre d'intérêt. Après les techniques de sablage de plus en plus perfectionnées, puis le mordantage, voire l'étamage des alliages, le collage renforcé par des interfaces silanisées après traitement par sablage avec des particules préconditionnées (en particulier la méthode Rocatec®) a actuellement la cote des chercheurs.

Parmi les causes et problèmes relatifs aux échecs, le conférencier a regretté le manque de documentation objective et comparative des travaux réalisés dans différents centres aux débuts de l'ère de la prothèse collée et les exigences croissantes en matière d'esthétique qui nécessitent une meilleure maîtrise de la translucence du métal à travers les tissus dentaires naturels. Et il convient toujours de tenir compte du fait que la technique est très sensible à toute erreur de manipulation, quelle qu'elle soit. Si les échecs dus à un choix inapproprié de l'alliage ou du conditionnement des pièces par le laboratoire peuvent théoriquement être évités, les descellements suite à des traumatismes ou à d'autres influences imprévisibles ne peuvent pas être évités. Toutefois, a-t-il conclu, grâce aux forces de rétention obtenues avec les techniques de scellement modernes, la perte d'un élément adhésif n'est pas forcément synonyme d'échec de toute la reconstruction. En effet, documentation à l'appui, Marinello a démontré que de nombreux ponts collés ont survécu pendant

longtemps, même après perte de l'une des ailettes.

### La dent dévitalisée augmente-t-elle le risque d'échec?

(D' Daniel Marcel Tinner, Bâle)

Introduisant la série des présentations brèves qui figuraient au programme de l'après-midi, le conférencier a présenté les résultats d'un sondage par questionnaires réalisé auprès de 1000 praticiens installés en Suisse avec un retour de seulement 365 questionnaires analysables. Sur 310 échecs de reconstitutions par moignon artificiel, 116 étaient dus au descellement du tenon, 96 à des fractures de racine, 42 à des complications endodontiques tardives et 23 à des perforations radiculaires, de même que 19 cas de combinaisons de deux ou plusieurs de ces raisons. L'analyse détaillée des données a permis de conclure aux précautions techniques désormais bien connues en la matière: traitement endodontique et préparation, si possible manuelle, pour le tenon aussi respectueux de la morphologie et des tissus naturels, utilisation de tenons coniques ou cylindro-coniques avec une surface tout au plus sablée, prévention de la recontamination du canal par pose de la digue lors de toutes les étapes, de même que nettoyage/désinfection avant le scellement, préparation coronaire avec sertissage circulaire du moignon et respect de l'effet de férule. Last but not least, il faut assurer une suprastructure prothétique d'étanchéité maximale, les phénomènes de percolation et recontamination en direction apicale étant désormais bien documentés par de nombreux auteurs.

### Résultats à long terme avec des ponts en extension

(D' Dominik Hofer, Berne)

Le deuxième exposé a présenté une étude au long cours réalisée dans la Division de prothèse fixe de l'Université de Berne. Elle a permis de suivre, par des examens radiologiques, parodontaux et cliniques, 92 patients avec 115 ponts en extension sur un total de 239 piliers sur une durée variant entre 5 et 16 ans. Il s'est avéré que le taux de complications techniques était de 15,1%, alors que celui des problèmes biologiques était de 14,2%. L'analyse détaillée montre que 7,9% des ponts (11,8% des dents dévitalisées) présentaient des pertes de rétention, alors que le taux de complications structurelles, telles que fractures de la porcelaine ou de l'armature concernaient 2,1 respectivement 0,8%.

### Réparations en prothèse amovible

(D' Gilbert Bochet, Genève)

Rarement abordée dans le cadre de l'enseignement universitaire, la réparation et, le cas échéant, la modification de prothèses partielles adjointes s'apprennent souvent par la suite, «sur le tas» en quelque sorte. Pourtant, ce genre d'activités occupe bien des heures du praticien et un rappel aussi didactique que celui de Gilbert Bochet était le bienvenu dans le cadre de ce congrès. Ce d'autant que le respect de quelques règles et précautions fort simples permet d'éviter de voir des corrections d'échecs se perpétuer, ce qui est fâcheux tant pour le médecin-dentiste que pour le patient. La majorité des échecs dans le domaine de la prothèse amovible sont dus à des éléments de construction trop fins ou mal placés, à la résorption des crêtes édentées avec apparition d'un porte-à-faux non sustenté et à la fatigue des matériaux. Fervent adepte du brasage, Bochet a présenté l'utilité de cette technique lors des réparations non seulement de connexions secondaires mais aussi principales. Une fracture d'un élément de crochet impose toujours la coulée d'un nouveau crochet complet qui peut ensuite être fixé par brasage secondaire sur le châssis lorsque celui-ci répond par ailleurs aux exigences en la matière. Dans la deuxième partie de l'exposé, quelques astuces en prothèse hybride, dont le Dalbo-Rep-Set®, et des techniques de préparation extemporanée destinée à augmenter la rétention par des Ipsoclips® ou Mini-Press-o-Matic® ont été passées en revue à l'aide de documentations de cas fort instructifs.

### Soudure au laser: critères techniques et perspectives

(Damiano Frigerio, technicien pour médecins-dentistes, Zurich)

Cette technique relativement jeune présente plusieurs avantages, à condition d'être utilisée en respectant scrupuleusement les paramètres techniques, tels que durée des impulsions, puissance et distance par rapport à l'objet à souder. Ces points forts sont la résistance élevée à la corrosion, l'homogénéité de la soudure et la possibilité d'assembler des pièces non seulement en titane, mais également les alliages de type chrome-cobalt, ce qui en fait une méthode de choix en prothèse fixe, amovible et hybride. Afin de réduire la rétraction angulaire des soudures en forme de «V», le protocole correct se fonde sur la technique dite de soudure en «X», lors de laquelle les deux extrémités à

assembler sont soudées par des impulsions sautant alternativement d'une face de la soudure à l'autre. Comme l'a concédé ce spécialiste du laser, seul l'avenir nous fournira des données scientifiques permettant d'évaluer cette technique d'une manière plus définitive.

### Les réparations des éclats de porcelaine

(D' Christian Lehner, Zurich)

En raison des progrès accomplis dans la technique céramo-métallique, les fractures de céramique sont relativement rares (environ 0,1 à 9%). Les origines principales de ces événements sont en général une conception inadéquate soit des préparations des piliers soit de l'armature, voire de l'occlusion, qui créent des tensions et des phénomènes de fatigue aboutissant à la rupture. D'autres sources de problèmes sont les erreurs de laboratoire, telles que des couches de porcelaine trop épaisses ou trop minces, les joints de soudure ou de brasage, de même que des facteurs extrinsèques comme les traumatismes, de fausses manipulations (prothèse adjointe), etc. Les indications idéales pour tenter une réparation de fracture de porcelaine sont notamment les ponts de longue portée par ailleurs irréprochables, l'absence de contrainte fonctionnelle et une exposition tout au plus minimale à l'endroit à réparer, car en dépit de différents efforts en la matière, la liaison directe des résines ou composites sur les alliages n'est actuellement toujours pas possible. Classiquement, le conditionnement de la porcelaine par de l'acide fluorhydrique à 9,5% (Ultradent Porcelain Etch®) est suivi par un bonding et collage par 4-Meta (SuperBond®) et Panavia® EX ou F. La technique Rocatec®, notamment depuis l'introduction de la sableuse intrabuccale Co-Jet® ouvre de nouvelles perspectives très prometteuses. Le sablage par des particules de silice préconditionnées dans de l'acide fluorhydrique crée, sur le métal davantage que sur la porcelaine, une couche «céramisée» composée d'oxyde de silicium, une interface qui se prête particulièrement bien à la silanisation.

### Evaluation de l'adhésion d'un composite de réparation sur les surfaces traitées au moyen du système Rocatec

(D' Christian Robin, Genève)

Poursuivant le thème des réparations de céramique et des plus récentes avancées en la matière, Robin a d'abord rappelé les chiffres provenant des séries de patients

de l'Institut dentaire de Genève. Selon ces statistiques sur une durée d'observation de 7 ans l'incidence des fractures de porcelaine était de 2 à 3%. Le temps moyen d'intervention pour une réparation est d'environ 25 minutes, avec une fourchette de 14 à 40 minutes par élément à réparer. Par ailleurs, les forces d'adhésion obtenues avec les méthodes conventionnelles sont décevantes, tant in vitro que dans la réalité in vivo. Peu étonnant donc qu'un groupe de travail du Département de Prothèse à Genève soit actuellement en train d'évaluer le dernier venu en la matière, le système Rocatec® qui avait été annoncé comme très prometteur. Après les premières sableuses, trop encombrantes pour une utilisation au fauteuil, moins encore dans la bouche du patient, la mise au point d'instruments miniaturisés, tel le Co-Jet®, a ouvert une nouvelle voie qui, selon les essais réalisés à Genève, semble promise à un bel avenir. Le traitement dit «tribochimique» des surfaces par des particules de silice d'un diamètre de 30 microns et préconditionnées dans de l'acide fluorhydrique est la clé d'un ancrage physico-chimique. La surface est ensuite silanisée, maquillée par un opaquer (temps de malaxage 45', puis photopolymérisation) et préparée par un adhésif de bonding, avant que le composite de réparation ne soit mis en place. D'après les résultats présentés, la force de liaison peut alors atteindre 18,2 MPa – un saut quantitatif par rapport aux techniques de sablage conventionnelles qui atteignent seulement 7,5 MPa. Affaire à suivre donc...

Cette première journée de congrès s'est terminée par la conférence de Christoph Asper, Zurich, qui a obtenu le Prix Junior Investigator de la SSPD pour son excellent travail sur le syndrome de Sjögren et ses répercussions bucco-dentaires. Le sujet dépassant le thème principal du congrès, il ne fait hélas pas partie du présent compte rendu.

### Matériaux dentaires et échecs en prothèse

(Prof. H. Kappert, Fribourg-en-Brisgau)

Du point de vue de la physique, donc du domaine de ce spécialiste, les échecs imputables aux matériaux dentaires peuvent être classés selon deux critères essentiels, à savoir d'une part un choix inapproprié des matériaux, qu'il s'agisse d'alliages, de résines ou de porcelaines, et d'autre part des techniques et des manipulations inadéquates. Pour les alliages, les paramètres essentiels à connaître et à respecter sont la résistance à la corrosion, où malgré toutes les précautions, des ac-

cidents sont toujours possibles, parfois même des erreurs de la part du fabricant (emballage contenant des éléments en acier au lieu de titane!), le deuxième paramètre étant la résistance à l'abrasion, illustrée en l'occurrence par des cas de boutons-pression en or vs titane. La troisième source d'échecs est d'ordre esthétique, certaines résines montrant des défaillances de teinte à long terme.

Le deuxième groupe d'erreurs techniques concerne surtout le non respect des consignes des fabricants, voire des données scientifiques, lors de la conception et de la réalisation des pièces prothétiques. Partant d'exemples de fautes de laboratoire en technique céramo-métallique classique, notamment la mauvaise maîtrise des paramètres de coulée et l'absence d'élimination méticuleuse des interfaces oxydées au niveau des bords entre armature et céramique, l'exposé a passé en revue les travaux entièrement en céramique qui ont le vent en poupe ces dernières années. Dans ce contexte, Le Prof. Kappert a montré plusieurs cas de ponts entièrement céramiques où le conflit entre les exigences esthétiques et la solidité de la reconstruction avait manifestement abouti à un non respect des paramètres techniques, donc à l'échec. Avec la constante arrivée de nouveaux produits sur le marché, la compatibilité des coefficients d'expansion thermique pose également problèmes; il faut donc veiller à ne pas mélanger aveuglément plusieurs porcelaines dans la même reconstruction. Par ailleurs, l'expert a déploré que les documentations fournies par les fabricants sont parfois erronées, voire en flagrante violation des prescriptions légales (en Allemagne: *Medizin-Produkte-Gesetz*, en Suisse: Ordonnance sur les dispositifs médicaux).

### Echecs en prothèse mixte

(Prof. Matthias Kern, Kiel)

Cette conférence a retracé le comportement au long cours de réhabilitations par des couronnes télescopiques et coniques. Ce type de prothèse, encore assez en vogue en Allemagne mais peu utilisée en Suisse, connaît, selon les résultats présentés, des taux d'échec d'environ 40% à 10 ans. Alors que 10% des couronnes primaires ont nécessité des rescements, souvent peu de temps après l'insertion en bouche, les différents travaux à ce sujet ont démontré des taux de 3,9% d'extractions de piliers après 5 ans et de 18% après 8 ans. Après 10 ans, les chercheurs allemands ont relevé un taux de survie de 60% de prothèses sur attachement



télescopiques/couronnes coniques, dont 36,2 % de cas jugés des succès et 23,8% de succès partiels. Le taux d'extractions dans cette série fut de 24,6% de dents piliers et de 14,2% d'autres dents.

#### La zircone en prothèse: perspectives (Prof. Heinz Lüthy, Zurich)

La zircone ou oxyde de zirconium fait partie de la classe des matériaux dits «techniques» ou céramiques high tech. Ces céramiques se caractérisent par une structure cristalline leur conférant une résistance mécanique élevée. Outre la zircone, seule une autre céramique spéciale est actuellement utilisée en prothèse dentaire, à savoir l'oxyde d'aluminium. Or, la zircone possède une résistance à la flexion et une ténacité environ deux fois plus élevées que l' $Al_2O_3$ . L'explication avancée pour ces avantages est un diamètre de cristaux de seulement 0,5 microns contre 2,5 microns pour l'alumine. Lorsqu'on ajoute à ces critères techniques le fait que cette céramique a des propriétés optiques favorables, ces paramètres font de la zircone un matériau très intéressant pour la médecine dentaire qui, notamment en Suisse, montre une tendance incontestable en faveur de matériaux esthétiques et biocompatibles.

La zircone a été testée depuis plusieurs années avec succès sous forme de tenons radiculaires pour des moignons antérieurs sous des couronnes entièrement céramiques, puis de pièces secondaires (abutments mis en forme industriellement) sur des implants, également dans les régions esthétiquement sensibles. Depuis peu, des expériences sont en cours pour évaluer ce matériau dans la réalisation de couronnes et de ponts. C'est notamment l'avènement du  $ZrO_2$ -TZP (oxyde de zirconium à structure polycristalline tétragonale) caractérisée par la transition de la phase tétragonale en

phase monoclinique, malheureusement accompagnée par une expansion volumétrique de 3 à 5%, ainsi que les procédés de conception/fabrication assistée par ordinateur qui ont permis d'explorer cette toute nouvelle voie. En outre, lors des différents cycles thermiques de la cuisson de la céramique, il fallait maîtriser une rétraction volumétrique de l'ordre de 15%, un problème qui n'avait pas été résolu lors des expériences initiales avec le DCS-Precident®, un procédé CAD/CAM destiné à l'origine à la fabrication par fraisage de pièces prothétiques en titane, et qui avait alors été adapté pour le fraisage de pièces de zircone entièrement frittée. Actuellement, le groupe de travail à Zurich est en train d'évaluer une méthode strictement CAM, donc uniquement de fabrication assistée par ordinateur, en utilisant alors de la zircone partiellement frittée. Pour la réalisation de l'armature, un «châssis» est d'abord modelé en résine, puis transformé en pièce brute de zircone, le cycle CAM augmentant dès lors automatiquement les volumes de 20%. Le cycle de frittage réduit d'une part les dimensions par le facteur cité plus haut, et élimine d'autre part les défauts de la machination. Il est ensuite possible de procéder au revêtement esthétique et aux finitions selon les techniques conventionnelles. Les expériences avec des ponts expérimentaux réalisés par cette technique, appelée DCM (*Direct Ceramic Machining*), ont mis en évidence des seuils de fracture de l'ordre de 880 N, donc bien au-delà des forces réelles agissant sur les molaires lors de la mastication. Forte de ces résultats, l'équipe de Zurich a déjà mis en bouche une première série de 40 ponts réalisés par le procédé DCM. Ses avantages, outre les paramètres techniques quasi idéaux, sont notamment la possibilité de travailler selon un plan de traitement conventionnel, la biocompatibilité élevée et des propriétés esthétiques remarquables.

#### Les échecs biologiques

(Prof. Niklaus Lang, Berne)

Un grand nombre de conférences ayant été consacrées aux échecs techniques en prothèse, le spécialiste de l'Université de Berne a eu l'honneur de clore ce congrès par un aperçu des différentes raisons et facteurs d'ordre biologique qui peuvent être à l'origine de bien des problèmes. Avec sa verve habituelle, Lang a plaidé pour une parfaite maîtrise des paramètres biologiques. Il a notamment présenté deux cas, réalisés à l'époque selon

le concept des écoles scandinaves, avec des ponts de très longue portée sur un nombre extrêmement réduit de piliers. Ces travaux, suivis sur une durée de 20 ans ont fait preuve d'un comportement hors du commun. Les travaux du groupe de Göteborg et ceux de Berne ont permis de conclure que le taux d'échecs biologiques après 8 à 11 ans est relativement restreint. Dès lors, la maîtrise des récurrences de maladie parodontale n'est actuellement plus le problème essentiel et les complications à cet égard peuvent être évitées par des bords prothétiques supragingivaux, par une conception adéquate des espaces interdentaires et un suivi méticuleux. Il ne demeure pas moins que les nécroses pulpaire, bien qu'étant en diminution en raison des progrès accomplis au niveau du refroidissement lors de la préparation, continuent à être une source de préoccupations, puisqu'elles concernent environ 10% des dents piliers (contre 15 à 20% au début des années 70). Or, de nombreuses études ont mis en évidence l'importance de la sauvegarde, dans la mesure du possible, de la vitalité des piliers, en raison des taux de complications nettement plus élevés sur les dents dévitalisées, voire reconstituées par ancrage radiculaire.

Le conférencier a terminé par quelques considérations à propos des implants, qui ont profondément modifié les concepts en prothèse au cours des dernières années. Dans une étude réalisée à l'Université de Berne, 112 implants ont été suivis pendant 12 ans. A la fin de l'étude, 4 implants avaient été extraits et 6 patients auraient été perdus de vue. Parmi les 97 implants qui étaient toujours en place, 3 avaient fait l'objet d'un traitement antimicrobien chimique et 3 avaient nécessité des révisions chirurgicales.

#### Conclusions

C'est sur ces perspectives plutôt optimistes qu'a pris fin ce congrès qui a parfaitement su illustrer quelques aspects souvent délaissés au profit de nouveautés plus spectaculaires ou passés sous silence lors des autres manifestations scientifiques dans ce domaine. Un grand merci donc au comité d'organisation qui a ainsi délibérément choisi cette année un sujet représentant une antithèse bienvenue dans le paysage de la médecine dentaire. Et cela même si certains représentants académiques ont éprouvé un peu de peine à concéder les failles de telle ou telle technique. Rendez-vous est d'ores et déjà pris pour le Congrès SSPD en automne prochain. ■



Collection BonaDent

## Anonyme (Espagne, 16<sup>e</sup> siècle): «Prédelle à l'Homme de douleur entouré de saints»

Mirjam Neumeister (Bonn)

*Quand le spectateur moderne découvre un objet d'art du passé, il lui semble qu'il se trouve devant un rébus, car ce sont souvent d'infimes détails qui permettent d'identifier l'œuvre. En raison du choix inhabituel des saints représentés sur cette prédelle, on peut non seulement déterminer son lieu d'origine, mais encore le moment approximatif de sa création.*

La prédelle se divise en trois panneaux identiques, presque carrés, encadrés de baguettes sculptées. Leurs motifs décoratifs se répètent dans les ornements peints en or, qui couronnent en pinacles les panneaux. Les trois scènes forment un ensemble harmonieux grâce au ciel et à ses nuages se prolongeant sous les cadres qui les délimitent. Le panneau central montre le Christ, en Homme de douleur, qui se lève de son tombeau; le sang de sa plaie au flanc s'écoule dans un calice. Le Fils de Dieu est encadré par la Vierge et par saint Jean qui soutient son corps, suivant le type iconographique de l'*Imago pietatis* dérivé de la peinture vénitienne. On reconnaît, dans le paysage derrière le Christ, la croix qui, avec la couronne d'épines, compte parmi les instruments de son supplice.

Sur chacun des panneaux latéraux figurent deux saintes, symétriques, munies de leurs attributs. Elles se dressent devant une balustrade ornementée qui masque en partie la vue. Au premier plan, des phylactères dissimulent les jambes des saintes. Si elles se distinguent par des attributs, leur identification est pourtant malaisée. Sur le panneau de gauche, la tour semble d'abord renvoyer à sainte Barbe, mais l'animal accompagnant l'autre sainte n'est pas

immédiatement identifiable. Il pourrait s'agir d'un lion, et les deux saintes seraient alors les vierges Justa et Rufina de Séville, très populaires en Espagne. La tour ressemble d'ailleurs à celle de la cathédrale de Séville, sauvée de la foudre par les sœurs, d'après la légende. Le panneau de droite montre sainte Apollonie portant son attribut caractéristique, une dent maintenue dans de longues tenailles. La sainte voisine peut être identifiée, d'après sa croix et le chien qui tire sur sa chaîne: c'est sainte Quitteria d'Aire, dont le culte s'étendait de Gascogne en Espagne et au Portugal. Le choix de saints typiquement locaux nous amène à conclure que l'autel était destiné à une église ou à une chapelle espagnole.

On rencontre souvent des représentations de l'Homme de douleur sur des prédelles. Elles se sont développées à partir d'une scène type de l'art byzantin, figurant le Christ dressé dans son tombeau, les mains croisées sur la poitrine, qui s'est répandue en Europe en passant par Venise. Cette œuvre figure par ailleurs trois événements liés à la crucifixion: la croix se réfère à la Passion, le tombeau à la mort et le Christ debout, montrant ses blessures, à la résurrection. Les références eucharistiques de l'Homme de douleur, souli-

gnées par le motif du calice, sont encore renforcées par l'usage de représenter cette scène sur le tabernacle. En outre, le calice dérive du thème du Christ dans le pressoir, apparenté à l'iconographie de l'Homme de douleur. Ce thème, développé dès le 12<sup>e</sup> siècle à partir d'un passage d'Ésaïe (63, 1 à 6), jouait vers 1500 un rôle essentiel dans le contexte eucharistique.

Pour finir, les saintes accompagnant le Christ et les intercesseurs majeurs des hommes, la Mère de Dieu et Jean, renvoient au Jugement dernier dans lequel le Christ ressuscité incarne l'idée de la Rédemption. Sa représentation à mi-corps et la figuration de ses blessures et des instruments de sa Passion étaient là pour éveiller l'attention du spectateur et approfondir son recueillement. Certains éléments, mêlés aux caractéristiques du style gothique: raideur des personnages, dont le modelé du corps est suggéré par les seuls plis du vêtement, auréoles des saints faisant penser à des disques et architecture du cadre en forme de pinacles, révèlent des influences artistiques plus récentes. Ainsi, par exemple, l'artiste anonyme a renoncé au fond doré traditionnel pour lui préférer un ciel peint dans la veine naturaliste; d'autres éléments du paysage trahissent des influences nordiques. De plus, les ornements empruntés à l'Antiquité, qui décorent les parois latérales du tombeau, renvoient à la Renaissance. Cette prédelle est donc un exemple du style des premières décennies du 16<sup>e</sup> siècle, marquant la transition entre l'art médiéval et l'art de la période moderne. Cette conclusion se vérifie dans la thématique, car les représentations de l'Homme de douleur se raréfient après 1530. La contre-réforme a privilégié d'autres types iconographiques tels que le Christ dans le pressoir.



Tempéra sur bois: 53,7 × 142,3 cm. Provenance: vente Christie's, Londres, 29 octobre 1997

Les personnes intéressées par cette œuvre en obtiendront, à un prix modique, la reproduction grandeur nature, sous la forme d'une lithographie offset en quadrichromie. Prière d'adresser vos demandes d'information et vos commandes à:

BonaDent S. à r. l., Berner Strasse 28,  
D-60437 Francfort/M.

Téléphone 0049 69 507 40 85

Téléfax 0049 69 507 38 62

Internet: <http://www.bonadent.de> (à voir aussi: la Petite Galerie «BonaDent-ART»).

E-mail: [bonadent@-online.de](mailto:bonadent@-online.de)

A. Haggmann, Zurich, le 2 septembre 1999

## Alfred Alexander Steiger, DDS

### Un pionnier de la médecine dentaire

C'est en l'honneur d'Alfred Alexander Steiger, DDS, que deux manifestations de formation continue, qui ont eu le plaisir d'accueillir plus de six cents invités, ont eu lieu à l'Institut de médecine dentaire de l'Université de Zurich. L'Association des médecins-dentistes de Zurich et la Fondation pour la formation et le perfectionnement en technique dentaire ont apporté leur soutien financier à ces deux manifestations qui ont vu l'ouverture d'une exposition illustrée par de nombreux travaux pratiques portant sur la vie et sur l'œuvre d'A. A. Steiger. La plupart de ces travaux provenaient de la collection du D<sup>r</sup> R. Boitel qui nous a par ailleurs remis une très riche documentation. Qu'il en soit ici vivement remercié. Cette exposition a désormais trouvé sa place à demeure dans l'actuelle bibliothèque de l'Institut de médecine dentaire de l'Université de Zurich. Il est possible de la visiter pendant les heures de bureau habituelles.



A. A. Steiger, DDS, lors de l'étude et de la réalisation de la glissière CSP

L'histoire de l'évolution de la prothèse à glissières est intimement liée à la vie et à l'œuvre du médecin-dentiste suisse Alfred Alexander Steiger (né le 26 juillet 1888, décédé le 4 juin 1965). Ses infatigables efforts et son inlassable quête créatrice à la recherche d'une alternative à la fois esthétique et fonctionnelle à la prothèse classique à crochets ont fait de lui le fondateur de la technique moderne de la glissière et des connecteurs de précision.

Toutefois, en plus d'une précision absolue et d'une planification attentive, il fallait satisfaire aux exigences posées par l'esthétique, l'hygiène et la prophylaxie. Steiger fut le premier praticien à introduire en Suisse et en Europe le concept de l'hygiéniste dentaire (appelé à cette époque encore «Dental Hygienist»), venu alors tout droit des Etats-Unis.

C'est en étroite collaboration avec des techniciens pour médecins-dentistes qu'il a fait d'innombrables découvertes en matière de prothèses dentaires dans la pratique dans son cabinet privé et qu'il a incité de nombreux praticiens et techniciens, de même que l'industrie dentaire, à la réalisation de produits semi-finis préfabriqués (attachements, connecteurs, etc.). Par ailleurs, il attachait une grande importance à la formation continue et au niveau des connaissances professionnelles. C'est ainsi qu'il fut, entre autres, fondateur du premier Study Club, président de la SSO et administrateur de l'actuelle *Revue Mensuelle Suisse d'Odontostomatologie* de la SSO.

Alfred Alexander Steiger est né le 26 juillet 1888, aîné de cinq enfants d'Abraham Alfred Steiger, considéré alors comme le «meilleur dentiste de la Suisse centrale» (DDS et président de la SSO de 1912 à 1915). Son père était le petit-fils du médecin Jakob Robert Steiger rendu célèbre lors des événements de 1845 par son évasion du «Kesselturn», puis devenu conseiller national après la guerre du Sonderbund, membre de la commission chargée d'élaborer la Constitution fédérale, et président de la Société de médecine de Lucerne. Aussi doué et polyvalent que son père, Abraham Steiger éleva son fils dès sa jeunesse dans les activités manuelles. Comme il était également président du comité de l'orchestre municipal et auteur de pièces de théâtre, son fils Alfred assistait souvent à la réparation d'appareils dentaires et d'instruments de musique, voire à la fabrication de décors de théâtre. De 1902 à 1907, Alfred suivit les cours de la division technique de l'école d'études supérieures («Realschule») à Lucerne. Ses connaissances étaient remarquables en physique, en géométrie et en dessin



Evolution de la glissière type Channel-Shoulder-Pin

technique, mais il lui fallait encore passer des examens de latin et d'anglais pour pouvoir accéder aux études de médecine dentaire. Sa vocation intérieure l'incita donc à entreprendre en 1907 des études de médecin-dentiste à l'Institut de médecine dentaire de l'Université de Zurich. Il réussit ses examens d'Etat en 1911. Après une brève période d'assistantat auprès des Professeurs G. A. Stoppany et A. Gysi, pendant laquelle il collabora notamment à la réalisation de l'articulateur de type Simplex, il suivit un cours d'une année à l'Université de Pennsylvanie. En ce temps là, les écoles dentaires aux Etats-Unis avaient une avance scientifique considérable sur les institutions semblables en Europe. Après cette formation pratique où il fit avec passion connaissance du système des couronnes et ponts amovibles auprès du Professeur Alfred Peeso, il revint en Suisse muni du titre de *Doctor of Dental Surgery* (DDS). La médecine dentaire américaine exerçait alors une influence toute particulière sur l'évolution de l'odontologie dans notre pays. Nos confrères titulaires du diplôme américain prenaient pour la plupart des



Couronne avec glissière CSP



Matrice à glissière CSP



Travail pratique avec des fraisages individuels pour CSP

postes de dirigeants et de cadres dans les nouvelles écoles et associations, ou bien ils assuraient la formation continue des praticiens. C'est ainsi qu'Alfred Steiger, marqué par son séjour aux Etats-Unis, fonda le premier Study Club à Zurich, en 1932, dont il fut le président pendant trente ans. Immédiatement après son retour en Suisse, en 1912, il travailla au cabinet de son père à Lucerne et se consacra au système de constructions amovibles sur des dents vivantes (attachement Carmichael et couronnes Jacket). Cinq ans plus tard, de 1917 à 1922, il devint collaborateur au sein du cabinet du Professeur Stoppany, puis il s'est installé dans son propre cabinet à Zurich en 1923 avec son confrère, le D<sup>r</sup> Gustav Braun. Dans ses propres locaux, il s'est dès lors consacré à la mise au point de la technique de la coulée, à l'étude des caractéristiques des cires pour la coulée, à la statique de la couronne Richmond, aux moignons artificiels ainsi qu'à différentes nouveautés dans la technique des préparations dentaires. Il était d'ores et déjà devenu un maître et un chercheur incontesté dans le domaine des couronnes demies et trois quarts dont il modelait à la main les empreintes faites à la cire. La glissière *Chammel Shoulder Pin* (CSP) qu'il a développée, le connecteur *Ax-Ro* et l'attachement *Earlock* ont fait sa réputation bien au-delà de nos frontières. Avec les glissières, il souhaitait contourner les contraintes de la prothèse classique car, pour lui, les crochets conventionnels d'alors n'étaient que des «crochets à viande». Souvent, ses

confrères suisses disaient de lui: «Seul Steiger est capable de réaliser cela: il a carrément un parallélogramme intégré dans son poignet!». Il s'assura de la collaboration de techniciens remarquables, ainsi que celle de l'orfèvre E. Scheytt de Pforzheim, et réussit à familiariser ses collaborateurs avec ses idées. Ses cinq à six techniciens, dont certains travaillèrent jusqu'à plus de trente ans avec lui, éprouvaient un grand respect pour sa personne et l'honoraient en parlant de lui comme d'un héros forçat du travail et de génie aux dons hérités de naissance.

Sa réputation s'étendait dans le monde entier et lui même ne s'accordait pas le moindre snobisme. Il a soigné les grands de ce monde (le roi de Belgique, l'Aga Khan), des diplomates, consuls, juristes, architectes bien connus et médecins de renom (Professeur Sauerbruch de Berlin, Professeur Clairmont, Professeur Schinz, etc.), amis proches des maisons régnautes, industriels, artistes, etc. Il savait écouter, se faisait tout expliquer chaque fois qu'un artisan ou un mécanicien lui rendait visite à son cabinet pour contrôler les appareils ou pour procéder à des réparations. Il savait toujours témoigner d'un respect profond pour les gens les plus simples.

Il ne supportait aucune précipitation ni aucun stress avec ses techniciens: le travail le plus précis et la mécanique la plus exacte avaient toujours la priorité absolue. Les pièces, vis et filetages étaient toujours élaborés par ses propres techniciens, même si l'on eut pu les acheter chez les fournisseurs pour l'horlogerie. Aucun de ses collaborateurs n'avait le droit de rentrer chez lui tant que le dernier patient n'avait pas reçu au moins une prothèse provisoire. Il passait ses rares loisirs au tour d'horloger ou à sa filière pour terminer une vis en or, pour mettre la dernière main à un attachement de haute précision, ou bien pour mettre au point quelque autre nouvelle invention. De nombreux modèles destinés à ses présentations ou à ses exposés étaient réalisés en or et en argent. Il savait toujours se montrer patient et de bonne hu-



Vue de l'intérieur de la partie amovible portant les pins activables



De haut en bas: Ax-Ro, connecteur articulé et son prototype de 1924



Travail associant des connexions par glissières CSP, combiné avec des connecteurs articulés Ax-Ro et selles prothétiques individuelles, résilientes et décollées

meur avec ses collaborateurs, toujours attentif et dévoué. De même, il s'est montré d'une correction extrême, envers ses collaboratrices également et exigea toujours des collaborateurs qu'ils se comportent de manière correcte et polie envers les dames. Dans son cabinet, ses confrères pouvaient faire l'apprentissage du travail de précision pour les prothèses partielles, à condition de disposer de la dextérité manuelle indispensable dans ce domaine. C'est ainsi qu'ils découvrirent chez Steiger la mécanique de précision et la biomécanique et tirèrent un bénéfice bien plus grand de ces séances que de leur temps de formation universitaire. Certains d'entre eux, tel le D<sup>r</sup> Raoul Boitel, firent leurs ces nouvelles techniques et les intégrèrent dans leur cabinet nouvellement créé; d'autres devinrent même professeurs universitaires (tels que le Prof. Baume, le Prof. Durrer à l'Université de Columbia aux Etats-Unis). Dès le début, le D<sup>r</sup> Braun travailla en collaboration avec A. A. Steiger, jusqu'à la mort de ce dernier. En tant que son meilleur ami et compatriote lucernois, il joua inlassablement le rôle de pôle opposé du D<sup>r</sup> Steiger et en imposa toujours par son calme. Il sut, en collaboration avec le D<sup>r</sup> Boitel, traduire dans les faits et réaliser inlassablement les idées du pionnier qu'était Steiger, avant de les consigner dans un fameux ouvrage: «*Precision Work for Partial Dentures*» (1959). Une part im-



Vue de détail d'un connecteur Ax-Ro en place



Parallèlefor in situ

portante de ces très riches connaissances ont été publiées dans des journaux scientifiques ou diffusées à l'occasion de différents cours de formation continue en Suisse et dans d'autres pays. C'est en sa qualité de spécialiste renommé dans le monde entier désireux de contribuer au perfectionnement professionnel de ses confrères qu'il fonda le Study Club. Dès 1913, il fut membre du comité et administrateur de la publication trimestrielle de médecine dentaire dont il fit un mensuel en 1922, avant d'en devenir président de 1926 à 1928. Les sociétés de médecine dentaire des Pays-Bas, de la Finlande, de l'Afrique du Sud, du canton de Zurich, de Suisse, l'American Dental Society of Europe et la Fédération dentaire internationale ont fait de lui leur membre d'honneur. Lors du congrès de la FDI tenu à Londres en 1952, il en fut le «reporter on partial denture prosthesis» avant de devenir, peu après, le président de l'American Dental

Society en Europe. C'est en reconnaissance de son travail de pionnier et de son engagement infatigable pour les progrès de la médecine dentaire que l'Université de Bâle lui conféra en 1960 le titre de Docteur honoris causa à l'occasion du 500<sup>e</sup> anniversaire de sa création.

Au cours de son service militaire lors de la deuxième guerre mondiale (1941-1943), Steiger a mis au point la fameuse trousse pour la médecine dentaire militaire, qui bénéficia d'une attention considérable aussi bien en Suisse qu'à l'étranger et qui, aujourd'hui encore, fait partie du matériel de corps de notre armée.

Steiger déploya ses activités non seulement au plan intellectuel, mais aussi dans les domaines sportif et musical. Rameur d'élite, barreur émérite, alpiniste, il sut trouver dans toutes ces activités l'énergie nécessaire à ses activités professionnelles. Lors des rares fêtes de famille qu'il s'autorisait, il égayait ses proches en prenant l'harmonica en main. Le temps qui lui restait encore était consacré à ses trois enfants Elisabeth, Marietta et Jürg Jakob Robert. Son fils Jürg embrassa la même profession que lui et travailla avec son gendre Johann Peterhans dans le cabinet de Steiger avant de se mettre à son compte en 1962, avant son décès en 1967. Son beau-fils Johann Peterhans, époux de Marietta et aujourd'hui également décédé, reprit le cabinet de Steiger en 1964. La tradition de médecine dentaire vit toujours aujourd'hui en la personne du petit-fils Gian-Andrea Peterhans qui exerce dans son propre cabinet, à Zurich également. Comme son grand-père Steiger, Gian-Andrea Peterhans s'est spécialisé dans le domaine des ponts, couronnes et prothèses partielles amovibles. La vie si riche et si remplie d'Alfred Steiger, entièrement consacrée tant à la science qu'au bien de ses patients et aux remèdes à leurs souffrances, s'est achevée en 1965. Son enseignement et ses travaux n'ont pas manqué d'exercer une



Diplôme décerné à l'occasion de la remise du titre de Docteur honoris causa à A. A. Steiger, DDS (Université de Bâle, 1960)

influence considérable sur la médecine dentaire que nous connaissons aujourd'hui: nombreux sont les praticiens qui ont relevé ses idées et qui ont contribué à la mise au point et au perfectionnement de nombre de glissières, connecteurs, boutons à pression ou ancrages sur barres, tous commercialisés sous forme de produits semi-fabriqués.

#### Bibliographie:

A. A. Steiger, DDS, *ein Pionier der Zahnmedizin* de Hülya Söylemez, Zurich 1999, Verlag KBM, ISBN 3-95211296-0-7 (Fr. 30.-)

#### Adresse de contact:

Klinik für Kronen-Brücken-Prothetik, Teilprothetik und Zahnärztliche Materialkunde  
Institut de médecine dentaire de l'Université de Zurich  
Directeur: Professeur P. Schäfer, D<sup>r</sup> méd.-dent., M. S. ■

## Rationnement dans le domaine de la santé?

Marco Tackenberg, Service de presse et d'information SSO

Lors d'une conférence à l'Hôpital de l'Île de Berne, à la fin août, des experts ont discuté des mesures de rationnement dans le domaine de la santé. Ils se sont demandé quand est-ce qu'une prestation médicale utile devait être abandonnée pour des questions financières.

Commençons pas l'essentiel: En Suisse aussi on rationne dans le domaine de la santé. Les titres spectaculaires que l'on a pu voir sur le médicament extrêmement coûteux «NovoSeven» ont fait oublier

que les prestations médicales doivent en fait toujours être limitées. Il faut se rappeler des premiers temps de la dialyse, lorsqu'il n'existait qu'un nombre limité d'installations pour le traitement des ma-

lades du rein. Aujourd'hui, le nombre de patients attendant une transplantation excède de loin celui des reins disponibles. En médecine dentaire, pour citer un exemple connu, le rationnement est fait par notre porte-monnaie.

#### Contourner, détourner, reporter

La rationalisation est le fait de fournir une certaine prestation en dépensant moins, dans le cas du rationnement, par contre, on renonce pour des raisons fi-



longtemps. Les Pays-Bas, le Danemark, la Suède, la Norvège, la Finlande et la Nouvelle-Zélande connaissent les critères de rationnement explicites au niveau national.

Il y a des critères pour différencier le rationnement concernant un patient et le rationnement d'une prestation médicale isolée. Lorsqu'on établit les priorités pour définir un traitement, les critères se réfèrent au patient. Toutefois, si la liste des services est réduite, la décision ne se réfère plus à la situation personnelle du patient, mais à l'aspect de la maladie, au cas médical. Pour la Suisse, selon Kocher, c'est d'abord une combinaison de ces deux modèles qui devrait être envisagée.

### Une nouvelle révolution médicale

Jürg Ammann, président de l'Association suisse des médecins prestataires de gestes techniques (FMS), fait remarquer que grâce aux rapides progrès techniques, les mesures de rationnement deviennent, à long terme, incontournables. C'est justement dans la perspective de la nouvelle «révolution médicale» du prochain millénaire, qui devrait apporter des innovations de haute technologie et de nouveaux médicaments mais aussi de nouveaux coûts, que la discussion sur le rationnement est nécessaire. Un nouveau défibrillateur qui protège des arrêts cardiaques coûte environ 70 000 francs. Ammann indique également des possibilités pour économiser dans le système de santé de la Suisse: il critique les médecins de plus en plus sur la défensive qui donnent des explications médicales primaires afin de se protéger légalement. Il faut cependant se méfier des conceptions trop naïves d'économies faites sur des prestations «non nécessaires». Même rétrospectivement, les experts eux-mêmes ne sont souvent pas d'accord sur la nécessité d'une opération sur un certain patient.

### Une résolution commune

Dans une résolution commune, Ammann, Brunner et Kocher ont listé des propositions d'économie: un «moratoire» exigé par les assureurs pour des prestations de soins dans l'assurance de base ne serait pas raisonnable et ferait obstruction au progrès médical. La liste des prestations de base doit être révisée et de nouvelles prestations doivent être analysées de façon critique. Ensuite, le nombre de prestataires médicaux doit être limité «et donc celui des médecins suisses». Pour les trois auteurs, une diminution des admissions en formation complémentaire et en formation continue est priori-

taire. Fondamentalement, il est important de continuer à rationaliser et à rationner.

### Rationnement maintenant?

Le titre «Rationnement dans le domaine de la santé – maintenant?» comportait un point d'interrogation, mais dans la conférence, on ne s'opposait pratiquement pas aux mesures de rationnement. Les quatre intervenants étaient unanimes sur le fait que l'on rationnait déjà et que la définition des règles sera une procédure des plus transparentes et des plus démocratiques. Tout le monde était d'accord d'exclure le rationnement concernant des mesures pouvant sauver une vie («rules of rescue»), même si dans des cas individuels il n'est pas facile de le définir.

### Débat avec les participants

Lors du débat, il y a eu quelques interventions critiques isolées. Il ne faut pas non plus exagérer l'importance des discussions sur le rationnement existant et sur la médecine à deux vitesses, par exemple. La nouvelle LAMal offre une très bonne protection à ses assurés et les prestations complémentaires que peuvent se permettre les riches en Suisse ne leur donne pas pour autant une meilleure santé. «Rationnement ne signifie pas que la liste des prestations de base est facile à écarter», dit Kocher se voulant rassurant. Il remarque que dans ce

contexte ses «amis de gauche» l'attaquent encore et toujours parce qu'il demande un «rationnement antisocial». «L'antisocial, selon Kocher, est celui qui cache la tête dans le sable tout en encourageant le rationnement caché, non démocratique, irrationnel, injuste, non social et inhumain.» Certes, il donne raison à des voix qui demandent de rationaliser d'abord, car en effet une économie de 10 à 20 pour cent est possible dans le domaine de la santé en Suisse et sans perte de qualité. Ce potentiel de rationalisation n'est certes de loin pas encore épuisé, mais «politiquement» il est inapplicable.

### Groupe de travail pour le rationnement

La résolution d'Ammann, Brunner et Kocher demande donc aussi la création d'un organe de coordination nommé «Swiss working group rationing SAR» constitué par des organisations étatiques et privées. Ce groupe de travail devrait, en 12 mois, élaborer des propositions de rationnement dans le système de santé suisse. Le but, selon Hans Heinrich Brunner, est d'arriver à un consensus social sur «comment rationner». Une question surgit alors d'elle-même: pourquoi, en Suisse, doit-on obtenir un consensus sur les mesures de rationnement, alors que, selon les auteurs, des mesures économiques bien moins délicates restent illusives... ■



## Université de Genève Curriculum Vitae

### Professeur Andrea Mombelli

Successeur du Prof. G. Cimasoni en parodontologie. Originaire du Tessin, Andrea Mombelli est né le 19 mars 1954.

Il a accompli ses études à l'Université de Berne où il obtient ses diplômes de médecin-dentiste en 1979 et de doctorat en 1980. Il a poursuivi sa formation à l'Université de Berne où il est nommé successivement, assistant, chef de clinique, privat docent, puis, dès 1997, professeur extraordinaire de parodontologie. En 1998, le Conseil d'Etat de Genève confère à Andrea Mombelli le titre de professeur ordinaire de physiopathologie buccale au Département de thérapeutique buccale et orthodontie à la Faculté de médecine. Ses travaux s'inscrivent dans le domaine de la microbiologie orale et le traitement des infections parodontales. ■





## Université de Genève Curriculum Vitae

### Professeur Stavros Kiliaridis

Successeur du Prof. J.-P. Joho en orthodontie.  
Originaire de Thessalonique (Grèce), Stavros Kiliaridis est né le 8 octobre 1955.

Il obtient le diplôme de médecin-dentiste en 1979 à l'Université de Thessalonique. Il a poursuivi sa formation à l'Université de Göteborg (Suède) dans laquelle il reçoit un certificat en orthodontie en 1984 puis y devient Ph. D. au Département d'orthodontie en 1986. Il est maintenant professeur et chef du Département d'orthodontie de l'Université de Genève. ■



## REVUES



### Ethique professionnelle

**Chiodo GT et col.:**  
**Disclosures of mistakes**  
*Gen Dent* 47: 24-28, 1999

Nul n'est à l'abri d'une erreur humaine et technique dans le cadre de sa pratique dentaire. Ces erreurs peuvent survenir en cours de traitement, un diagnostic peut avoir été manqué. S'il est difficile d'expliquer une erreur à un patient, il est crucial, pour des motifs éthiques et médico-légaux, de la signaler.

Le praticien a ainsi l'obligation éthique et légale de révéler une faute professionnelle au patient lésé afin de respecter son autonomie et son droit à l'information. Le contrat de droit existant entre le patient et son thérapeute implique le devoir d'informer. Manquer de révéler une faute relève de la fraude et de l'irrespect du devoir de prodiguer des soins adéquats. Même si le médecin-dentiste s'expose à des poursuites judiciaires en révélant une faute professionnelle, la situation litigieuse sera d'autant plus grave s'il se tait et que le patient l'apprend ultérieurement. Il convient encore de préciser qu'une faute professionnelle ne signifie pas nécessairement qu'il y a eu négligence ou inadéquation thérapeutique.

Un médecin-dentiste ne devrait pas signaler ce qu'il pense être une faute professionnelle commise par un autre

confrère sans en évaluer avec soin les faits et conséquences.

Il n'est pas rare que des standards de soins, au départ peu réalistes, rendent une faute professionnelle particulièrement frustrante pour celui qui en est la cause. Toute dissimulation ne fera qu'ajouter un sentiment de culpabilité. Une erreur signalée à temps par son responsable lui permettra de s'en prévenir à l'avenir.

Admettre une erreur reste une démarche délicate qu'il faut signaler au plus vite. En différer l'information aggrave le processus. Si par exemple une dent est extraite à la place d'une autre, il faut l'indiquer en proposant déjà au patient une discussion sur les mesures ultérieures qu'il conviendra de prendre. Dans certains cas, le médecin-dentiste consultera d'autres confrères ou une instance juridique avant d'informer son patient. Différer cette information ne peut se faire que sur la base d'un motif solide.

Une faute professionnelle doit être non seulement signalée à l'intéressé, mais aussi rapportée à une instance juridique ou assécurologique (responsabilité civile). Un patient qui semble compréhensif sur le fauteuil risque par la suite d'entreprendre des poursuites judiciaires après avoir consulté des tiers ou après avoir réfléchi à la possibilité d'obtenir un dédommagement économique.

Michel Perrier, Lausanne

### Douleurs postopératoires

**Browning WD:**  
**Incidence and severity of post-operative pain following routine placement of amalgam restorations.**  
*Quintessence Intern* 30, 7: 484-489, 1999

Parmi tout ce qui a été déjà publié en matière de sensibilité postopératoire consécutive à la pose de matériaux, il n'existe que peu de données cliniques sur l'incidence et la sévérité de ce type de douleur. La plupart des résultats font état de douleurs liées à des phénomènes thermiques. Cette étude propose une évaluation quantitative des douleurs aux jours 1, 3 et 7 suivant l'intervention.

120 patients présentant des lésions carieuses modérées de classe I et II furent traités, chaque patient recevant 1 obturation à l'amalgame. Sur les questionnaires remis à chaque participant figurait une échelle permettant de décrire l'intensité des douleurs postopératoires. Plusieurs sources potentielles de douleurs furent examinées: tête, nuque, épaule, dos; douleur sur le site d'injection, douleur au froid, douleur au chaud, douleur en présence d'aliments sucrés, douleur sur le site du crampon de la digue, de la matrice, du coin en bois, douleur en occlusion, douleur musculaire ou articulaire. Chaque patient était aussi invité à indiquer la prise éventuelle d'analgésiques.

Dans la plupart des cas, les douleurs furent plus intenses le jour suivant l'intervention. Ces douleurs s'amélioraient à 4 et 7 jours. Les exceptions se situaient dans les cas de sensibilité au froid, au chaud et à la pression. Les douleurs les plus brèves se localisaient au site d'injection ou étaient dues au crampon de la digue, aux coins interdentaires et à la sculpture interproximale.

78% des patients indiquèrent avoir senti une douleur d'intensité variable pendant 7 jours. Les 22% restant ne sentirent aucune douleur à aucun moment pendant la semaine qui suivit le traitement.

La moitié des patients ayant éprouvé une douleur eurent recours à des analgésiques (aspirine, acétaminophène, ibuprofène).

Il est fréquent que les patients éprouvent des douleurs dans les 24 heures qui suivent la mise en place d'une obturation. Afin de prévenir tout inconfort, le médecin-dentiste devrait envisager de recommander la prise d'un analgésique simple au moment du traitement et dans les 24 heures qui suivent.

Michel Perrier, Lausanne

## Polyarthrite rhumatoïde

**Treister N & Glick M:**  
**Rheumatoid arthritis: a review**  
**and suggested dental care**  
**considerations**

*JADA 130: 689-698, 1999*

La polyarthrite rhumatoïde (PR) a été décrite pour la première fois en France vers 1800 sous le nom de goutte primaire asthénique. Cette affection touche 42,7 millions d'Américains dont seuls une faible partie sont soignés. Les femmes sont près de 3 fois plus touchées que les hommes et 80% des personnes atteintes développent les symptômes entre 35 et 50 ans. Le tableau clinique classique est une inflammation de la synoviale touchant tout particulièrement les petites articulations des extrémités. Cette inflammation peut aboutir à une altération du cartilage articulaire et des tendons à laquelle succède une déformation des articulations. Au schéma inflammatoire s'ajoutent d'autres manifestations comme de la fatigue, une perte d'appétit, une faiblesse et de vagues douleurs musculaires. Le risque de mortalité est proportionnel à la sévérité de la progression de l'affection (infections, malignité hématopoïétique, maladies cardiovasculaires et/ou rénales, complications liées au traitement).

Le traitement comprend administration de corticostéroïdes, physiothérapie, psychothérapie et chirurgie.

L'étiologie de la PR reste encore inconnue. On sait néanmoins qu'elle revêt un caractère multifactoriel, incluant une participation infectieuse, génétique, endocrine et immunologique. Des éléments inflammatoires (lymphocytes T, macrophages, cytokines) migrent dans des sites articulaires, probablement en raison de la présence de particules infectieuses. La pathologie articulaire se développe au cours des deux premières années de

l'installation d'une PR et en 3 ans, plus de 70% des malades présentent des signes de destruction radiovisibles (érosions, décalcifications osseuses du poignet). La progression générale débouche sur une incapacité de travail (50% des cas) apparaissant dans les 10 premières années de la maladie. D'autres manifestations se produisent, nodules et vasculites rhumatoïdes, péricardite, épisclérite et sclérite, syndrome de Felty (PR chronique, splénomégalie, neutropénie, anémie et thrombocytopenie), syndrome de Sjögren secondaire.

Le diagnostic est établi notamment en présence de quantités anormales de facteur rhumatoïde sérique (immunoglobuline M).

Le traitement vise à restaurer et à maintenir une certaine qualité de vie en calmant les douleurs, en réduisant l'inflammation des articulations, en prévenant leur destruction et l'apparition de difformités. Le défi thérapeutique réside dans une prévention très précoce.

L'arsenal analgésique reste pourtant limité si l'on tient compte de sa faible efficacité à long terme et de ses effets secondaires.

L'altération des structures articulaires comprend en première ligne l'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et de corticostéroïdes. Ces derniers ont une action anti-inflammatoire et immunosuppressive. Ils réduisent l'accumulation d'éléments et la sécrétion de substances entrant en jeu dans l'inflammation. Leurs effets secondaires comprennent ostéoporose, faiblesse musculaire, intolérance au glucose, cataracte et déséquilibre des hormones sexuelles.

L'action des médicaments du traitement de fond d'une PR est méconnue. Très coûteux, ils incluent les sels d'or, la sulfasalazine, la D-pénicilline, la cyclosporine et le leflunomide. Ces produits réduisent l'activité de la maladie et préviennent la destruction des structures articulaires. Leur toxicité pouvant être

considérable, leur administration nécessite un suivi attentif. Les propriétés immunosuppressives et anti-inflammatoires du méthotrexate se montrent efficaces en dépit des effets secondaires qu'implique sa toxicité à long terme. A cet égard, il n'est pas rare qu'un traitement de fond doive être interrompu en moins de deux ans, en raison de la toxicité du médicament ou de sa perte d'efficacité.

La chirurgie n'intervient que dans des cas d'atteinte articulaire sévère, d'extrême limitation fonctionnelle ou de douleurs intolérables. Les arthroplasties intéressent surtout les hanches, les genoux et les épaules.

Au niveau bucco-dentaire, les effets secondaires des médicaments comprennent des hyperplasies gingivales, parodontites, xérostomie et caries. Il est essentiel que le médecin-dentiste se tienne au courant des médicaments que prend un patient souffrant de PR. Toute intervention sanglante doit être précédée d'une prophylaxie antibiotique.

La plupart des patients atteints de PR ne nécessitent pas de prise en charge particulière par le médecin-dentiste. Il est cependant très important d'évaluer chaque situation. Il existe par exemple des cas de PR peu sévères chez lesquels il est difficile de maintenir une hygiène adaptée (xérostomie, troubles de l'ATM). Certains syndromes associés (syndrome de Felty) peuvent accroître les risques d'infections et les problèmes d'hémostase. Une bonne connaissance des médicaments pris par le patient permet d'affiner le diagnostic des lésions buccales et de minimiser les complications dues aux interactions médicamenteuses. Toute arthroplastie nécessite une couverture antibiotique lors d'un traitement sanglant.

Enfin, comme pour la plupart des maladies chroniques, une intervention précoce réduit parfois la gravité de la maladie. Le médecin-dentiste peut jouer un rôle important dans le dépistage d'une PR.

Michel Perrier, Lausanne