

# Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Volume 53, numéro 2

Juillet 2016


Dans ce  
**numéro**

DENTISTERIE PÉDIATRIQUE

MÉDECINE BUCCALE

ACUPUNCTURE

CHIRURGIE

**Ordre des dentistes  
du Québec**

  
**LE DENTISTE,  
LE DOCTEUR QUI VEILLE  
SUR VOTRE BOUCHE**

# LA ZIRCONE EN UNE VISITE, NOUVELLE RÉALITÉ CEREC.



Montréal : 1.514.745.4040 | 1.800.363.1812

Québec : 1.418.688.6546 | 1.800.463.5199

Ottawa : 1.613.736.0751 | 1.800.267.1366

Distributeur  
CEREC A exclusif

  
PATTERSON  
DENTAL/DENTAIRE

The Dental Company





10



26



30

# Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

## À LIRE CE MOIS-CI

- 4** MOT DU PRÉSIDENT
- 7** MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE
- 15** NOUVELLES DE L'ORDRE
- 22** AU TABLEAU
- 30** JOURNÉES DENTAIRES 2016
- 38** À L'AGENDA

### DENTISTERIE PÉDIATRIQUE

- 8** Le dentiste et mon bébé
- 10** La première visite chez le dentiste : quand, comment et pourquoi?

### MÉDECINE BUCCALE

- 18** Un dilemme diagnostique : approches radiologique, clinique et histologique

### ACUPUNCTURE

- 26** Acupuncture : pourquoi consulter?

### CHIRURGIE

- 32** Ptose du menton suite à la mise en place d'implants : une complication évitable

8





**Barry Dolman, DMD**  
Président  
president@odq.qc.ca

## Une province sans fluor

**T**out récemment à l'Ordre, je suis tombé sur un document défraîchi daté de février 1975 et intitulé « Mémoire présenté à la Commission parlementaire sur la fluoration des eaux de consommation ».

L'année 1975 revêt une signification particulière pour moi, car c'est l'année où j'ai obtenu mon diplôme de l'Université de Montréal. J'étais alors plein d'enthousiasme et bien déterminé à modifier une perception répandue au Québec, à savoir que l'extraction des dents et la pose d'un dentier constituaient le plus beau cadeau de mariage qu'on pouvait recevoir.

La Régie de l'assurance maladie du Québec venait alors de mettre sur pied un nouveau programme qui couvrirait éventuellement les soins préventifs et curatifs des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans, et les trois universités québécoises produisaient suffisamment de diplômés en médecine dentaire pour répondre adéquatement aux besoins des patients en matière de prévention et de traitement, et ce, partout en province. ✨

**41 ans  
plus tard...**



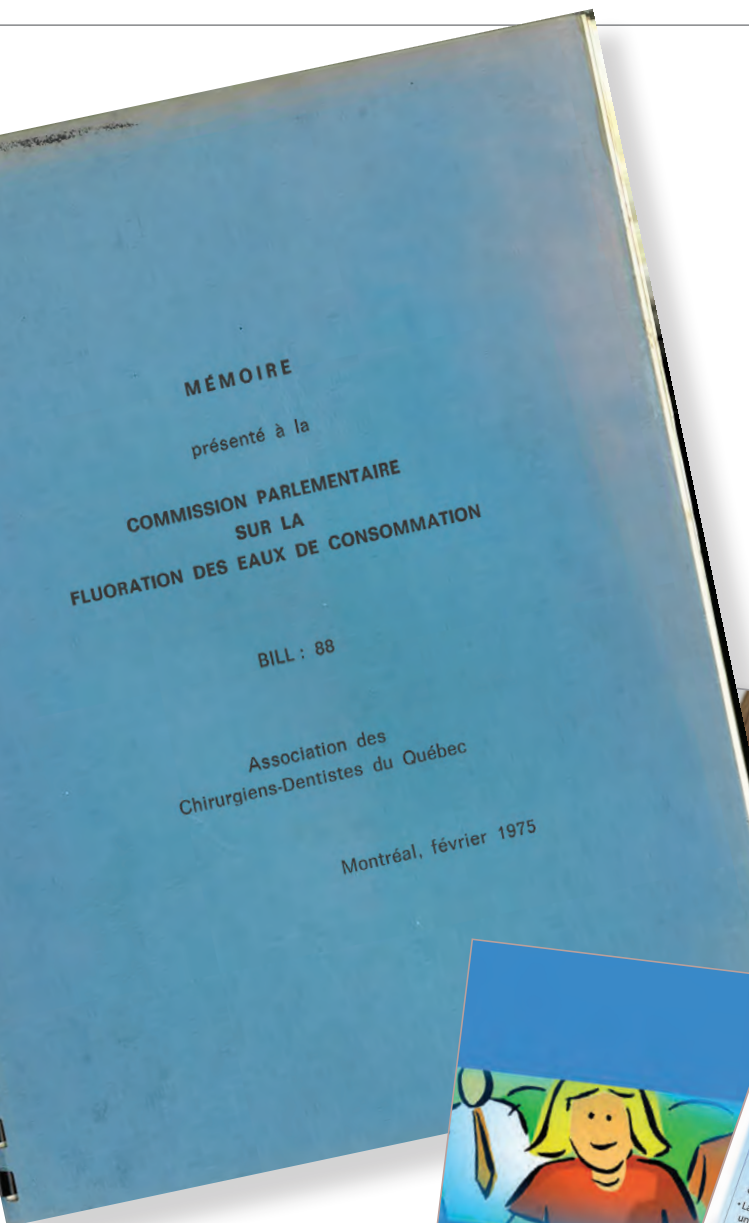
## A province without fluoride

**R**ecently, at the ODQ, I came across a discoloured and faded document entitled “Mémoire présenté à la Commission parlementaire sur la fluoration des eaux de consommation, Bill 88”, dated February 1975.

That year has a particular significance for me because it was the year I graduated from the Université de Montréal. It was an exciting time, and I was committed to correcting Quebec's reputation as a place where a popular wedding present was full-mouth extractions and a new set of dentures.

The RAMQ had just implemented a new program that would eventually cover both preventive and curative services up to age 16, and the three universities were finally producing enough graduates to begin to adequately treat and educate people and meet needs in every corner of the province.

Forty-one years later... ✨



**LA PERTINENCE ET L'EFFICACITÉ DE LA FLUORURATION DE L'EAU**

**Des réponses aux questions fréquemment demandées**

- En 2005, est-il pertinent de fluorurer l'eau de Montréal?
- Les facteurs socio-économiques ne sont-ils pas déterminants pour la santé dentaire?
- La fluoruration de l'eau est-elle une mesure efficace?
- Est-ce que la fluoruration représente un danger pour les travailleurs des usines de traitement?
- Devrions-nous attendre que le système de distribution d'eau soit remis à neuf?
- Est-ce que la fluoruration endommage les canstales d'eau?
- D'autres mesures que la fluoruration de l'eau pourraient-elles s'avérer efficaces?

Montréal a la distinction d'être la dernière grande ville de toute l'Amérique du Nord qui n'ajoute pas de fluor dans son eau potable parce que, par le passé, les élus ont donné la priorité à des considérations politiques plutôt qu'à des considérations de santé. Les conséquences de ce choix sont graves aujourd'hui, dans certains quartiers montréalais, plus d'un enfant sur deux (55 %) ont des caries avant même d'entrer en maternelle. Un taux qui se compare à ce que l'on observait au Québec il y a 60 ans. Et la situation aurait continué de se détériorer entre 1999 et 2004. La fluoruration de l'eau à Montréal s'avère donc plus pertinente que jamais.

L'efficacité de la fluoruration de l'eau a été amplement démontrée. C'est la raison pour laquelle on affirme que les techniciens des usines de traitement qui ajoutent du fluorure à l'eau de consommation font plus pour prévenir la carie dentaire dans leur communauté que tous les dentistes réunis durant leur carrière.

**Québec**

Le présent document est le produit d'un processus de consultation publique. Les commentaires reçus ont été pris en compte dans la rédaction de ce document. Les commentaires reçus après la publication de ce document ne seront pas pris en compte. Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec le Bureau de l'Institut national de santé publique du Québec, 675, avenue de la Santé, Québec, QC G1V 4M1. Téléphone : (418) 643-1311. Fax : (418) 643-1312. Courriel : info@inspq.quebec.ca

**INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC**

**PETITION PORTANT SUR LA CONSULTATION PARTICULIÈRE SUR LE FLUORURE DE L'EAU POTABLE**

**Annexe 1 : révision des techniques**

**Québec**



# Étudiants en dentisterie : obtenez le financement dont vous avez besoin.

Grâce aux **produits et services pour étudiants en dentisterie de RBC**<sup>®</sup>, il est bien plus facile de payer ses études en dentisterie :

**Marge de Crédit Royale**<sup>®</sup> pour étudiant – Jusqu'à 275 000 \$<sup>1</sup> selon votre domaine d'études, avec options de remboursement souples

**Forfait bancaire étudiant RBC**<sup>®</sup> – Aucuns frais mensuels et nombre illimité d'opérations de débit<sup>2</sup>

**Carte Visa<sup>+</sup> Platine Voyages<sup>MC</sup> RBC** – Annulation des frais annuels<sup>3</sup> la première année, plus 15 000<sup>3</sup> points en prime à l'adhésion

**Spécialistes RBC des services aux étudiants en dentisterie** – Service personnalisé

Consultez notre site Web à [rbc.com/etudiantdentisterie](http://rbc.com/etudiantdentisterie)



<sup>1</sup> Sous réserve de l'approbation du crédit. Les produits de financement personnel sont offerts par la Banque Royale du Canada sous réserve de ses critères de prêt habituels. <sup>2</sup> À l'exclusion des frais Interac<sup>®</sup> et PLUS<sup>®</sup> et/ou des frais supplémentaires exigés par d'autres fournisseurs de services et institutions financières pour l'utilisation de leurs GAB. D'autres frais sur opération peuvent s'appliquer. Des frais peuvent également s'appliquer aux autres comptes bancaires utilisés pour les virements. <sup>3</sup> Sous réserve de l'approbation du crédit. Cette offre est réservée aux étudiants en médecine, aux étudiants en médecine effectuant leur résidence et aux étudiants en dentisterie. Pour que vous soyez exonéré des frais annuels la première année et obteniez 15 000 points RBC Récompenses<sup>®</sup> en prime, nous devons avoir approuvé votre demande. Les 15 000 points en prime à l'adhésion figureront sur votre premier relevé de carte de crédit. Les frais annuels s'appliquant aux cotitulaires seront aussi annulés la première année seulement. Les cotitulaires ne sont toutefois pas admissibles à l'offre de points en prime. Les titulaires actuels d'une carte Visa Platine Voyages RBC ou Visa Infinite<sup>®</sup> Voyages RBC ne sont pas admissibles à la présente offre. La présente offre ne peut pas être combinée à une autre offre. Vous devez fournir une Confirmation d'inscription aux études en médecine ou en dentisterie, ou une preuve de résidence en médecine ou en dentisterie. La Banque Royale du Canada se réserve le droit de retirer la présente offre à tout moment, même après que vous l'avez acceptée. Pour connaître tous les détails, allez à [rbc.com/etudiantdentisterie](http://rbc.com/etudiantdentisterie).  
© / <sup>MC</sup> Marque(s) de commerce de la Banque Royale du Canada. <sup>4</sup> Toutes les autres marques de commerce appartiennent à leur propriétaire respectif. 106168 (06/2015)



**M<sup>e</sup> Caroline Daoust**  
Directrice générale

Caroline.Daoust@odq.qc.ca

## Un système professionnel en évolution, des activités en croissance et des changements en perspective

Mis sur pied en 1974 lors de l'entrée en vigueur du Code des professions et de plusieurs lois particulières, le système professionnel québécois compte aujourd'hui 46 ordres qui réglementent 54 professions, dont plus de la moitié dans le domaine de la santé.

**A**u fil des années, le Code des professions a subi diverses transformations qui ont modelé le travail des ordres et le cadre de leurs interventions. Les activités des ordres se sont raffinées et diversifiées. L'inspection professionnelle, comme voie préventive, a pris de plus en plus d'expansion et s'avère un moment privilégié dans la pratique d'un professionnel. La formation continue est devenue un incontournable. Les professionnels autorisés peuvent exercer en société. Les défis professionnels, économiques et sociologiques ont changé et la science a évolué. L'informatique, l'Internet et la rapidité de transmission de l'information modifient les façons de travailler... et de penser. La transformation des modèles d'affaires nécessite de s'interroger constamment et, surtout, de ne pas perdre de vue les obligations attachées au privilège même de faire partie d'une profession.

Pour ce qui est des champs d'exercice, les lois professionnelles de la santé et le Code des professions ont fait l'objet de transformations majeures, à commencer par la santé physique en 2002 et la santé mentale en 2009. Le domaine oculo-visuel est également en processus de révision. Le législateur étudie présentement les champs de pratique des dentistes, des hygiénistes dentaires, des denturologistes et des techniciens dentaires. L'Ordre des dentistes demande par ailleurs une reconnaissance des assistantes dentaires par voie réglementaire. Ce dossier occupera l'Ordre de façon soutenue au cours de la prochaine année, le dossier étant entre les mains de la ministre de la Justice, Stéphanie Vallée.

L'évolution de l'encadrement législatif et réglementaire a des impacts directs sur la pratique d'une profession.

Le 11 mai dernier, la ministre de la Justice déposait le projet de loi n° 98 : Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel. Ce projet est le premier d'une série visant à réformer en profondeur le Code des professions et plusieurs lois particulières, dont la Loi sur les dentistes. De nombreuses dispositions touchent la gouvernance des ordres alors que d'autres visent les pouvoirs de l'Office des professions et du commissaire aux plaintes, qui deviendrait le commissaire à l'admission afin de lui permettre d'avoir un droit de regard sur l'ensemble des acteurs qui jouent un rôle au chapitre de l'admission, notamment les maisons d'enseignement. Par ailleurs, des pouvoirs accrus sont prévus pour le syndicat et en matière de déontologie, en vue de favoriser l'éthique et la transparence.

L'Ordre des dentistes est invité à se prononcer sur ce projet de loi en commission parlementaire le 25 août prochain. Son mémoire sera public et l'accent sera mis notamment sur les modifications requises à la Loi sur les dentistes.

L'Ordre communique activement et vous informe des grands enjeux en temps réel. Les années à venir verront de nombreux changements s'opérer dans la réglementation qui vous gouverne. Partie prenante de son plan quinquennal, la révision de la réglementation de l'Ordre sera accentuée au cours des prochaines années. Nous vous invitons à rester à l'affût de nos travaux. Communiquer est un défi de taille, et votre intérêt à cet égard est garant de votre engagement envers votre profession. En ces temps où l'information circule alors même que l'événement se produit, s'assurer de la transmission rapide des messages devient un enjeu bien réel. Nous ferons le nécessaire pour y parvenir.

En cette saison estivale, je vous invite à refaire le plein d'énergie et à prendre connaissance des divers dossiers qui occupent l'Ordre des dentistes en consultant son site Web ainsi que la section qui vous est réservée.

Bonne lecture et bon été! ✨

# LE DENTISTE ET MON BÉBÉ

Dans le cadre de ses activités de communications, l'Ordre des dentistes a participé aux éditions 2016 du Salon Maternité Paternité Enfants tenues à Montréal et à Québec au cours du mois d'avril dernier, Mois de la santé buccodentaire.

Au cours des sept journées d'activités, du matériel informatif et pas moins de 8 000 trousse d'hygiène dentaire ont été distribués. Les représentants de l'Ordre ont échangé avec quelque 4 000 parents nouveaux et futurs, répondu à leurs interrogations et recueilli leurs commentaires.



## Des contacts privilégiés

Cette expérience auprès du public a permis de faire quelques constats dignes d'être partagés :

- Les parents d'enfants très jeunes ou à venir sont très curieux et intéressés à la santé buccodentaire. Ils sont avides d'informations et de conseils.
- Malgré tout ce qui est écrit et disponible, tous médias confondus, ils sont très peu ou mal informés sur le sujet, notamment en ce qui concerne :
  - l'hygiène de la bouche à partir de la naissance;
  - la première visite chez le dentiste.

Au chapitre des informations de base pré et post-accouchement, les mamans disent n'en recevoir que très peu, sinon aucune, de la part des différents intervenants côtoyés au cours de la grossesse et après la naissance de leur enfant. Il semble qu'il y ait un grand travail de sensibilisation à effectuer, de façon à ce qu'une information essentielle soit transmise aux mamans dans le meilleur contexte possible.

## La première visite chez le dentiste

Le constat est de même nature en ce qui concerne les informations fournies par les dentistes eux-mêmes, notamment en ce qui a trait à la première visite d'un enfant. Les versions sont très différentes, mais beaucoup de parents ont confirmé s'être fait dire par leur dentiste que le premier examen ne se faisait pas avant l'âge de trois ans ou plus.

Les jeunes parents connaissent l'importance de la bouche et des dents. Ils sont intéressés à ce premier examen et de nombreux dentistes leur donnent une information erronée. Ceci a pour effet de retarder indûment un premier diagnostic et de priver les parents de renseignements essentiels quant à la croissance et à la condition buccodentaire de leurs enfants.

L'information la plus susceptible d'être retenue et mise en application est sans aucun doute celle qui vient directement et personnellement du dentiste. Il peut jouer son rôle de conseiller dès que sa patiente l'informe de sa grossesse. Ceci ne s'applique pas seulement aux soins dentaires de la future maman, mais aussi, et de façon très importante, aux précautions à prendre durant la grossesse et après l'accouchement. Les soins d'hygiène pour le nourrisson commencent dès la naissance et bien avant la première visite de bébé chez le dentiste.

## Contradictions

Le premier examen est indiqué dans les six mois après l'apparition de la première dent ou, plus spécifiquement, à l'âge de 12 mois. L'article de la D<sup>re</sup> Asselin publié dans ce numéro en démontre la pertinence et permet d'en démystifier la procédure.

Les parents ne cachent pas leur étonnement quant à l'information contradictoire qui leur est donnée. Il n'est pas question de discuter ici des choix de chaque dentiste concernant sa pratique. Il est par contre important que l'information visant les soins des enfants soit relativement

cohérente au sein de la profession et que les dentistes n'aient aucune réticence à voir des enfants en bas âge ou, à tout le moins, à recommander qu'ils soient vus par un dentiste.

Il est du champ de compétence exclusif du dentiste de poser des diagnostics concernant la condition buccodentaire. Alors que des représentations sont faites par l'Ordre pour que soit reconnue l'importance de la bouche dans la santé globale et que la prévention soit intégrée au programme public de soins, il serait illogique que les dentistes « de famille » ne soient pas en première ligne pour assurer cette étape essentielle.

Il pourra être difficile de prétendre assumer le suivi diagnostique de la clientèle pédiatrique si ce suivi n'est pas amorcé dès qu'il est indiqué de le faire et s'il existe la moindre ambiguïté quant à l'importance que les dentistes eux-mêmes lui accordent. \*

Le premier examen est indiqué dans les six mois après l'apparition de la première dent ou, plus spécifiquement, à l'âge de 12 mois.



# LA PREMIÈRE VISITE CHEZ LE DENTISTE : QUAND, COMMENT ET POURQUOI?

La carie dentaire est la maladie infectieuse chronique dont la prévalence est la plus élevée chez les enfants de 5 à 17 ans<sup>1</sup>. Les formes avancées de carie dentaire chez l'enfant exigent souvent des interventions importantes de restauration sous anesthésie générale. Dans la plupart des hôpitaux pédiatriques canadiens, il s'agit de la principale intervention chirurgicale exécutée chez les enfants d'âge préscolaire<sup>2</sup>.

Marie-Eve Asselin, DMD, M. Sc., FRCD(C)  
Dentiste pédiatrique



**L'**Association dentaire canadienne recommande l'évaluation des jeunes enfants par un dentiste dans les six mois suivant l'éruption de la première dent ou au plus tard au premier anniversaire. Cette première visite a pour but de permettre au dentiste d'examiner l'enfant avant même que se pose un problème dentaire<sup>3</sup>. Il a d'ailleurs été démontré qu'une visite dentaire précoce, soit au plus tard au premier anniversaire, pouvait entraîner une réduction de plus de 40 % des coûts associés aux soins dentaires au cours des cinq premières années de vie de l'enfant<sup>4</sup>. Les médecins de famille et les pédiatres, que les jeunes enfants sont plus susceptibles de consulter que les dentistes, sont de plus en plus sensibilisés à l'importance de la première visite chez le dentiste. Il est donc primordial que tous les dentistes participent également à ce mouvement.

Pour certains dentistes, l'intégration de la première visite à un an à leur pratique pourra sembler difficile à réaliser. Chaque dentiste développera sa propre technique et

deviendra rapidement à l'aise de la réaliser. Dans un premier temps, le dentiste devra enseigner cette philosophie de pratique à toute son équipe. Le premier contact du patient avec le dentiste se fera le plus souvent par l'intermédiaire de la secrétaire. Il est donc primordial que cette dernière puisse relayer la bonne information au patient (âge de la première visite, objectifs, durée, déroulement). Un enfant n'est jamais trop jeune pour visiter le dentiste.

## Que fait-on lors de cette première visite?

Il faut tout d'abord comprendre que cette première visite est primordiale afin de poser les assises d'une santé dentaire optimale. La majeure partie de la visite consistera en une discussion avec le parent. Durant la discussion, on pourra observer l'aspect extraoral de l'enfant de même que son comportement (s'agit-il d'un comportement approprié pour l'âge? Le langage verbal ou non verbal est-il adéquat?).

## Éléments à discuter avec le parent

### Révision de l'histoire médicale

### Révision de l'histoire dentaire des parents et des autres enfants de la famille

- Parents ou frères et sœurs présentant de nombreuses lésions carieuses?
- Discuter de la transmission des bactéries responsables de la carie dentaire et comment cette transmission peut être retardée.
  - Parents avec santé dentaire optimale
  - Éviter le partage des ustensiles ou de la suce

### Diète

- Favoriser l'eau entre les repas.
- Éviter de mettre l'enfant au lit avec un biberon contenant un liquide sucré et amorcer la transition vers le verre à bec au premier anniversaire.
- Limiter la quantité de jus ou de liquides sucrés consommés à 4 à 6 onces par jour; à prendre lors d'un repas et dans un verre.
- Éviter les collations sucrées ou collantes.
- Limiter la fréquence des collations.

### Hygiène

- Commencer le brossage dès l'apparition de la première dent.
- Insister sur le fait que le brossage doit être supervisé par un adulte.
- Brosser les dents de l'enfant deux fois par jour avec une brosse à dents de taille appropriée et munie de soies souples.
- Utiliser la soie dentaire en présence de contacts proximaux.

### Fluor<sup>5</sup>

- Utiliser un dentifrice fluoré (grain de riz ou petit pois, selon l'âge).
- Décider ou non de prescrire des suppléments fluorés.

### Prévention des traumatismes dentaires

- Quoi faire en cas de traumatisme dentaire?
- Qui appeler en cas de traumatisme?

### Habitudes orales (pouce, suce)<sup>6</sup>

- Rassurer le parent – ces habitudes sont tout à fait normales. La majorité des enfants cesseront naturellement de sucer leur pouce ou de prendre la suce entre l'âge de 2 et 4 ans.
- Proposer des stratégies à l'enfant si l'habitude persiste au-delà de l'âge de 3 ou 4 ans afin d'éviter le développement de malocclusions.
- Ne jamais tremper la suce dans un aliment sucré (miel, confiture) avant de la donner à l'enfant.

## Examen clinique

L'examen d'un bébé doit se faire rapidement. Il est tout à fait normal que l'enfant pleure. Le parent et le dentiste ne doivent pas s'en inquiéter, puisque l'enfant de moins de 3 ans est considéré comme étant pré-coopératif. L'examen clinique sera bref et se fera à la toute fin de la visite. Il ne traumatisera pas l'enfant. L'examen pourra être fait genoux à genoux (*knee to knee position*) ou l'on pourra choisir de placer l'enfant sur le fauteuil dentaire (une fois le dossier abaissé). Dans les deux situations, le parent tiendra les mains de l'enfant.

Afin d'optimiser l'examen, on pourra nettoyer les surfaces dentaires au moyen d'une brosse à dents ou d'un 2x2 et montrer au parent, du même coup, la technique de brossage des dents du jeune enfant. Il sera important d'insister sur le fait de lever la lèvre supérieure ou d'abaisser la lèvre inférieure afin d'avoir accès aux régions cervicales des dents lors du brossage. Le parent pourra être dirigé vers le site [maboucheensante.com](http://maboucheensante.com) afin de visionner des vidéos expliquant les différentes techniques de brossage selon l'âge de l'enfant.



## Éléments à regarder lors de cet examen

- Tissus mous
- Nombre de dents présentes en bouche (est-ce normal pour l'âge?) et séquence d'éruption (A – B – D – C – E)
- Hygiène buccale
- Présences de décalcifications cervicales ou de cavitations
- Occlusion

Il sera aussi possible d'effectuer une application topique de fluor au moyen d'un vernis fluoré, s'il l'on juge que l'enfant peut en bénéficier<sup>2</sup>.

À la fin de la visite, le dentiste sera en mesure de déterminer le risque carieux de l'enfant (faible, modéré ou sévère) et la fréquence des examens de rappel<sup>7</sup>. L'enfant devra évidemment être recommandé à son pédiatre ou à son médecin de famille si un aspect de son développement semble inadéquat.

Un enfant avec des dents saines s'alimentera mieux et sourira avec confiance. Nous avons tous un rôle primordial à jouer en ce qui a trait à l'établissement d'une santé dentaire optimale pour les jeunes enfants, et cela débute par une première visite chez le dentiste au plus tard au premier anniversaire. \*

Pour obtenir les références bibliographiques de cet article, consultez le [www.odq.qc.ca](http://www.odq.qc.ca) sous l'onglet Publications/Journal.

La D<sup>re</sup> Asselin est chef du Département de médecine dentaire du CHU Sainte-Justine.

### *Knee to knee position*

La *knee to knee position*, ou position genoux à genoux, est une technique pour examiner les jeunes patients. Pouvant être utilisée à n'importe quel endroit, elle ne nécessite pas de fauteuil dentaire. Le parent et le dentiste sont assis face à face. Leurs genoux se touchent. L'enfant est assis sur les genoux de son parent, auquel il fait face. Le parent bloque les jambes de l'enfant au moyen de ses coudes et lui tient les mains. Le dentiste descend l'enfant sur ses genoux en positionnant une main derrière le dos de ce dernier et l'autre sur son thorax. Le parent garde ainsi un contact visuel avec l'enfant. Si le petit pleure, ce qui est probable, le dentiste aura alors une bonne vue sur sa cavité buccale.

DES ASSURANCES EXCEPTIONNELLES  
EXCLUSIVEMENT POUR  
LES **DENTISTES**



**ASSURANCE**  
DE PERSONNES ET DE DOMMAGES

**Sogedent**  **Assurances**<sup>inc.</sup>

Cabinet de services financiers

Une filiale de l'Association des **chirurgiens dentistes** du Québec

514 282-1425 | 1 800 361-3794

**sogedent.qc.ca**

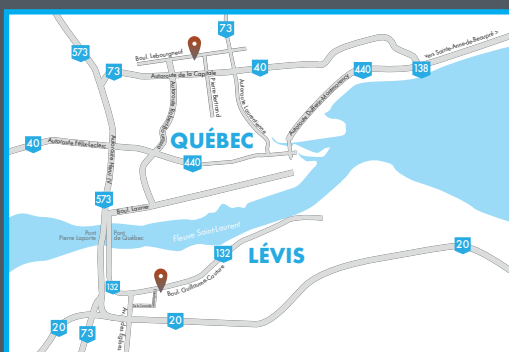


## Deux cliniques de pointe

Soucieuse de se rapprocher de sa clientèle et des dentistes collaborateurs de la Rive-Sud, l'équipe MaxilloQuébec est fière de vous annoncer l'ouverture d'une toute nouvelle clinique à Lévis, dans le secteur St-Romuald.

Fidèles à notre réputation en chirurgie buccale, maxillo-faciale et implantaire, cette clinique est équipée des toutes dernières technologies et permet d'offrir toute la gamme de nos services à la clientèle de la Rive-Sud et des environs.

Venez nous y rencontrer! Il nous fera plaisir de vous démontrer le savoir-faire de MaxilloQuébec.



## la différence

# Maxillo Québec

chirurgie buccale et maxillo-faciale

1125, boul. Lebourgneuf, bureau 200  
Québec (Québec) G2K 0J2

1200, boul. Guillaume-Couture, bureau 302  
Lévis (Québec) G6W 5M6

T 418.624.0088

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



© Laforest &amp; Sabourin photographes

## Le Dr Michel Bonin reçoit le prix Hommage 2016

### Un chef de file en dentisterie pédiatrique

L'Ordre des dentistes du Québec a décerné son prix Hommage 2016 au Dr Michel Bonin. Le prix lui a été remis le 28 mai dernier lors de la Soirée des festivités, présentée dans le cadre des Journées dentaires internationales du Québec.

**I**nstauré en 2007, le prix Hommage vise à reconnaître l'apport exceptionnel d'un membre de l'Ordre au développement de la profession.

Véritable pionnier et chef de file reconnu en dentisterie pédiatrique, le Dr Bonin a consacré sa pratique aux enfants ayant des besoins particuliers, dont les jeunes handicapés, les enfants avec un retard de développement et les autistes. Au cours d'une fructueuse carrière échelonnée sur plus de 40 ans, le Dr Bonin a su créer des liens entre les divers intervenants de la communauté médicale afin que ses jeunes patients puissent bénéficier d'une prise en charge globale et adaptée.

Le Dr Bonin a obtenu un doctorat en médecine dentaire de l'Université de Montréal en 1972. Il s'est par la suite spécialisé en dentisterie pédiatrique à l'Université de Californie à Los Angeles (UCLA), décrochant de plus un certificat à l'institut neuropsychiatrique de la même institution.

Après sa spécialisation, le Dr Bonin a occupé le poste de professeur adjoint en dentisterie pédiatrique à UCLA de 1974 à 1976. Il a également dirigé la clinique mobile de l'établissement d'enseignement, qui traitait des patients défavorisés de la Californie et du Mexique. De retour au Québec en 1976, il a démarré sa pratique privée à Sainte-Geneviève, une localité aujourd'hui rattachée à l'arrondissement de L'Île-Bizard-Sainte-Geneviève.

En parallèle, il a travaillé comme dentiste pédiatrique à l'Hôpital de Montréal pour enfants de 1976 à 2013 et participé à la formation des étudiants en médecine dentaire à l'Université de Montréal et à l'Université McGill. Il a de plus agi comme consultant auprès de divers organismes en vue d'y enseigner ses approches réputées de gestion des patients physiquement, intellectuellement et médicalement compromis.

Le Dr Bonin a notamment occupé le poste de coordonnateur dentaire au Centre de réadaptation Lisette-Dupras de 1976-2013 et siégé au comité d'administration de l'Association de l'ouest de l'île pour les handicapés intellectuels. Au cours de sa carrière, il a prononcé une vingtaine de conférences en dentisterie pédiatrique au Canada et en Californie.

À titre de récipiendaire du prix Hommage 2016, le Dr Bonin a reçu une œuvre d'art qui évoque différents matériaux utilisés en dentisterie, soit l'or, la porcelaine et le titane, et qui symbolise l'avenir et l'excellence. ✨



## PRETTAU® ANTERIOR®

### ZIRCONE HAUTEMENT TRANSLUCIDE

- Pour la fabrication de couronnes unitaires, inlays, onlays, facettes et bridges d'un maximum de 3 éléments (pour des structures entièrement anatomiques ou des structures réduites pour la stratification en céramique)
- Résistance à la flexion : 670 MPa (University of Pennsylvania)
- Particulièrement adaptée pour les dents antérieures
- Constitue une alternative idéale au disilicate de lithium
- Convient également parfaitement pour les dents postérieures
- Plus haute transparence grâce à la microstructure optimisée de la zirconie
- Pas d'écaillage de la céramique et pas d'abrasion par rapport à l'antagoniste

*Acuité et exactitude*  
**LE PARFAIT ALLIAGE.**



distributeur:

**Zirkonzahn**  
*Human Zirconium Technology*

**PRETTAU BRIDGE / PROTHÈSES SUR IMPLANTS /  
PILIERS ET BARRES D'IMPLANTS CAD-CAM / CAS COMBINÉS AVEC ATTACHEMENTS**

Grâce à la formation continue de notre personnel et à l'utilisation de technologies de pointe,  
nos produits sont d'une qualité indéniable et répondent aux exigences les plus pointues.

Découvrez tous nos services sur [lafonddesjardins.com](http://lafonddesjardins.com) ou par téléphone au **450 669-9221 / 1 800 361-2145**



**LAFOND DESJARDINS**  
LABORATOIRE DENTAIRE

# UN DILEMME DIAGNOSTIQUE : APPROCHES RADIOLOGIQUE, CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE

Adel Kauzman, BDS, DMD, M. Sc., FRCD(C)

Gisèle N. Mainville, DMD, M. Sc., FRCD(C), Dipl. ABOMP

Jean-François Brunet, DMD

Daniel P. Turgeon, DMD, M. Sc., FRCD(C), Dipl. ABOMR

Une patiente de 71 ans se présente pour un examen dentaire. Elle n'a aucune plainte spécifique. Son histoire médicale révèle une hypertension contrôlée et sa médication se limite à l'olmésartan. L'examen extraoral est sans particularité, tandis que l'examen intraoral montre une édentation partielle non restaurée. La radiographie panoramique (FIGURE 1) montre une lésion d'origine inflammatoire au niveau de la dent 2.5. La région apicale des dents antérieures inférieures présente des zones radio-opaques non spécifiques. Les radiographies périapicales (FIGURES 2A et 2B) de la région démontrent de multiples lésions mixtes au niveau des apex des dents 3.2 à 4.2. Les lésions peuvent être décrites comme étant des masses radio-opaques coalescentes entourées d'un liséré radioclaire. Les lésions sont bien définies et présentent une légère sclérose de l'os en périphérie. Les espaces ligamentaires des dents affectées sont intacts et les dents elles-mêmes ne présentent aucun déplacement ou aucune résorption.



FIGURE 1 | Patiente de 71 ans. Radiographie panoramique montrant une zone mixte dans la région apicale des incisives mandibulaires.

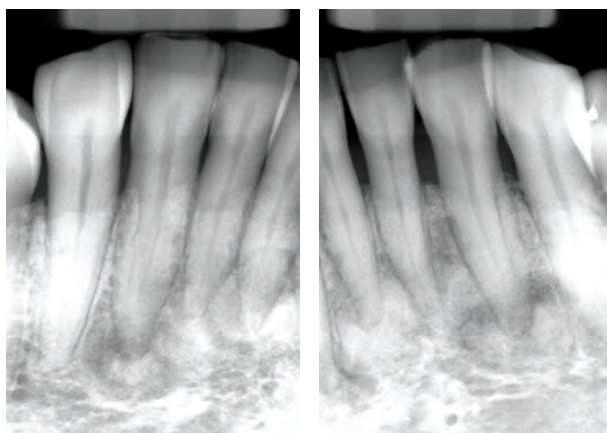


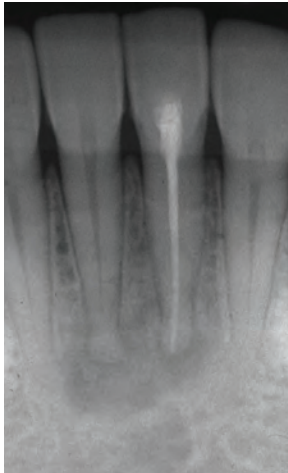
FIGURE 2A |

FIGURE 2B |

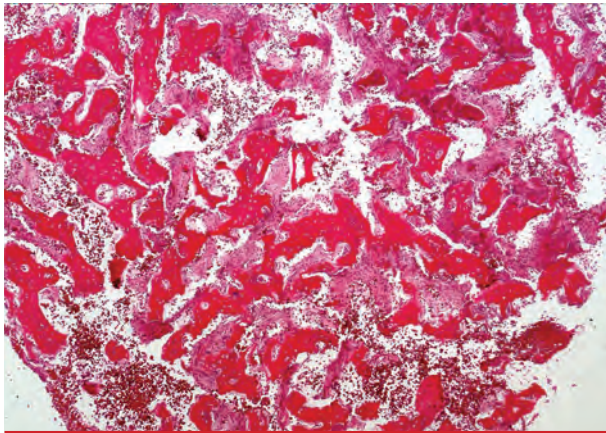
Radiographies périapicales de la patiente de la FIGURE 1. On peut y observer des masses radio-opaques aux apex des dents, entourées d'un liséré radioclaire. De plus, on note que l'espace ligamentaire est intact.

Le diagnostic différentiel radiologique dans ce cas se limite principalement à une lésion inflammatoire (ostéite raréfiante) ou à une dysplasie osseuse périapicale. Les tests de vitalité effectués lors de la consultation confirment que les dents dans la région sont vitales. De plus, l'examen parodontal ne démontre pas de poches ni de mobilité dentaire. Ceci rend le diagnostic d'une lésion inflammatoire (ostéite raréfiante) peu probable. Un diagnostic de dysplasie osseuse périapicale est donc posé.

La dysplasie osseuse périapicale est classifiée parmi les lésions fibro-osseuses bénignes (LFOB) des maxillaires. Ces lésions constituent un groupe hétérogène de désordres qui affectent les os et le massif maxillo-facial. Sur le plan sémiologique,



**FIGURE 3** | Patiente de 38 ans. Radiographie périapicale montrant un traitement endodontique effectué à la suite d'un diagnostic erroné d'ostéite raréfiante de la dent 3.1. L'apparence mixte et l'espace du ligament parodontal intact sont des signes radiologiques qui auraient dû guider le dentiste vers un diagnostic de dysplasie osseuse périapicale.



**FIGURE 4** | Photomicrographie démontrant un tissu fibreux dense avec de nombreuses trabécules d'os tissé de dimensions variables. Notez la présence d'un saignement abondant dans le tissu fibreux, survenu pendant la biopsie. Quelques calcifications concentriques (cémenticules) sont notées. Il y a un artefact de séparation entre les trabécules d'os et le tissu conjonctif. (Grossissement original 5X.)

leur classification est controversée. Sur le plan clinique, la controverse se situe autour du diagnostic et du traitement (ou de l'absence de traitement). Même si l'apparence histologique et les caractéristiques radiologiques de ces lésions se rapprochent, des variations importantes existent quant à leur comportement clinique. La décision thérapeutique doit donc tenir compte de ces variables. Ainsi, une corrélation entre toutes les données cliniques, radiologiques et microscopiques permet de poser un diagnostic précis. Celui-ci est essentiel à un plan d'intervention clair et adapté à chaque situation clinique.

La dysplasie osseuse périapicale, aussi appelée dysplasie cémentaire périapicale, dysplasie cémentaire, dysplasie cémento-osseuse périapicale ou cémentome périapical, est

plus fréquente chez les femmes de race noire âgées de 30 à 50 ans, quoique très présente aussi chez les femmes originaires de l'Asie du Sud-Est<sup>2, 3, 4, 5, 11</sup>. La région apicale des incisives inférieures est la plus souvent affectée. L'atteinte est d'habitude multifocale. Les dents sont vitales et asymptomatiques et la lésion est presque toujours découverte sur une radiographie de routine<sup>1</sup>.

La dysplasie osseuse périapicale regroupe trois stades de maturation radiologique. À son stade initial, des lésions radio-claires sont notées dans la région apicale des dents atteintes. Elles ressemblent à une lésion apicale d'origine inflammatoire, mais les dents visées sont vitales et l'espace du ligament parodontal est intact. La possibilité d'erreurs diagnostiques est élevée à ce stade, ce qui peut occasionner des traitements endodontiques ou chirurgicaux inutiles<sup>6, 7-8</sup> (FIGURE 3). L'évolution vers le stade mixte se traduit par l'apparition de masses radio-opaques au sein de la lésion radioclaire. Ces calcifications peuvent avoir une apparence ronde, ovale ou n'avoir aucune forme spécifique. Finalement, au stade de maturation, les lésions deviennent complètement radio-opaques. Le pourtour des lésions est irrégulier, mais bien défini. Une zone radioclaire d'épaisseur variable et une bande sclérotique de réaction locale ceinturent les lésions. Une expansion des corticales osseuses adjacentes peut être observée dans certains cas, mais c'est vraiment exceptionnel.

**À son stade initial, des lésions radio-claires sont notées dans la région apicale des dents atteintes. Elles ressemblent à une lésion apicale d'origine inflammatoire, mais les dents visées sont vitales et l'espace du ligament parodontal est intact. La possibilité d'erreurs diagnostiques est élevée à ce stade, ce qui peut occasionner des traitements endodontiques ou chirurgicaux inutiles.**

L'apparence microscopique de la dysplasie osseuse périapicale dépend de son stade radiologique. Au départ, l'aspect radioclaire s'explique par un tissu conjonctif fibreux bien vascularisé contenant peu de tissu calcifié. À un stade plus avancé, lorsque la dysplasie présente une apparence mixte, des quantités variables de tissu calcifié sont visibles (FIGURE 4). Ce tissu peut prendre la forme d'os immature ou lamellaire et de sphérules de tissu calcifié acellulaire qui ont été classiquement décrites comme étant du ciment. Les lésions radio-opaques matures présentent au microscope des masses sclérotiques peu vascularisées, irrégulières et relativement acellulaires.

La biopsie n'est pas essentielle à la confirmation du diagnostic qui peut être établi en se basant uniquement sur l'historique, le profil clinique et les signes radiologiques. Aucun traitement n'est requis<sup>3</sup>.

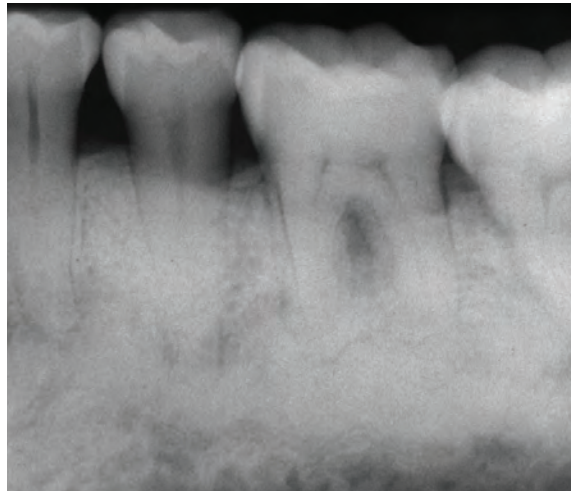
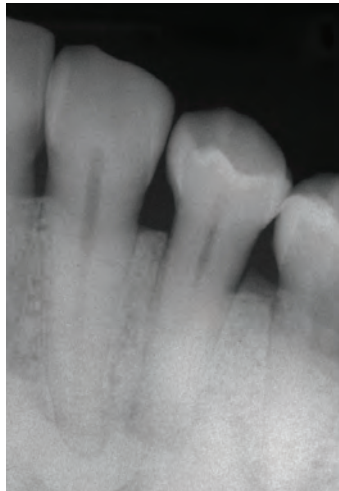


FIGURE 5A |

FIGURE 5B |

FIGURE 5C |

Patiente de 54 ans. Trois radiographies périapicales montrant la présence de masses radio-opaques plus imposantes et une diminution de la portion radioclaire. Exemple de dysplasie osseuse floride. (Images : gracieuseté du D<sup>r</sup> Michael Pharoah, Université de Toronto.)

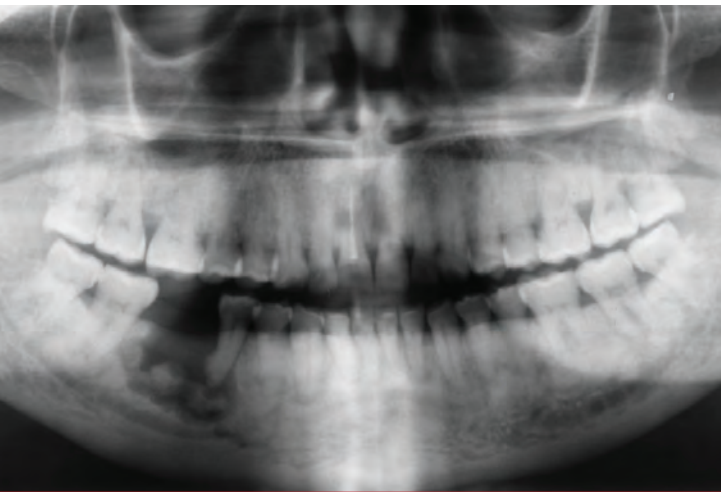


FIGURE 6 | Radiographie panoramique de la patiente des FIGURES 5 montrant de la dysplasie osseuse floride secondairement infectée dans la région 4.6. Notez l'absence du cortex de la crête alvéolaire. La masse sclérotique agit maintenant comme un séquestre osseux, ce qui a mené à une ostéomyélite. (Image : gracieuseté du D<sup>r</sup> Michael Pharoah, Université de Toronto.)

La dysplasie osseuse floride représente une variante généralisée de la dysplasie osseuse périapicale. D'étiologie inconnue, la dysplasie osseuse floride touche surtout les femmes de race noire âgées de 40 à 50 ans, quoiqu'elle soit aussi très présente chez les femmes originaires de l'Asie du Sud-Est<sup>11</sup>. La prévalence dans cette population est d'environ 5 %<sup>12</sup>. Limitée à l'os alvéolaire, l'atteinte est souvent bilatérale et symétrique<sup>9</sup>. Elle est plus fréquente dans la région prémolaire-molaire de la mandibule, bien qu'elle puisse aussi toucher la maxillaire. Des lésions simultanées aux quatre quadrants postérieurs sont possibles, mais inhabituelles<sup>9</sup>. L'apparence radiologique classique est celle de masses sclérotiques denses, radio-opaques et bien délimitées, qui sont accompagnées de lésions mixtes ayant un pourtour moins défini (FIGURES 5). La zone de sclérose osseuse périphérique souvent apparente est parfois précédée d'un mince liséré radioclaire. Les lésions peuvent coalescer pour former de gros amas sclérotiques. L'expansion des corticales<sup>5</sup> et le déplacement du canal dentaire inférieur vers le bas<sup>11</sup> peuvent être observés dans le cas de lésions extensives. Des zones radioclaire bien définies représentant des kystes traumatiques s'ajoutent parfois aux lésions sclérotiques<sup>2</sup>. Ces kystes peuvent démontrer des périodes de croissance suivies par des périodes de guérison, et ce cycle peut se répéter. Les dents antérieures inférieures peuvent démontrer des signes de dysplasie osseuse périapicale.

L'examen microscopique des lésions non infectées montre un stroma fibroblastique plus ou moins dense qui contient des calcifications sous forme d'os ou des sphérules acellulaires d'un tissu classiquement décrites comme étant du ciment. Aux stades plus avancés, ces calcifications fusionnent pour former des masses sclérotiques peu cellulaires et peu vascularisées<sup>2</sup>. Les changements histopathologiques ne permettent pas de distinguer entre la forme périapicale et la forme floride.

La condition est découverte sur une radiographie de routine. Elle est rarement symptomatique. Elle ne nécessite aucun traitement et le diagnostic final est basé sur la corrélation entre les données cliniques et radiologiques. La biopsie est contre-indiquée à cause du risque d'infection postopératoire. Un suivi radiologique est tout ce qui est suggéré la plupart du temps<sup>9</sup>. L'atrophie alvéolaire avancée chez les patients édentés ou une extraction risque d'exposer ces masses sclérotiques denses et avasculaires au milieu buccal. L'infection et l'ostéomyélite subséquentes peuvent causer douleur et fistulisation<sup>10</sup>. Le traitement nécessite l'utilisation d'antibiotiques et l'ablation chirurgicale des séquestres osseux; il en résulte des défauts alvéolaires importants (FIGURE 6). Ces patients peuvent aussi vivre les mêmes complications à la suite d'une extraction dentaire, d'une biopsie osseuse, d'un problème parodontal ou d'une infection odontogène. Il leur est donc capital de leur souligner l'importance de maintenir une hygiène buccale impeccable et de prévenir les infections dentaires.

## Conclusion

Les dysplasies osseuses périapicale et floride se rencontrent surtout chez des femmes de race noire âgées de 30 à 50 ans. Elles sont souvent asymptomatiques. Radiologiquement, ces lésions sont radioclares à leur stade débutant et deviennent mixtes puis radio-opaques durant leur maturation. La forme floride peut se compliquer par des ostéomyélites à la suite de manipulations chirurgicales dans le site des lésions ou de l'exposition des masses sclérotiques au milieu buccal. Il est donc important, une fois le diagnostic établi, de mettre l'accent sur le maintien d'une excellente hygiène dentaire et sur le suivi dentaire régulier afin d'éviter les complications potentielles. \*

Pour obtenir les références bibliographiques de cet article, consultez le [www.odq.qc.ca](http://www.odq.qc.ca) sous l'onglet Publications/ Journal.



ÉVALUATION DE PRATIQUES ET D'ACHALANDAGE

NOTRE SPÉCIALITÉ :  
ÉVALUER VOTRE PRATIQUE  
DENTAIRE ET VOUS CONSEILLER



POUR UN ACHAT,  
UNE INCORPORATION  
OU LA VENTE DE VOTRE  
PRATIQUE, FAITES CONFIANCE  
À GSCOM CONSEILS :

- Méthodes éprouvées et reconnues
- Connaissance du marché québécois inégalée
- Coaching personnalisé
- Accompagnement pour un transfert de clientèle réussi



Dr Pierre Boyer, DMD

CONTACTEZ-NOUS DÈS MAINTENANT! 450 444-0830 • [gescomconseils.com](http://gescomconseils.com)



# BIENVENUE AUX NOUVEAUX DIPLÔMÉS 2016

L'Ordre des dentistes du Québec souhaite la bienvenue aux nouveaux diplômés en médecine dentaire des universités Laval, McGill et de Montréal pour l'année 2016.

Les nouveaux membres inscrits au tableau sont :

## UNIVERSITÉ LAVAL

D<sup>re</sup> Catherine Baillargeon-Audet

D<sup>re</sup> Fani Barrette

D<sup>r</sup> Bruno-Pier Bédard

D<sup>re</sup> Gabrielle Bélanger

D<sup>re</sup> Marie-Pier Blanchette

D<sup>re</sup> Laurence Bombardier-Cauffopé

D<sup>re</sup> Marianne Bouchard-Asselin

D<sup>re</sup> Marilynne Boulé

D<sup>r</sup> Maxime Bourdon

D<sup>r</sup> Simon-Olivier Brault

D<sup>re</sup> Gabrielle Cadoret

D<sup>re</sup> Edilsys Carralero Arnedo

D<sup>r</sup> Alexandre Carrier

D<sup>re</sup> Christine Côté

D<sup>re</sup> Catherine Crête-Belzile

D<sup>re</sup> Élisabeth Croteau

D<sup>re</sup> Isabelle Dumais

D<sup>re</sup> Jaëlle Filion

D<sup>r</sup> Maxime Fontaine

D<sup>re</sup> Alexandra Gauthier

D<sup>r</sup> Jean-Philippe Gauthier

D<sup>r</sup> Guillaume Goulet

D<sup>re</sup> Véronique Goulet

D<sup>re</sup> Marilynne Guérin

D<sup>re</sup> Charlotte Kemp

D<sup>r</sup> Nycholas Lafrenière

D<sup>re</sup> Caroline Laliberté

D<sup>re</sup> Alexandra Langelier

D<sup>r</sup> Mathieu Laverdière

D<sup>re</sup> Stéphanie Leblanc

D<sup>re</sup> Anne-Marie Moreau

D<sup>re</sup> Alexandra Morin

D<sup>re</sup> Elsa Morin

D<sup>r</sup> Samuel Pelletier

D<sup>re</sup> Sarah-Maude Pelletier

D<sup>re</sup> Camille Philippe-Picard

D<sup>re</sup> Josée Roy-Lafrance

D<sup>re</sup> Marie-Pier S. Garant

D<sup>re</sup> Dana Saade

D<sup>r</sup> Étienne Tremblay

D<sup>re</sup> Kassandra Tremblay

D<sup>r</sup> Matthieu Vanasse

D<sup>re</sup> Karla Maria Villanueva-Odicio

## UNIVERSITÉ MCGILL

D<sup>re</sup> Erica Abbey

D<sup>re</sup> Natalie Arshat

D<sup>re</sup> Héléne Bélanger

D<sup>re</sup> Amel Bouzid

D<sup>r</sup> Gabriel Cernica

D<sup>re</sup> Jessica Couto

D<sup>re</sup> Janick Decoste

D<sup>re</sup> Heidi Gaied

D<sup>re</sup> Fatima Hennous

D<sup>re</sup> Natalie Liu

D<sup>re</sup> Eelsey Mota

D<sup>re</sup> Negaar Nadji

D<sup>r</sup> Karim Rafla

D<sup>r</sup> Antonio Domenico Rossi

D<sup>re</sup> Kristin Sani

D<sup>r</sup> Ezra Balouch Sebbag

## UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

D<sup>r</sup> Claudel Archambault-Masson

D<sup>re</sup> France Julie Arseneau

D<sup>r</sup> Mathieu Barry

D<sup>re</sup> Pascale Beaudry

D<sup>r</sup> Nicolas Bergeron

D<sup>re</sup> Caroline Bissonnette

D<sup>re</sup> Fazia Bouakiz

D<sup>re</sup> Mary Jane Chadi

D<sup>r</sup> Kevin Chartrand

D<sup>r</sup> Karim Chehata

D<sup>re</sup> Anne-Marie Claveau

D<sup>re</sup> Florence Cloutier-Toupin

D<sup>re</sup> Jacynthe Côté

D<sup>re</sup> Nadia Couture

D<sup>re</sup> Sophie Delisle

D<sup>re</sup> Isabelle Dimitri

D<sup>r</sup> Adika Dogbé

D<sup>re</sup> Camille Dubois

D<sup>re</sup> Karelle Dubois-L'Archevêque

D<sup>re</sup> Frédérique Duchesneau-Papineau

D<sup>re</sup> Vanessa Dufour

D<sup>re</sup> Audrey Ethier

D<sup>re</sup> Carole-Anne Gauthier

D<sup>r</sup> Élie Georges

D<sup>r</sup> Samuel Girard

D<sup>r</sup> Michaël Godin

D<sup>r</sup> Alexandre Grégoire

D<sup>re</sup> Corinne Harboun

D<sup>re</sup> Maryse Helmy

D<sup>re</sup> Marwa Jadayel

D<sup>r</sup> Rami Joudi

D<sup>re</sup> Mawloda Joya

D<sup>re</sup> Sana Kamel

D<sup>re</sup> Tanya Khawam

D<sup>re</sup> Sofia Kholmogorova

D<sup>r</sup> Michael Lacroix

D<sup>r</sup> Étienne Laflamme

D<sup>re</sup> Christine Lagrange

D<sup>r</sup> Yannick Laprise

D<sup>r</sup> Mathieu Laramée

D<sup>r</sup> Olivier Leclerc

D<sup>r</sup> Patrick Lyons

D<sup>r</sup> Hadi Mansour

D<sup>re</sup> Shantag Mardirosian

D<sup>re</sup> Marie-Pier Milot

D<sup>re</sup> Fanny Morin-Roy

D<sup>r</sup> Mehdi Noei

D<sup>r</sup> Charles Paquin

D<sup>re</sup> Jessica Paradis

D<sup>r</sup> Vincent Pelletier-Bouchard

D<sup>re</sup> Catherine Piché

D<sup>re</sup> Jade Pichon-Roy

D<sup>re</sup> Mélanie Plante

D<sup>re</sup> Audrey Quesnel-Pierre

D<sup>r</sup> Shayan Sadeghi

D<sup>r</sup> Jimmy St-Onge-Lemay

D<sup>re</sup> Mélanie Taillefer

D<sup>re</sup> Tara Tobagi

D<sup>r</sup> Charles Tremblay

D<sup>re</sup> Giao Quoc Trinh

D<sup>re</sup> Valérie Turgeon

D<sup>r</sup> Stefan Urzedowski

D<sup>re</sup> Vicky Veillette-Boucher

D<sup>re</sup> Laurence Voyer

## LES PRIX DE L'ORDRE AUX FINISSANTS 2016

RÉCIPIENDAIRES DES PRIX ALDIS BERNARD,  
JOHN K. CARVER, JOSEPH-NOLIN ET GUSTAVE RATTÉ

Ces prix récompensent les étudiants ayant obtenu les plus  
hautes moyennes au cours de leurs études en médecine dentaire.  
Les lauréats 2016 sont :

### UNIVERSITÉ LAVAL

1<sup>er</sup> prix : Aldis Bernard – D<sup>re</sup> Christine Côté  
2<sup>e</sup> prix : Gustave Ratté – D<sup>re</sup> Élisabeth Croteau

### UNIVERSITÉ MCGILL

1<sup>er</sup> prix : Aldis Bernard – D<sup>re</sup> Santana Rooyakkers  
2<sup>e</sup> prix : John K. Carver – D<sup>re</sup> Hyun A. Kim

### UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

1<sup>er</sup> prix : Aldis Bernard – D<sup>re</sup> Audrey Ethier  
2<sup>e</sup> prix : Joseph-Nolin – D<sup>re</sup> Vanessa Dufour



# maboucheensante.com

Un outil précieux pour vos patients, rempli d'informations et de vidéos éducatives.



# LA FORMATION CONTINUE

**AUTOMNE 2016**

**SOINS AVANCÉS EN RÉANIMATION  
CARDIORESPIRATOIRE ET  
SÉDATION CONSCIENTE PAR INHALATION  
DE PROTOXYDE D'AZOTE**

**JEUDI 15 ET VENDREDI 16 SEPTEMBRE OU  
SAMEDI 17 ET DIMANCHE 18 SEPTEMBRE 2016,  
DE 7 H 30 À 17 H (1<sup>ÈRE</sup> PARTIE)**

**SAMEDI 24 ET DIMANCHE 25 SEPTEMBRE 2016,  
DE 8 H À 17 H (2<sup>E</sup> PARTIE)**

Mme Hélène Quevillon et Dre Annie-Claude Valcourt

**TOMOGRAPHIE VOLUMÉTRIQUE À FAISCEAU  
CONIQUE (PETIT ET GRAND CHAMP)**

**VENDREDI 30 SEPTEMBRE, SAMEDI 1<sup>ER</sup> ET  
DIMANCHE 2 OCTOBRE 2016, DE 8 H À 17 H 30**

Dre Catherine Nolet-Lévesque

**GESTION DES EMPLOYÉS NON-PERFORMANTS  
ET DES CLIENTS DIFFICILES**

**SAMEDI 15 OCTOBRE 2016, DE 9 H À 16 H**

M. Richard Aubé

**THE ABC'S OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS**

**SAMEDI 22 OCTOBRE 2016, DE 9 H À 16 H**

Dr Eric Stoopler et Dre Christine Nadeau

**FORMATION EN RÉANIMATION  
CARDIORESPIRATOIRE/DEA RECERTIFICATION**

**SAMEDI 29 OCTOBRE 2016, DE 8 H À 12 H**

Médecin (Croix-Rouge)

**TRUCS ET ASTUCES EN THÉRAPIE MUCO-GINGI-  
VALE ET CHIRURGIE PARODONTALE ESTHÉTIQUE**

**SAMEDI 12 NOVEMBRE 2016, DE 9 H À 12 H**

Dr Simon Lafrenière et Dre Anne-Sophie Villeneuve

**PLANIFICATION ET EXÉCUTION SYSTÉMATIQUES  
DE LA RÉHABILITATION BUCCALE COMPLEXE**

**SAMEDI 19 NOVEMBRE 2016, DE 9 H À 16 H**

Dre Annik Pelletier et Dr Ghassan Al-Dika

**RECRUTEMENT, EMBAUCHE ET RÉTENTION  
DE PERSONNEL EN CABINET DENTAIRE**

**SAMEDI 3 DÉCEMBRE 2016, DE 9 H À 12 H**

Mme Karine Sirois

**PRÉVENIR LES TROUBLES MUSCULO-  
SQUELETTIQUES EN CABINET DENTAIRE**

**SAMEDI 3 DÉCEMBRE 2016, DE 13 H À 17 H**

Mme Rose-Ange Proteau

**LE COMBAT DES ADHÉSIFS, THÉORIE ET  
PRATIQUE. VENEZ TESTER VOS ADHÉSIFS!**

**SAMEDI 10 DÉCEMBRE 2016, DE 8 H 30 À 12 H 30**

Dre Laurie St-Pierre et Dr Denis Robert

[www.fmd.ulaval.ca/fc](http://www.fmd.ulaval.ca/fc)



UNIVERSITÉ  
**LAVAL**

Faculté de médecine dentaire



## ACUPUNCTURE : POURQUOI CONSULTER?

Annie Duguay, Ac.

Saviez-vous que l'acupuncture est pratiquement indolore, extrêmement efficace pour traiter les douleurs de toutes sortes et qu'elle n'a pas son pareil pour éliminer l'inflammation sans médicaments?

Chaque fois que je prends place dans le fauteuil du dentiste, j'observe la posture de l'hygiéniste ou du dentiste et je me demande combien d'entre eux souffrent de douleurs lombaires ou cervicales, du syndrome du tunnel carpien, d'une ténosynovite de De Quervain ou d'une épicondylite.

Une meilleure connaissance de l'acupuncture pourrait permettre aux dentistes d'y avoir recours pour eux-mêmes et de recommander cette approche thérapeutique à leurs patients. En 2002, l'Organisation mondiale de la santé<sup>1</sup> a publié une liste des affections connues pour lesquelles l'acupuncture s'est révélée efficace. On y retrouve, entre autres, les douleurs dentaires, les névralgies faciales, les douleurs postopératoires, l'épicondylite et la rhinite allergique.

### Quatre bonnes raisons d'utiliser l'acupuncture

L'acupuncture consiste à insérer et à manipuler légèrement de fines aiguilles stériles et à usage unique dans certaines zones déterminées de la peau et des tissus sous-cutanés, que l'on appelle les points d'acupuncture, dans le but de régulariser les fonctions physiologiques, organiques et psychologiques ciblées par le thérapeute.

### 1. Elle favorise la guérison locale.

L'acupuncture permet la cicatrisation, favorise la guérison des tissus et active la résolution de l'inflammation. Elle peut aussi optimiser le fonctionnement de glandes, comme dans le cas des glandes salivaires lorsqu'on effectue une poncture au niveau du visage pour réguler la production de salive. Cela est possible par la stimulation des nerfs sensitifs au niveau du derme par l'aiguille, ce qui provoque une dilatation des vaisseaux entraînant un afflux de sang d'abord local, puis dans les tissus profonds.

### 2. Elle diminue la douleur.

L'acupuncture empêche l'information douloureuse de passer, d'une part en augmentant le niveau de sérotonine, qui contribue à l'activation du contrôle descendant inhibiteur de la douleur, et d'autre part en stimulant les fibres nerveuses A-delta, qui libèrent des enképhalines au niveau de la moelle épinière. Ce dernier phénomène, un mécanisme connu sous le nom d'analgésie segmentaire, fait également passer des messages de régulation aux organes internes, comme le foie et les reins. Il permet donc la communication entre la surface et la profondeur du corps.

Si l'acupuncture est plus efficace lors de séances répétées à quelques jours d'intervalle, c'est grâce à l'action de quatre neuromodulateurs du groupe des peptides opioïdes : la bêta-endorphine, l'enképhaline, la dynorphine et l'endomorphine. On les appelle neuromodulateurs plutôt que neurotransmetteurs, parce qu'ils ont un effet durable et qu'ils modifient l'activité de la cellule cible sur une certaine période de temps. Les rendez-vous rapprochés permettent d'augmenter l'efficacité des traitements.

### 3. Elle procure une sensation de bien-être.

L'acupuncture régule l'humeur et la motivation. Lors d'une séance, on expérimente un apaisement émotionnel, de la détente et un sentiment de paix; certains éprouvent même une sorte d'euphorie. Avec tout cela, est-il nécessaire de souligner que le sommeil s'améliore après un traitement? C'est l'ocytocine qui est en partie responsable des effets analgésiques, sédatifs et anxiolytiques de l'acupuncture. Le petit côté planant, c'est elle!

### 4. Elle augmente la résistance.

Certaines études ont aussi permis de constater l'effet modulateur de l'acupuncture sur le système immunitaire, en augmentant l'activité des neutrophiles.

## Des résultats récents

Depuis janvier 2014, les patients du Centre de gestion de la douleur (CGD) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal, peuvent recevoir des traitements d'acupuncture à faible coût, offerts par les étudiants en stage du programme d'acupuncture du Collège de Rosemont, sous la supervision d'un enseignant acupuncteur<sup>2</sup>.

La majorité de la clientèle du CGD se trouve en arrêt de travail en raison de douleurs chroniques incapacitantes. Les personnes qui y sont dirigées souffrent de pathologies telles que les céphalées et les migraines, les discopathies cervicales et lombaires, les névralgies post-zostériennes, les douleurs post-chirurgicales, la fibromyalgie et les syndromes douloureux régionaux complexes. Des 58 patients qui ont reçu un total de 454 consultations en acupuncture à raison de deux traitements par semaine pour cinq semaines, près de 50 % d'entre eux ont noté une diminution d'au moins 50 % de l'intensité de leur douleur, permettant une réduction de leur consommation d'analgésiques. La qualité de vie (sommeil, niveau d'énergie, appétit, reprise des activités quotidiennes) s'est vue améliorée d'au moins 50 % chez 45 % de ces patients. De plus, 21 % de ces patients ont pu faire un retour progressif au travail et 28 % d'entre eux ont pu recommencer à pratiquer des activités de loisir.

Ces résultats très intéressants démontrent que les acupuncteurs ont leur place comme professionnels de première ligne en offrant une option de traitement efficace, même dans les cas de douleurs chroniques difficiles à traiter autrement. Une fois le diagnostic posé, diriger rapidement le patient en acupuncture peut s'avérer particulièrement important, notamment dans les cas de névralgies du trijumeau, de zona et de paralysie de Bell pour lesquels l'acupuncture présente un maximum d'efficacité dès l'apparition des premiers symptômes. L'acupuncture peut facilement être intégrée aux traitements médicaux existants et à la médication en place. Une collaboration avec les autres professionnels de la santé est donc plus que souhaitable afin de rejoindre un maximum de patients dans des délais avantageux.

## Une collaboration profitable

En médecine dentaire, l'acupuncture peut être une option à ne pas négliger, que ce soit pour un cas qui ne répond pas aux traitements traditionnels ou pour agir en complément à un traitement du dentiste. Les concepts à la base de l'acupuncture, bien qu'absents de la formation des professionnels de la santé, ont été éprouvés et ont trouvé leurs applications dans le contexte des soins fournis par la médecine moderne. La technologie ne peut expliquer tous les mystères du corps humain ainsi que les aléas de la santé et de la maladie.

Il est reconnu que des techniques d'acupuncture peuvent avoir des résultats surprenants. Ces résultats n'ont rien à voir avec des considérations psychologiques ou ésotériques. L'approche de l'acupuncture étant plus globale, elle peut parfois être déroutante en ce que les interventions ne se

font pas nécessairement dans la région affectée ou dans des structures qui y sont reliées.

Dans les cas de problèmes au niveau du visage, tels que la paralysie faciale ou les spasmes musculaires, de nombreux sites peuvent être considérés. Les choix pour chacun des cas sont faits en fonction des besoins, de la nature des problèmes et de leur intensité, de l'évaluation du patient et des facteurs subjectifs liés à l'approche de l'acupuncteur.

## Paralysie de Bell

Il est possible de traiter la paralysie de Bell en acupuncture. L'acupuncteur ouvrira un dossier pour le patient et lui posera plusieurs questions sur ses antécédents personnels et familiaux, sa médication et les traitements qu'il a déjà subis pour le problème. L'acupuncteur l'interrogera aussi sur son état de santé avant l'apparition des symptômes, sur la nature de ces derniers et sur les circonstances de leur apparition. Toutes ces informations permettent de dresser ce que nous appelons le bilan énergétique du patient et de déterminer une orientation thérapeutique à partir de laquelle les points à poncturer seront choisis.

Des points situés sur le visage sont choisis en vue d'y rétablir la circulation de sang et d'énergie. Ceci contribue à rétablir une juste contracture musculaire. D'autres points seront aussi sélectionnés ailleurs sur le corps, par exemple sur les bras, les mains et les jambes. Ces points sont reconnus pour avoir un effet sur le visage ou encore sur les muscles et les tendons. Le choix de ces points se fait en fonction de l'état du patient et du type de problème identifié lors du bilan. Il peut changer d'un patient à l'autre, même lorsque deux patients consultent pour le même motif.

Dans le traitement de la paralysie de Bell ou de douleurs faciales, par exemple, le patient pourrait avoir des réticences légitimes à être poncturé au niveau du visage. Il existe des techniques d'acupuncture dites distales, qui utilisent seulement des points sur les bras et les jambes, laissant le visage libre d'aiguilles. Cette technique a l'avantage de permettre au patient de mobiliser son visage durant le traitement et à l'acupuncteur d'ajouter des aiguilles en fonction des améliorations qu'il constate afin d'optimiser le traitement. L'approche locale et l'approche distale sont différentes, mais elles permettent toutes deux d'obtenir de bons résultats. L'acupuncteur bénéficie d'une vaste palette de points, de combinaisons de points et d'approches qu'il peut agencer de plusieurs manières afin de répondre le mieux possible à la situation qui se présente à lui.

L'insertion se fait généralement sans douleur. Il est possible de ressentir l'équivalent d'une piqûre de moustique, mais cet inconfort ne dure qu'une ou deux secondes. Ensuite, le patient peut se détendre; certains s'endorment même pendant le traitement. Les aiguilles sont évidemment stériles et à usage unique. On laissera généralement les aiguilles en place durant 20 à 40 minutes.

Le pronostic peut être difficile à établir lors du premier traitement, parce que la réaction de l'organisme et les améliorations de la situation sont imprévisibles. Après un ou deux traitements, il devient plus facile pour le thérapeute d'évaluer ce qui sera nécessaire pour résoudre le problème. La plupart des thérapeutes voudront revoir un patient atteint de paralysie de

Bell dans les deux à trois jours qui suivent afin de maintenir les acquis et de progresser le plus rapidement vers la guérison. Cela permet un résultat plus stable en vertu du caractère cumulatif des effets thérapeutiques. L'acupuncture s'adjoit aux traitements médicaux en cours. Aucun traitement n'est interrompu sans l'accord du médecin.

La présente figure illustre des points qu'il est possible d'utiliser au niveau du visage dans le cas d'une paralysie de Bell. Le praticien choisira cinq ou six points en fonction de la présentation de l'affaissement. Les petites flèches représentent la direction donnée à l'aiguille, à contresens de l'affaissement musculaire.

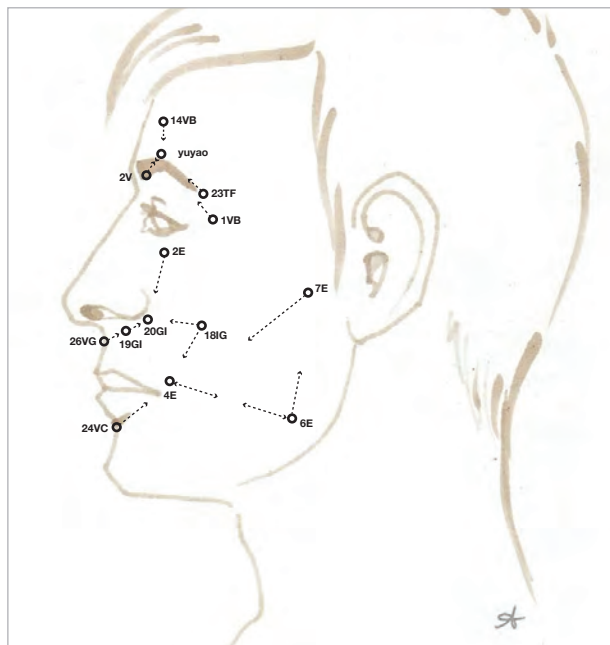


FIGURE 1 |

## Pour en savoir plus

Les études sur la physiologie de la douleur menées depuis les années 1960 nous ont permis de mieux comprendre les mécanismes d'action qui entrent en jeu pour expliquer l'effet antalgique de l'acupuncture. Il reste beaucoup de travail à faire pour expliquer plusieurs autres aspects de cette pratique trois fois millénaire. C'est un champ absolument fascinant et pour lequel on trouve des pistes de réponse dans l'embryologie. Pour les personnes intéressées par l'acupuncture, sachez que Daniel Keown a écrit un livre qui répond à plusieurs questions sur son fonctionnement.

Pour obtenir les références bibliographiques de cet article, consultez le [www.odq.qc.ca](http://www.odq.qc.ca) sous l'onglet Publications/Journal. ✨

Annie Duguay, Ac., est inscrite au tableau de l'Ordre des acupuncteurs depuis 2008. Elle pratique l'acupuncture à Montréal.

XERESE<sup>MC</sup>

À VOS PATIENTS QUI FONT  
DES FEUX SAUVAGES

# PRESCRIVEZ XERESE<sup>MC</sup> ET AIDEZ À STOPPER L'ULCÉRATION DES FEUX SAUVAGES

XERESE<sup>MC</sup> est le seul traitement topique d'ordonnance indiqué pour atténuer la progression des feux sauvages\* :

- Indiqué dans le traitement des premiers signes et symptômes d'herpès de la lèvre récurrent afin de ralentir l'évolution des feux sauvages vers des lésions ulcéreuses chez les adultes et les adolescents (12 ans ou plus) immunocompétents

42 % des patients traités par XERESE<sup>MC</sup> ont été exempts de lésions ulcéreuses comparativement à l'acyclovir en crème à 5 % (35 %,  $p = 0,014$ ) et à l'excipient (26 %,  $p < 0,0001$ )<sup>1,2†</sup>

- Un seuil de signification prédéfini ( $p < 0,001$ ) n'a pas été atteint lors de la comparaison entre XERESE<sup>MC</sup> et l'acyclovir

#### USAGE CLINIQUE :

- L'innocuité et l'efficacité du produit n'ont pas été déterminées de façon irréfutable chez les personnes âgées de plus de 65 ans
- L'innocuité et l'efficacité du produit chez les enfants de moins de 12 ans n'ont pas été établies

#### CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité connue ou soupçonnée au valacyclovir

#### MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS PERTINENTES :

- Application cutanée seulement, en cas d'herpès des lèvres récurrent, uniquement sur les lèvres et autour de la bouche
- L'application du produit sur les muqueuses n'est pas recommandée : ne pas utiliser près des yeux, dans les yeux, la bouche ou le nez, sur les parties génitales ou autour de la région rectale
- Le patient doit consulter un médecin s'il ne note pas d'amélioration clinique après 2 semaines de traitement d'une lésion orofaciale (p. ex. attribuable à une infection bactérienne ou fongique) qui peut être difficile à distinguer d'un feu sauvage
- Possibilité de résistance virale importante à l'acyclovir
- Agir avec prudence en cas de dermatite de stase et autres problèmes cutanés associés à une mauvaise circulation
- Mise en garde aux femmes enceintes : on ignore si l'ingrédient actif de XERESE<sup>MC</sup> peut être nocif pour le fœtus ou s'il peut altérer la capacité de reproduction
- Mise en garde aux femmes qui allaitent : les nourrissons pourraient subir des effets indésirables graves
- Manifestations du syndrome de Cushing et suppression réversible de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien
- Réactions d'hypersensibilité
- Augmentation possible du risque d'infection cutanée
- Ne pas utiliser si les patients sont gravement immunodéprimés

#### POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :

Veillez consulter la monographie du produit à [webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp](http://webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp) pour obtenir d'importants renseignements sur les effets indésirables, les réactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été abordés dans ce document. On peut aussi obtenir la monographie du produit en composant le 1 800 361-4261.

\* Portée clinique comparative non établie.

† Essai aléatoire de 5 jours, mené à double insu comparant traitements actifs et excipient instauré par 1 443 adultes immunocompétents d'au moins 18 ans ayant subi au moins trois épisodes d'herpès de la lèvre au cours de l'année précédente, des symptômes prodromiques dans au moins 50 % des épisodes et des lésions ulcéreuses dans au moins 75 % des épisodes. XERESE<sup>MC</sup> n = 601, acyclovir n = 610, excipient n = 232.

RÉFÉRENCES : 1. Monographie de XERESE<sup>MC</sup>, mars 2013.

2. Hull CM, Harmerberg J et coll. Early treatment of cold sores with topical ME-609 decreases the frequency of ulcerative lesions: A randomized, double-blind, placebo-controlled, patient-initiated clinical trial. *J Am Acad Dermatol* 2011; Vol. 64, numéro 4, 696.e1-696.e11.

 **XERESE<sup>MC</sup>**  
(Acyclovir et hydrocortisone)  
crème à 5 % / 1 %

 **VALEANT**  
Valeant Canada [valeantcanada.com](http://valeantcanada.com)

XERESE<sup>MC</sup> est une marque de commerce de Meda Pharma s.à.r.l., utilisée sous licence.

Valeant Canada S.E.C., 2150, boul. St-Elzéar Ouest, Laval, Québec H7L 4A8  
© 2016 Valeant Canada S.E.C. Tous droits réservés.



**AIDE À STOPPER  
L'ULCÉRATION DES  
FEUX SAUVAGES**



© Laforest & Sabourin photographes

## Les Journées dentaires internationales du Québec 2016 : **un autre succès**

**L**e 46<sup>e</sup> congrès de l'Ordre des dentistes du Québec, les Journées dentaires internationales du Québec (JDIQ), est maintenant chose du passé. Un congrès qui s'affirme année après année comme un leader dans le domaine au Canada. Avec plus de 12 000 participants, 1 400 inscriptions aux cours précongrès, 14 000 entrées dans la salle d'exposition et des salles de conférences bondées, on peut affirmer encore une fois que l'équipe dentaire était au rendez-vous.

Le président du comité des JDIQ, le D<sup>r</sup> Pierre Boudrias, a su motiver ses troupes et catalyser les forces de chaque membre du comité organisateur pour mettre sur pied un programme de formation dentaire continue de grande qualité, apprécié par les participants tant locaux qu'étrangers.

L'industrie dentaire était également au rendez-vous, dans une salle d'exposition plus attrayante que jamais. Des exposants de haut niveau et des commanditaires particulièrement généreux complètent le tableau d'une intense activité qui se déploie au cœur et autour du congrès.

Des félicitations sont indiquées pour l'équipe du D<sup>r</sup> Denis Forest, soit Marie Tétreault, Janet Raimondo et

le D<sup>r</sup> Jonathan Lang, qui fait un remarquable travail de fond et permet au directeur de livrer un produit impeccable.

L'équipe est déjà à l'œuvre pour préparer le 47<sup>e</sup> congrès qui apportera son lot de nouveautés, dont :

- La participation de l'Association internationale des orthodontistes francophones, sous l'égide du D<sup>r</sup> Sylvain Gagnon.
- La présence dans la salle d'exposition de plusieurs sociétés offrant des produits et des services destinés aux orthodontistes.
- Une journée spéciale de conférences et d'exposition sur les hautes technologies, présentée le dimanche 28 mai par l'Ordre des techniciens et techniciennes dentaires du Québec.

---

**C'est donc un rendez-vous en 2017, du 26 au 30 mai. D'ici là, on peut suivre les JDIQ sur Facebook.**

### JOURNÉES DENTAIRES INTERNATIONALES DU QUÉBEC 2016

#### STATISTIQUES

Dentistes	3 391
Hygiénistes dentaires	2074
Auxiliaires dentaires	27
Assistants dentaires	935
Techniciens dentaires	56
Personnel administratif	687
Personnes accompagnantes	150
Invités et visiteurs	222
Exposants	1936
Étudiants	2804
• Médecine dentaire	817
• Assistance dentaire	896
• Hygiène dentaire	980
• Technique dentaire	102
• Secrétariat	9
<b>TOTAL</b>	<b>12 282</b>



Journées dentaires  
internationales  
du Québec



Ordre des dentistes  
du Québec

# PTOSE DU MENTON SUITE À LA MISE EN PLACE D'IMPLANTS DENTAIRE : UNE COMPLICATION ÉVITABLE

**Carl Bouchard**, DMD, M. Sc., FRCD(C)  
Professeur agrégé de chirurgie buccale et maxillo-faciale

---

La ptose du menton est une descente des tissus mous de la région mentonnière sous le rebord mandibulaire inférieur<sup>1</sup>. Cette condition peut survenir naturellement avec le processus de vieillissement ou être liée à l'édentation complète et à l'atrophie mandibulaire<sup>1</sup>. Cette anomalie peut également être d'origine iatrogénique, lorsque les muscles mentonniers ne sont pas réinsérés adéquatement après leur dissection<sup>2-5</sup>. Cette complication est plus fréquemment rapportée après une génioplastie, où un accès complet à la mysoptose mentonnière nécessite le détachement des muscles<sup>6</sup>.

La mise en place d'implants dentaires à la mandibule chez un patient complètement édenté est une procédure courante. Lors de cette intervention, l'incision est généralement positionnée sur le sommet de la crête édentée et la dissection des tissus mous sur la portion antérieure de l'os alvéolaire est limitée. Chez les patients avec atrophie osseuse sévère nécessitant une alvéoloplastie, il est parfois nécessaire de prolonger la dissection inférieurement pour une meilleure exposition. Cette dissection plus agressive peut causer une ptose du menton si les muscles mentonniers ne sont pas rattachés. Nous présentons le cas d'une patiente de 59 ans avec ptose du menton à la suite de la mise en place d'implants mandibulaires. Des stratégies sont proposées afin d'éviter cette complication.

## PRÉSENTATION DE CAS

Une patiente de 59 ans a été dirigée vers le Service de chirurgie buccale et maxillo-faciale de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus quelques mois après la mise en place de cinq implants dentaires dans la région antérieure de la mandibule. La patiente se plaignait d'un changement dans l'apparence de son menton. Elle était complètement édentée préalablement à cette intervention et présentait une atrophie osseuse sévère. Les antécédents médicaux de la patiente étaient sans particularité.

L'examen clinique a démontré une ptose des muscles mentonniers avec excès de tissus mous dans la région sous-mentonnaire (FIGURE 1). La fonction des muscles mentonniers était préservée et la patiente n'avait aucune difficulté avec l'élévation de la lèvre inférieure.

Une révision du protocole chirurgical a révélé qu'une alvéoloplastie avait été réalisée afin d'aplanir la surface osseuse. L'étendue de la dissection n'était pas mentionnée.



FIGURE 1 | Photographie de profil du visage démontrant la ptose des tissus mous sous le rebord mandibulaire inférieur dans la région de la symphyse mentonnaire.

## Discussion

Les muscles mentonniers prennent origine sur la surface antérieure de la symphyse mentonnaire, dans la région des racines dentaires des incisives inférieures<sup>7</sup>. Les deux muscles sont séparés par un septum fibreux et leurs fibres s'insèrent dans le derme de la peau recouvrant le menton (FIGURE 2A). Les fibres supérieures ont un trajet horizontal et les fibres inférieures sont orientées verticalement, s'insérant plus inférieurement. Les fibres latérales ont une orientation transverse, conférant une zone d'insertion des muscles plus grande que leur origine. Leur contraction permet l'élévation du menton et, indirectement, de la lèvre inférieure<sup>6, 7</sup>. Les patients avec profil de croissance vertical et incompetence des lèvres utilisent cette fonction afin d'obtenir un scellement des lèvres. Les autres muscles présents dans la région mentonnaire comprennent : l'orbiculaire des lèvres, le muscle déprimeur de la lèvre inférieure (*depressor labii inferioris*) et le muscle déprimeur de la commissure labiale (*depressor anguli oris*)<sup>2</sup>.

Gonzalez-Ulloa a été le premier à décrire le phénomène de ptose du menton, aussi appelé « menton de sorcière » (*witch's chin*)<sup>8</sup>. Depuis, plusieurs cas ont été documentés, surtout à la suite de chirurgies du menton, telles que la genioplastie et la mise en place d'implants mentonniers. Le processus de résorption mandibulaire chez le patient édenté peut conduire au même défaut. Les fibres supérieures des muscles mentonniers sont progressivement atrophiées par la perte de leur insertion osseuse. La coordination musculaire peut aussi être affectée négativement par le vieillissement, accentuant la perte de support de l'enveloppe musculo-cutanée.

La ptose du menton à la suite de la mise en place d'implants dentaires est rare et peu de cas ont été rapportés, puisqu'il n'est généralement pas nécessaire d'exposer complètement la symphyse mentonnaire pour cette intervention. Le chirurgien doit cependant se méfier des patients avec atrophie sévère, où

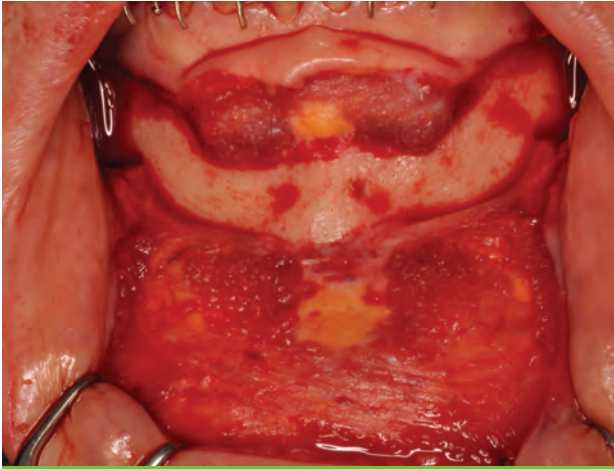


FIGURE 2A |

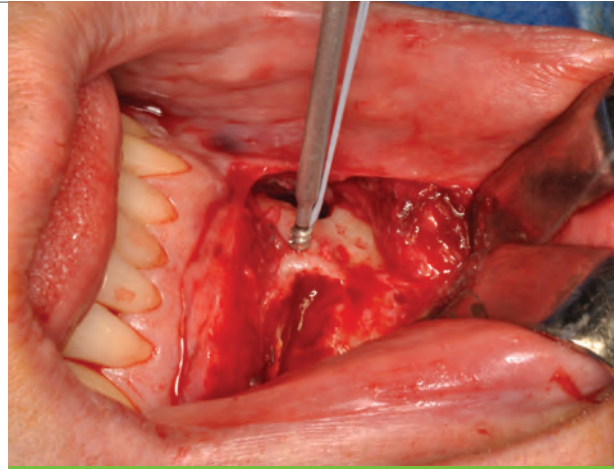


FIGURE 3A |

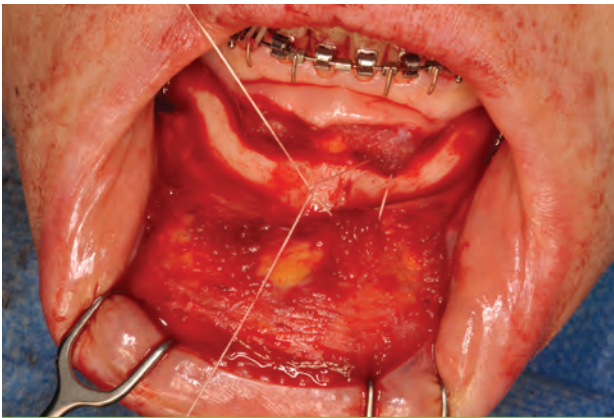


FIGURE 2B |

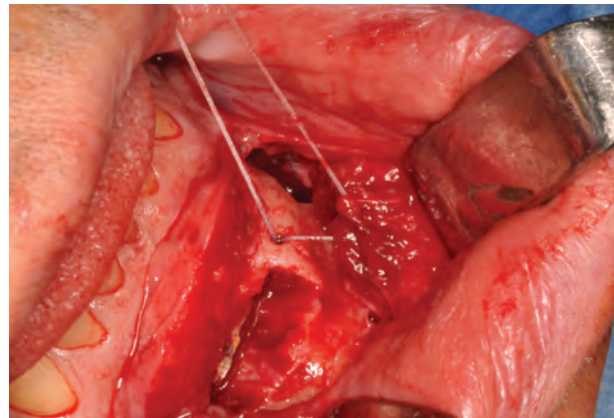


FIGURE 3B |

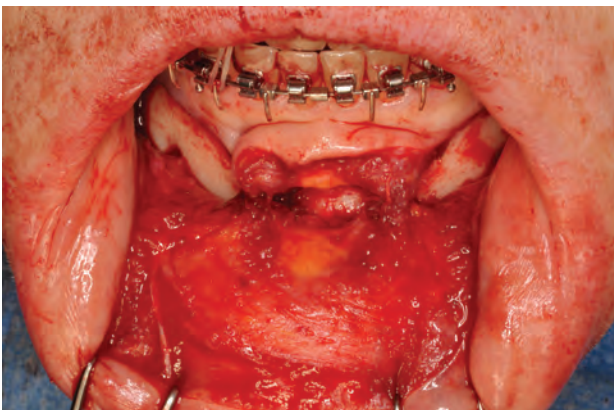


FIGURE 2C |

Un ancrage osseux sous forme d'implant peut être employé dans le cas où l'on ne dispose pas de fibres musculaires résiduelles attachées à l'os (A) (B).

Les deux muscles mentonniers prennent leur origine d'une zone circulaire située dans la région des apex des incisives inférieures. Ils sont séparés par un septum fibreux et s'insèrent dans le derme de la peau du menton (A). Si une intervention chirurgicale nécessite la désinsertion des muscles, ceux-ci doivent être rattachés lors de la fermeture (B) (C).

Une dysfonction des muscles mentonniers, en plus d'être inesthétique, peut engendrer des problèmes de scellement des lèvres et d'exposition des incisives inférieures au repos.

l'insertion du muscle peut se retrouver à proximité du sommet de la crête alvéolaire. Lorsque les muscles sont détachés, ils doivent être réinsérés lors de la fermeture de l'incision (FIGURES 2B, 2C). Contrairement à d'autres types d'interventions (génioplastie) où une portion des insertions musculaires est préservée (FIGURES 2), l'incision pratiquée lors de la mise en place d'implants se situe au sommet de la crête osseuse, ne laissant aucune bande de muscle pour la réinsertion. Pour rattacher les muscles, des ancrages osseux (p. ex. : *Mitek bone anchors*, DePuy Synthes, Warsaw, Ind.) peuvent être employés (FIGURES 3A, 3B). Ces mini-implants métalliques sont reliés à un fil de suture, ce qui permet la fixation du muscle à l'os. Si ce type d'ancrage n'est pas disponible, des trous peuvent être pratiqués dans l'os mandibulaire et le muscle attaché en passant un fil à travers ces cavités. Des fils de suture non résorbables (Nylon, Mersilene) ou à résorption lente (Polyglactin 910) devraient être favorisés. Un pansement compressif au menton favorise également le redrapage des tissus et diminue les risques de formation d'hématome.

Cbausbu et collab. ont démontré une différence significative dans le positionnement des tissus mous du menton lorsque le muscle mentonnier était rattaché après sa désinsertion,

lors de la génioplastie<sup>6</sup>. Dans le groupe contrôle, où les muscles n'étaient pas rattachés, la lèvre était déplacée en moyenne de 6 mm inférieurement par rapport à l'autre groupe. Noia et collab. ont rapporté une descente significative du vermillon et une augmentation du montant d'incisives inférieures visibles au repos à la suite du prélèvement d'os à la symphyse mentonnière sur une cohorte de 30 patients. Les auteurs attribuent cette descente de la lèvre inférieure à un mauvais positionnement du muscle mentonnier, même si celui-ci était rattaché dans tous les cas<sup>4</sup>.

Une dysfonction des muscles mentonniers, en plus d'être inesthétique, peut engendrer des problèmes de scellement des lèvres et d'exposition des incisives inférieures au repos. Une correction secondaire de ce défaut étant compliquée par la présence de tissus cicatriciels et par l'atrophie musculaire, il est donc primordial pour le chirurgien de reconnaître ce problème potentiel, facilement évitable dans la majorité des cas. \*

Pour obtenir les références bibliographiques de cet article, consultez le [www.odq.qc.ca](http://www.odq.qc.ca) sous l'onglet Publications/ Journal.

En relation  
avec le monde  
dentaire  
depuis 20 ans



**CLINICA**  
SERVICES • CONSEILS

CONSULTANT EN ÉVALUATIONS ET  
TRANSACTIONS DE CABINETS DENTAIRES

*Une approche intégrée  
pour une valeur ajoutée ...*



### RIGUEUR

Une évaluation  
précise et  
objective



### INTÉGRITÉ

Vendre votre  
pratique en  
toute  
confidentialité

### RESPECT

Vos objectifs et  
vos valeurs sont  
notre priorité



CONSULTATION SANS FRAIS  
[WWW.GROUPECLINICA.CA](http://WWW.GROUPECLINICA.CA)

SANS FRAIS : 1 888 330-7828  
MONTREAL : 514 360-9927  
QUÉBEC : 418 476-2208

Centre de Micro Endodontie et Parodontie .....	39
Clinica Services-Conseils .....	35
Code Bleu Placement en Santé.....	40
Gescom Conseils inc.....	21
Laboratoire dentaire Lafond, Desjardins & associés inc. et Zirkonzahn.....	16-17
Maxillo Québec .....	14
Patterson dentaire Canada inc. ....	2
RBC Banque Royale .....	6
ROI Corporation.....	36
Sogedent Assurances inc. ....	13
Université Laval — Faculté de médecine dentaire .....	25
Valeant Canada .....	29

## CONSEIL D'ADMINISTRATION ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

**PRÉSIDENT** D<sup>r</sup> Barry Dolman\*

**ADMINISTRATEURS**

- 1 Bas-Saint-Laurent – Côte-Nord  
Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine**  
D<sup>r</sup> Peter C. White
- 2 Saguenay – Lac-Saint-Jean**  
D<sup>r</sup> Luc Gravel
- 3 Québec**  
D<sup>r</sup> Serge-Alexandre Bellavance  
D<sup>re</sup> Véronique Gagnon\*
- 4 Chaudière-Appalaches**  
D<sup>r</sup> Bruno Ferland\*
- 5 Mauricie – Bois-Francs**  
D<sup>r</sup> René Lord
- 6 Estrie**  
D<sup>r</sup> Bruno Cabana
- 7 Montréal**  
D<sup>re</sup> Josée Bellefleur  
D<sup>re</sup> Nelly Chafai  
D<sup>re</sup> Véronic Deschênes  
D<sup>re</sup> Isabelle Fournier  
D<sup>r</sup> Allan Lisbona  
D<sup>r</sup> Pierre Tessier
- 8 Laval**  
D<sup>re</sup> Nancy Beaudoin
- 9A Montérégie – Yamaska**  
D<sup>r</sup> André Savard

**9B Montérégie – Haut-Saint-Laurent**  
D<sup>r</sup> Gilles E. Lefebvre

**9C Montérégie – Vallée-du-Richelieu**  
D<sup>r</sup> Pierre Boisvert

**10 Lanaudière – Laurentides**  
D<sup>r</sup> Claude Beaulieu\*, vice-président

**11 Outaouais**  
D<sup>r</sup> Guy Lafrance

**12 Abitibi-Témiscamingue  
et Nord-du-Québec**  
D<sup>r</sup> Denis Beauvais

**ADMINISTRATEURS NOMMÉS  
PAR L'OFFICE DES PROFESSIONS  
DU QUÉBEC**

D<sup>r</sup> Paul Desrosiers  
M. Louis Flamand  
M<sup>me</sup> Anne Quintal  
M<sup>me</sup> Françoise Rollin\*

**DIRECTRICE GÉNÉRALE  
ET SECRÉTAIRE**

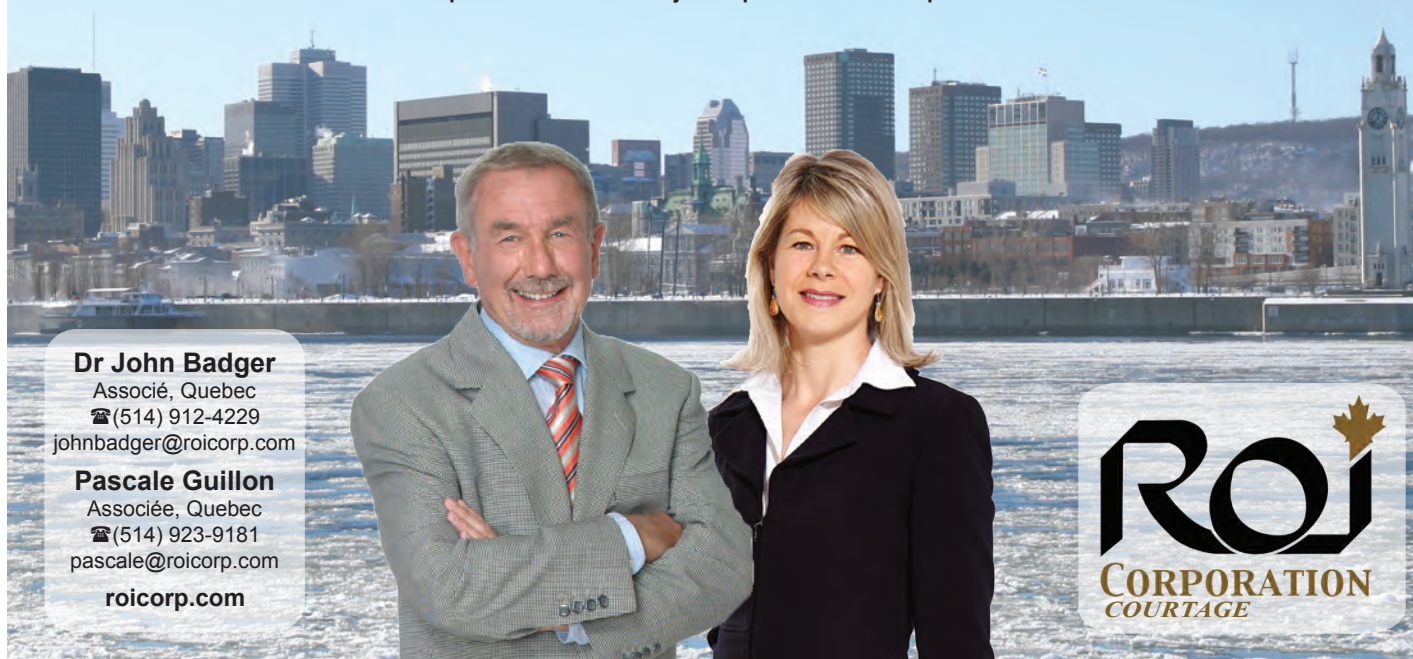
M<sup>e</sup> Caroline Daoust

\* Membres du comité exécutif



# CONNAISSEZ-VOUS VRAIMENT LA VALEUR DE VOTRE PRATIQUE?

Quand il s'agit de l'évaluation et de la vente d'une pratique, nous tenons compte à la fois de vos objectifs professionnels et personnels.



**Dr John Badger**  
Associé, Québec  
☎(514) 912-4229  
johnbadger@roicorp.com

**Pascale Guillon**  
Associée, Québec  
☎(514) 923-9181  
pascale@roicorp.com

**roicorp.com**



# Votre mission si vous l'acceptez...

## Mémo

**POUR :**

Chic and « Bond »  
Agent 020

**DATE :**

Vendredi  
11 novembre 2016

13h à 16h30  
Présentations

18h à 19h  
Cocktail

19h à 1h

- Souper
- Prix de présence
- Soirée Gala chic,  
avec band

**MISSION :**

Assister à 3 présentations  
en après-midi :

- Pierre Lavoie
- Olivier Bernard  
et D<sup>r</sup> Alain Vadeboncoeur
- Isabelle Fontaine

et/ou

Participer à la soirée « Chic & Bond »  
afin de souligner les 20 ans de la  
Fondation de l'Ordre des dentistes  
du Québec où se mêlera l'atmosphère  
chic de James Bond et le dynamisme  
d'un Band live et encore plus !

Inscrivez-vous  
dès maintenant à :

**fodq.ca**

**#TopSecret2016**

**TOP SECRET**



LES COMPLICES



**HENRY SCHEIN®** 

**7-10 SEPTEMBRE 2016**

**FDI Annual World Dental Congress**

The International Conference Centre  
Poznan, Pologne  
congress@fdi2016poznan.org

**22-24 SEPTEMBRE 2016**

**Académie canadienne de dentisterie pédiatrique (ACDP/CAPD)**

**Assemblée annuelle**

Hôtel Toronto Marriott Centre-ville  
Eaton Centre  
Toronto, Canada  
conference.capd-acdp.org  
capd2016toronto@gmail.com

**20-24 OCTOBRE 2016**

**American Dental Association (ADA) – Annual Session**

Colorado Convention Center  
Denver, Colorado  
affiliates@ada.org

**18-19 NOVEMBRE 2016**

**Congrès dentaire de l'Outaouais 2016**

Palais des congrès de Gatineau  
Gatineau, Québec  
info@dentoutaouais.ca  
dentoutaouais.ca/congres/

**25-29 JANVIER 2017**

**Yankee Dental Congress**

Boston Convention & Exhibition Center  
Boston, Massachusetts  
www.yankeedental.com/info

**23-25 FÉVRIER 2017**

**Midwinter Meeting – Chicago Dental Society**

McCormick Place West  
Chicago, Illinois  
lgirardi@cds.org

## PROGRAMME DE SUIVI INDIVIDUALISÉ

Pour les dentistes ayant des problèmes susceptibles d'affecter leur pratique

### CONFIDENTIALITÉ ASSURÉE

514 875-8511  
1 800 361-4887



# Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Juillet 2016 | Volume 53, numéro 2

**PUBLICATION OFFICIELLE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC**

Les opinions exprimées dans le *Journal* sont uniquement celles des auteurs. Le fait, pour un annonceur, de présenter ses produits ou ses services dans le *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* ne signifie pas qu'ils sont endossés par l'Ordre des dentistes du Québec.

**Éditeur**

Ordre des dentistes du Québec

**Rédactrice en chef**

Carole Erdelyon

**Rédacteur adjoint**

D<sup>r</sup> Paul Morin

**Révisseure**

Nataly Rainville

**Chargée – publications aux membres**

Natalie Séguin

**Conception graphique**

Sophie Gauthier, Zoom In Design

**Impression**

Solisco Numerix

**Production**

Direction des affaires publiques et des communications

**Tirage**

5 600 exemplaires | Publié 4 fois l'an

**Abonnement**

Taxes incluses

Québec / Canada 75,00 \$

À l'étranger 85,00 \$

Envois de publications canadiennes

Numéro de convention 40064801

**ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC**

800, boul. René-Lévesque Ouest

Bureau 1640

Montréal (Québec) H3B 1X9

Téléphone : 514 875-8511

Télécopieur : 514 875-9049

Courriel : journal@odq.qc.ca

Port de retour garanti

**Dépôt légal**

Bibliothèque nationale

ISSN : 1718-1569 (Imprimé)

ISSN : 2291-1782 (En ligne)

© Copyright 1981



CENTRE DE MICRO  
**ENDODONTIE**  
ET DE  
**PARODONTIE**



**Dr Bassel Kano**  
DMD, CAGS, FRCD(C)  
ENDODONTISTE



**Dr David Baker**  
DMD, CAGS, FRCD(C)  
ENDODONTISTE



**Dre Melanie Campese**  
DMD, MSD, FRCD(C)  
PARODONTISTE

*Souci  
d'excellence  
et de qualité !*

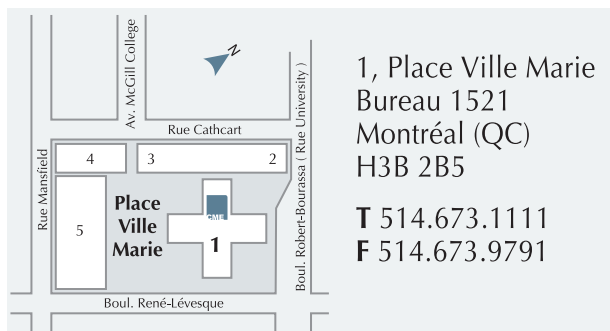
Veuillez consulter notre site web

**[www.microendoperio.com](http://www.microendoperio.com)**

Toute l'information désirée sur la micro-endodontie  
et la parodontie vous y attend.

La section « Dentistes » comprend des liens et des  
références très pertinents et actualisés. Vous y  
trouverez aussi les formulaires de référence en ligne.

**AU CŒUR DE MONTRÉAL !**



1, Place Ville Marie  
Bureau 1521  
Montréal (QC)  
H3B 2B5

**T 514.673.1111**  
**F 514.673.9791**



*Directement relié aux trains, au métro et aux autobus de banlieue*

# Une ABSENCE imprévue?

An unexpected absence?



**PLACEMENT EN SANTÉ**  
Depuis 1999

une réponse en  
**30 minutes** garantie  
a response is guaranteed within 30 minutes

## **NOUS VOUS OFFRONS :**

Un **placement temporaire d'urgence** 24h/24  
*Temporary placement 24h/24*

Un service de recrutement complet pour  
du **placement permanent.**  
*Permanent job hiring service*



[cv@codebleu.ca](mailto:cv@codebleu.ca) | [codebleu.ca](http://codebleu.ca) | 1-844-433-DENT (3368)

NOUS RECRUTONS ÉGALEMENT / WE ARE HIRING

DENTISTE | HYGIÉNISTE DENTAIRE | ASSISTANTE DENTAIRE | SECRÉTAIRE DENTAIRE | COORDONNATRICE DE CLINIQUE | COORDONNATRICE DE PLAN DE TRAITEMENT