

## Le POINT DE LA SITUATION à l'AUBE de l'ANNÉE 2006

*A tous les praticiens sensibilisés par la sauvegarde de leurs prérogatives et qui nous ont fait l'honneur de participer aux programmes organisés par le CLEPIRO, sur le plan régional ,la SBCIO sur le plan national et l'EUCID sur plan international et plus spécifiquement européen..*

Pour information à tous les autres

Chères Consœurs,  
Cher Confrères,

Depuis de nombreuses années et plus spécialement depuis la naissance de l'EUCID en octobre 1989 d'aucuns d'entre vous nous ont témoigné d'une fidélité exceptionnelle.

Leur contribution nous a permis de mettre maintes fois en évidence le programme d'OCCLUSODONTOLOGIE et de CHIRURGIE ORALE élaboré en 1986 et peaufiné grâce à la collaboration des plus grands spécialistes de notre discipline.

Pour rappel les documents qui mettent en évidence les différentes étapes que nous avons franchies depuis le Congrès Dentaire du Millénaire de la Principauté de Liège en novembre 1980 ainsi que la liste des spécialistes incontournables qui nous ont aidé au fil des temps à peaufiner notre programme.



CLEPRO

International study group

Centre liégeois d'éducation permanente et d'informations en réhabilitation orale

Rappel: A l'initiative de l'auteur,

Le Centre Liégeois d'Éducation Permanente et d'Informations en **REHABILITATION ORALE** a été créé en 1981 dans le prolongement du Congrès Dentaire du Millénaire de la Principauté de Liège.

Orientations spécifiques:

section C.D.M. ( Cinématique, Dynamique et Morphologie Occlusale )

section C.I.O. ( Chirurgie et Implantologie Orale )

section O.T.M. ( Orthodontie et Thérapie Myo-fonctionnelle )

La Société Belge de Chirurgie et d'Implantologie Orale a été fondée en 1982

Extrait des statuts:

"La chirurgie et l'implantologie orale sont des disciplines faisant partie intégrante de la médecine dentaire qui sont accessibles aux praticiens qui possèdent la qualification légale pour traiter les organes dentaires et les tissus connexes.

Déductes de la chirurgie maxillo faciale proprement dite, elles s'adressent à l'ensemble de la chirurgie parodontale et préprothétique et concernent ainsi les techniques chirurgicales destinées à corriger les anomalies fonctionnelles, conserver les organes dentaires ou remplacer ceux-ci par des éléments ou substances étrangères biologiquement et biomécaniquement tolérées.

L'acquisition d'une compétence particulière en implantologie orale implique entre autres une formation orientée en occlusodontologie et en parodontologie"

L'École Liégeoise de Prothèse Implantaire

a été fondée en 1983

(\*)

L'European Union of Clinicians in Implant Dentistry (EUCID)

a été fondée en 1989

(\*\*) tous les Conférenciers qui se sont succédés à la tribune du CLEPRO depuis le Congrès Dentaire du Millénaire de la Principauté de Liège (7 au 10 novembre 1980) et qui nous ont aidés à forger cet enseignement.

1.	Dr. M. AVAYOU	Paris	(F)
2.	Dr. L. BABEL	F.C.D. Nancy	(F)
3.	Dr. A. BENHAMOU	Toulouse	(F)
4.	Dr. M. BERT	Univ. Paris VII	(F)
5.	Dr. B. BERTRAND	Univ. Cath. Louvain	(B)
6.	Dr. A. BORRELL	Sabadell	(E)
7.	Dr. C. BRESSON	F.C.D. Paris VII	(F)
8.	Dr. H. BÜRKELE	Kappel-Grafenhausen	(D)
9.	Dr. J. BUSSCHOP	Rijk. Univ. Gent	(B)
10.	Dr. M. CHANAVAZ	Univ. Lille	(F)
11.	Dr. R. CHERCHEVE	Paris	(F)
12.	Dr. A. CLARET	Paris	(F)
13.	Dr. J. COLIN	F.C.D. Nancy	(F)
14.	Pr. Y. COMMISSIONAT	Paris	(F)
15.	Pr. L. COFFES	Univ. Amsterdam	(NL)

16.	Dr. F. CORNIL	Lège	(B)
17.	Dr. J.P. DAVIDAS	Paris	(F)
18.	Dr. C. DE HALLER	Neufchâtel	(CH)
19.	Dr. C. DE PUTTER	Vrij Univ. Amsterdam	(NL)
20.	Pr. A. DHEN	Univ. Cath. Louvain	(B)
21.	Dr. P. DOMS	Bruxelles	(B)
22.	Pr. M. DONAZZAN	Univ. Lille	(F)
23.	Dr. B. EDWARDS	London	(GB)
24.	Dr. P.B. FEINMANN	Geneve	(CH)
25.	Dr. F. FRERE	Lège	(B)
26.	Pr. D. GARLINER	Coral Gables	(USA)
27.	Dr. H. GRAFELMANN	Bremen	(D)
28.	Dr. A. GREVERS	U. Amsterdam	(NL)
29.	Pr. J. HEGO	F.C.D. Lille	(F)
30.	Dr. G. HEINKE	Mannheim	(D)
31.	Dr. B. HEINRICH	Bremen	(D)
32.	Pr. A. JEANMONOD	Univ. Paris VII	(F)
33.	Dr. J.M. JULLET	Paris	(F)
34.	Mr. D.E. KANTZ	Elmhurst	(D)
35.	Pr. A.F. KAYSER	K.U. Nijmegen	(NL)
36.	Dr. M. LABADIE	F.C.D. Nancy	(F)
37.	Dr. ALACAN	Paris	(F)
38.	Pr. MLAMY	Univ. Lège	(B)
39.	Dr. P. LECLERCO	Paris	(F)
40.	Pr. L. LINKOW	New York	(USA)
41.	Pr. J.P. LOUIS	F.C.D. Nancy	(F)
42.	Pr. P. MARIANI	F.C.D. Marseille	(F)
43.	Pr. L. MARTINI	F.C.D. Marseille	(F)
44.	Dr. M. MUNCH	Nürtingen	(D)
45.	Pr. R. OGOLNIK	Univ. Paris VII	(F)
46.	Pr. U. PASQUALENTI	Univ. Modène	(D)
47.	Pr. R. PLESKOF	Paris	(F)
48.	Dr. P. PRE	Paris	(F)
49.	Dr. H.W. FREISKEL	London	(GB)
50.	Pr. G. QUINET	U. Antwerpen	(B)
51.	Dr. P. REIMANN	U.K. Basel	(D)
52.	Dr. H. REYCHLER	Univ. Cath. Louvain	(B)
53.	Dr. W. RICHTER	Düsseldorf	(D)
54.	Pr. J. ROMEROWSKI	Univ. Paris VII	(F)
55.	Pr. F. SALAGARAY	Univ. Madrid	(E)
56.	Dr. S. SANDHAUS	Lausanne	(CH)
57.	Dr. P. SANTONI	F.C.D. Marseille	(F)
58.	Dr. M. SASSERATH	Mons	(B)
59.	Dr. A. SETHI	London	(GB)
60.	Dr. S. SCHMIDINGER	München	(D)
61.	Pr. G. SIEBERT	Univ. Mainz	(D)
62.	Mr. M.A. SIMON	Tours	(F)
63.	Pr. R. SLAVICEK	Vienne	(A)
64.	Dr. T. SOMLO	U.K. Basel	(D)
65.	Dr. W.H. STEEN	U. Utrecht	(NL)
66.	Dr. J. TAKACS	Cobourg	(D)
67.	Mr. M.A. TANAKA	Skokie	(USA)
68.	Dr. M. TASTET-SARTRAL	La Baule	(F)
69.	Dr. H. TATUM	St Petersburg	(USA)
70.	Dr. J.P. TOUBOL	F.C.D. Marseille	(F)
71.	Pr. A. TREVELO	Paris	(F)
72.	Dr. A. VAN GARSSE	Lège	(B)
73.	Dr. P.R. VAN MENS	Univ. Amsterdam	(NL)
74.	Pr. D. van STEENBERGHE	Kath. Univ. Leuven	(B)
75.	Dr. M.A. VAN WAAS	Univ. Utrecht	(NL)

C'est ainsi qu'après avoir fondé **en 1982** la S.B.C.I.O. dans le souci de neutraliser les différentes démarches visant à nous priver progressivement de l'accès aux interventions intéressant un certain nombre d'entre nous tels les prestations de **chirurgie et d'implantologie orale** dont le danger nous était apparu très rapidement ( cf. article paru dans le monde dentaire en **1989**), nous avons étendu notre action sur le plan européen en créant la même année l'EUCID .

L'engouement pour cette nouvelle initiative nous a permis de rassembler d'emblée dans un cercle plus large tous ceux qui à l'époque partageaient avec nous nos conceptions d'indépendance et de libre arbitre dans le choix des techniques que nous utilisions habituellement.

Pendant la période comprise entre 1986 et 1996 nous perfectionnions notre enseignement en lui associant une structure scientifique indiscutable confortée par l'expérience exceptionnelle des vétérans, **mettant en évidence** de façon incontestable à travers nos statistiques **l'efficacité de nos méthodes**.

Celles-ci étaient particulièrement adaptées au traitement **des invalides de l'édentation** dont ceux, habituellement négligés, qui sont dépourvus de support stable aux niveaux des régions postérieures directement liées au concept de **stabilité occlusale** indispensable à la pérennité des fonctions articulaires.

Alors que **en cas de résorption grave de l'os alvéolaire**, les techniques remises à l'ordre du jour s'occupaient essentiellement de rétablir un ancrage antérieur **à la mandibule**, seule justification réelle de l'emploi des vis **à cet endroit**, les tentatives d'utiliser cette technique au maxillaire s'avérèrent désastreuses.

Les succès rencontrés chez nous grâce à l'utilisation rationnelle des anciens procédés et l'intérêt témoigné par de plus en plus de praticiens pour nos cours, ne pouvaient laisser indifférentes les instances académiques d'autant que **les statistiques à long terme**, issues des travaux plus récents visant à remettre en cause et remplacer les méthodes traditionnelles , **brillaient par leur absence** replaçant les patients encore édentés, dont ceux parmi les plus handicapés, dans des situations **identiques** ou presque à celles existant il y a 20 ans.

Ne voit on pas ainsi dans la publicité de certains cours d'aujourd'hui la présentation comme innovation... de solutions que nous utilisions déjà dans ce lointain passé.

- Par exemple : la pose d'une barre d'Ackerman sur deux implants -

L'enseignement para et post universitaire que nous avons ainsi organisé avec succès dans notre école **jusqu'en 1996** a été battu en brèche en Belgique par les instances académiques avec l'appui de concurrents privilégiés suite à l'introduction du système d'accréditation créant des discriminations contre lesquelles nous nous sommes insurgés auprès du Conseil d'Etat **pour finalement obtenir gain de cause** (Arrêt du 7 novembre 2001 ).

Néanmoins les effets pervers du système ont diminué l'engouement des jeunes praticiens à fréquenter notre enseignement soumis à une concurrence particulièrement déloyale.

Malgré les difficultés, et grâce à la participation directe et régulière à nos frais de nos fidèles associés nous avons néanmoins poursuivi jusqu'à ce jour la publication de notre programme de cours diffusé sur internet par l'intermédiaire de notre site :

<http://implant.be/>

Nous ne renouvellerons pas ici l'exposé concernant le bilan de nos activités qui a fait l'objet d'une publication récente et qui met en évidence la diversité des actions entreprises et réalisées sans interruption **depuis 1975**, il y a 30 ans

Celles-ci étaient battue en brèche par les nouveaux implantologistes sensibilisés par les travaux du professeur suédois BRÅNEMARK, champion des techniques dites d'ostéo-intégration imposant à **l'époque** inconditionnellement au départ de toute réalisation la mise en nourrice des implants préalablement à leur mise en charge.

Il aura fallu près de 20 ans à ce pourfendeur des anciennes techniques pour changer d'optique et reconnaître implicitement ses erreurs.

Pour rappel notre position en la matière et qui a été d'application depuis le début de nos activités a été décrite en 1997 cf. article paru dans le monde dentaire reproduit ci-dessous.

## ***MISE EN CHARGE IMMEDIATE - Les critères de succès***

---

*Prof. Docteur R.STREEL – Ecole Liégeoise d'Occlusodontologie et de Prothèse Implantaire*

### *Avant propos*

Contrairement à ce que d'aucuns prétendent, nous utilisons depuis le début de nos activités implantaires (25 années) c'est à dire **longtemps avant** la volte face du système Brånemark, la procédure actuelle proposée en 1998 comme une nouveauté,

### **la mise en charge immédiate des implants.**

Ci dessous un article réalisé à ce sujet en 1997 et publié dans "Monde Dentaire " n° 86 pour expliquer les résultats obtenus après analyse du comportement de l'os pendant la période de cicatrisation.

oooooooooooooooooooooooooooo

Depuis les études réalisées par l'équipe du Professeur BRÅNEMARK sur l'ostéo-intégration des implants cylindro-coniques, une option prioritaire a vu le jour " la mise en nourrice préalable des implants " dans un site protégé de l'extérieur par un recouvrement muqueux.

En fonction de la qualité de l'os, la durée de cette période d'attente doit varier de 4 à 8 mois, la stabilisation au niveau de l'os mandibulaire étant assurée dans les meilleurs délais.

Les implants vis ou tubulaires cylindro-coniques ne possédant pas une structure rétentive suffisante pour être stabilisés d'emblée, à défaut d'existence de piliers extérieurs rigides la mise en nourrice s'avèrera ainsi indispensable pour obtenir l'ostéo-intégration du matériau.

En effet, ce processus implique **l'immobilisation absolue de l'implant.**

L'importance de cette période de cicatrisation en dehors de toute contrainte occlusale est remise en question par certains dans le souhait des implantés de voir reporté à une date la plus proche l'appareillage définitif.

Pour autant que l'impact du traumatisme soit réduit au strict minimum ce qui implique la précision des forages ou des tranchées et l'absence d'échauffement, le processus de reconstruction de l'os se fera sur une période globale minimum de 14 semaines.

### **Analyse de cette période :**

La cicatrisation de l'os après agression de l'acte chirurgical proprement dit va se dérouler en plusieurs phases:

- a) une phase de réaction
- b) une phase de reconstruction et de remodelage

1) **phase réactionnelle:** les ostéoclastes " font le ménage "

Ce travail s'effectue pendant une période variant de 3 à 5 semaines en fonction de la structure propre à chaque type d'implant.

Pendant cette période d'immobilisation relative ou d'instabilité primaire telle la décrit CHERCHEVE en 1950, l'implant n'est pas fixé dans l'os mais attend d'y être intégré.

Pour autant que son profil le permette il acceptera sans inconvénient majeur d'être manipulé lors des séances prévues pour le raccordement aux suprastructures à condition que ces manipulations soient achevées AVANT le début de la période de remodelage où l'implant devra être **impérativement immobilisé**, condition sine qua non pour en assurer son ostéo-intégration et sa stabilité à long terme.

2) **phase de reconstruction et de remodelage :**

Succédant d'emblée à la précédente cette phase va permettre l'incorporation parfaite de l'implant à l'os environnant **qu'il soit déjà appareillé ou non.**

Ce qui explique les résultats spectaculaires enregistrés avec les implants lames et tridimensionnels insérés il y a plus de vingt ans où on peut constater des preuves évidentes de remodelage et d'ostéo-intégration à une époque où la technique de mise en nourrice préalable n'était pas encore préconisée.

*D'ou l'intérêt d'utiliser des implants de grande dimension tel les implants dits en extension dont la surface rétentive correspond à une zone d'édentation de plusieurs dents .*

*Le système S.T.S. que nous développons depuis le début de nos activités spécifiques se compose ainsi de 4 modèles destinés à l'ancrage ENDO OSSEUX adaptés à la morphologie de l'os résiduel à savoir :*

- *des implants dits TRIDIMENSIONNELS depuis 1976*
- *des implants LAMES (\*) depuis 1978*
- *des implants TRAMUS (\*) depuis 1981*
- *des structures TUBULAIRES cylindro-coniques en forme de racines depuis 1986*

*(\*) Ces implants utilisant un site d'ancrage idéal au niveau de l'angle mandibulaire antérieur intéressant les régions para et rétro alvéolaires (« région du TRAMUS ») permettent d'assurer d'emblée le calage occlusal et la stabilité au niveau mandibulaire postérieur en évitant l'égression des structures antagonistes.*

*Ce programme original permet ainsi de réserver à chaque type d'implant une utilisation précise en éliminant les échecs provoqués par l'emploi de formes inadéquates dans des cas limites.*

## **RESUME - SYNTHÈSE**

*Les implants dentaires en TITANE ont ainsi fait l'objet d'études et d'expérimentation depuis les années 50; le suédois BRÅNEMARK a démontré leur parfaite ostéo-intégration en utilisant des structures cylindro-coniques insérées avec grande précision et préalablement mises en nourrice, à savoir laissées en place à l'intérieur de l'os pendant une période suffisante dépendant de la structure de l'os concerné .*

*Compte tenu de l'encombrement de ce type d'implant qui implique l'existence d'une quantité d'os suffisante, il est impossible de traiter par ce système tous les cas d'édentation et entre autres les édentements postérieurs anciens ce qui limite leur utilisation à  $\pm 50$  % des cas d'édentations (cf. statistiques).*

*En sélectionnant et en améliorant d'autres structures mieux adaptées à l'os résiduel, l'ECOLE LIEGEOISE d'OCCLUSODONTOLOGIE et de PROTHESE IMPLANTAIRE fondée en 1983 suite à une étude clinique et statistique de plus de 20 ans a mis en évidence que l'ostéo-intégration pouvait également être obtenue avec d'autres formes moyennant certaines conditions dont l'immobilisation impérative pendant la période de cicatrisation lorsque l'implant était d'emblée relié à des structures complémentaires rigides .*

*Le revirement d'attitude de l'Ecole de Göteborg prouve que nous avons raison*

*Les statistiques mises en évidence par l'étude de l'ensemble de ces formes qui bénéficient de systèmes de stabilisation assurant une meilleure répartition des charges en réduisant le nombre d'implants, ce qui permet de restaurer le fonctionnement harmonieux des articulations temporo-mandibulaires, rejoignent celles de l'Ecole de GÖTEBORG donnant la préférence aux implantations des zones antérieures.*

## EVOLUTION DE LA SITUATION

Ayant obtenu la collaboration de certaines sociétés attirées au sein des instances officielles par les avantages octroyés à ceux qui acceptaient sans réticence la limitation de leurs activités et suite à la sélection des « bien pensant » au sein du nouveau système, les structures académiques traditionnelles reprennent les choses en main.

Rappelons ainsi les tentatives visant à **créer des sous spécialités** réservées à quelques uns et les remboursements privilégiés accordés à certains praticiens exerçant dans des endroits sélectionnés en concurrence directe avec les praticiens « généralistes » qui, comme en médecine conservent le droit de tout faire mais sont progressivement privés des moyens modernes pour y arriver, pénalisés par le refus d'accès à certains remboursements. ( cf implants remboursés en milieu hospitalier aux seuls praticiens qui y sont admis et font partie du staff, faveur accordée **à la seule discrétion autoritaire de la direction de la clinique** ).

De la même façon qu'ont réagi certains groupes d'orthodontistes, brimés dans leurs activités par des conditions d'accès à la spécialité, draconiennes et inaccessibles aux praticiens de l'extérieur, la SBCIO est également intervenue pour neutraliser les projets visant à organiser officiellement la spécialisation en PARODONTOLOGIE en concurrence directe avec la dentisterie générale, les prestations courantes pouvant néanmoins et « exceptionnellement » être accessibles aux nouveaux élus interdits de clientèle privée pendant les trois années consacrées à leur nouvelle formation.

Nous suivons de près l'évolution de la situation, les plaintes faisant l'objet de recours étant toujours pendantes au Conseil d'Etat.

Signalons que les tentatives pour morceler la dentisterie n'ont été que très timidement dénoncées par les chambres syndicales apparemment uniquement préoccupées à défendre le rendement des soins courants progressivement limités à la portion congrue, **la disparition progressive des prestations de chirurgie orale** de la nomenclature accessible aux licenciés témoignant de la volonté des praticiens « spécialistes » de limiter l'accès à certaines prestations élaborées aux praticiens NON spécialisés.

Toute **formation complémentaire d'envergure leur étant interdite** en dehors des séances d'information **de courte durée** rendues attractives par des incitations pécuniaires intéressantes, les programmes sélectionnés par les commissions officielles se bornaient en fait à mettre en évidence l'activité particulière de certains conférenciers y trouvant une publicité opportune.

Il résulte de ces considérations développées au hasard que nous devons nous rendre compte que les temps ont changé et que **rare**s sont maintenant les

praticiens devenus généralistes « à part entière » qui sont encore sensibilisés par un quelconque intérêt à compléter leur formation par leur participation à **des cours de formation approfondie** destinés à augmenter leurs moyens thérapeutiques, tout ayant été imaginé en haut lieu pour décourager les plus motivés.

Il faut reconnaître que les aménagements apportés à la nomenclature des soins courants ont été de nature à encourager les patients et surtout les jeunes à s'occuper sérieusement de l'état de leur denture reculant un tant soit peu le moment de réaliser des prothèses élaborées .

Heureusement aussi que disparaissent progressivement du marché les extracteurs impénitents responsables des dégradations spectaculaires des mâchoires à l'origine des situations catastrophiques impliquant des traitements spéciaux non dépourvus de risques **mettant anormalement en cause** des praticiens uniquement préoccupés à permettre aux patients handicapés, souvent négligents ou naïfs au départ, de recouvrer le confort et la stabilité occluso-fonctionnelle.

Faut il regretter qu'il persiste encore, compte **tenu de l'absence de tutelle déontologique**, quelques praticiens véreux et opportunistes, parfois soutenus en haut lieu, profitant des difficultés observées **en fin de parcours dans des traitements difficiles**, qui exploitent à leur profit des situations désespérées pour critiquer les résultats obtenus dans les cas graves par les anciens, étant cependant le plus souvent incapables d'y porter remède, leurs initiatives intempestives ayant comme conséquences de provoquer chez ces invalides de l'édentation des situations désespérées aggravées par des problèmes psychologiques graves compromettant leur avenir fonctionnel à court et à long terme.

## **En conclusion :**

Les résultats obtenus par ces différentes initiatives que nous avons portées sur les fonds baptismaux ont porté leurs fruits en leur temps.

Citons entre autres, dans le prolongement de l'action internationale engagée par l'EUCID, **la mise en chantier d'un annuaire** permettant de regrouper les praticiens sensibilisés par le souhait d'obtenir une formation complémentaire et grâce à la participation active et exceptionnelle de notre plus fidèle supporter et ami le Professeur SAIAGARAY et l'aide des professeurs COMMISSIONAT, QUINET et ROMEROWSKI , **la création d'un JURY EUROPEEN** indépendant, opération qui a surtout séduit les implantologistes espagnols.

L'idée d'un regroupement sur le plan EUROPEEN a ainsi fait son chemin et nous avons vu se créer dans le même esprit ou presque des structures du même genre bénéficiant de moyens plus importants.

. En effet, s'il devient ainsi nécessaire de rationaliser nos moyens d'action sur le plan international, il demeure indispensable de maintenir et d'amplifier les possibilités des sociétés NATIONALES, telle la S.B.C.I.O. en Belgique (°) et la S.E.I. en Espagne **dans un souci d'indépendance vis à vis du pouvoir en place**, ces

structures étant les seules susceptibles de permettre, dans la conjoncture actuelle une opposition constructive et structurée aux visées expansionnistes de nos adversaires.

Dans l'espoir que l'année qui s'approche à grands pas vous apportera à vous et à vos proches tout ce qui vous désirez pour vous épanouir, veuillez agréer chère consoeur, cher confrères nos salutations les meilleures et l'expression réitérée de notre entier dévouement

Dr R. STREEL  
Président

P.S. A ceux qui désirent compléter leur information sur les travaux réalisés en 30 ans, veuillez en consulter la liste reprise dans le numéro du Monde Dentaire n° 127 (novembre 2004) ou en demander une copie au Secrétariat.