

L'Articulé

Journal de la Société Dentaire de Québec



SOCIÉTÉ
DENTAIRE DE
QUÉBEC

Depuis 1924

Sommaire

Août 2020

02 Mot du président
par D^r Simon Lafrenière

03 La connexion sinus et endo : un interrelation importante!
par D^{re} Marie Gosselin

08 Résidence en orthodontie
par D^{re} Laurie St-Pierre

10 Cotation
annuelle

12 Calendrier
scientifique



3291, chemin Sainte-Foy, bureau 252
Québec (Québec) G1X 3V2
Téléphone 418 656-6060
Courriel info@sdq.ca
Site internet sdq.ca

Pour rejoindre le bureau de la Société Dentaire de Québec, vous pouvez contacter Mme Anna Bilodeau tous les jeudis, entre 9h et 12h.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président
D^r SIMON LAFRENIÈRE

Présidente sortante
D^{re} KATIA SAVIGNAC

Trésorerie
D^{re} ANNE-SOPHIE VILLENEUVE

Secrétaire
D^{re} ANNE-SOPHIE VILLENEUVE

Activités scientifiques
D^r JEAN-PHILIPPE DION
D^r JULIEN MARCEAU
D^r PHILIPPE GIRARD

Activités sociales
D^r BENOIT SIMARD
D^{re} MÉLINDA PARIS

Bulletin
D^{re} KATIA SAVIGNAC
D^{re} MÉLINDA PARIS
D^{re} ISABELLE ST-PIERRE
D^{re} MARIE-ROSE GAGNON BEAUMONT

Comités technologies
D^r SERGE-ALEXANDRE BELLAVANCE
D^r SIMON LAFRENIÈRE
D^r JEAN-PHILIPPE DION
D^r PHILIPPE GIRARD
D^{re} MARIE-ROSE GAGNON BEAUMONT

Secrétaire administrative
ANNA BILODEAU

CHERS COLLÈGUES

Une nouvelle année débute pour la Société Dentaire de Québec! Nous sommes très emballés de pouvoir vous retrouver pour participer aux activités scientifiques et sociales de votre Société Dentaire!

Les derniers mois nous ont amenés à redéfinir le format des conférences. Nous sommes donc très heureux de vous offrir les conférences de l'automne entièrement sous format webinaire, dans le confort de votre meilleur fauteuil !

Comme la SDQ a également une vocation sociale, nous travaillons actuellement à offrir certaines conférences à l'hôtel Plaza, et ce à partir de janvier prochain, afin de pouvoir échanger entre collègues. Évidemment, nous suivons de très près les directives gouvernementales afin de vous proposer la meilleure expérience de formation continue possible.

Cette année, vous pourrez en apprendre davantage sur un éventail de sujets puisque nous offrons une conférence de plus afin de pallier à l'annulation des dernières conférences de mars et avril dernier. Les disciplines qui seront discutées lors des conférences sont l'orthodontie, la chirurgie buccale et maxillo-faciale, la parodontie (dont un atelier pratique sur les sutures), l'implantologie, la prosthodontie et la pharmacologie. De plus, nous vous offrons deux conférences complémentaires sur le sujet de la communication, l'une en novembre et la seconde en janvier, qui plairont à vous et toute votre équipe!

En terminant, j'espère sincèrement que vous êtes tous en santé ainsi que vos proches et vos équipes!

Nous avons bien hâte de vous retrouver pour cette nouvelle année!

Cordialement,



D^r Simon Lafrenière
PRÉSIDENT, SOCIÉTÉ DENTAIRE DE QUÉBEC

LA CONNEXION SINUS ET ENDO : UNE INTERRELATION IMPORTANTE!

par **D^{re} Marie Gosselin**
ENDODONTISTE

Saviez-vous que chez un adulte typique, la distance qui sépare les racines et la muqueuse sinusale est de moins d'un millimètre? Et lorsque nous sommes en présence d'un sinus pneumatisé, il arrive fréquemment qu'il n'y ait pas de corticale osseuse et que l'apex des racines soit en contact direct avec la muqueuse sinusale⁽¹⁾⁽²⁾. Avec une telle proximité, il est fréquent qu'une infection dentaire mène à une infection du sinus. Pour éviter que cela entraîne des complications et des interventions médicales inutiles, nous sommes, comme professionnels dentaires, les mieux placés afin d'identifier ces dents potentiellement problématiques⁽³⁾⁽⁴⁾.

PRÉVALENCE ET DÉTECTION

Cette condition, une sinusite maxillaire d'origine dentaire (*maxillary sinusitis of dental origin, MSDO*) est bien documentée dans la littérature⁽⁵⁾. Une inflammation de la muqueuse sinusale (mucosite sinusale) est notée dans 60-80% des infections originant des dents postérieures supérieures. Il a souvent été cité dans la littérature que l'incidence des MSDO⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾ serait d'environ 10-12% des cas, mais la source première de cette citation n'a pas de valeur épidémiologique pour supporter cette affirmation. Une étude plus récente par Melen et al.⁽¹¹⁾ auprès de 198 patients et 244 cas de sinusites maxillaires bactériennes chroniques a trouvé une étiologie dentaire dans 40,6% des cas. Et dans les études subséquentes, le pourcentage grimpe à 72% lorsqu'il s'agit de cas chroniques, plus particulièrement unilatéraux⁽¹²⁾. Malgré sa prévalence élevée, la sinusite odontogénique est souvent confondue avec une sinusite sinogène (originant du sinus) et n'est souvent pas diagnostiquée par le dentiste, le radiologiste ou l'ORL et les traitements prodigués ne sont pas adéquats. Si la cause dentaire n'est pas éliminée, la condition va persister malgré les antibiotiques, les corticostéroïdes et les chirurgies sinusales. Il existe encore la notion, plus particulièrement dans la communauté médicale, que si une dent a déjà un traitement de canal, alors elle ne peut être la source d'une infection au sinus ou encore la notion que les antibiotiques devraient éradiquer une infection, qu'elle soit dentaire ou sinusale.

Des études ont démontré qu'un examen dentaire régulier avec la prise de radiographies périapicales ne permet pas de mettre en évidence une MSDO dans 86% des situations⁽¹³⁾. Cela est dû au fait qu'avec ce type d'imagerie, il y a superposition de plusieurs structures, rendant le sinus plus difficile à visualiser. De plus, la radiographie périapicale ne permet pas de mettre en évidence les changements au niveau des tissus mous et donc la réaction de la muqueuse sinusale n'est pas visible.

PRÉSENTATION ET DÉFINITIONS

Dans la littérature, le terme MSDO réfère à plusieurs étiologies dentaires, incluant les maladies parodontales, les pathologies endodontiques, les racines fracturées, les implants dentaires, les extractions dentaires, les fistules oro-antrales et autres causes iatrogéniques telles que des corps étrangers ou l'extrusion de matériaux dentaires. Dans cet article, le focus sera fait sur la sinusite maxillaire d'origine endodontique (MSEO), puisque la pathogénèse et les modalités de traitement diffèrent largement avec ce type de sinusite.

Une infection endodontique peut causer seulement une inflammation minimale, localisée, du périoste et/ou de la muqueuse sinusale au niveau du plancher du sinus pendant des mois ou des années⁽¹⁴⁾. Par contre, une muqueuse inflammée par un processus pathologique est moins résistante qu'une muqueuse saine⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾ et constitue un facteur dans la progression vers une rhinosinusite. Dépendamment de la pathologie dentaire, des facteurs anatomiques, de l'étendue de l'œdème de la muqueuse sinusale, de l'ouverture de l'ostium, l'infection peut progresser au-delà du plancher du sinus et causer une obstruction partielle ou complète du sinus avec des symptômes et une présentation semblable à une sinusite sinogène bactérienne. Si la condition progresse, dans certains cas rares, elle peut mener à une cellulite orbitaire, de la cécité, une méningite, des abcès au cerveau, des conditions qui mettent la vie du patient en danger⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

Typiquement, une pathologie endodontique se manifeste par un épaississement du ligament parodontal ou par une zone radiotranslucide localisée au périapex. L'apparence radiologique d'une pathologie endodontique au niveau du sinus est par contre différente. Deux changements uniques associés à une inflammation périradiculaire du mucopérioste sinusal seront alors notés : une ostéite réactionnelle périapicale et une mucosite périapicale⁽²²⁾.

Ostéite réactionnelle périapicale (traduction libre de l'anglais : périapical osteoperiostitis) : Déplacement de la corticale à la base du plancher du sinus en direction supérieure, créant un dôme osseux au-dessus de la parodontite apicale⁽²³⁾. Il s'agit d'une ostéogénèse réactive au niveau du périoste sinusal. Ce type de lésion peut être symptomatique ou non et mener à différents niveaux d'œdème de la muqueuse sinusale, particulièrement s'il y a perforation du périoste et des tissus osseux⁽²⁴⁾ (Fig. 1 et 2).



Fig 1: Anatomie saine et progression d'une ostéite sinusale réactionnelle secondaire à une parodontite apicale. Images du Dr RW Tataryn, EndoOn demand AAE.



Fig 2: Mucosite périapicale. Images du Dr RW Tataryn, EndoOn demand AAE.

04

Mucosite périapicale (mucosite sinusale réactionnelle) : De manière caractéristique, une parodontite apicale symptomatique ou asymptomatique va produire un œdème localisé de la muqueuse sinusale qui est appelé mucosite périapicale. Au lieu d'être une expansion de l'os, c'est la muqueuse sinusale qui s'épaissit au-dessus des apex d'une dent inflammée ou infectée, causant ainsi un dôme de tissus mous qui est visualisé au moyen d'une tomographie volumétrique à faisceau conique (TVFC). Cette forme de mucosite peut être présente même si les racines de la dent ne sont pas en contact direct avec la muqueuse sinusale et même s'il n'y a pas apparence de parodontite apicale, car les médiateurs de l'inflammation peuvent circuler à travers les trabécules osseuses, les vaisseaux sanguins et lymphatiques (Fig. 3).

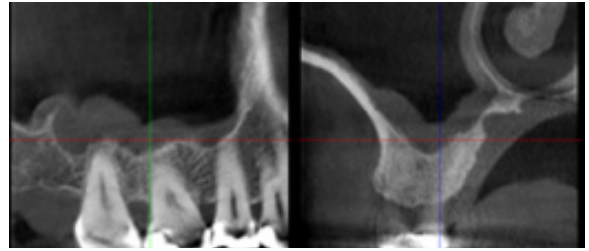


Fig 3 : Mucosite périapicale causée par la nécrose de la dent #17.

En endodontie, la mucosite sinusale est très fréquemment notée et est bien souvent le seul signe radiologique d'une pathologie endodontique débutante. Lorsqu'elle est présente uniquement en forme de dôme au-dessus des apex d'une dent, une cause endodontique doit être suspectée. Puisqu'un diagnostic endodontique ne doit jamais être fait sur la base seule d'un examen radiologique, il est alors très important de corroborer les découvertes radiologiques avec un bon examen clinique où tous les tests endodontiques sont réalisés minutieusement. Il faut demeurer très conscient que la mucosite périapicale peut avoir une apparence similaire à un kyste de rétention muqueux, à des polypes sinusaux, à une mucosite sinusale causée par une maladie parodontale ou tout simplement être associée à une inflammation de la muqueuse sinusale par des allergies ou autres conditions inflammatoires.

DIAGNOSTIC ET EXAMEN RADIOLOGIQUE

Le diagnostic d'une MSEO peut être difficile, car les symptômes typiques d'une problématique endodontique sont généralement absents. Les dents sont généralement nécrosées ou traitées endodontiquement, alors elles ne seront pas sensibles aux changements thermiques, mais présenteront une absence de réponse au froid (Endolce). Elles ne sont généralement pas sensibles à la percussion ou la palpation, car l'infection draine vers le sinus, éliminant par le fait même la pression sur la dent. Pour cette même raison, elles ne présentent généralement pas de fistule ou d'enflure intra-orale.

Les symptômes seront davantage ceux d'une sinusite : congestion, rhinorrhée, écoulement retro-pharyngé, douleur et pression faciale, odorat altéré, mauvaise odeur⁽²⁵⁾. Cette présentation amène les patients à consulter davantage leur médecin de famille que leur dentiste. Ainsi, comme le diagnostic d'une sinusite est souvent fait sur une base clinique, celui-ci pourrait être erroné. Aux États-Unis, 5% des gens consultent leur médecin chaque année pour une problématique sinusale et plus de 20% de tous les antibiotiques prescrits le sont pour des sinusites. Lorsque vous avez un patient qui se plaint d'une sinusite récurrente, plus particulièrement unilatérale, des tests endodontiques devraient être effectués au niveau des dents non traitées endodontiquement afin de détecter une dent nécrosée et une tomographie devrait être considérée pour les dents traitées endodontiquement. Lors d'un examen de routine, une attention particulière doit être portée aux dents traitées endodontiquement dont l'obturation ne serait pas optimale, celles présentant de l'infiltration sous-marginale ou pouvant présenter des canaux non traités.



L'anatomie complexe des molaires supérieures et des structures environnantes entraîne une interprétation difficile d'une radiographie périapicale pour une problématique endodontique. Dans une étude par Low et al., il a été démontré que la TVFC révélait 34% plus de lésions périapicales qu'une radiographie périapicale, avec une différence significative dans la détection de ces lésions vers le sinus, la visualisation d'un épaissement de la muqueuse sinusale et la détection de canaux non traités endodontiquement⁽²⁶⁾. Les changements au niveau de la muqueuse sinusale causés par une infection dentaire avaient une prévalence de 77% comparativement à une détection à 19% avec la radiographie conventionnelle. Il est important de noter que les changements sinusaux notés au niveau de la TVFC d'une dent infectée sont de nature chronique, alors la présence de bulles à la TVFC, signes d'une infection aiguë, n'est pas compatible avec une infection dentaire et suggère davantage une infection propre au sinus (Fig. 4).

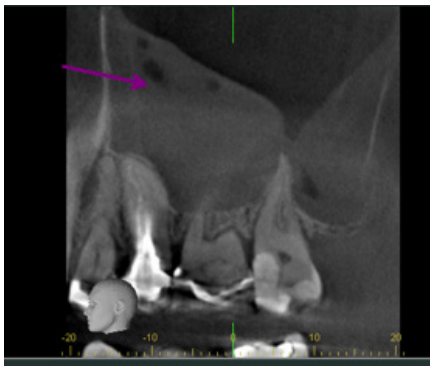


Fig. 4 : Infection aiguë qui n'est pas d'origine endodontique.

TRAITEMENT D'UNE SINUSITE D'ORIGINE ENDODONTIQUE (MSEO)

Comme pour toute infection d'origine endodontique, les objectifs du traitement consistent à éliminer les micro-organismes, leurs toxines et les tissus nécrosés responsables de la pathologie. Les modalités de traitement sont le traitement endodontique conventionnel, le retraitement, la chirurgie apicale, la réimplantation intentionnelle ou l'extraction de la dent selon le portrait clinique. Les étapes de la mise en forme et de la désinfection suivies d'un scellement tri-dimensionnel de tous les canaux sont essentielles au succès de l'intervention. Il n'y a pas de nécessité d'effectuer des étapes supplémentaires au traitement qui serait normalement recommandé, mais une bonne visualisation de l'anatomie de la dent et des canaux avec un microscope et une TVFC facilite la navigation de ce système canalaire complexe, puisque les molaires maxillaires ont généralement l'anatomie la plus complexe de toutes les dents et la gestion du canal MB2 est une des causes les plus fréquentes d'échec endodontique⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾. La prescription d'antibiotiques n'est pas recommandée pour la plupart des cas. Leur utilisation devrait être réservée aux patients immunocompromis, à ceux qui présentent une cellulite faciale ou des manifestations systémiques de l'infection. Le site de l'AAE (American Association of Endodontists, www.aae.org a une publication récente à cet effet accessible à tous).

En cette période de COVID où la prescription d'antibiotiques a augmentée, nous avons tous un effort à faire afin de réduire le nombre de prescription effectuée à chaque année.

Un examen de suivi radiologique au moyen d'une TVFC à 3 et à 6 mois est recommandé afin de s'assurer que⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³³⁾ de la résolution de la problématique sinusale (Fig. 5 et 6). La littérature nous montre que plusieurs cas ont une résolution complète suite au traitement endodontique. Lorsqu'une problématique endodontique est présente, l'élimination de cette source d'infection constitue la première étape d'une démarche multidisciplinaire⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾. Évidemment, une belle collaboration entre le dentiste, l'endodontiste, le médecin traitant et l'ORL est la clé afin d'obtenir les meilleurs résultats pour le patient.

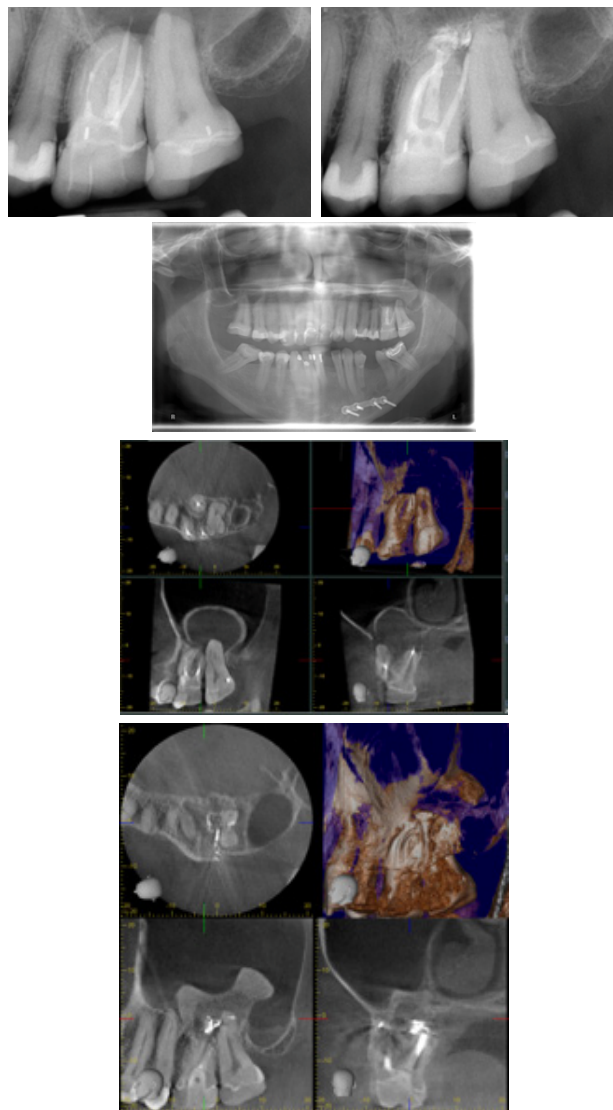


Fig 5 : Ostéite réactionnelle sinusale sans perforation et sans mucosité sinusale causée par une persistance de l'infection au niveau de la dent #26. Dent #27 est vitale. Guérison de la lésion apicale lors du contrôle 2 ans après le traitement endodontique, apposition osseuse s'est faite et a suivi la décompression de la lésion.



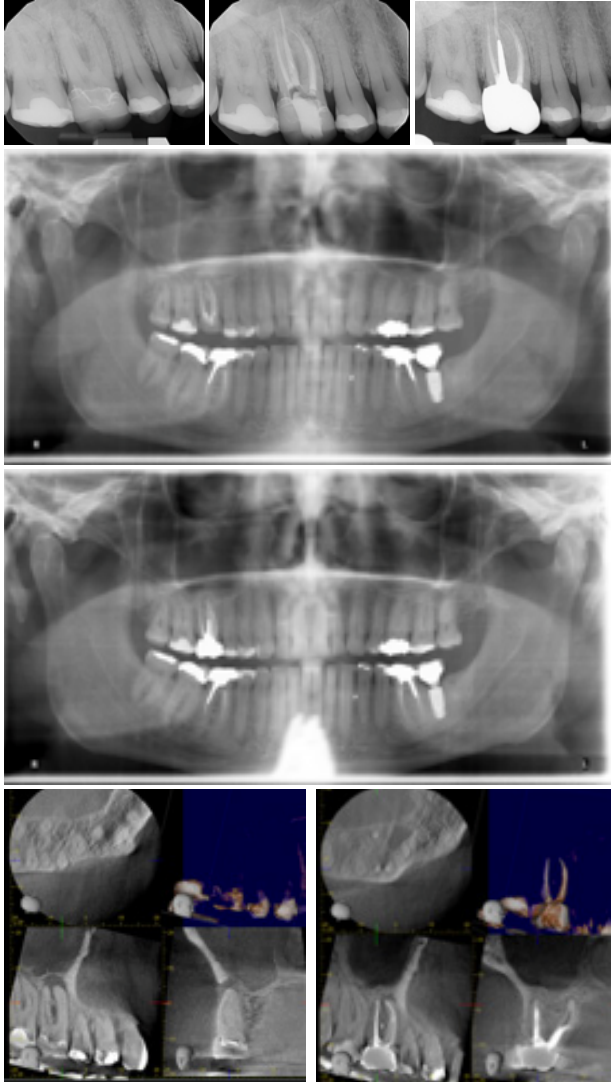


Fig. 6 : Perforation du plancher du sinus par l'infection de la dent #16, opacification complète du sinus maxillaire droit même visible à la radiographie panoramique, résolution de la problématique sinusale au contrôle de 7 mois.

par D^{re} Marie Gosselin
ENDODONTISTE

RÉFÉRENCES

1. **Tataryn, Dr. Roderick W.** aae.org/colleagues. www.aae.org. [Online] Fall 2018.
2. **Roderick W. Tataryn, Chair.** AAE Position Statement – Maxillary Sinusitis of Endodontic Origin . aae.org. [Online] 2018.
3. **A computed tomographic study of the distances between the maxillary sinus floor and the apices of the.** **Eberhardt JA, Torabinejad M, Christiansen EL.** 1992, Oral Surg Oral Med Oral Pathol, pp. 73:345-6.
4. **An analysis of the proximity of maxillary posterior teeth to the maxillary sinus using cone-beam computed tomography.** **Tian XM, Qian L, Xin XZ, et al.** 2016, J Endod, pp. 42:371-7.
5. **Maxillary sinusitis of dental origin.** **WH, Bauer.** 1943, Am J Orthod Oral Surg, pp. 29:133-51.
6. **Maxillary sinusitis of odontogenic.** **Maloney PL, Doku HC.** 1968, J Can Dent Assoc, pp. 34:591-603.
7. **Rhinosinusitis: Review from a dental perspective.** **Kretzschmar DP, Kretzschmar JL.** 2003, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, pp. 96:128-35.
8. **Maxillary sinus disease of odontogenic origin.** **Mehra P, Murad H.** 2004, Otolaryngol Clin North Am, pp. 37:347-64.
9. **Evaluation of odontogenic maxillary sinusitis using cone-beam computed tomography: three case reports.** **Cymerman JJ, Cymerman DH, O'Dwyer RS.** 2011, J Endod, pp. 37:1465-9.
10. **Adult rhinosinusitis defined.** **Lanza DC, Kennedy DW.** 1997, Otolaryngol Head Neck Surg , pp. 117:1-7.
11. **Chronic maxillary sinusitis. Definition, diagnosis and relation to dental infections and nasal polyposis.** **Melen I, Lindahl L, Andreasson L, Rundcrantz H.** 1986, Acta Otolaryngol , pp. 101:320-7.
12. **Association between odontogenic infections and unilateral sinus opacification.** **Matsumoto Y, Ikeda T, Yokoi H, et al.** 2015, Auris Nasus Larynx , pp. 42:288-93.
13. **Clinical aspects of odontogenic maxillary sinusitis: a case series.** **Longhini AB, Ferguson BJ.** 2011, Int Forum Allergy Rhinol, pp. 1:409-15.
14. **P. Sinusitis of odontogenic origin: pathophysiological implications of early treatment.** **Legert KG, Zimmerman M, Stierna P.** 2004, Acta Otolaryngol, pp. 124:655-63.
15. **Chronic maxillary sinusitis. Differential diagnosis and genesis.** **Lindahl L, Melen I, Ekedahl C, Holm SE.** 1982, Acta Otolaryngol, pp. 93:147-50.
16. **Microbiological spectrum of causative agents of rhinogenic and odontogenic chronic sinusitis and mucociliary activity of mucosal epithelium in the nasal cavity.** **Kondrashev PA, Lodochkina OE, Opryshko ON.** 2010, Vestn Otorinolaringol, pp. 4:45-7.
17. **Spread of odontogenic infection originating in the maxillary teeth: computerized tomographic assessment.** **Obayashi, N., Arijii, Y., Goto, M. et al.** 2004, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod , pp. 98:223-31.
18. **Purulent pansinusitis, orbital cellulitis and rhinogenic intracranial complications.** **Eufinger H, Machtens E.** 2001, J Cranio Maxillofac Surg, pp. 29:111-7.
19. **Complications of sinusitis.** **Wagenmann M, Naclerio RM.** 1992, J Allergy Clin Immunol, pp. 90:552-4.
20. **Pansinusitis, orbital cellulitis, and blindness as sequelae of delayed treatment of dental abscess.** **Gold RS, Sager E.** 1974, J Oral Surg, pp. 32:40-3.
21. **A case of odontogenic orbital cellulitis causing blindness and severe tension orbit.** **Park CH, Jee DH, La TY.** 2013, J Korean Med Sci, pp. 28:340-3.
22. **Radiographic interpretation of antral mucosal changes due to localized dental infection.** **Worth HM, Stoneman DW.** 1972, J Can Dent Assoc, pp. 38:111-6.
23. — **Worth HM, Stoneman DW.** 1972, J Can Dent Assoc, pp. 38:111-6.
24. **RW., Tataryn.** Rhinosinusitis and endodontic disease. [book auth.] Bakland LK, Baumgartner JC (eds). Ingle JI. *Ingle's Endodontics*, ed 6. Hamilton, ON: BC Decker . : s.n., pp. 626-37.
25. **RW., Tataryn.** Rhinosinusitis and endodontic disease. [book auth.] Bakland LK, Baumgartner JC (eds). Ingle JI. *Ingle's Endodontics*, ed 6. Hamilton, ON: BC Decker. : s.n., pp. 626-37.
26. **Comparison of periapical radiography and limited cone-beam tomography in posterior maxillary teeth referred for apical surgery.** **Low, K.M., Dula, K., Burgin, W., and von Arx, T.** 2008, J Endod, pp. 34:557-62.
27. **A 5 yr clinical investigation of second mesiobuccal canals in endodontically treated and retreated maxillary molars.** **Wolcott J, Ishley D, Kennedy W, et al.** 2005, J Endod, pp. 31:262-4.
28. **Root and root canal morphology of the human permanent maxillary first molar: a literature review.** **Cleghorn BM, Christie WH, Dong CC.** 2006, J Endod, pp. 32:813-21.
29. **A micro CT study of the mesiobuccal root canal morphology of the maxillary first molar tooth.** **Verma P, Love RM.** 2011, Int Endod J, pp. 44:210-7.
30. **Dimension, anatomy and morphology of the mesiobuccal root canal system in maxillary molars.** **Degerness RA, Bowles WR.** 2010, J Endod, pp. 36:985-9.
31. **Aperture width of the osteomeatal complex as a predictor of successful treatment of odontogenic maxillary sinusitis.** **Tomomatsu N, Uzawa N, Aragaki T, Harada K.** 2014, Int J Oral Maxillofac Surg , pp. 1386-90.
32. **Resolution of maxillary sinus mucositis after endodontic treatment of maxillary teeth with apical periodontitis: A cone-beam computed tomographic pilot study.** **Nurbakhsh B, Friedman S, Kulkarni GV, et al.** 2011, J Endod, pp. 37:1504-11.
33. **Odontogenic maxillary sinusitis: a review.** **Simuntis R, Kubilius R, Vaitkus S.** 2014, Stomatologija, pp. 16:39-43.
34. **Redefining boundaries in odontogenic sinusitis: a retrospective evaluation of extramaxillary involvement in 315 patients.** **Saibene AM, Pipolo GC, Lozza P, et al.** 2014, Int Forum Allergy Rhinol, pp. 4:1020-3.
35. **Predictive factors in patients undergoing endoscopic sinus surgery for odontogenic sinusitis.** **Mattos JL, Ferguson BJ, Lee S.** 2016, Int Forum Allergy Rhinol, pp. 6:677-700.
36. **AAE Guidance on the Use of Systemic Antibiotics in Endodontics.** **Fouad AF, Byrne BE, Diogenes AR, et al.** 2017, Association of Endodontists Position Statement, pp.1-8.

RICHE EN EXPERTISES

Services-conseils
Services comptables
Certification
Fiscalité
Planification financière
Services juridiques
Ressources humaines



Photo : Marie-Claude Bournival / Jean-Gabriel Drolet / Nathaly Chabot

Nous vous accompagnons et vous soutenons dans tous les aspects de l'exploitation de votre clinique et **particulièrement en cette période.**

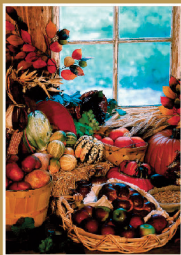
Pour des conseils d'experts, contactez-nous ! 418 839-7531

Marie-Claude Bournival
CPA auditrice, CA
marie-claude.bournival@mallette.ca

Jean-Gabriel Drolet
CPA auditeur, CA
jean-gabriel.drolet@mallette.ca

Nathaly Chabot
CPA auditrice, CA
nathaly.chabot@mallette.ca

MALLETTE
Société de
comptables professionnels agréés



URGENCE ACTION DE GRÂCE **info**

Dr Steve Smith sera disponible du **9 octobre au 12 octobre 2020** inclus.

Avis aux dentistes intéressés à référer leurs patients pour cette période seulement.

Tél.: 418 838-9188

Fax: 418 838-2449

PROCHAINE GARDE

TEMPS DES FÊTES dates à confirmer dans la brochure de novembre

RÉSIDENCE EN ORTHODONTIE

par **D^{re} Laurie St-Pierre**, D.M.D.

RÉSIDENTE EN PREMIÈRE ANNÉE EN ORTHODONTIE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le processus d'admission au programme de spécialité en orthodontie est assez semblable dans chacune des universités canadiennes. Pour la demande d'admission, on vous demande d'envoyer : un curriculum vitae, une lettre de motivation ainsi que des lettres de recommandation provenant de trois personnes différentes (incluant une de la doyenne de votre faculté de Médecine dentaire si vous n'avez pas étudié à la faculté qui donne le programme de spécialité). Ces documents doivent normalement être envoyés entre le mois d'août et septembre de l'année précédant le début du programme. Environ deux mois plus tard, si votre candidature est retenue pour les entrevues, on vous envoie un courriel expliquant la nature et la date de l'entrevue. Dépendamment de l'Université, elle peut inclure : un évènement social vous invitant à rencontrer les étudiants actuels et le corps professoral dans une atmosphère conviviale, une journée d'observation en clinique, ainsi qu'une entrevue. Cette dernière peut consister en plusieurs petits entretiens s'étalant sur près d'une journée comme à l'Université du Manitoba, ou bien en un entretien plus formel comme à l'Université de Montréal (entrevue de 30 minutes avec 5 à 7 professeurs et 1 étudiant). Ce qui est très agréable, c'est que l'attente de la réponse d'admission est très courte. En situation de réponse positive, vous recevez un appel ou un courriel quelques heures ou quelques semaines après l'entrevue.

Le quotidien d'un résident en orthodontie à l'Université de Montréal est très occupé et les semaines défilent à un rythme effréné. En première année, les premiers mois sont consacrés au pliage de fils et aux cours théoriques. Une fois, entre autres, les notions d'examen orthodontique et de photographie acquises, c'est la clinique qui embarque, et ce pour le reste des trois années. Cette dernière a lieu du lundi au jeudi, en gardant les vendredis pour les cours théoriques et la recherche. Tous les patients de chacun des résidents sont à la charge d'un des 16 cliniciens qui travaillent à la section, qui eux sont présents entre une demie et 2 journées par semaine. La première année est normalement consacrée aux examens, élaborations des plans de traitements et début des traitements d'environ 65 patients. À partir de la 2e année, chaque résident hérite aussi des patients en cours de traitements des finissants.

Avec une charge de travail aussi soutenue, le temps consacré à la planification de plans de traitements et l'élaboration du projet de maîtrise, partie intégrante du programme, peuvent être un défi. Ainsi, la gestion du temps devient un atout indispensable. Les semaines de congé (semaines de relâche à l'automne et l'hiver ainsi qu'un mois de congé l'été) sont souvent utilisées comme semaines d'étude. Ce programme demande un bon niveau

d'autonomie, de débrouillardise et de persévérance afin d'arriver à développer toutes les compétences académiques et cliniques nécessaires pour devenir orthodontiste. Par contre, avec de la rigueur, un travail soutenu et un désir constant d'apprendre, la progression à travers le programme se fait sans doute avec brio. Finalement, j'estime que la passion pour l'orthodontie est certainement l'outil primordial à la réussite de ces trois belles années.

par **D^{re} Laurie St-Pierre**,

R1, ORTHODONTIE (UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL)

08



Douleur à la mâchoire...

PCNphysio.com

Rencontrez un physiothérapeute expert dans les traitements des dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM).

Notre équipe détient une expertise de la zone cervicale et crânienne. Elle utilise des techniques spécifiques et efficaces permettant de soulager les douleurs et améliorer la fonction articulaire pour vous aider à retourner à vos activités quotidiennes!

La Clinique de la Mâchoire

PCN St-Sacrement
1200 rue des Soeurs du Bon Pasteur #320, Québec QC, G1S 0B1
418.914.3516
pcnstsacrement@pcnphysio.com

PCN Physio



VOTRE IDÉE
↓
NOTRE PRISE EN CHARGE
↓
RÉUSSITE ET DÉPLOIEMENT
DE VOTRE PROJET

ROCHETTE
GESTION DE PROJET | CONSTRUCTION
418.842.9292
constructionrochette.com
RBQ:1636-0406-57



**Une équipe disponible qui se synchronise à
votre quotidien de la conception à l'exécution**

Conception & design / Exécution des travaux / Gérance de projet

constructionnomad.com

NOMAD
CONSTRUCTION

La cotisation pour l'année 2020-2021 vous donne accès à plusieurs conférences de la Société Dentaire de Québec, aux repas suivant ces conférences le cas échéant, ainsi qu'à notre brochure trimestrielle l'Articulé!

TARIFS D'INSCRIPTION

Avant le 4 septembre 2020 : 350,00\$
Après le 4 septembre 2020 : 430,00\$

TARIFS D'INSCRIPTION NOUVEAUX DIPLÔMÉS

Avant le 4 septembre 2020 : 175,00\$
Après le 4 septembre 2020 : 215,00\$

10

Inscrivez-vous rapidement avant le 4 septembre 2020 pour profiter du tarif préférentiel.

IMPORTANT

Veillez noter que votre nom d'utilisateur sur notre site est votre numéro de pratique de 5 chiffres attribués par l'ODQ.

COMMENT S'INSCRIRE

Si vous étiez membre en 2018-2019 et/ou 2019-2020, pour devenir membre; **identifiez-vous** et, dans le menu, cliquez sur "**Devenez membre**".

Si vous n'étiez pas membre, cliquez sur "**Devenez membre**" et complétez les champs demandés.

N'oubliez pas de vous inscrire pour la première conférence sous l'onglet **Inscrivez-vous aux formations**.

Consultez le **calendrier scientifique** pour connaître les prochaines conférences.

ACTIVITÉ SPÉCIALE DANS LE CADRE ENCHANTEUR DE CHARLEVOIX !

181, RUE RICHELIEU
LA MALBAIE (QC) G5A 1X7
TÉL.: 418 665-3703
1 888 610-7575

DU 4 AU 6 JUIN 2021

FORMATION CONTINUE AU FAIRMONT LE MANOIR RICHELIEU

LE FORFAIT COMPREND

- > Petit déjeuner buffet chaud servi de 8h30 à 10h30 dans la salle de conférence les samedi et dimanche.
- > Repas du samedi midi servi au Restaurant Bellerive.
- > Accès aux deux jours de conférences.

TARIFS

- > **150.00\$** / pers. pour les membres de la SDQ
- > **300.00\$** / pers pour les participants non-membres

LA DATE LIMITE D'INSCRIPTION

- > **Le 2 mai 2021**

POUR LES PERSONNES PARTICIPANT AUX CONFÉRENCES SEULEMENT

- > Les accompagnateurs devront déboursier les frais de leurs repas.

PLUSIEURS ACTIVITÉS

sont disponibles sur le site (golf, massage, casino, etc.). Nous vous encourageons à réserver à l'avance. Vous pouvez consulter la liste ainsi que les tarifs de ces activités sur le site internet du Fairmont Manoir Richelieu à l'adresse suivante : www.fairmont.com/Fr/Richelieu.

OPTIONS POUR RÉSERVATIONS :

1. Communiquer directement avec le bureau des réservations de l'hôtel au 418-665-3703 ou avec le centre mondial des réservations au 1-800-441-1414. Mentionner que vous faites partie d'un groupe en indiquant le code de votre groupe : **SODEN2021** afin de faciliter la réservation.
2. Par le biais d'un site internet de réservation dédié à cet événement.
Voici l'adresse du lien pour procéder aux réservations : <https://book.passkey.com/go/SODEN>

CONFÉRENCE

PRÉVENTION ET GESTION DES ASPECTS PARODONTAUX DANS UN PLAN DE TRAITEMENT GLOBAL

Par D^r Yanik Roussy et D^r Andrew Zakrzewski

IMPORTANT

Vous devez vous-même réserver votre chambre (selon la catégorie désirée) en contactant Fairmont Le Manoir Richelieu. Le tarif de la chambre n'est pas inclus dans le forfait. L'accès au centre multisports ainsi qu'aux bains chauffés intérieurs et extérieurs est compris avec votre chambre.

Voici la liste de prix des chambres qu'offre l'établissement :

- Chambre Fairmont : 215.00\$
- Chambre Fairmont (vue fleuve) : 255.00 \$
- Chambre Deluxe : 265.00 \$
- Chambre Deluxe (vue fleuve) : 285.00 \$
- Chambre Deluxe (vue fleuve et jacuzzi) : 335.00 \$
- Suite : 435.00 \$
- Suite (vue fleuve) : 515.00 \$
- Suite présidentielle : 1 295.00 \$

Le souper du samedi soir n'est pas inclus.

Vous devez vous-même réserver au restaurant de votre choix.
(Par exemple: Manoir Richelieu, Auberge des Peupliers, Auberge de la Falaise, Restaurant Vices et Versa, etc.).

N'OUBLIEZ PAS DE RÉSERVER VOUS-MÊME VOTRE CHAMBRE!

CALENDRIER SCIENTIFIQUE

2020-2021

SEPTEMBRE 2020

CONFÉRENCE SDQ

Judi 10 septembre 2020

40 ans de collaboration en ortho et en maxillo: pis après?

Conférenciers: Les docteurs François Bérubé et Pierre-Éric Landry

Formation en ligne
18h00 à 21h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ
Dentistes non membres : 225,00 \$
Auxiliaires : 100,00 \$

OCTOBRE 2020

CONFÉRENCE FMD UNIVERSITÉ LAVAL

Samedi 3 octobre 2020
RCR

Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval
2420, rue de la Terrasse, Québec (QC) G1V 0A6

Dentistes et auxiliaires :
à voir sur le site de la FMD (<http://fmd.ulaval.ca>)

CONFÉRENCE ODQ

Vendredi 16 octobre 2020

La nouvelle classification des conditions et maladies parodontales et péri-implantaires : quoi de neuf? Quoi de plus ?

Conférenciers : Les docteurs Mazen El-Abiad et Ryma Kabir.

Formation en ligne
9h00 à 16h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ
Dentistes non membres : 295,00 \$
Auxiliaires : 130,00 \$

NOVEMBRE 2020

CONFÉRENCE SDQ

Judi 12 novembre 2020

Les 10 questions orthodontiques les plus souvent soulevées sur les réseaux sociaux.

Conférencier: Docteur Marc-Olivier Aucoin

Formation en ligne
18h00 à 21h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ
Dentistes non membres : 225,00 \$
Auxiliaires : 100,00 \$

CONFÉRENCE ACDQ

Vendredi 27 novembre 2020

Être un gestionnaire communicant, c'est gagnant!

Conférencière: Madame Louise Lachapelle, formatrice aux HEC Montréal, communicologue de formation, spécialisée dans le coaching des activités de communication

Hôtel Plaza
3031, boul. Laurier, Québec (QC) G1V 2M2
8h30 à 16h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ
Dentistes non membres : 295,00 \$
Auxiliaires : 130,00 \$

JANVIER 2021

CONFÉRENCE SDQ

Vendredi 22 janvier 2021

Se connaître pour mieux communiquer et mieux collaborer

Conférencier: Monsieur Yves Plourde

Hôtel Plaza
3031, boul. Laurier, Québec (QC) G1V 2M2
8h30 à 16h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ
Dentistes non membres : 295,00 \$
Auxiliaires : 130,00 \$

CALENDRIER SCIENTIFIQUE

2020-2021

FÉVRIER 2021

CONFÉRENCE SDQ

Jedi 04 février 2021

Comment optimiser les résultats des traitements parodontaux et mieux communiquer avec vos patients

Conférenciers: Les docteurs Simon Lafrenière et Anne-Sophie Villeneuve

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec (QC) G1V 2M2

18h00 à 21h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ

Dentistes non membres : 225,00 \$

Auxiliaires : 100,00 \$

CONFÉRENCE SDQ

Samedi 27 février 2021 (hors série)

Techniques de sutures en parodontie et implantologie

Conférencier : Docteur Thomas Nguyen

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec (QC) G1V 2M2

8h30 à 16h00

Dentistes membres de la SDQ : 495,00 \$

Dentistes non membres : 695,00 \$

***Les places sont limitées.**

MARS 2021

CONFÉRENCE FMD UNIVERSITÉ LAVAL

Samedi 13 mars 2021

RCR

Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval

2420, rue de la Terrasse, Québec (QC) G1V 0A6

Dentistes et auxiliaires :

à voir sur le site de la FMD (<http://fmd.ulaval.ca>)

CONFÉRENCE SDQ

Vendredi 19 mars 2021

Contemporary Ceramics: 2020 (conférence en anglais)

Conférencier: Docteur Edward McLaren

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec (QC) G1V 2M2

8h30 à 16h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ

Dentistes non membres : 295,00 \$

Auxiliaires : 130,00 \$

AVRIL 2021

CONFÉRENCE SDQ

Vendredi 16 avril 2021

Implant therapy for the edentulous patient: A review of the latest workflow and treatment options (conférence en anglais)

Conférencier: Docteur Mark Montana

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec (QC) G1V 2M2

8h30 à 16h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ

Dentistes non membres : 295,00 \$

Auxiliaires : 130,00 \$

CONFÉRENCE SDQ

Jedi 29 avril 2021

Soirée de capsules pharmacologiques : sur le bout des doigts mais à portée de main !

Conférencier: Martin Darisse, pharmacien

Hôtel Plaza

3031, boul. Laurier, Québec (QC) G1V 2M2

17h30 à 21h00

Gratuit pour les dentistes membres de la SDQ

Dentistes non membres : 225,00 \$

Auxiliaires : 100,00 \$

À SITUATION EXCEPTIONNELLE, INTELLIGENCE FINANCIÈRE EXCEPTIONNELLE.

Adaptez votre situation fiscale et financière
à la nouvelle réalité économique grâce
aux stratégies de pointe de nos experts.

Parlons-nous

1 844 866-7257
fprofessionnels.com

Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille et un gestionnaire de fonds d'investissement, qui gère les fonds de sa famille de fonds et offre des services-conseils en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement, membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE), qui offre des services de gestion de portefeuille.



**FINANCIÈRE DES
PROFESSIONNELS**

VOS COMMENTAIRES
SONT APPRÉCIÉS
N'HÉSITEZ PAS À NOUS
EN FAIRE PART.

LA SOCIÉTÉ DENTAIRE
DE QUÉBEC



Société dentaire de Québec

