



L'Articulé

AOÛT 2023

Journal de la Société Dentaire de Québec

- 4 [Mot du président](#)
D^r Julien Marceau
- 5 [Approche contemporaine de la microchirurgie endodontique \(apectomie\)](#)
D^{re} Maryse Boisvert
- 10 [Cotisation annuelle](#)
- 11 [Algorithme de traitement des dérangements internes de l'ATM](#)
D^{re} Mathilde Sarlabous
- 12 [Calendrier scientifique](#)
- 16 [SDQ en bref](#)



POUR JOINDRE LE BUREAU DE LA SOCIÉTÉ DENTAIRE DE QUÉBEC, VOUS POUVEZ CONTACTER **M^{ME} ANNA BILODEAU** TOUS LES MERCREDIS, ENTRE 9H ET 12H.

3291, CHEMIN SAINTE-FOY,
BUREAU 221
QUÉBEC (QUÉBEC)
G1X 3V2

418 656-6060
info@sdq.ca
sdq.ca

Conseil d'administration

Président

D^r Julien Marceau

Président sortant

D^{re} Mélinda Paris

Vice-président

À déterminer

Trésorerie

D^{re} Anne-Sophie Villeneuve

Secrétaire

D^{re} Anne-Sophie Villeneuve

Activités scientifiques

**D^r Julien Marceau
D^r Philippe Girard
D^r Yorhy Auclair**

Activités sociales

**D^r Benoit Simard
D^{re} Mélinda Paris**

Bulletin

**D^{re} Katia Savignac
D^{re} Mélinda Paris
D^{re} Marie-Rose
Gagnon Beaumont**

Comités technologies

**D^r Simon Lafrenière
D^r Philippe Girard
D^{re} Marie-Rose
Gagnon Beaumont**

Secrétaire administrative

Anna Bilodeau



Mot du président



Une nouvelle année qui débute pour la Société Dentaire de Québec. Après plusieurs années comme membre du conseil d'administration, il me fait plaisir de prendre les rênes de la présidence pour cette 99^{ème} saison!

Ayant pour mission de favoriser les rencontres entre ses membres et d'offrir de la formation continue de qualité, la société dentaire vous a concocté une excellente programmation cette année. Nous débuterons le jeudi 21 septembre, au Musée national des beaux-arts, avec une soirée animée par le D^r Robert Paquin qui fera une présentation sur la chirurgie guidée et la chirurgie pédiatrique. En plus des conférences touchant différentes sphères de la dentisterie, nous offrirons une journée de perfectionnement sur le travail d'équipe où vous pourrez venir accompagnés de votre personnel.

Cette année nous voulons mettre de l'avant la formation continue en présentiel pour renforcer les liens entre nos membres. Les échanges entre collègues favorisent l'épanouissement des connaissances. Il est donc important pour nous de travailler en ce sens.

J'espère vous voir en grand nombre lors de nos événements et je vous invite à encourager vos collègues et amis à y participer!

Julien Marceau

Approche contemporaine de la microchirurgie endodontique (apectomie)

D^{re} Maryse Boisvert
Spécialiste en endodontie



On nous pose parfois la question à savoir si on devrait référer pour une apectomie ou passer directement à l'extraction. Aussi, certaines perceptions peuvent faire que le patient n'a pas toutes les informations disponibles pour prendre une décision éclairée. Essayons de démystifier la procédure qu'est l'apectomie.

Bien que le traitement (82 à 93%) ou le retraitement endodontique non chirurgical (78 à 97%) présentent un bon taux de succès, une lésion périapicale peut persister ou survenir. La présence d'une lésion périapicale pré-traitement ou d'une lésion périapicale volumineuse sont deux facteurs pouvant affecter négativement la guérison à la suite du traitement ou au retraitement endodontique^(1, 2). Une apectomie peut alors être recommandée afin de conserver la dent. La micro-chirurgie endodontique est l'évolution de la technique traditionnelle incorporant des outils tels que le microscope opératoire, les outils ultrasoniques, des matériaux biocompatibles et le CBCT. Nous allons revoir la procédure, la sélection des cas et les considérations anatomiques à prendre en compte dans les choix du praticien.

Procédure

Les objectifs de l'apectomie sont de soulager ou prévenir des futurs signes et symptômes, de permettre une guérison des tissus mous et durs et de préserver la dent. L'apectomie est indiquée lorsque le retraitement non chirurgical a été tenté avec un résultat infructueux ou lorsque le retraitement non chirurgical est jugé impossible ou à moindre pronostic que la micro-chirurgie.

L'apectomie comporte le retrait de la portion apicale de la racine, la rétro-préparation et la rétro-obturation du ou des canaux et le curettage de la lésion périapicale. Toutes les étapes du traitement se font sous le microscope. Cet outil permet une visualisation précise de la racine, l'identification et le traitement des canaux non traités et des isthmes. La portion apicale de la racine peut présenter une anatomie complexe rendant difficile voire impossible l'accès à l'instrumentation et l'irrigation. La dentine radiculaire présente des tubuli dentinaires pouvant aussi être infectés jusqu'à la jonction cémento-dentinaire⁽³⁾.



Voyons plus en détail en quoi consiste chaque étape.

Lors de la chirurgie, un lambeau mucopériosté triangulaire avec une incision marginale au niveau du sulcus ou sous-marginale au niveau de la gencive kératinisée est élevé en incluant une dent adjacente de chaque côté de la dent à traiter avec une incision de relâche verticale.

Par la suite, lorsque nécessaire, une ostéotomie de 3-4 mm de diamètre ou plus est effectuée en région périapicale jusqu'à l'atteinte de la lésion périapicale et de la portion apicale de la racine.

Une résection apicale d'environ 3 mm est ensuite réalisée. À cette distance de l'apex, il est possible d'éliminer les canaux latéraux et les ramifications apicales. Une surface plane à zéro degré ou d'une inclinaison minimale est créée au niveau de la racine. La résection apicale à zéro degré minimise entre autres l'exposition des tubuli dentinaires, facilite la rétro-préparation et minimise le risque de perforer la racine lors de la rétro-préparation⁽⁴⁾.

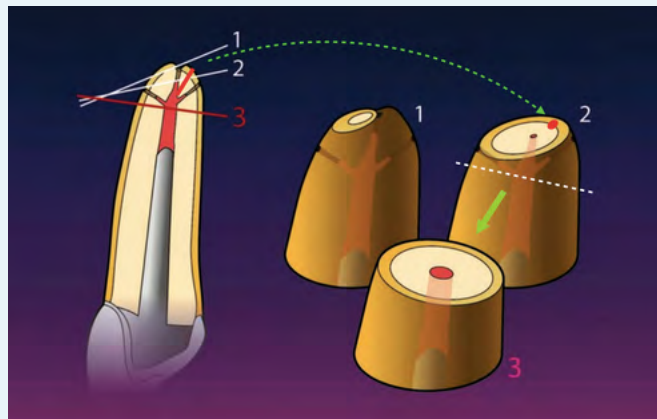


FIGURE 1

Comparaison des angles des résections apicales. Résection incomplète (1 et 2). Le canal latéral (ligne rouge dans la coupe sectionnelle verticale de gauche) correspond à un canal dans la coupe sectionnelle horizontale de droite (ligne pointillée verte qui relie le point 2). Résection apicale complète (3). Modifiée de Floratos et al. (2017). Image tirée de l'article (Setzer & Kratchman, 2022) (4)

La résection apicale peut être effectuée avec divers outils dont la fraise Lindemann. Plus récemment, un embout de piezon chirurgical⁽⁶⁾, une tréphine osseuse⁽⁷⁾ ou un forêt d'implant^(8,3) sont utilisés. Il est aussi possible que la chirurgie soit assistée à l'aide d'un guide chirurgical 3D⁽⁹⁾ ou avec la navigation dynamique guidée virtuellement à partir du CBCT du patient, des instruments calibrés et une caméra stéréoscopique^(10,11).

Une inspection visuelle à fort grossissement sous microscope avec coloration au bleu de méthylène est nécessaire pour vérifier la présence de traits de fêlure ou fracture, l'infiltration bactérienne au pourtour de la gutta percha, la présence d'isthmes, de canaux non traités, de canaux déviés, etc.

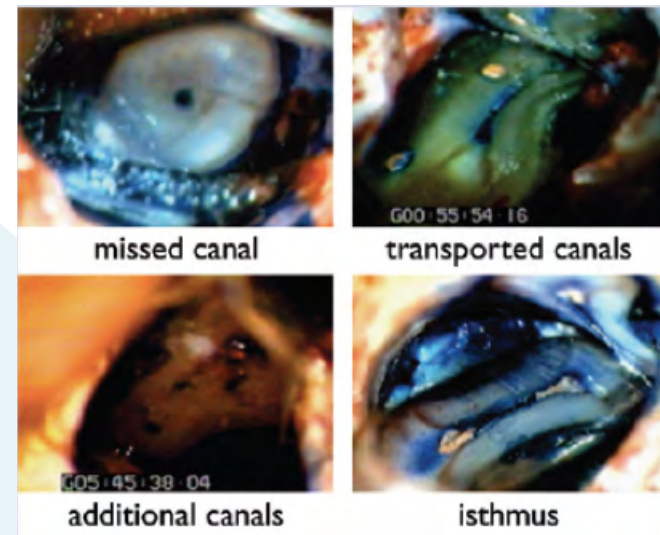


FIGURE 2

Résection de surfaces radiculaires qui démontrent des variations anatomiques. Résections apicales radiculaires de 3 mm, 4 représentations colorées au bleu de méthylène. Le portail de sortie peut être identifié dans un canal complètement calcifié (coin supérieur gauche); canal dévié laissant l'isthme intact (coin supérieur droit); plus d'un portail de sortie (coin inférieur gauche); isthme non nettoyé (coin inférieur droit). Ces images démontrent qu'un matériel de rétro-obturation doit impérativement être placé après la résection apicale. Image tirée du AAE Colleagues of excellence fall 2010⁽¹²⁾.

Un curettage de la lésion est effectué ainsi qu'une biopsie. Selon l'American Association of Endodontists, la biopsie est recommandée lorsqu'une quantité adéquate de tissu peut être prélevée lors de la chirurgie, en présence d'une pathologie périapicale persistante ou inconsistante avec un problème endodontique ou que l'histoire médicale nécessite la biopsie⁽¹³⁾.

Une rétro-préparation est effectuée avec des pointes de piézon spécifiques à la chirurgie apicale d'une profondeur de 3 mm. Les 3 derniers millimètres apicaux contiennent 93% des canaux latéraux et 98% des variations canalaies⁽¹⁴⁾.

L'hémostase est primordiale durant l'inspection visuelle et la rétro-obturation. Divers moyens permettent l'hémostase dont l'utilisation d'épinéphrine, de sulfate ferrique (sur une petite surface et qui doit être curettée complètement par la suite) et des matériaux de collagène font partie des options.

Le matériel de rétro-obturation doit être biocompatible, stable dimensionnellement en présence d'humidité et bioactif (qui favorise une régénération des tissus périapicaux)⁽¹⁵⁾. Le MTA⁽¹⁶⁾ et le BC putty⁽¹⁷⁾ sont deux excellents matériaux qui répondent à ces critères et qui offrent un bon taux de succès clinique.

Lorsque le défaut est bord en bord ou que la lésion a un volume de 10 millimètres ou plus, des matériaux allogènes sont recommandés (granules osseuse et membrane de collagène)^(18,19). Par la suite le lambeau est suturé avec une fermeture primaire.

Quelques mots sur la technique traditionnelle où la racine est taillée en biseau, des fraises sont utilisées pour effectuer la rétro-préparation, de l'amalgame ou de l'IRM choisis comme matériel obturateur et ce, sans utiliser le microscope opératoire. Une méta-analyse a comparé le taux de succès des 2 techniques en 2010. Le taux de succès de la technique traditionnelle est de 59% et de 94% avec l'approche contemporaine (micro-chirurgie endodontique)⁽²⁰⁾.



FIGURE 3

Quelques instruments et produits nécessaires lors de l'apectomie. Rangée supérieure de gauche à droite : microscope opératoire, BC putty, comparaison d'un miroir traditionnel au micro-miroir utilisé lors de l'inspection de la racine. Rangée inférieure de gauche à droite : embouts ultrasoniques à surface diamantée pour la rétro-préparation, MTA, bleu de méthylène utilisé lors de l'inspection de la racine.

Sélection des cas

Bien que le retraitement endodontique non chirurgical est généralement le premier choix pour traiter une lésion périapicale persistante. Voici quelques situations où la chirurgie apicale est préconisée dont notamment : un ou des pivot(s) long(s), une reconstruction coronaire mettant à risque le pronostic restauratif en cas de retraitement non chirurgical (coût/bénéfice du retraitement non chirurgical désavantageux), un ou des instrument(s) séparé(s) ne pouvant être contourné(s) ou retiré(s), des altérations sévères de l'anatomie canalaire suite au traitement endodontique (marche, blocage, faux canal non négociable), l'échec du retraitement non chirurgical, une fracture radiculaire suspectée, l'extrusion de matériel endodontique ne pouvant être retirée non chirurgicalement et enfin lorsqu'une biopsie est nécessaire.

La micro-chirurgie endodontique est contre-indiquée dans certains cas comme par exemple, lorsqu'il y a proximité de structures anatomiques importantes pouvant occasionner un dommage transitoire ou permanent. Ces structures incluent les cavités nasales et sinusales, le nerf mentonnier et alvéolaire inférieur et le paquet vasculo-nerveux palatin. Une coagulopathie congénitale rend la chirurgie difficile voire impossible dans certains. Par ailleurs, une histoire de bisphosphonates intra-veineux pose un risque élevé d'ostéonécrose de la mâchoire. Certaines maladies cardiovasculaires contre-indiquent l'utilisation d'épinéphrine limitant l'hémostase durant la chirurgie. Une discussion avec le médecin traitant peut s'avérer nécessaire selon la situation. Enfin, une dent avec une structure restante minimale, un ratio couronne-racine (1 :1 ou moins), une atteinte parodontale importante et une mobilité importante sont des indicateurs d'un pronostic réservé à défavorable de l'apectomie.



FIGURE 4

Voici un cas où l'apectomie est préconisée, la coupe coronale du CBCT de la dent 25 (rangée supérieure) présentant un traitement endodontique au niveau du canal buccal, le canal palatin n'a pas été localisé et ni traité. On note la présence d'un pivot long et volumineux dans le canal buccal et d'une couronne ainsi qu'une lésion de faible atténuation périapicale. Rangée inférieure de gauche à droite : radiographie périapicale pré-opératoire et post-apectomie de la dent 25.

Considérations anatomiques

Lorsque l'option de l'apectomie peut être recommandée, un examen clinique et radiologique avec la prise d'un CBCT doivent être effectués

L'examen clinique vise à évaluer l'ouverture buccale, la musculature du visage et la profondeur du vestibule. Une ouverture buccale limitée chez un patient ayant de forts masséters avec une faible profondeur vestibulaire est un candidat chez qui l'intervention sera complexe.

L'examen radiologique en 3 dimensions permet d'obtenir une évaluation précise de la longueur des racines, l'anatomie des racines (fusionnées, séparées), la présence de courbure radiculaire, la localisation et l'étendue de la lésion périapicale, la position de l'apex par rapport la plaque corticale (fenestration, épaisseur osseuse avant d'atteindre l'apex), la position de l'apex par rapport aux structures anatomiques d'intérêt (sinus maxillaire, canal du nerf alvéolaire inférieur et foramen mentonnier) et la distance entre l'apex de la dent affectée et l'apex de dents voisines.

En région maxillaire postérieure, lorsque la lésion atteint la racine palatine d'une molaire, la dent n'est pas d'emblée une candidate idéale à la chirurgie étant donné l'accès complexe et la proximité de l'artère grande palatine.

En région mandibulaire postérieure, les 2^{ème} et 3^{ème} molaires ont une position plus linguale (épaisseur osseuse importante) et la portion apicale de la racine est à proximité du nerf alvéolaire inférieur. Ainsi pour les considérations anatomiques énumérées précédemment et l'accès complexe étant donné la localisation de la dent sur l'arcade pour ce type de dents, il n'est pas recommandé de procéder à la chirurgie.

Conclusion

Avec une bonne analyse pré-opératoire, les outils et techniques contemporains, la micro-chirurgie endodontique est une option de traitement valable pour conserver la dent. Il est par ailleurs intéressant de constater que la recherche évolue toujours dans cette discipline et des nouveaux outils se développent pour faciliter la procédure et continuer à en améliorer le pronostic.

Références

- 1 de Chevigny, TT Dao, BR Basrani, et al.: Treatment outcome in endodontics: the Toronto study—phase 4: initial treatment. J Endod. 34:258 2008.
- 2 de Chevigny, Thuan T. Dao, Bettina R. Basrani, Vincent Marquis, Mahsa Farzaneh, Sarah Abitbol, Shimon Friedman, Treatment Outcome in Endodontics: The Toronto Study-phases 3 and 4: Orthograde Retreatment. J Endod. 34:131–137 2008.
- 3 Wu M-K, Wesselink P, Walton R. Apical terminus location of root canal treatment procedures. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2000;89:99-103.
- 4 STROPKO, J.J., DOYON, G.E. and GUTMANN, J.L. (2005), Root-end management: resection, cavity preparation, and material placement. Endodontic Topics, 11: 131-151.
- 5 Setzer, F.C. & Kratchman, S.I. (2022) Present status and future directions: Surgical endodontics. International Endodontic Journal, 55(Suppl. 4), 1020–1058.
- 6 Jaya Bharathi, Shweta Mittal, Sanjay Tewari, Shikha Tewari, Jigyasa Duhan, Pankaj Sangwan, Vinay Kumar, Effect of the Piezoelectric Device on Intraoperative Hemorrhage Control and Quality of Life after Endodontic Microsurgery: A Randomized Clinical Study, Journal of Endodontics, Volume 47, Issue 7, 2021, Pages 1052-1060.
- 7 Giacomino CM, Ray JJ, Wealleans JA. Targeted Endodontic Microsurgery: A Novel Approach to Anatomically Challenging Scenarios Using 3-dimensional-printed Guides and Trephine Burs-A Report of 3 Cases. J Endod. 2018 Apr;44(4):671-677.
- 8 Ahn SY, Kim NH, Kim S, Karabucak B, Kim E. Computer-aided Design/Computer-aided Manufacturing-guided Endodontic Surgery: Guided Osteotomy and Apex Localization in a Mandibular Molar with a Thick Buccal Bone Plate. J Endod. 2018 Apr;44(4):665-670.
- 9 Ray JJ, Giacomino CM, Wealleans JA, Sheridan RR. Targeted Endodontic Microsurgery: Digital Workflow Options. J Endod. 2020 Jun;46(6):863-871.
- 10 Dianat O, Nosrat A, Mostoufi B, Price JB, Gupta S, Martinho FC. Accuracy and efficiency of guided root-end resection using a dynamic navigation system: a human cadaver study. Int Endod J. 2021 May;54(5):793-801.
- 11 Gambarini G, Galli M, Stefanelli LV, Di Nardo D, Morese A, Seracchiani M, De Angelis F, Di Carlo S, Testarelli L. Endodontic Microsurgery Using Dynamic

Navigation System: A Case Report. J Endod. 2019 Nov;45(11):1397-1402.

- 12 AAE Colleagues of excellence fall 2010, Contemporary endodontic microsurgery: procedural advancements and treatment planning considerations.
- 13 Guide to clinical endodontics, 6th edition.
- 14 Kim S, Kratchman S. Modern Endodontic Surgery Concepts and Practice: A Review. J Endodon 2006; 32:601-23.
- 15 CHONG, B.S. and PITT FORD, T.R. (2005), Root-end filling materials: rationale and tissue response. Endodontic Topics, 11: 114-130.
- 16 Saunders WP. A prospective clinical study of periradicular surgery using mineral trioxide aggregate as a root-end filling. J Endod. 2008 Jun;34(6):660-5.
- 17 Shinbori N, Grama AM, Patel Y, Woodmansey K, He J. Clinical outcome of endodontic microsurgery that uses EndoSequence BC root repair material as the root-end filling material. J Endod. 2015 May;41(5):607-12.
- 18 Tsesis I, Rosen E, Tamse A, Taschieri S, Del Fabbro M. Effect of guided tissue regeneration on the outcome of surgical endodontic treatment: a systematic review and meta-analysis. J Endod. 2011 Aug;37(8):1039-45.
- 19 Von Arx T, Alsaeed M. The use of regenerative techniques in apical surgery: a literature review. Saudi Dental Journal 2011;23(3):113-27.
- 20 Setzer FC, Shah SB, Kohli MR, Karabucak B, Kim S. Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature - Part 1. Comparison of traditional root-end surgery and endodontic microsurgery. Journal of Endodontics 2010;36(11):1757-65.

DOULEUR À LA MÂCHOIRE?

Nos physiothérapeutes sont experts 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 d'améliorer la fonction articulaire.

PCN ST-SACREMENT
1200 rue des Sœurs du Bon Pasteur #320,
Québec QC, G1S 0B1
418.914.3516
pcnstsacremet@pcnphysio.com

PCN
Physio

COTISATION ANNUELLE

La cotisation pour l'année 2023-2024 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 9 septembre 2023
Inscription régulière : **350 \$**
Nouveaux diplômés : **175 \$**

Après le 9 septembre 2023

Inscription régulière : **430 \$**
Nouveaux diplômés : **215 \$**

*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.*

Inscrivez-vous rapidement avant le 9 septembre pour profiter du tarif préférentiel.

COMMENT S'INSCRIRE

Si vous étiez membre en 2019-2020 et/ou 2020-2021 et/ou 2021-2022 et/ou 2022-2023

1. Identifiez-vous
2. Sélectionnez "**Devenez membre**" dans le menu.

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

IMPORTANT

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

Algorithme de traitement des dérangements internes de l'ATM

D^{re} Mathilde Sarlabous

DMD, MSc, FRCDC, Fellowship en ATM

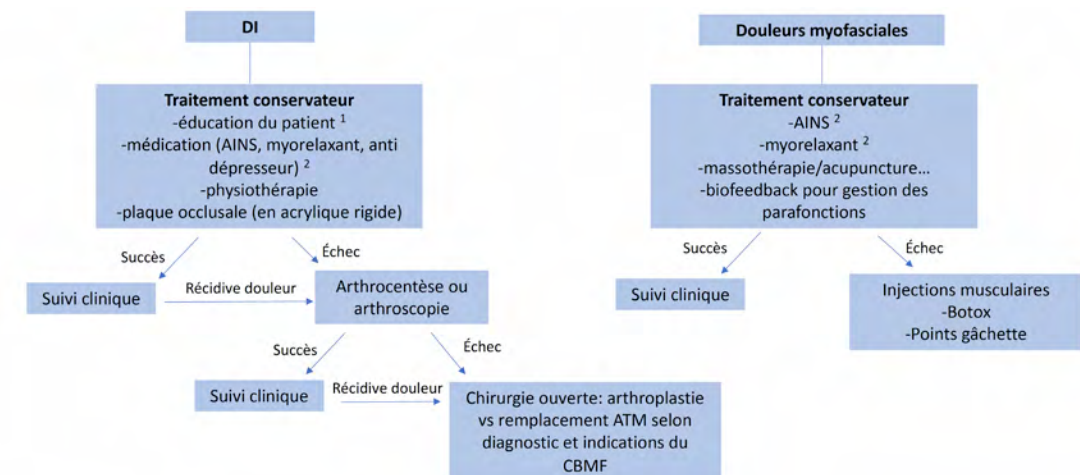
Pratiquant en cabinet privé chez MaxilloQuébec et au CHU de Québec

Les dérangements internes (DI) de l'ATM sont le type de dysfonction temporo mandibulaire (DTM) le plus fréquent. Les DI sont définis comme une dysfonction articulaire pouvant être associée à une luxation discale et/ou à une atteinte des tissus internes de l'ATM.

L'évolution naturelle de la pathologie, sans prise en charge, tend à montrer que beaucoup de patients peuvent « guérir » spontanément au cours de l'année suivant l'apparition des symptômes. Ceci est dû à la forte capacité d'adaptation de l'ATM ainsi qu'au potentiel de guérison de chaque individu.

L'étiologie des DI est très variable et en rend le traitement compliqué. Le diagnostic est primordial pour établir un plan de traitement adapté. La prise en charge multi disciplinaire est souvent de mise.

L'algorithme présenté se veut une aide en terme de prise en charge du traitement des patients souffrant de DI de l'ATM.



1: diète molle, limitation parafonctions, chaleur au visage, fractionnement des longues séances dentaires...
2: AINS tels que Naprosyn 500mg BID (ou Vimovo 500 BID si historique de troubles GI), relaxant musculaire tels que le Cyclobenzaprine 5-10mg HS, Orphénadrine 100mg BID

Bibliographie

- 1 Temporo mandibular pathology : current approaches and understanding. Yusuf Emes, Guhan Dergin, Buket Aybar. 2018. Publisher InTech
- 2 Parameters of Care: AAOMS. Clinical Practice Guidelines for Oral and Maxillofacial Surgery (AAOMS ParCare) Sixth Edition 2017
- 3 Internal Derangement of the Temporomandibular Joint New Perspectives on an Old Problem. Howard A. Israel. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 28 (2016) 313-333
- 4 Management of temporomandibular joint conditions. Christopher J. Spencer and John P. Neary. Clinical Dentistry Reviewed (2018) 2:25
- 5 Temporomandibular disorders, a review of current diagnosis and treatment. Greg Goddard and Giovanni Mauro. Gnatology 2018

Calendrier scientifique

2023-2024

Septembre

Conférence SDQ
1^{ère} partie
20 ans de chirurgie implantaire guidée: évolution et leçons apprises
2^e partie
La chirurgie maxillo-faciale pédiatrique: petites bouches, grands défis !

Jeudi 21 septembre 2023
18h00 à 21h00

Conférencier
Docteur Robert Paquin

MUSÉE NATIONAL DES BEAUX-ARTS DE QUÉBEC

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

Octobre

Conférence ODQ
Les incrustations en céramique

Vendredi 27 octobre 2023
9h00 à 12h00

Conférenciers
Les docteurs Adrien Pollini et Annik Pelletier

FORMATION EN LIGNE
(voir détail sur : sdq.ca)

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

Certification
Cours de RCR-DEA
Samedi 7 octobre 2023

FACULTÉ DE MÉDECINE DENTAIRE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL
2420, rue de la Terrasse

Dentistes et auxiliaires : inscription en ligne (fmd.ulaval.ca)

Novembre

Conférence SDQ
Prévention et gestion des aspects parodontaux dans un plan de traitement global

Jeudi 9 novembre 2023
18h00 à 21h00

Conférenciers
Les docteurs Karolann Roussy, Yanik Roussy et Andrew Zakrzewski

FORMATION EN LIGNE
(voir détail sur : sdq.ca)

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

Conférence ACDQ
Le développement de son intelligence émotionnelle et la santé psychologique et sécurité au travail

Vendredi 24 novembre 2023
9h00 à 16h00

Conférencier
Monsieur Jacques Coderre Lareau, B. Sc. Psy., D.E.S.S. RT

FORMATION EN LIGNE
(voir détail sur : sdq.ca)

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

Janvier

Conférence SDQ
Joueur d'équipe inspiré et inspirant + Comment donner plus de sens à son travail

Vendredi 19 janvier 2024
9h00 à 16h00

Conférencière
Madame Isabelle Fontaine

HÔTEL PLAZA
3031, boulevard Laurier, Québec

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

Février

Conférence SDQ
Âge idéal pour traiter les malocclusions versus traitement à l'âge adulte avec chirurgie

Jeudi 8 février 2024
18h00 à 21h00

Conférencières
Les docteurs Léa Drouin-Gagné et Mélinda Paris

FORMULE HYBRIDE | 2 choix

CAMPUS VILLA
(nombre de places limitées, seules les personnes inscrites pourront assister à la formation en présentiel)
1440, rue Cyrille-Duquet, bureau 301

FORMATION EN LIGNE
(voir détail sur : sdq.ca)

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

Mars

Conférence SDQ
Comment faire la paix avec le MIH

Vendredi 22 mars 2024
9h00 à 17h00

Conférencières
Les docteurs Anne-Sophie Fortin-Pagé et Anne-Marie Moreau

HÔTEL PLAZA
3031, boulevard Laurier, Québec

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

Certification
Cours de RCR-DEA
Samedi 30 mars 2024

FACULTÉ DE MÉDECINE DENTAIRE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL
2420, rue de la Terrasse

Dentistes et auxiliaires : inscription en ligne (fmd.ulaval.ca)

Avril

Conférence SDQ
Lésions communes de la cavité buccale: une approche pratique!

Jeudi 4 avril 2024
18h00 à 21h00

Conférencière
Docteure Catherine Laliberté

FORMATION EN LIGNE
(voir détail sur : sdq.ca)

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

Conférence SDQ
La collaboration entre le dentiste et le technicien de laboratoire

Jeudi 25 avril 2024
18h00 à 21h00

Conférencière
Docteur Adrien Pollini

HÔTEL PLAZA
3031, boulevard Laurier, Québec

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

MESSAGE IMPORTANT

Veillez noter qu'il sera maintenant possible de vous désinscrire à une formation directement sur notre site internet. Merci d'y porter une attention particulière afin de nous permettre de bien planifier les ressources nécessaires.

LA SOCIÉTÉ DENTAIRE DE QUÉBEC



NOS SERVICES

- Parodontie
- Implantologie dentaire
- Chirurgies parodontales esthétiques
- Traitements multidisciplinaires

**PARODONTIE IMPLANTOLOGIE LÉBOURGNEUF
PARODONTISTES**

Dre Karolann Roussy
D.M.D., M. Sc., FRCD(C)
PARODONTISTE

Dr Andrew Zakrzewski
D.M.D., M. Sc., FRCD(C)
PARODONTISTE PROPRIÉTAIRE

Dr Yanik Roussy
D.M.D., M. Sc., FRCD(C)
PARODONTISTE

540 - 1280, boul. Lebourgneuf | 418 626-7276 | paroimplants.com



**SPÉCIALISÉ EN
RÉNOVATION . AGRANDISSEMENT . AMÉNAGEMENT
DEPUIS 25 ANS**

ROCHETTE www.constructionrochette.com
(418) 842-9292

ENTREPRENEUR GÉNÉRAL RBQ: 1636-0406-57



URGENCE ACTION DE GRÂCE info

Dr Steve Smith sera disponible
du 7 octobre au 10 octobre 2023 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

Riche en expertises

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



Photos : Marie-Claude Bournival
Jean-Gabriel Drolet, Nathaly Chabot

Mallette, le conseiller d'affaires des dentistes

Contactez-nous ! 418 839-7531

Marie-Claude Bournival MBA, CPA auditrice marie-claude.bournival@mallette.ca	Jean-Gabriel Drolet CPA auditeur jean-gabriel.drolet@mallette.ca	Nathaly Chabot CPA auditrice nathaly.chabot@mallette.ca
---	---	--

MALLETTE
Société de comptables professionnels agréés

SDQ en bref

Conférence SDQ

Astuces en dentisterie opératoire pour des restaurations directes prévisibles au quotidien.

Hôtel Plaza



La docteure Caroline Nguyen-Ngoc en compagnie du docteur Julien Marceau lors de la conférence du 27 avril dernier.

Événement

Souper de clôture

Restaurant Rioux & Pettigrew



Notre présidente sortante, la docteure Mélinda Paris en compagnie du nouveau président le docteur Julien Marceau lors du souper de clôture du 2 juin dernier.



Le cadeau reçu pour remercier la docteure Mélinda Paris pour son excellent travail en tant que présidente.

Merci à tous pour votre participation au souper de clôture!



La gestion privée pour les dentistes

Des conseils intègres et indépendants pour une planification financière réussie

Achat et vente de clinique

Solutions d'investissement

CELIAPP et achat d'une première propriété

Fiscalité

Planification successorale

Contactez votre conseiller pour les dentistes de la région de Québec.



Steve Castonguay MBA, CIM^{MD}, FCSI^{MD}, PI. Fin.
Conseiller en gestion de patrimoine, Québec
T. 418 658-7143

Visitez-nous au fdpgp.ca

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. fdp et les marques de commerce, noms et logos connexes sont la propriété de Financière des professionnels inc. et sont enregistrés ou employés au Canada. Employés en vertu d'une licence de Financière des professionnels inc.



3291, CHEMIN SAINTE-FOY,
BUREAU 221
QUÉBEC (QUÉBEC)
G1X 3V2

418 656-6060
info@sdq.ca
sdq.ca