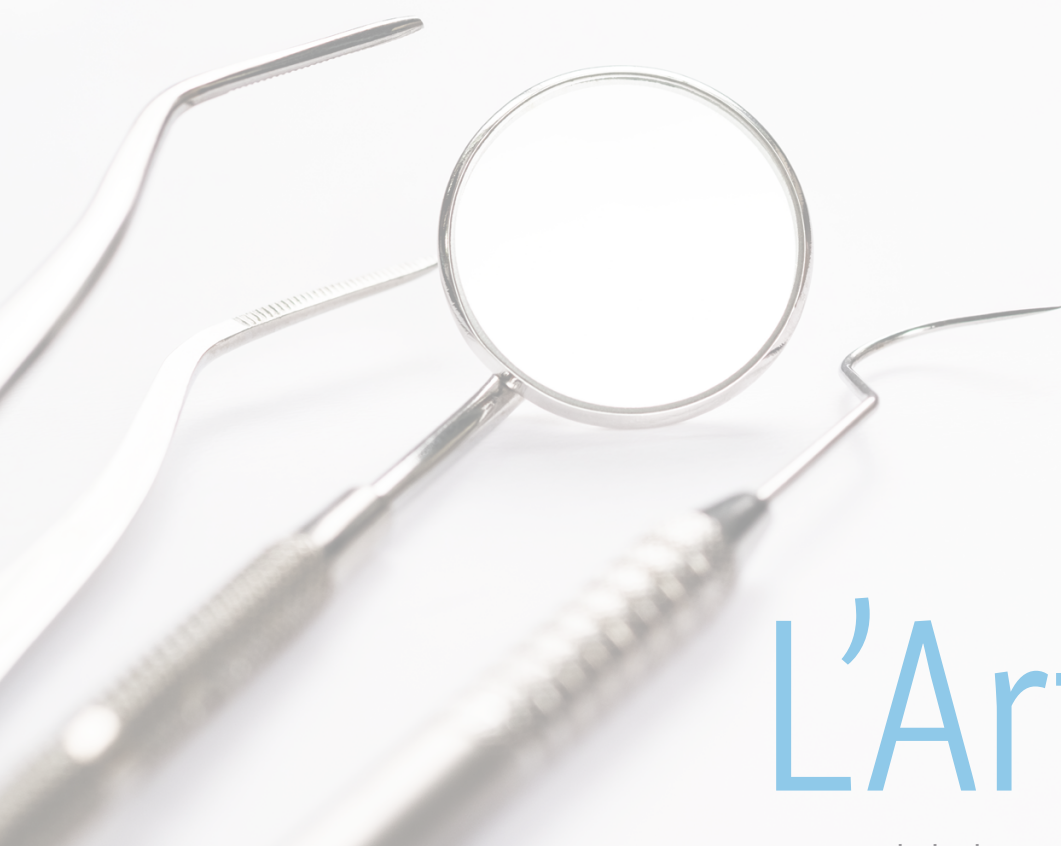




L'Articulé

Journal de la Société Dentaire de Québec

Sommaire

Mai 2021

2

Mot du président
par D^r Simon Lafrenière

3

Rappel sur les canines incluses maxillaires : où, quand, comment?
par D^r Antoine Beaudet, DMD, M. Sc., Orthodontie, F.R.C.D.(C)

10

Résidence en dentisterie pédiatrique
par D^{re} Stéphanie Labbé, DMD



3291, CHEMIN SAINTE-FOY, BUREAU 252
QUÉBEC (QUÉBEC) G1X 3V2
TÉLÉPHONE 418 656-6060
COURRIEL info@sdq.ca
SITE INTERNET sdq.ca

POUR JOINDRE LE BUREAU DE LA SOCIÉTÉ DENTAIRE
DE QUÉBEC, VOUS POUVEZ CONTACTER MME ANNA
BILODEAU TOUS LES MERCREDIS, ENTRE 9H ET 12H.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président
D^r SIMON LAFRENIÈRE

Présidente sortante
D^{re} KATIA SAVIGNAC

Vice-présidente
D^{re} MÉLINDA PARIS

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} MARIE-ROSE GAGNON BEAUMONT

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

Secrétaire administrative
ANNA BILODEAU

MOT DU PRÉSIDENT

Chers collègues et amis,

La Société Dentaire de Québec est fière d'avoir pu contribuer une fois de plus à votre formation scientifique cette année!

Au courant des derniers mois, nous avons reçu d'excellents conférenciers locaux et internationaux qui ont contribué à diversifier de façon significative l'offre de formation continue. Les membres du CA continuent d'organiser le prochain calendrier scientifique avec la même mission ; vous en donner plus et vous permettre d'assister à des conférences hors du commun.

En rétrospective, ce fut une année de changements et de défis pour les membres du CA afin de vous offrir ces premières conférences virtuelles. Tout est mis en place pour pouvoir vous offrir des conférences en présentiel l'an prochain, bien entendu si la situation nous le permet.

De mon côté, après 2 années de présidence de votre Société Dentaire, je passe le flambeau à la Docteure Mélinda Paris. Je continuerai tout de même à siéger comme membre du comité scientifique. Ce fut une expérience très enrichissante pour moi, m'amenant à discuter des enjeux de notre profession et à permettre à votre Société Dentaire de progresser.

Je vous remercie grandement de votre confiance et je vous souhaite une agréable saison estivale!

D^r SIMON LAFRENIÈRE
Président,
Société Dentaire de Québec



RAPPEL SUR LES CANINES INCLUSES MAXILLAIRES : OÙ, QUAND, COMMENT?

par D^r Antoine Beudet, DMD, M. Sc., Orthodontie. F.R.C.D.(C)

DÉFINITIONS

Une **dent incluse** est une dent permanente qui a une racine développée au-delà du $\frac{3}{4}$ de sa longueur et dont l'éruption spontanée n'est pas attendue dans un délai raisonnable. Une **dent ectopique** est pour sa part définie comme une dent ayant une position anormale.

PRÉVALENCE

Après les 3e molaires, les canines maxillaires sont les dents les plus souvent incluses. On estime que celles-ci affectent environ 2% de la population générale, sont davantage en position palatine (85%) et la plupart du temps unilatérale (92%) [1]. Les femmes en ont environ 2 fois plus souvent que les hommes et une tendance familiale a été établie [2]. Donc si un membre d'une famille a une canine incluse, il y a plus de chance que les autres membres de cette même famille en aient une également.

ÉTIOLOGIES

Le manque d'espace est le facteur étiologique principal pour les canines incluses en position buccale tandis que pour celles en position palatine, l'origine est localisée ou génétique. Ces dernières peuvent être causées par un développement anormal de l'incisive latérale, une obstruction ou une pathologie localisée et des facteurs génétiques [3].

La canine supérieure se sert de la racine de l'incisive latérale comme guide d'éruption et c'est pourquoi lorsque cette dernière est absente, en grain de riz ou présente un

retard d'éruption important, il y a plus de chance que la canine se déplace en position palatine [4].

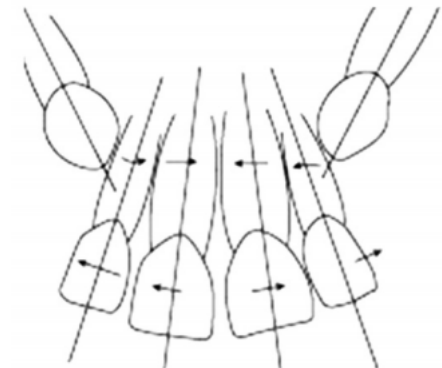


FIGURE 1. L'INCISIVE LATÉRALE QUI SERT DE GUIDE À LA CANINE

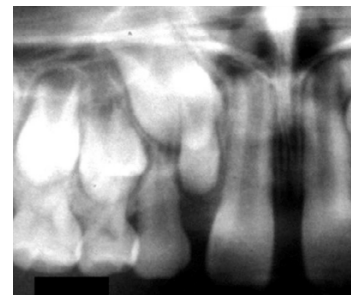


FIGURE 1. L'INCISIVE LATÉRALE QUI SERT DE GUIDE À LA CANINE

D'autres perturbations locales peuvent être à blâmer et sont multiples : rétention prolongée de la canine primaire, kyste folliculaire (follicule au-delà de 5mm), odontome, lésion périapicale chronique sur une dent primaire avec une pulpo/pulpectomie, etc.



FIGURE 3. KYSTE FOLLICULAIRE

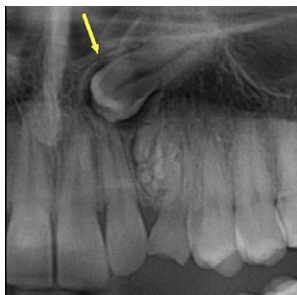


FIGURE 4. ODONTOME COMPOSÉ



FIGURE 5. PULPOTOMIE AVEC LÉSION PÉRIAPICALE

Les canines palatines peuvent à l'occasion être associées à d'autres anomalies de développement de la dentition : agénésie des 2e prémolaires, infraclusion des molaires primaires, hypoplasie de l'émail, éruption ectopique des premières molaires et dents surnuméraires [5].



FIGURE 6. ANOMALIES DENTAIRES: PRÉMOAIRES ABSENTES, RETARD D'ÉRUPTION, ÉRUPTION ANORMALE DE LA CANINE

EXAMEN CLINIQUE

La canine supérieure devrait être palpable dans le vestibule buccal vers l'âge de 10 ans. Si ce n'est pas le cas, une investigation radiographique est de mise [6]. Voici d'autres indices cliniques pouvant alerter le clinicien d'une possible inclusion :

- Une bosse au palais,
- Des anomalies de développement de l'incisive latérale et autres citées précédemment,
- Une canine primaire solide (surtout au-delà de 14 ans) qui marque l'absence de résorption de la racine,
- Une perte prématurée d'une canine primaire et un manque d'espace important.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Un examen radiologique est requis pour établir un diagnostic et démontrer la présence de la canine, sa position et la condition des dents adjacentes, c'est-à-dire le degré de résorption de la canine primaire et/ou la présence de résorption radiculaire des incisives.

La radiographie la plus utile et la plus couramment utilisée pour évaluer la position des canines est la radiographie panoramique. Par contre, il arrive parfois qu'on ait recours à la radiographie 3D (TVFC) afin d'obtenir la localisation et l'orientation précise des dents et pour planifier la direction de traction optimale. La 3D permet aussi d'évaluer la présence de résorption radiculaire des dents adjacentes. Il a été démontré que 40% des incisives latérales montrent un certain degré de résorption radiculaire en présence de canines ectopiques [7].

Après avoir rassemblé les informations cliniques et radiologiques, l'orthodontiste et le chirurgien maxillo-facial seront en mesure d'évaluer si l'exposition chirurgicale de la canine et la traction orthodontique est une option valable pour le patient et si le coût thérapeutique est justifié.

RISQUES DE NE PAS AGIR

Les principaux risques de ne pas agir sont les suivants :

- La résorption radiculaire de l'incisive latérale et parfois même de l'incisive centrale,
- Le déplacement des dents adjacentes,
- Le développement d'une condition pathologique en lien avec la canine incluse (kyste folliculaire, améloblastome, etc.),
- L'ankylose de la canine, surtout lorsque celle-ci est laissée en place sur une longue période.

PRÉVENTION ET INTERCEPTION

Il est bien connu que l'extraction précoce de la canine primaire peut contribuer à prévenir l'inclusion de la canine permanente [6]. Le taux de succès augmente lorsque ces conditions sont présentes:

- Le patient est âgé entre 10 et 13 ans,
- La couronne de la canine incluse est distale à l'axe long de l'incisive latérale. En effet, le pourcentage d'éruption de la canine si celle-ci est distale à l'axe long de la racine de la latérale est de 91% et chute à 64% si la canine est mésiale à ce même repère au moment où la canine primaire est extraite [6],
- L'absence de chevauchement à l'arcade supérieure.

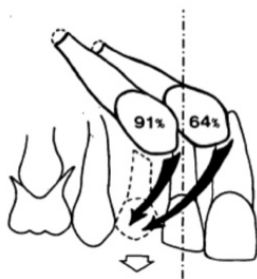


FIGURE 7. TAUX DE RÉUSSITE PAR RAPPORT À L'AXE LONG DE L'INCISIVE LATÉRALE

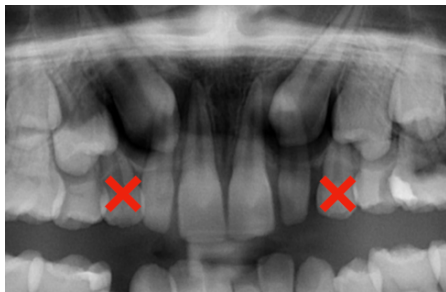


FIGURE 8. EXTRACTION DE 53 ET 63 PRESCRITES

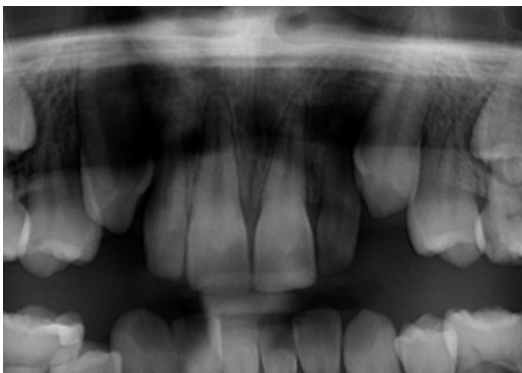


FIGURE 9. NORMALISATION DE LA POSITION DES CANINES

Un suivi radiologique devrait être réalisé environ 9 à 12 mois après l'extraction de la canine primaire et en l'absence d'amélioration de la position de la canine, un traitement orthodontique devrait être considéré.

D'autres interventions ont été démontrées comme efficaces à différents degrés si la trajectoire anormale de la canine est identifiée tôt: l'extraction prophylactique de la canine et de la première molaire primaire [8], le maintien de l'espace de dérive, la distalisation des molaires [9] et finalement l'expansion palatine rapide [10].

TRAITEMENTS POSSIBLES

Le traitement idéal est généralement l'exposition chirurgicale ainsi que la traction orthodontique, surtout chez un patient adolescent. Par contre, d'autres options sont possibles, soit l'extraction chirurgicale de la canine et le statu quo, c'est-à-dire de laisser la canine en place.

1. Exposition chirurgicale et traction orthodontique

Avant de considérer l'exposition chirurgicale et la traction orthodontique, il faut évaluer certains facteurs:

- Le traitement implique généralement des appareils fixes et peut être long, donc la motivation du patient et sa coopération sont primordiales.
- La canine doit être dans une position initiale qui permet l'alignement orthodontique. En effet, les canines à la hauteur des apex des incisives, au-delà de l'axe long de la racine de l'incisive latérale vers la ligne médiane et à un angle supérieur à 55 degrés au plan sagittal médian augmente passablement la difficulté de la traction orthodontique [11].

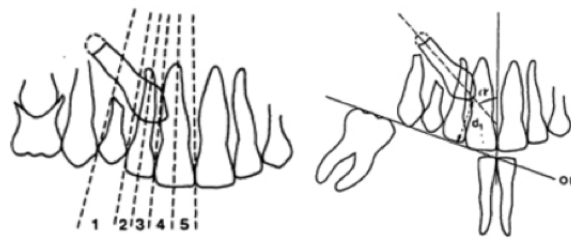


FIGURE 10. SECTEURS 1-5 ET ANGULATION DE LA CANINE PAR RAPPORT AU PLAN MÉDIAN

- Il doit y avoir suffisamment d'espace pour accommoder la canine et si l'extraction d'une prémolaire est nécessaire, il est préférable de s'assurer que la canine puisse érunder avant d'extraire une prémolaire, mais ce n'est pas toujours possible.

2. Extraction de la canine incluse avec ou sans traitement orthodontique

L'extraction de la canine incluse est à considérer lorsque le patient refuse un traitement orthodontique, si la canine est hors d'atteinte, ankylosée, présente une pathologie ou une dilacération importante, etc. Par contre, avant d'extraire une canine permanente, une consultation en orthodontie s'impose afin d'évaluer la malocclusion et de bien présenter les options qui s'offrent au patient.

3. Statu quo

Si la décision est prise de laisser la canine incluse en place, certaines conditions doivent être respectées :

- La canine ne doit pas être en contact intime avec les racines des incisives pour éviter la résorption radiculaire de ces dernières,
- Il ne doit pas y avoir de signe pathologique présent associé à la canine,
- Un suivi radiologique aux 5 ans est recommandé pour déceler tout changement anormal.

EXPOSITIONS CHIRURGICALES

Il existe 2 catégories d'expositions chirurgicales : ouvertes ou fermées. L'**exposition chirurgicale** ouverte a pour but l'élimination de l'os et des tissus mous en périphérie de la couronne laissant cette dernière exposée à la cavité orale à la fin de la procédure. Durant la période de guérison, la gencive ne doit pas recouvrir de nouveau la dent. Pour y arriver, l'élimination des tissus doit être assez large, c'est-à-dire jusqu'à la jonction énamo-cémentaire [12]. Certains chirurgiens appliquent un pansement parodontal pour diminuer les chances de guérison par seconde intention. Le traitement orthodontique débute généralement plusieurs mois après cette procédure pour laisser la canine érupter de façon autonome.



FIGURE 11. EXPOSITION CHIRURGICALE OUVERTE

Il arrive que cette technique doive être modifiée lorsque la traction est prévue à travers une gencive non kératinisée, notamment pour les canines incluses en position buccale. C'est alors qu'un **lambeau repositionné apicalement** est exécuté pour que la dent puisse avoir un épithélium buccal kératinisé au collet.



FIGURE 12. LAMBEAU REPOSITIONNÉ APICALEMENT

L'**exposition chirurgicale fermée** requiert l'élévation d'un lambeau pleine épaisseur et l'élimination suffisante d'os ainsi qu'une partie du sac folliculaire pour pouvoir coller une chaînette en or ou une attache orthodontique avec une ligature métallique torsadée. Ensuite, le lambeau est remplacé, suturé en place et la traction orthodontique peut débuter quelques semaines après la guérison.



FIGURE 13. EXPOSITION CHIRURGICALE FERMÉE

Pour la canine en ectopie buccale, il est important qu'elle érupte à travers de la gencive attachée. Donc si la couronne est gingivale à la jonction muco-gingivale, une exposition ouverte est indiquée. Au contraire, si la couronne est apicale à la jonction muco-gingivale, une exposition fermée avec chaînette est l'option de choix. Finalement, si la canine est labiale à l'incisive latérale, un lambeau remplacé apicalement est la chirurgie à privilégier.

Pour les canines palatines incluses, les expositions ouvertes ou fermées peuvent être prescrites étant donné la présence abondante de muqueuse kératinisée. Cette décision est fonction de la préférence du clinicien, mais également de la position initiale de la dent.

TRAITEMENT ORTHODONTIQUE ET TRACTION DE LA CANINE

Généralement les premières étapes orthodontiques sont le nivellement, l'alignement et l'ouverture d'espace pour accommoder la canine incluse. Ensuite, il faut mettre en place un fil assez rigide pour assurer un ancrage suffisant pour pallier aux effets secondaires de la traction de la canine, notamment l'intrusion des dents adjacentes et la création d'un articulé ouvert antérieur.

La traction orthodontique directe est la plus commune quand le chemin entre la position initiale et finale de la canine est libre. Elle est généralement appliquée sur la canine à l'aide d'une ligature élastique qui relie la chaînette ou bouton au fil orthodontique. La traction indirecte est indiquée lorsque la canine doit d'abord être dirigée en direction occlusale et/ou distale et ensuite vers le buccal pour éviter d'abîmer la racine des incisives.

D'autres mécaniques peuvent être utilisées pour déplacer la canine, comme un fil auxiliaire (piggy back), un fil en cantilever, un Kilroy spring, des ressorts en Nickel-Titanium (Isoglide) ou un appareil amovible. Une fois que la canine est accessible pour la pose d'un boîtier, le traitement orthodontique peut suivre son cours normalement.

CONCLUSION

- La prise d'une radiographie panoramique vers 10 ans est fortement recommandée si les canines primaires sont présentes et solides.
- Un historique familial de canines incluses et/ou d'anomalies dentaires est un indice que votre patient est plus à risque
- L'extraction précoce de la canine primaire au bon moment est la clé pour permettre à la canine permanente de se redresser pendant son éruption.
- Le taux de succès de la traction orthodontique d'une canine incluse est bien plus élevé chez un adolescent.

D^r Antoine Beaudet
DMD, M.Sc., Orthodontie, F.R.C.D.(C)

BIBLIOGRAPHIE

1. Ferguson JW. Management of the unerupted maxillary canine. *British dental journal*. 1990 Jul;169(1):11-7.
2. Peck S, Peck L, Kataja M. The palatally displaced canine as a dental anomaly of genetic origin. *The Angle Orthodontist*. 1994 Aug;64(4):250-6.
3. Becker A, Chaushu S. Etiology of maxillary canine impaction: a review. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2015 Oct 1;148(4):557-67.
4. Brin I, Becker A, Shalhav M. Position of the maxillary permanent canine in relation to anomalous or missing lateral incisors: a population study. *The European Journal of Orthodontics*. 1986 Feb 1;8(1):12-6.
5. Baccetti T. A controlled study of associated dental anomalies. *The Angle Orthodontist*. 1998 Jun;68(3):267-74.
6. Ericson S, Kurol J. Early treatment of palatally erupting maxillary canines by extraction of the primary canines. *European Journal of Orthodontics*. 1988 Nov 1;10(4):283-95.
7. Ericson S, Kurol J. Resorption of incisors after ectopic eruption of maxillary canines: a CT study. *The Angle Orthodontist*. 2000 Dec;70(6):415-23.
8. Bonetti GA, Zanarini M, Parenti SI, Marini I, Gatto MR. Preventive treatment of ectopically erupting maxillary permanent canines by extraction of deciduous canines and first molars: A randomized clinical trial. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2011 Mar 1;139(3):316-23.
9. Leonardi M, Armi P, Franchi L, Baccetti T. Two interceptive approaches to palatally displaced canines: a prospective longitudinal study. *The Angle Orthodontist*. 2004 Oct 1;74(5):581-6.
10. O'Neill J. Maxillary expansion as an interceptive treatment for impacted canines. *Evidence-based dentistry*. 2010 Sep;11(3):86-7.
11. Pitt S, Hamdan A, Rock P. A treatment difficulty index for unerupted maxillary canines. *The European Journal of Orthodontics*. 2006 Apr 1;28(2):141-4.
12. Kokich VG. Surgical and orthodontic management of impacted maxillary canines. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2004 Sep 1;126(3):278-83.

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

Maxillo Québec
chirurgie buccale et maxillo-faciale

**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

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.

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 PÉRIODE ESTIVALE **info**



Dr Steve Smith sera disponible
selon les horaires normaux
du **5 juillet au 20 août 2021.**

Bonnes vacances à toutes et à tous!

Tél.: 418 838-9188

Fax: 418 838-2449

**PROCHAINE
GARDE**

ACTION DE GRÂCE

RÉSIDENTE EN DENTISTERIE PÉDIATRIQUE

par **D^{re} Stéphanie Labbé, DMD**

Résidente en troisième année en dentisterie pédiatrique à l'Université de Toronto

La dentisterie pédiatrique est la spécialité de la médecine dentaire qui dispense des soins destinés aux enfants, de la naissance à l'adolescence, mais aussi aux patients de tous âges ayant des besoins spéciaux. Un dentiste pédiatrique peut exercer la médecine dentaire en milieu hospitalier et/ou en clinique privée. Un spécialiste en dentisterie pédiatrique doit avoir complété avec succès un programme reconnu en dentisterie pédiatrique. Au Canada, il existe présentement quatre programmes de spécialité en dentisterie pédiatrique, soit à l'Université de Montréal, l'Université de Toronto, l'Université du Manitoba et l'Université de la Colombie Britannique. Les programmes sont tous similaires, mais offrent différentes opportunités aux résidents. Les programmes de spécialité en dentisterie pédiatrique incluent la complétion d'un certificat en dentisterie pédiatrique ainsi qu'une maîtrise de recherche qui se déroulent sur trois ans. Le processus d'admission au programme de dentisterie pédiatrique diffère d'une université à l'autre, mais inclut généralement une lettre de motivation, des lettres de recommandation et une entrevue. De plus, la complétion d'une résidence multidisciplinaire ou de quelques années de pratique générale est généralement recommandée avant l'admission dans un programme de spécialité.

La première année de dentisterie pédiatrique à l'Université de Toronto est axée sur la théorie et l'initiation des projets de maîtrise. Les résidents assistent à des séminaires de dentisterie pédiatrique, mais aussi à des cours généraux offerts aux résidents de toutes les spécialités, comme par exemple des cours de statistiques, radiologie maxillo-faciale, médecine buccale et épidémiologie. La première année permet d'établir une bonne base de connaissances qui sont cruciales à la pratique de la dentisterie pédiatrique. Bien que les résidents doivent participer à plusieurs cours, ils ont aussi l'opportunité de traiter des patients dans la clinique de dentisterie pédiatrique de l'université,

mais aussi en milieu hospitalier, soit à l'Hospital for Sick Children.

La pratique de la dentisterie pédiatrique en milieu hospitalier est à la fois un défi mais aussi tellement gratifiante. Chaque jour, les résidents ont la chance d'aider des patients ayant des conditions médicales complexes et ont l'opportunité de faire partie de l'équipe de soins, qui parfois inclut des dizaines de spécialistes médicaux. La pratique en milieu hospitalier permet aux résidents de comprendre la signification de la santé buccale pour la santé générale, par exemple en faisant partie de l'équipe traitante pour les petits atteints de cancer ou qui sont en attente d'une greffe d'organe. Les résidents sont aussi invités dans des rotations de quelques semaines aux côtés des résidents en chirurgie plastique et en anesthésie. La pratique de la dentisterie pédiatrique en milieu hospitalier est aussi axée sur la prise en charge de trauma dentaire. Chaque résident de deuxième année dans le programme de spécialité est responsable de nuits et fin de semaines de garde pendant l'année. La garde permet aux résidents de développer leur autonomie dans la planification de traitement, mais aussi de développer leur confiance dans la prise de décision qui nécessite parfois d'être très rapide. La gestion de trauma dentaire dans des situations de trauma généralisé (par exemple un accident de voiture) permet aux résidents d'apprendre à travailler en équipe et à prioriser les traitements, tout en apprenant la gestion du stress et des émotions. La garde est partagée entre les résidents de deuxième année et les résidents de la résidence multidisciplinaire de l'hôpital. En général, les résidents du programme de spécialité complètent un total de six semaines de garde tout au long de l'année. Les résidents sont jumelés aux résidents de troisième année, qui sont invités à donner un coup de main en cas de besoin.

Les résidents de dentisterie pédiatrique sont formés à prodiguer des soins aux tout petits, aux adolescents ou aux patients de tous âges ayant des besoins spéciaux, tout au long des trois années du programme. Une journée typique en clinique comprend des consultations, des examens de rappel, des examens spécifiques ou d'urgence ainsi que de la dentisterie opératoire. Les traitements sont offerts sous anesthésie locale, sédation douce à modérée (protoxyde d'azote et/ou sédation orale) ainsi que sous anesthésie générale. Une grande partie du programme est consacrée aux différentes méthodes de gestion du comportement, allant du « tell-show-do » à l'anesthésie générale. Un aspect du programme comprend aussi la prise en charge de cas d'orthodontie amovible et fixe sous la supervision d'un spécialiste en orthodontie. Chaque résident doit prendre en charge 6 à 8 patients, pour lesquels les traitements seront complétés au courant des trois années du programme.

La pratique de la dentisterie pédiatrique est sans doute remplie de défis, mais est très diversifiée et tellement gratifiante! Pouvoir aider les tout petits à évoluer au-delà de leur peur du dentiste est sans doute la plus belle facette de la pratique de la dentisterie pédiatrique.

Dr^e Stéphanie Labbé, DMD

Résidente en troisième année en dentisterie pédiatrique à l'Université de Toronto

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 Sœurs
du Bon Pasteur #320,
Québec QC,
G1S 0B1

418.914.3516

pcnstsacrement@pcnphysio.com

PCN
Physio

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE L'ACTIVITÉ AU MANOIR RICHELIEU EST ANNULÉE POUR CETTE ANNÉE. IL Y AURA UNE REPRISE LES 11 ET 12 JUIN 2022.

LA SOCIÉTÉ DENTAIRE DE QUÉBEC



Voir encore plus loin

Vous préparez votre avenir minutieusement, pour qu'il s'ajuste à vos besoins et désirs. Chez fdp, notre gestion privée évolue. Plus que jamais, nos solutions d'investissement vous ouvrent une nouvelle perspective pour réaliser vos ambitions.

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.



Société dentaire de Québec

