



## Sirona et Dentsply : le mariage dentaire du siècle

Les deux poids lourds industriels viennent d'annoncer leur fusion, donnant naissance au numéro un mondial de produits et technologies dentaires.

C'est le mariage du siècle dans le monde dentaire : Dentsply et Sirona viennent d'approuver un accord définitif de fusion. Leur union va donner naissance au numéro 1 de la fabrication de produits et technologies dentaires professionnels du monde. L'acquisition de Sirona par Dentsply s'élève à un montant d'environ 5,5 milliards de dollars en actions et sera finalisée au cours du premier trimestre 2016, selon le site *Boursier.com*. Le nouveau géant mondial détiendra la plus importante infrastructure commerciale et de service du secteur dentaire, avec un total de 15 000 collaborateurs. La société issue de la fusion, baptisée simplement Dentsply Sirona, aura un revenu net d'environ 3,8 milliards de dollars et un EBITDA ajusté de plus de 900 millions de dollars, sans compter les retombées supplémentaires liées aux synergies.

« Regrouper deux sociétés de classe mondiale qui ont en commun la culture de l'innovation va favoriser le développement de solutions différenciées et intégrées à l'intention des généralistes et des spécialistes, en particulier dans les segments qui enregistrent la croissance la plus soutenue sur le secteur dentaire », s'est félicité Jeffrey T. Slovin, PDG de Sirona. Il dirigera les équipes du nouveau géant, au côté de Bret W. Wise, actuel PDG de Dentsply, nommé président exécutif de la nouvelle société. Celle-ci va pouvoir présenter sur le marché une offre complète de produits dentaires, en combinant les solutions et équipements numériques de Sirona, créateur du système Cerec, et la plateforme de consommables de Dentsply couvrant l'ensemble des disciplines de l'odontologie. Dentsply Sirona comptera plus de 600 scientifiques et collaborateurs à la R&D. Le poids lourd sera coté au NASDAQ sous le symbole XRAY. Son siège mondial sera situé à York (Pennsylvanie), site actuel de Dentsply, tandis que son siège international sera basé à Salzbourg en Autriche.

Jeffrey T. SLOVIN,  
président directeur  
général de Sirona.



Bret W. WISE,  
président directeur  
général de Dentsply,  
promu PDG du futur  
groupe Dentsply Sirona.



## Hey Doctor. un forum médical pour les professionnels et le grand public

Créée par des professionnels de la santé, cette plateforme permet d'échanger entre praticiens et particuliers.

Présenté comme le « premier réseau social médical et paramédical », Hey Doctor rassemble professionnels de santé, étudiants en médecine et patients. Favoriser l'échange entre tous, tel est le but de cette plateforme communautaire lancée par Michael Thanacody, médecin généraliste strasbourgeois, avec l'agence DGS Création. Le grand public peut trouver sur ce site ([www.heydoctor.fr](http://www.heydoctor.fr)) des informations et un forum santé. Le site propose en outre un volet service avec le dépôt gratuit d'offres d'emploi ou de remplacement et d'annonces pour vendre ou louer du matériel médical. Réseau social des étudiants en santé, Hey Doctor propose une aide aux examens avec des annales de facultés corrigées et commentées et des QCM d'entraînements. Les étudiants peuvent également échanger, partager des événements organisés par leur faculté ou école et consulter des thèses et mémoires. Les professionnels de santé peuvent trouver sur le portail communautaire des informations sur les congrès et conférences dans leur domaine et échanger avec les étudiants. Les particuliers peuvent aussi partager leurs expériences, trouver des informations santé et questionner des médecins. Le réseau professionnel met à disposition de ses membres une discussion instantanée, un espace de tchat avec photos et vidéos et la création de groupes.



### Occlusion

#### CONGRÈS NOSY BE À MADAGASCAR

Trois conférenciers animent le congrès Nosy Be organisé à Madagascar du 7 au 15 novembre. Le Dr Gilles Domenech interviendra sur le thème de l'occlusion. Il traitera notamment des problématiques de l'occlusion prothétique en denture naturelle et sur implant, des situations occlusales dysfonctionnelles et du bruxisme. Dr Renée France Sarazin abordera l'éclaircissement dentaire (*méthodologie et indications*). Le Dr Fabrice Baudot livrera un exposé autour des disciplines de la parodontologie et de l'implantologie. Il abordera les implications cliniques des notions fondamentales en parodontie, la prise en charge des maladies parodontales et les reconstructions parodontales et péri-implantaires. Au programme scientifique s'ajoute un volet social avec une journée d'action humanitaire.

Contact :  
[gilles.domenech48@orange.fr](mailto:gilles.domenech48@orange.fr)

### Technologie

#### SONY OPTIMISE SON VISIICASQUE POUR LES APPLICATIONS MÉDICALES

Sony a remis à jour son visiocasque HMS-3000MT pour permettre aux chirurgiens une vue immersive des images provenant de caméras 3D. Ces améliorations sont le résultat du dialogue engagé avec les acteurs européens du monde médical dans le but d'améliorer la qualité d'image et le confort des écrans. Le système de visiocasque repensé sera présenté lors du salon MEDICA de Düsseldorf, du 16 au 19 novembre prochains. Les visiteurs pourront essayer le dispositif sur le stand de Sony. Avec le nouveau modèle, le chirurgien bénéficie d'une plus grande plage de visualisation des images 3D sans distorsion. Lancé en 2014, le système de visiocasque HMS-3000MT délivre des images vidéo stéréoscopiques haute définition en couleur, provenant des caméras chirurgicales endoscopiques 3D ou de certains systèmes d'imagerie médicale compatibles.





## COURRIER DES LECTEURS

**Dr. G.D. Rachlin**

Parodontiste exclusif  
Ancien Président de la SFPIO Sud-Est  
Attaché Hospitalier – Pavillon Odontologie Timone-APHM  
- Service du Pr C Tardieu  
Consultation de Parodontologie

**Dr. P. Azoulay**

Rédacteur en chef de  
DENTOSCOPE

**Lettre ouverte au Dr. Paul Azoulay et au Dr. Jean Michel Pelé**

Monsieur le Dr. P. Azoulay,

Vous avez publié dans votre revue DENTOSCOPE, en rubrique Parodontologie, un article du Dr. J.M Pelé. Il aurait plutôt fallu mettre cet article dans une rubrique Fantaisie, divagation et utopie ! L'explication de l'étiopathogénie de la maladie parodontale est fantaisiste et sans support bibliographique et les exemples de cas cliniques montrent des résultats où certaines dents ont un pronostic défavorable à court terme (environ 2 à 3 mm d'os autour de l'apex des racines), ce qui compromettra un jour ou l'autre le sourire du patient ! Les « Labos » qui font vivre votre journal sont mis à l'index et considérés comme des entreprises d'escroqueries, ce qui n'est pas le cas ( Cf. page 14, colonne2, ligne 4) et les conférenciers sont accusés d'avoir des « relations particulières » avec ces mêmes Labos....

Monsieur le Dr. J.M Pelé,

Tous les Scientifiques savent que les maladies parodontales sont des maladies inflammatoires et que la destruction des tissus parodontaux se fait à partir de l'action de certains germes et par des phénomènes immuns provenant du patient.

Le diagnostic se fait à l'aide d'une sonde graduée et d'un status radio ( American Academy of Periodontology ) et non comme vous le faites à l'aide d'une radio panoramique qui manque de précision.

Effectivement, le microscope est uniquement utilisé pour motiver le patient et ne sert pas à effectuer un diagnostic. (Slots )

Bien entendu, tout Parodontiste digne de ce nom, fera appel aux spécialités de l'Odontologie pour régler les problèmes du patient : endodontie, orthodontie, implantologie, prothèse, ... Depuis plus de trente ans, les spécialistes s'intéressants à ces problèmes, ont codifié le traitement des parodontites :


- Motivation à l'hygiène et détartrage
- Traitement non chirurgical ( surfaçage radiculaire, antiseptiques buccaux et antibiotiques si nécessaire )
- Réévaluation : s'il persiste des lésions supérieures à 3 mm ou un saignement au sondage, on passe à un traitement chirurgical.
- Les chirurgies seront résectrices ou régénératives en fonction de la morphologie des lésions
- Maintenance parodontale

Quelque soit le type de traitement, non chirurgical ou chirurgical, nous aurons les mêmes objectifs à atteindre :

1. Elimination des facteurs étiologiques locaux
2. Avoir un sulcus minimum ( élimination de la poche )
3. Obtenir une architecture gingivale et osseuse physiologique
4. Permettre une hygiène journalière facile pour le patient
5. Permettre une maintenance professionnelle aisée
6. Obtenir une occlusion fonctionnelle ( pour éviter les traumatismes occlusaux secondaires )
7. Et enfin, l'esthétique

Alors Monsieur le Dr. J. M Pelé, votre copie est à revoir et si des patients à vous « très éloignés géographiquement de votre cabinet, des fois d'un autre continent ... » pouvaient lire cette lettre, ils feraient des économies en consultant un Parodontiste classique près de chez eux !

Confraternellement.



Docteur Georges RACHLIN

## Réseaux DENTEGO : LE CENTRE DE SOINS QUI VEUT SE DISTINGUER PAR LA QUALITÉ

Lancé en 2013, Dentego a ouvert trois centres de soins dentaires en France. Le réseau emploie trente chirurgiens-dentistes et fabrique lui-même ses prothèses.

Réseau de soins dentaires créé en 2013, Dentego déploie son activité dans trois centres en France. Il est présent à Paris (11e et 17e arrondissements) et Boulogne. Il compte 25 fauteuils, trois blocs de chirurgie et emploie 30 chirurgiens-dentistes. Dentego va ouvrir un quatrième centre dans le 14e arrondissement parisien, d'ici fin 2015. Il veut poursuivre son développement avec l'implantation d'autres centres en banlieue parisienne, puis à Nice, Strasbourg et Lyon en 2016. Ses fondateurs, James Cohen et Raphaël Tapiero, prévoient une levée de fonds l'an prochain pour soutenir son déploiement dans les grandes villes de l'Hexagone. Le centre de soins dentaires Dentego est basé sur le concept de la délégation de tâches et la qualité. Les prothèses proposées sont « made in France », certifiées label France prothèse dentaire et réalisées dans l'atelier de Dentego. Un site de fabrication où travaillent plus de 20 prothésistes dentaires avec les technologies de la CFAO. Ses fondateurs mettent en avant « la qualité des soins et des services pour les patients, l'hygiène et la sécurité ».

**FORMER AUX STANDARDS CLINIQUES**

Dentego a développé une école pour former son personnel sur les normes de qualité et les standards cliniques. L'accessibilité à tous les publics est également la marque de fabrique du centre de soins, avec l'accueil de tous les patients, qu'ils soient en CMU ou AME. Le personnel d'accueil gère le dossier administratif de la patientèle et prend au besoin contact avec les mutuelles. Toutes les spécialités dentaires sont développées dans les centres, y compris d'orthodontie et la stomatologie. Pour les jeunes patients un service de pédodontie est aussi représenté. Les urgences sont prises en charge avec des rendez-vous dans la journée. Pour une première consultation, le délai de rendez-vous est rapide, entre 48 et 72 heures. Le centre dentaire n'est pas low cost, mais dit pratiquer « des honoraires modérés sur les actes prothétiques et d'implantologie ». Il veut se distinguer en matière d'équipement avec des plateaux techniques équipés de scanners intégrés et de technologie 3D pour les prothèses. Son équilibre financier s'appuie sur les économies d'échelle « au sein d'une organisation rationnelle avec du personnel qualifié et formé », soulignent les fondateurs.

Et vous, qu'en pensez-vous ?  
Réagissez sur [edp-dentaire.fr](http://edp-dentaire.fr)

DÉCOUVREZ LA RÉPONSE DU DR  
JEAN-MICHEL PELÉ en page suivante







## Réponse du Dr Jean-Michel PELÉ à la lettre ouverte de Mr le Dr Georges RACHLIN

*Cher confrère,*

Vous « m'interpellez » dans un courrier destiné à notre confrère *Paul Azoulay*, suite à un article que j'ai librement produit dans *Dentoscope*, en le qualifiant de fantaisiste.

Aucune loi ne m'interdit de produire cet article, ni les autres qui les ont précédés. L'esprit scientifique est justement défini par l'ouverture d'esprit et la permanence des observations que chacun de nous peut faire lors de son activité et nous permet d'intervenir en fonction de nos expériences personnelles ; c'est justement la différence avec les dogmes. Le journal *Dentoscope* à cela d'intéressant qu'il ouvre ses colonnes à des confrères qui bien que n'ayant pas la qualité de chercheur, n'en ont pas moins la qualité de critique. Pour ma part, mon expérience personnelle et ma recherche permanente pour réduire la quantité de perte de l'organe dentaire ne souffre d'aucune fantaisie. Vous vous permettez d'écrire que je qualifie les labos d'entreprises d'escroqueries, alors que sur les lignes que vous référencez, je dis simplement que cette méthode de travail que j'utilise n'a rien à vendre et c'est une des raisons de sa méconnaissance... Je persiste et signe, et cela ne qualifie pas les entrepreneurs d'escrocs. Mais vous conviendrez qu'il est plus aisé de faire connaître une méthode, ce qui demande des fonds, lorsque l'on a un support industriel, comme pour le laser... Je n'attaque à aucun moment ces industriels qui œuvrent pour nous créer des outils de plus en plus performants ; c'est leur métier et ils le font correctement. Je suis moi-même en rapport avec quelques laboratoires qui m'aident quotidiennement dans mon travail, et il est certain que des conférenciers ont des échanges avec certains laboratoires, cela est tout à fait normal, lorsque cette action est en mesure d'améliorer la santé des patients.

Je dis dans cet article que la profession est plus sollicitée par des formations d'implantologie que de parodontologie efficace, en vue de la conservation de l'organe dentaire. Vous avez la gentillesse de me rappeler que les maladies parodontales sont des « maladies inflammatoires », et que la destruction des tissus est faite par certaines bactéries, et par des réactions immunitaires provenant des patients. Je dis que je considère les problèmes parodontaux comme des blessures ouvertes par lesquelles passent des bactéries (comme pour toutes blessures) et que celles-ci déclenchent une réaction inflammatoire qui entraîne la destruction de l'os et plus tard la chute de la dent. Mais je dis que si c'est la réaction immunitaire qui déclenche la chute de la dent, il s'agit sans aucun doute possible d'une réaction de cicatrisation, puisque la réaction inflammatoire est par définition une réaction de défense de l'organisme. J'explique ma vision des choses qui est toutefois partagée par bon nombre de confrères que je rencontre. La peau et les muqueuses nous enveloppent, et protègent, avec les muscles et le squelette, les organes vitaux. Ces organes, peau et muqueuses ont certaines caractéristiques, dont le fait d'être étanche aux micro-organismes. Une autre caractéristique, est que s'il y a une effraction de cette enveloppe, il y a, dans le meilleur des cas fermeture par cicatrisation.

Une de mes premières interrogations a été de comprendre pourquoi la région où s'étendaient ces lésions (que je n'ai jamais regardées comme des maladies) ne se refermait pas, ne cicatrisait pas spontanément. J'ai eu l'explication des années plus tard. Les dents font partie intégrante de la muqueuse, car elles la traversent.

L'étanchéité de la peau et des muqueuses est préservée, car la gencive est rattachée à la racine par un joint « étanche », et l'email est étanche. Je dis que toute perte d'étanchéité sera donc suivie par l'entrée de bactéries, plus ou moins dangereuse pour les organes vitaux, et qu'il s'en suivra une réaction inflammatoire qui aura pour conséquence la perte des tissus de soutien de la dent, la chute de la dent et la fermeture de la muqueuse, pour retrouver l'étanchéité. La perte de la dent ne serait alors plus une maladie, mais une cicatrisation. Je ne remets donc pas en cause le travail des chercheurs sur l'action bactérienne. Je donne une autre explication, à mon sens plus logique, plus rationnelle que le fait de perdre ses dents suite à une maladie. D'autant qu'à l'heure actuelle il y aurait 80 % de la population atteinte pas ces dites maladies...

Vous me rappelez aussi la manière de réaliser un diagnostic, à l'aide d'une sonde graduée, et de radiographie plus précise que le panoramique et je vous en remercie. Mais, pour moi qui pratique la paro depuis plus de trente ans, j'ai réduit le diagnostic à un seul signe pathognomonique, à savoir la perte d'étanchéité autour de la racine. Je ne pense pas que l'on fasse un diagnostic à l'aide d'une radiographie, fusse-t-elle plus précise qu'une radio panoramique. Par ailleurs la pano 3D donne encore une meilleure idée de la topographie de la perte osseuse. Mais peu importe le type de lésion, il faut agir pour arrêter la perte osseuse, et la technique que j'utilise permet de le faire en trois semaines en règle générale, comme toute cicatrisation d'ailleurs. Le fait de le faire avec une sonde graduée ne permet pas de réaliser un diagnostic, mais de préciser la profondeur de la perte d'attache. Ni les saignements, ni la mauvaise haleine, ni les prélèvements bactériens, ni les radiographies ne permettent de réaliser un diagnostic.

Vous me rappelez que le microscope est juste là pour motiver le patient, je suppose à l'hygiène, mais cela sous-entend que la bactérie est la seule responsable de ces problèmes, et donc que le patient est le seul responsable aussi de cet état... Et c'est bien là que nous avons une divergence. Pour moi, il ne s'agit pas de maladies « d'origine bactérienne », car cela sous-entend que la seule hygiène peut permettre d'éviter les problèmes, ce qui n'est pas exact à mon avis de thérapeute. Le microscope est un instrument inutile pour éviter les problèmes parodontaux, c'est mon avis. Par contre il l'est pour la motivation à l'hygiène... S'il s'agit de blessures, pour moi, il faut connaître l'origine des blessures par lesquelles passent les bactéries. D'après mes propres recherches les chocs émotionnels, le stress, et les dents mal positionnées, sont autant de causes directes permettant les conditions de la perte d'étanchéité, et bien entendu, si l'hygiène est défaillante, il y aura possibilité que les cellules de défense soient dépassées par le nombre de bactéries à éliminer. Et je comprends mieux pourquoi il y a une telle proportion de personnes affectées. Car la proportion de personnes stressées, ayant eu un choc émotionnel, présentant des dents non alignées, refuge de nombreuses bactéries et autres micro-organismes, présentant des dents absentes sur l'arcade, avec autant de forces constantes s'appliquant sur un nombre plus petit de dents, de plus en plus fragilisées, je pense que l'origine des « pertes d'étanchéité » en général, caries, atteinte parodontale, fractures en tout genre, peut expliquer cette forte proportion de cas d'édentation. 80 % des Français attaqués par leurs bactéries et perdant le combat, et les dents, c'est juste peu crédible sur le plan biologique.

L'arcade dentaire doit être alignée et symétrique, comme celle d'un ouvrage en pierre, c'est une forme stable et solide, et c'est pour cela que nous traitons les jeunes enfants ou jeunes adultes. Les traitements orthodontiques chez l'adulte sont moins systématiques et c'est une erreur, à mon avis, et une des causes d'instabilité et de blessure microscopique par lesquelles peuvent passer les micro-organismes. Pour preuve cet article scientifique, *Interrelations orthodontie-parodontologie de Pougatch P, Boes D, Maujean E et Tarragano H. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Odontologie, 23-448-A-10, 1999, 14 p.* Il y est dit « *En cas d'indication chirurgicale à visée osseuse (ostéectomie, ostéoplastie, comblements, régénération), les interventions sont réalisées à l'issue du traitement orthodontique qui, par les remaniements tissulaires entraînés, peut modifier la morphologie des lésions en diminuant leur sévérité (ce qui améliore le pronostic) ou en les supprimant [44]* ». Ce qui tend à prouver que la bonne position dentaire permet de conserver une bonne architecture osseuse, en donnant une bonne orientation des forces musculaires sur les dents.

Enfin vous me rappelez la bonne conduite qu'observent les « vrais » parodontistes. La technique que j'utilise, et que vous semblez critiquer sans la connaître alors que votre statut d'enseignant universitaire se devrait de s'ouvrir et de venir constater les effets avant de les critiquer, véritable démarche scientifique à mon sens, est très proche de celle que vous décrivez, à quelques détails près, qu'elle est plus efficace. Je vous rappelle que je suis diplômé et pourvu d'un doctorat délivré par une vraie faculté, et que j'ai au moins pour ma part mis en place les recommandations de mes professeurs, avant d'évoluer vers d'autres attitudes pour le bien-être de mes patients, ce dont je ne vous permets pas de douter ne serait-ce qu'un instant.

C'est juste la prise charge du patient qui est très différente, et la vision des origines des problèmes. La maintenance par le patient est aussi différente, et l'instrument utilisé pour cela est le seul à l'heure actuelle à agir sur les racines et la modification du milieu en apportant de l'oxygène, qui permet de lutter contre les anaérobies. Tous les instruments utilisés par les autres techniques ont une action au-dessus de la gencive et tendent uniquement à diminuer la quantité de bactéries proche du sulcus. L'instrument utilisé par le TPA permet d'agir sur les bactéries à l'endroit où il n'est pas permis de voir se nicher celles-ci, à savoir la racine dentaire. Il permet aussi de remonter des renseignements sur la qualité des tissus, dureté, la localisation précise des saignements résiduels après traitement chirurgical, ce qu'aucun instrument, brosse à dent, brossettes interdentaires et autres solutions antiseptiques n'est capable de faire.

Vous voyez, cher confrère, ma démarche n'est pas hasardeuse, ni fantaisiste, et je pratique avec bonheur depuis 15 ans cette technique. J'ai travaillé au côté d'un professeur en parodontologie de ma faculté durant 18 ans, et je me passionne sur le sujet depuis 1983. *Et il y a deux sujets qui me sont très chers et contre lesquels je me suis toujours battu et que je ne lâcherai pas, c'est l'intégrisme et le pouvoir.*

*Avec mes salutations respectueuses.  
Dr Jean-Miche Pelé*

