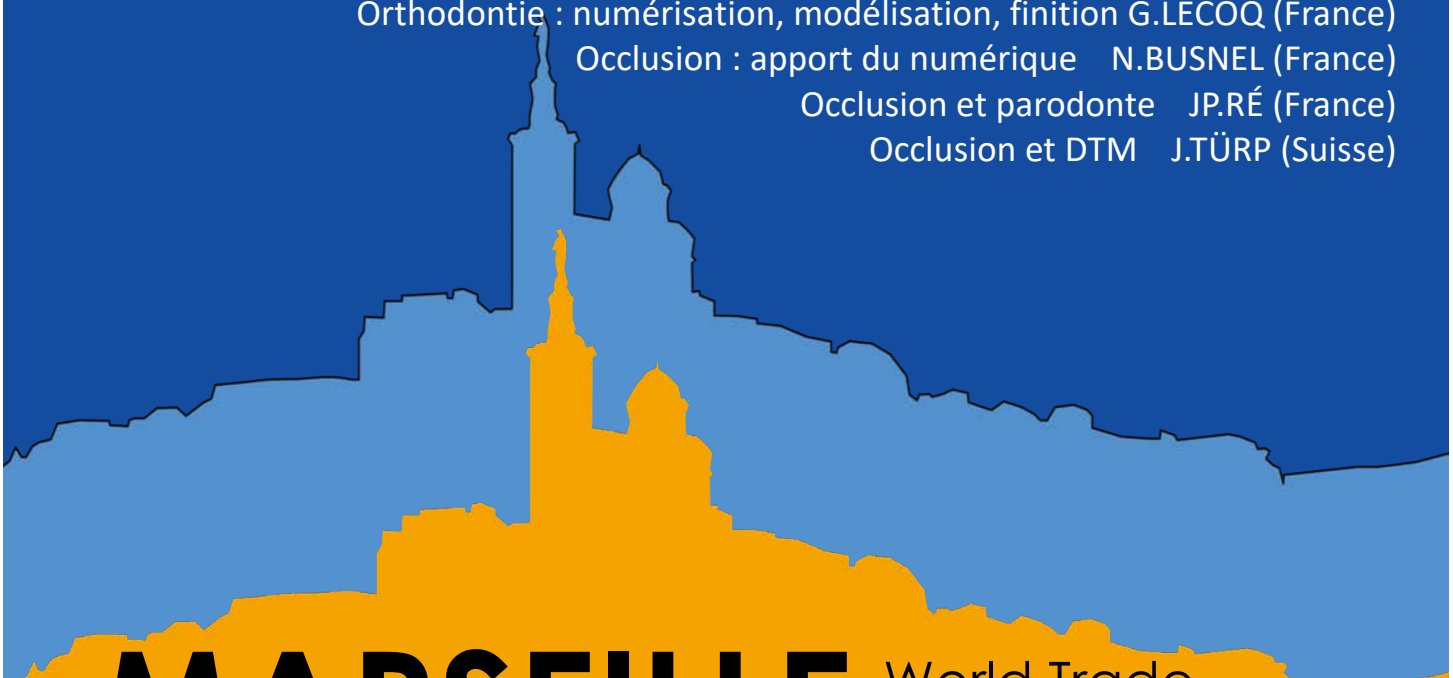
Occlusodontologie, Fonctions/Dysfonctions **SUD**

2 & 3 Juin 2022

www.cno-provence.com

OCCLUSION

Le plan d'occlusion en orthodontie S.SATO (Japon)
Comprendre le plan d'occlusion JD.ORTHLIEB (France)
Équilibration occlusale préprothétique N.CHATEAU (France)
Occlusion en prothèse complète amovible F.CREHANGE (France)
Décision et contrôle de l'occlusion en prothèse fixée D.DOT (France)
Wax-up : contrôle des paramètres occlusaux S.PROVENCHER (Canada)
Orthodontie précoce et overlays M.ASSIS, A.LONDONO (Colombie)
Reconstruction prothétique en antéposition E.TANTERI (Italie)
Occlusion et restaurations adhésives JD.BOSCHATEL (France)
Architecture occlusale et implants P.MARGOSSIAN (France)
Orthodontie : numérisation, modélisation, finition G.LECOQ (France)
Occlusion : apport du numérique N.BUSNEL (France)
Occlusion et parodonte JP.RÉ (France)
Occlusion et DTM J.TÜRP (Suisse)



MARSEILLE World Trade Center

cno.paca@outlook.fr

Collège National d'Occlusodontie (CNO-Sud)

VieSID Vienna School of Interdisciplinary Dentistry Education in Occlusion Medicine

GAMMA DENTAL

id

MODJAW Live in motion

HENRY SCHEIN

L'EQUIPE

Président d'Honneur

Jean-Daniel ORTHLIEB

Présidente Scientifique

Armelle MANIÈRE

Président du Congrès

Jean-Philippe RÉ

Bureau d'organisation

Estelle CASAZZA (Responsable Administrative)
Thierry DRAUSSIN (Responsable Partenaires)
Florian CREHANGE (Responsable Partenaires)
Benjamin KHOUMRI (Responsable Internet)
Armelle MANIÈRE (Responsable Conférenciers)
Jean-Daniel ORTHLIEB (Responsable financier)
Sophia PELLEGRINO (Responsable Communication)
Jean-Philippe RÉ (Responsable Management)

Comité d'organisation

Benoît BALLESTER
Tony BATAILLON
Alice FERDANI
Adélaide GESLIN
Anne GIRAUDEAU
Marion JEANY
Camille RAYNAUD

Traducteurs

Sharon KRIEF
Jean MEYER
Stephan PROVENCHER
Victoria PULOC'H
Jean-Jacques SARLIN

À vous de jouer!

Reliez chaque célèbre personnage à son nom

Benoît BALLESTER

Tony BATAILLON

Estelle CASAZZA

Florian CREHANGE

Thierry DRAUSSIN

Alice FERDANI

Adélaïde GESLIN

Anne GIRAUDEAU

Marion JEANY

Benjamin KHOUMRI

Armelle MANIÈRE

Jean-Daniel ORTHLIEB

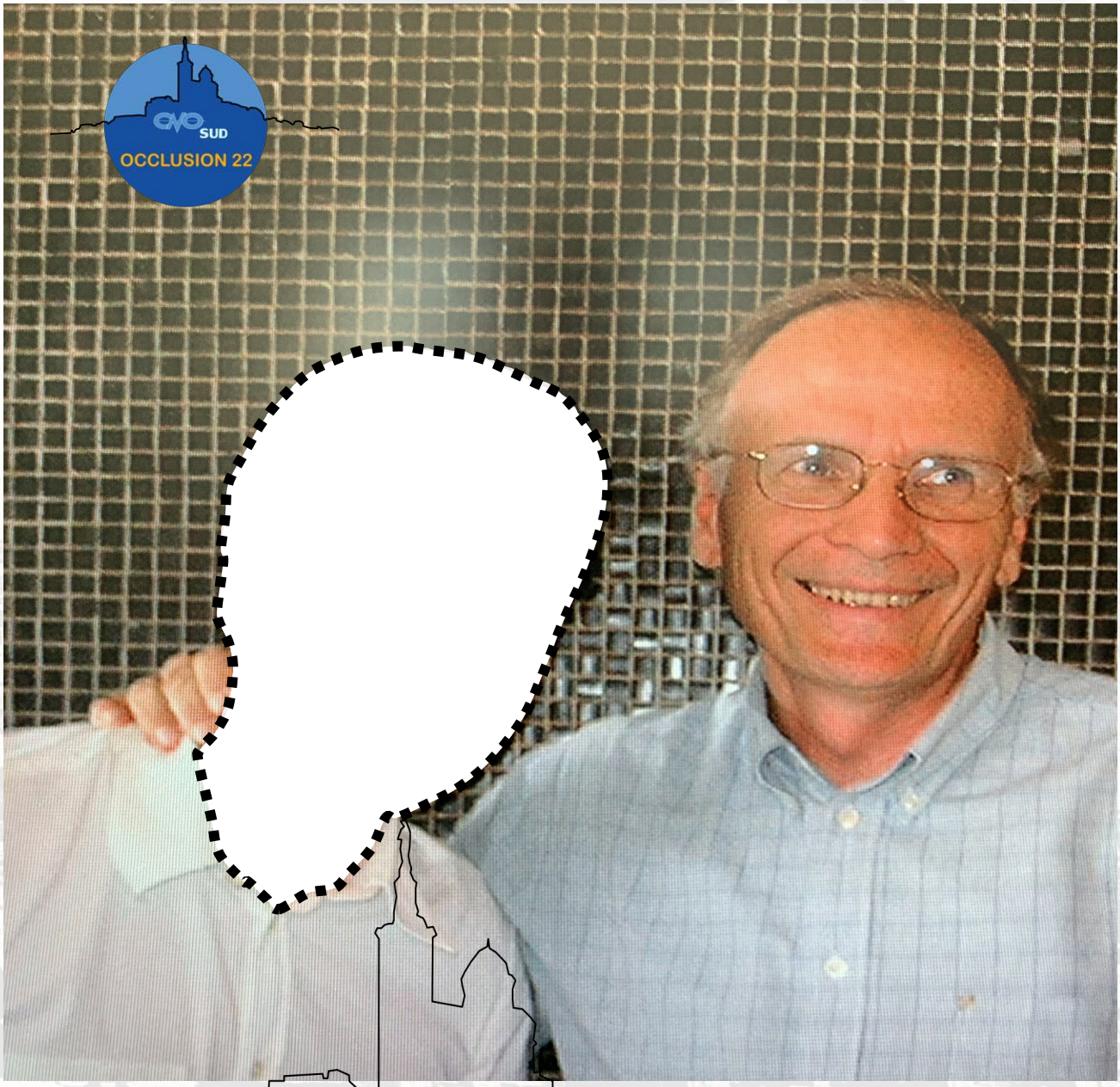
Sophia PELLEGRINO

Camille RAYNAUD

Jean-Philippe RÉ

À vous de jouer!

Vous n'avez pas le temps d'un selfie avec JDO? Rajoutez votre portrait sur la photo selon les pointillés



NOTA BENE

‡

Ne dites pas :

- **Ortîeb**
- **Ortiyeb**
- **Ortib**
- **Ortileb**
- **Orteb**
- **Ortis**
- **Orties**
- **Orteliebe**
- **Ortibel**
- **...**

Mais prononcez : ÔR-TLIB

MERCI

LE MOT DU BOSS

Chers collègues,

Nous voilà réunis autour de la thématique de l'occlusion dentaire. L'occlusion est au centre de cet appareil manducateur si complexe sur le plan anatomique, physiologique, pathogénique, avec une dimension psycho-émotionnelle si forte qu'elle ne peut qu'éveiller l'attention des praticiens. L'affrontement occlusal représente le cœur où bat l'appareil manducateur interférant avec la très grande majorité des disciplines odontologiques. L'occlusion devrait intéresser tout le monde, mais il faut bien reconnaître que ce n'est pas le cas. Ce thème, par essence complexe, fut entouré de mystères, objet de querelles de chapelles, terreau de développement de sorte de sectes, temple réservé à une soi-disante élite ou à quelques prédicateurs, esprits plus ou moins intellectuels, éloignés des réalités cliniques quotidiennes. Tout cela a agi comme un repoussoir générant un désintérêt assez général vis-à-vis de l'occlusion. De « l'occlusion, c'est tout » : la paro, l'ortho, la restau, la prothèse, la dysfonction, on est passé à « l'occlusion ce n'est rien ».

En 1984 j'ai participé, à Toulouse, au congrès fondateur du Collège National d'Occlusodontologie (CNO) ; depuis, je n'ai jamais quitté cette famille qui mélange des praticiens de toutes origines. Synthèse de différentes sensibilités, de l'avancée des connaissances, des multiples rencontres, ce groupe a murit. En consolidant ses bases scientifiques, en élargissant son regard tout en conservant une forte implantation clinique, le CNO est à l'heure actuelle en capacité de proposer une vision claire des problématiques concernant l'occlusion. Une vision claire aboutissant à une présentation simple en s'appuyant sur des données les plus fondées possibles.
Il y a environ 40 ans je suis tombé dans cette marmite « occlusale » et depuis je m'y suis senti comme un poisson dans l'eau, à la recherche du simple mais du vrai. Ce congrès est la matérialisation de cette marmite qui bouillonne pétrissant les jeunes, continuant à faire mijoter les anciens.

Aujourd'hui, le temps est à la croisée des chemins, entre une jeune génération enthousiaste et celle des pionniers. Aux jeunes, je dis « faites en sorte que les très larges connaissances que vous pouvez (et que vous devez) avoir de nos jours, ne vous fassent pas perdre pied avec les réalités cliniques ». La biologie, la psychologie, si intéressantes soient-elles, ne peuvent ignorer la mécanique ; ce que l'on appelle pompeusement la médecine dentaire ne peut mépriser, voire ignorer la chirurgie-dentaire. Notre métier restera, encore pour un bon moment, un métier largement chirurgical, c'est-à-dire que le dentistel transforme la structure : « Il ne suffit pas d'être un médecin de la dent, il faut savoir l'opérer ».

Il y a longtemps, j'ai été marqué par une citation de Charles DARWIN (un homme que l'on ne peut pas taxer de manque de culture scientifique) : en parlant d'un de ses professeurs il disait ; « Mr. Duncan est tellement instruit que son savoir n'a pas laissé de place à son bon sens. »

Dear colleagues

Occlusion is at the center of this masticatory apparatus which is so complex at anatomical, physiological and pathogenic level, with such a strong psycho-emotional dimension that it can only arouse the attention of practitioners. The occlusal confrontation represents the heart where beats the masticatory apparatus interfering with the vast majority of odontological disciplines. The occlusion should interest everyone, but it must be recognized that this is not the case. This topic, inherently complex, was surrounded by mysteries, place of quarrels of chapels, breeding ground for the development of sorts of sects, temple reserved for a so-called elite or a few preachers, more or less intellectual minds, far from daily clinical realities. All this acted as a foil generating a fairly general disinterest in dental occlusion. From "occlusion is critical for everything" paro, ortho, resto, prostho, dysfunction; we went to "occlusion is nothing".

I participated, in Toulouse in 1984, in the founding congress of the French National College of Occlusodontology (CNO); since I have never left this family which mixes practitioners from distinct backgrounds. Synthesis of different sensitivities, advancement of knowledge, multiple meetings, this group has matured. By consolidating its scientific bases, broadening its vision, always maintaining a strong clinical implication, the CNO is currently able to offer a clear vision of the occlusal problematics. A clear vision leading to the possibility of presenting things simply supported by the most evidence based possible.
About 40 years ago I fell into this "occlusal pot" and then I feel like a fish in water, looking for simplicity but reality. This meeting is the materialization of this boiling pot kneading the young colleagues, continuing to simmer the old ones.

Today is the time of a crossroads, between an enthusiastic young generation and the quiet generation of pioneers. To young colleagues, I say "make sure that the very broad knowledge that you can (and that you must) have today does not make you lose with clinical realities". Biology, psychology, interesting they are, cannot ignore mechanics; what is pompously called dental medicine cannot despise or even ignore dentistry. Our profession will remain, for quite some time, a largely surgical profession, that is to say that dentist transforms the structure: "it is not enough to be a medical doctor of the tooth, we have to know how to operate it.

A long time ago, I was marked by a quote from Charles DARWIN (a man who cannot be accused of a lack of scientific culture) speaking of one of his professors, he said; "Mr. Duncan is so well educated that his knowledge has left no room for his common sense. »

Jean-Daniel ORTHLIEB

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE SCIENTIFIQUE

L'occlusion nous réunit aujourd'hui.... Ce mot qui fait si peur ! Et pourtant, « l'occluso » est au coeur de notre métier ; quelle qu'en soit la pratique, nous sommes tous concernés ! Nos deux arcades dentaires s'affrontent au cours de fonctions vitales, et nous les réhabilitons « à longueur de journée ». Alors, il est important de se poser régulièrement les bonnes questions sur nos pratiques quotidiennes, et ce congrès est l'occasion d'écouter les meilleurs conférenciers actuels sur toutes les facettes de l'occlusion.

C'est dans cet esprit que le programme scientifique a été élaboré. Cela permettra de mieux comprendre l'occlusion d'aujourd'hui, mieux comprendre le plan d'occlusion et les courbes occlusales, l'équilibration occlusale, le wax-up, le défi des grandes reconstructions prothétiques avec un regard de 2022 et non de 1980. Les restaurations esthétiques qui sont tellement médiatisées ne peuvent être pérennisées que par une excellente intégration occlusale, il en va de même pour les reconstructions sur implant : là encore, concept et technirue sont à actualiser. Il y aura toujours dans chaque présentation un regard très moderne, très actuel, avec parfois une vision assez renversante par rapport aux approches classiques, quelque soit les domaines. De ce point de vue on peut évoquer l'approche parofonctionnelle, les traitements en antéposition que ce soit en orthodontie ou en prothèse, les traitements orthodontiques par déplacements dentaires individualisés, même la prothèse totale.

L'apport du numérique dans le domaine de l'occlusion sera majeure, les évolutions techniques sont bluffantes, il faut qu'elles soient suivies, voir précédées par de sérieuses intégrations conceptuelles.

La motivation de chaque conférencier est extrêmement forte. Ils sont tous enthousiastes de venir plonger dans le chaudron. Ce n'est pas un congrès comme les autres. A lecture du programme, on a la sensation que vous allez être tenu en haleine du début jusqu'à la fin !!

Le comité scientifique vous invite à deux journées intenses de redécouverte occlusale, animées par des conférenciers qui sont des ... amis ! D'avance, nous les remercions d'être venus à Marseille : haut lieu de l'occlusion ?

Bon congrès,

Occlusion brings us together today.... This word that is so scary! But "the occluso" is at the heart of our profession; whatever the practice, we are all concerned! Our two dental arches clash during all mandibular functions, and we rehabilitate them "all days long". So, it is important to regularly ask the right questions about our daily practices, and this congress is an opportunity to listen to the best current speakers on all fields of occlusion.

It is in this spirit that the scientific program has been developed. This will allow a better understanding of today's occlusion, a better understanding of the occlusal plane and occlusal curves, occlusal equilibration, wax-up, the challenge of large prosthetic reconstructions with a view of 2022 and not of 1980. The aesthetic restorations that are so publicized can only be made more permanent by excellent occlusal integration, the same goes for reconstructions on implants: here again, concept and technique need to be updated. There will always be in each presentation a very modern, very current look, with sometimes a rather stunning vision compared to traditional approaches, whatever the fields. From this point of view, we can mention the parofunctional approach, anteposition treatments whether in orthodontics or prothodontics, orthodontic treatments by individualized dental displacements, even full denture.

The contribution of digital in the field of occlusion will be major, the technical developments are stunning, they must be followed, even preceded by serious conceptual integrations.

The motivation of each speaker is extremely strong. They are all enthusiastic to come and dive into the cauldron. It is not a congress like the others. Reading the program, we have the feeling that we will be kept in suspense from the beginning to the end!!

The scientific committee invites you to two intense days of occlusal rediscovery, led by speakers who are... friends! In advance, we thank them for coming to Marseille: high place of occlusion?

Have a nice congress,

Armelle MANIÈRE EZVAN

LE MOT DU PRÉSIDENT DU CONGRÈS

Marseille, l'OCCLUSO capitale

L'équipe
Les Jeudi 2 et Vendredi 3 juin 2022, Marseille sera, à nouveau, la capitale mondiale de l'OCCLUSION.
La capitale mondiale de l'OCCLUSION : Marseille l'était, déjà en 1986 avec Jean-Pierre Toubol, Gérard Duminil autour de Jean-François Michel : noyau dur fortement impliqué dans la création du Collège National de l'Occlusodontologie (CNO).
Elle l'était déjà bien avant, dès 1976, avec le premier Diplôme Universitaire d'Occlusodontologie de France, créé par Jean-François Michel.
Dès lors et depuis près de 50 ans, il semble bien que Marseille ait fait rimer « Dynamisme avec OCCLUSION » et « Chaleur avec CNO SUD ».
Ce sera toujours un groupe animé par Jean-Daniel Orthlieb (JDO) que l'on retrouve sur le pont pour ces journées exceptionnelles, quelques anciens et une formidable équipe de jeunes biberonnés au study groupe PROCCLUSO et conditionnés très tôt à l'esprit unique, souvent copié mais jamais inégalé, du CNO SUD.

Un thème concret…
Ce sera donc l'OCCLUSION, on parlera OCCLUSION, on agira OCCLUSION, on réfléchira OCCLUSION, on s'interrogera sur l'OCCLUSION ; l'ambiance sera OCCLUSION et même l'air sera OCCLUSION.
Pour faire simple, on occlusionera en cadence !
D'éminents confrères étrangers et français viendront se frotter à la « moulinette Marseillaise », car si le public occluso est exigeant, pointilleux, les « occluso » Marseillais, le sont bien plus encore, mais avec les deux pieds bien ancrés dans la clinique et l'omnipratique.
Inutile de présenter les conférenciers internationaux dont les notoriétés et compétences sont archis connus de nous tous. Juste sachez qu'ils viendront des quatre coins du monde.
Sadao Sato, le pape du multiloop, se posera sur le tarmac de Marignane directement du Japon. Miguel Assis arrivera de Colombie, depuis Bogota avec une présentation qui devrait faire exploser la boite à questions. Stehane Provencher décollera depuis Montréal au Canada accompagné de photos de ses travaux de cire (protypage) qui resteront longtemps dans vos mémoires. Enfin, beaucoup plus proches mais non moins célèbres, Eugenio Tanteri viendra depuis Turin en Italie avec sa faconde et sa bonne humeur habituelle, vous montrer des reconstructions prothétiques plus que novatrices et Jens Türp arrivera depuis Bâle en Suisse pour partager avec vous sa très vision sérieuse des dysfonctions occlusales.
Face à eux, et surtout avec eux, une armée de présentateurs Français, dont la majorité est constituée de locaux, mais pas tous, portés par l'envie de partager ce qu'ils font au quotidien, animés par un pur esprit CNO SUD.
Et puis ce sera l'occasion de retrouver JDO et de fêter son jubilée. N'en disons pas plus.

Pour que ces journées soient une réussite, l'ensemble du comité d'organisation a dû jurer de mouiller sa blouse. Leur implication et leur envie de vous faire aimer le CNO SUD seront remerciés par vos sourires et l'ambiance amicale qui régnera.

Bienvenue à Marseille, la capitale, pour conjuguer art de vivre à la Provençale et Occlusion. La Provence s'offrira à vous pour ce week-end de Juin

Marseille, the OCCLUSO capital

The team
On Thursday 2 and Friday 3 June 2022, Marseille will once again be a world capital of OCCLUSION.
A world capital of OCCLUSION: Marseille was already in 1986 with Jean-Pierre Toubol, Gérard Duminil around Jean-François Michel: a hard core strongly involved in the creation of the French National College of Occlusodontology (CNO).
Before, Marseille was already on the step, in 1976, with the first University postgraduate Diploma of Occlusodontology in France, created by Jean-François Michel.
From then on and for nearly 50 years, it seems that Marseille has made rhyme "Dynamism with OCCLUSION" and " friendly atmosphere with "CNO SUD".
It will always be a group led by Jean-Daniel Orthlieb that we find very active for these exceptional days: few alumni and a formidable young team raised in the PROCCLUSO study group and conditioned very early on to the special spirit of CNO SUD.

A concrete theme …
So, it will be OCCLUSION, we will speak OCCLUSION, we will act OCCLUSION, we will think about OCCLUSION, we will ask questions about OCCLUSION, the atmosphere will be OCCLUSION and even the air will be OCCLUSION.
To put it simply, we will occlude in cadence!
Eminent Foreign and French colleagues will come to to confront themselves to the "Marseillaise mill", because if the public "occluso" is demanding, picky, the CNO SUD is even more so, but with both feet firmly anchored in the clinic and general practice.
No need to introduce the international speakers whose fame and skills are well known to all of us. Just know that they will be coming from all over the world. Sadao Sato, the pope of the multiloop, will land on the tarmac of Marignane directly from Japan. Miguel Assis will arrive from Colombia, from Bogota with a presentation that should explode the question box. Stehane Provencher will take off from Montreal in Canada accompanied by photos of his wax work (protyping) that will remain in your memories for a long time. Finally, much closer but no less famous, Eugenio Tanteri will come from Turin in Italy with his ease and usual good humor, to show you more than innovative prosthetic reconstructions and Jens Türp will arrive from Basel in Switzerland to share with you his high serious vision of occlusal dysfunctions.
beside them a a task french force of presenters, mostly local, driven by the desire to share what they do on a daily practice, driven by a pure CNO SUD spirit. And then it will be the opportunity to meet JDO and celebrate his jubilee. Let's say no more.

In order for these days to be a success, the entire organizing committee has promised 200% mobilization. Their involvement and their desire to make you love CNO SUD will be thanked by your smiles and the friendly atmosphere that will reign.

Welcome to Marseille, the capital, to combine the Provencal art of living and Occlusion. Provence will be yours for the weekend of June

JEAN-PHILIPPE RÉ

SPEAKERS
OCCLUSION CONGRESS 22

Jeudi 2 Juin 2022

Présidente de séance : Armelle MANIERE
Secrétaire de séance : Sophia PELLEGRINO

8h30 Accueil des participants

9h00 INTRODUCTION
Armelle MANIÈRE (Nice), Jean-Philippe RÉ (Toulon)

9h30 - OCCLUSION DENTAIRE : UNE REVUE CRITIQUE D'HIER A AUJOURD'HUI
Qu'est-ce qui est réellement important ?
Jens TÜRP (Bâle, Suisse)

10h10 - COMPRENDRE LE PLAN D'OCCLUSION
Le grand oublié
Jean-Daniel ORTHLIEB (Marseille)

10h50 Pause

11h20 - IMPORTANCE DU PLAN D'OCCLUSION EN ORTHODONTIE
Le plan d'occlusion, élément clé du traitement des classe 2 et des béances antérieures
Sadao SATO (Kanawaga, Japon)

12h40 Lunch

Présidente de séance : Anne GIRAUDEAU
Secrétaire de séance : Adélaïde GESLIN

14h00 - ORTHODONTIE : NUMERISATION, MODELISATION, FINITION
Numérique et bon sens clinique
Guillaume LECOCQ (Valencienne)

14h40-APPROCHE «PAROFONCTIONNELLE»
L'os aime les stimulations fonctionnelles
Jean-Philippe RÉ (Toulon)

15h10 Pause

15h40 - ARCHITECTURE OCCLUSALE ET IMPLANTS
Les prothèses sur implant doivent participer aux fonctions occlusales
Patrice MARGOSSIAN (Marseille)

16h10 - ÉQUILIBRATION OCCLUSALE PRÉPROTHÉTIQUE
Une option parfois très efficiente
Nicolas CHÄTEAU (Nancy)

16h50 - DISCUSSION

19h30 SOIRÉE DE GALA

Jens TÜRP

Basel, Switzerland

Occlusion dentaire : une revue critique d'hier à aujourd'hui
Qu'est-ce qui est réellement important ?

Dental occlusion: a critical review from the past to the present
What is important in reality?

Pratiquement aucun domaine de la dentisterie n'a connu de telles montagnes russes de changements de points de vue que le sujet de l'occlusion. Alors que la recherche sur la fonction de l'appareil manducateur a apporté à la dentisterie de nombreuses innovations encore indispensables aujourd'hui, en dentisterie restauratrice les concepts occlusaux établis au pupitre dans le but apparent d'être meilleurs que nature (ou, comme un de mes anciens professeurs à l'Université du Michigan avait l'habitude de dire "mieux que Dieu"), réalisant souvent plutôt le contraire - au grand dam des patients. Les points de vue sur l'occlusion ont également joué un rôle important dans l'évaluation de l'étiologie, le diagnostic et la prise en charge des dysfonctionnements temporo-mandibulaires. Ici aussi, une remise en question progressive a commencé au cours des trois dernières décennies à mesure que la qualité des études épidémiologiques et cliniques a augmenté. La biologie se caractérise par une variabilité morphologique et fonctionnelle. Ceci est également vrai pour l'organe masticateur humain. La clé du succès clinique réside dans la capacité à faire la distinction entre les variations d'une part et les conditions thérapeutiques d'autre part. En donnant plus de place à la variabilité physiologique - y compris l'occlusion - on aiguise l'œil de ceux qui ont vraiment besoin d'une thérapie.

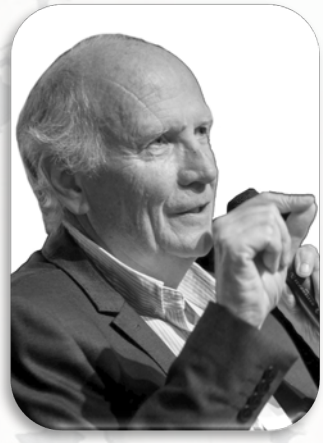
Hardly any field in dentistry has undergone such a roller coaster of changing views as the subject of occlusion. While research into the function of the masticatory system brought dentistry many innovations that are still indispensable today, in restorative dentistry the occlusal concepts established at the desk with the apparent goal of being better than nature (or, as a former teacher of mine at the University of Michigan used to say, "better than God") often achieved rather the opposite - to the patients' chagrin. Views on occlusion also played a significant role in assessing the etiology, diagnosis, and management of temporomandibular disorders. Here, too, a gradual rethinking has begun over the past three decades as the quality of epidemiological and clinical studies has increased. Biology is characterized by morphological and functional variability. This is also true for the human masticatory organ. The key to clinical success lies in the ability to distinguish between variations of on the one hand and conditions therapy on the other. By giving more space to physiological variability - including occlusion - one sharpens the eye for those who are really in need of therapy.

1987 Diplôme en médecine dentaire (DDS), Université de Fribourg-en-Brisgau, Allemagne
1988 Mémoire (Dr Med Dent): "Enquête sur la santé bucco-dentaire au Togo / Afrique de l'Ouest"
1989-1994 Professeur adjoint, Département de prothèse, École dentaire, Université de Fribourg, Allemagne
1994-1997 Professeur adjoint invité de médecine dentaire, Clinique de la douleur faciale, Département des sciences biologiques et des matériaux, (président : Christian Stohler), École de médecine dentaire, Université du Michigan, Ann Arbor, États-Unis
1998-2001 Assistant (depuis 1998 : associé) Professeur de médecine dentaire, Département de prosthodontie École dentaire, Université de Fribourg, Allemagne
1999 Habilitation (Dr Med Dent Habil): „Douleur temporo-mandibulaire : présentation et impact"; Professeur associé de médecine dentaire, Université de Fribourg, Allemagne
2001-2017 Professeur et Vice-président, Département de dentisterie reconstructive et troubles temporo-mandibulaires, École de médecine dentaire, Université de Bâle, Suisse
2008 Certification du conseil d'administration de l'Association allemande pour la fonction et les troubles temporo-mandibulaires (DGFDT) : spécialiste de la douleur orofaciale et des troubles temporo-mandibulaires
2008 Master of Science (Sciences complémentaires, psychosociales et intégratives de la santé), Interuniversity College Graz / Castle of Seggau, Autriche
2015 Master of Arts (Éthique médicale), Université de Mayence, Allemagne
2015-2017 Président par intérim, Département de dentisterie reconstructive et troubles temporo-mandibulaires, École de médecine dentaire, Centre universitaire de médecine dentaire Bâle, Suisse
2018 Vice-président, Division des troubles temporo-mandibulaires et de la douleur orofaciale, Département de santé et médecine bucco-dentaires, École de médecine dentaire, Centre universitaire de médecine dentaire de Bâle
2018_.. Chef de division Troubles temporo-mandibulaires et douleurs bucco-faciales, Département de santé et médecine bucco-dentaires, Département de santé et médecine bucco-dentaires, Faculté de médecine dentaire, Centre universitaire de médecine dentaire de Bâle

jens.tuerp@unibas.ch

Jean-Daniel ORTHLIEB

Marseille - France



Comprendre le plan d'occlusion
Le grand oublié

Occlusal plane understanding
The forgotten

L'inclinaison et la forme du plan d'occlusion impactent directement les forces axiales appliquées aux dents et les conditions cinématiques de la réocclusion c'est-à-dire l'affrontement occlusal. Ce facteur va donc jouer un rôle important dans la durabilité des artifices prothétiques, influençant le pronostic, facteur dominant nos décisions thérapeutiques. Il est alors très surprenant de constater qu'actuellement la très grande majorité des reconstructions prothétiques présentées dans les publications ou les congrès soit n'évoque pas la question du plan d'occlusion, soit la traite de manière extrêmement sommaire en s'appuyant sur des données très anciennes, succinctes et souvent fausses. Rien n'est plat dans l'occlusion dentaire. On s'intéressera donc aux courbes occlusales et non à un quelconque plan occlusal. On dispose de données bien validées, confirmées et affinées récemment qui établissent une relation entre la forme de la mandibule (hauteur du ramus, longueur du corpus) et le rayon de la courbe de Spee permettant de définir pour un patient donné des courbes occlusales (Spee et Wilson) individualisées. Il est ensuite aisée de les matérialiser sur articulateur analogique ou numérique afin de guider la construction des faces occlusales postérieures mandibulaires lors des wax-up en cire ou de la modélisation numérique. Tout ceci relève d'une pratique simple et fiable.

The inclination and the shape of the occlusal plane directly impact the axial forces applied to the teeth and the kinematic conditions of the reocclusion, that is to say the occlusal confrontation. Therefore, this factor will play an important role in the durability of prosthodontic treatments, influencing the prognosis, a factor dominating our therapeutic decisions. So, it is very surprising to note that currently the vast majority of prosthetic reconstructions presented in publications or congresses either do not mention the question of the occlusal plane, or deal with it in an extremely simple way, based on very old, succinct and often false data. Nothing is flat in dental occlusion. We must be interested in occlusal curves and not in any occlusal plane. We have well validated, confirmed and recently refined data which establish a relationship between the shape of the mandible (height of the ramus, length of the corpus) and the radius of curve of Spee. These data make it possible to define for a given patient individualized occlusal curves (Spee and Wilson). It is then easy to materialize them on an analog or digital articulator in order to guide the construction of the mandibular posterior occlusal surfaces during wax-ups or digital modelling. All these elements are a simple and reliable practice.

Professeur à la Faculté d'Odontologie de Marseille – Aix-Marseille Université
Docteur en Chirurgie Dentaire, Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur de l'Université de la Méditerranée
Ancien Responsable de la discipline Fonctions/dysfonctions orales,
Visiting Professor of Donau University – Krems – Autriche
Ancien président du Collège National d'Occlusodontologie,
Membre titulaire de l'European Academy of cranio-mandibular disorders (EACD),
Past-President of « International Academy of Advanced Interdisciplinary Dentistry ».
Auteur de 144 publications, de 7 livres.

Jdo-pro@orange.fr

Sadao SATO

Kanagawa, Japan

Importance du plan d'occlusion en orthodontie

Le plan d'occlusion, un élément clé du traitement des classe 2 et des béances antérieures

Importance of Occlusal Plane in Orthodontics

occlusal plane, a key factor in the treatment of class 2 and anterior open bites

Le plan d'occlusion est le plan fonctionnel le plus important qui reçoit toutes les fonctions de l'organe masticateur. L'inclinaison du plan d'occlusion change suivant l'équilibre des hauteurs occlusales croissantes de la partie antérieure aux molaires. Le plan d'occlusion, étroitement lié à la croissance et au développement maxillo-facial, est considéré comme la cause première du développement de la malocclusion squelettique. Chez les individus de classe I au développement normal, on observe que le plan d'occlusion, qui était incliné à 6 ans, s'horizontalise progressivement au cours du processus d'éruption des molaires et du remplacement des prémolaires. On constate que la mandibule s'adapte progressivement à la position antérieure. En observant un individu qui se développe dans une typologie squelettique de classe III, on peut voir que l'éruption des molaires est importante pendant le processus de croissance, et donc l'horizontalisation du plan occlusal est également très importante. Par conséquent, l'adaptation antérieure de la mandibule est également importante et l'occlusion devient une relation de classe 3. Nous pensons que le décalage postérieur est impliqué dans l'augmentation de la hauteur occlusale, qui est considérée comme une anomalie. De plus, la croissance de sujets avec un cadre squelettique de classe II n'augmente guère la hauteur occlusale au niveau des molaires maxillaires, et donc le plan occlusal s'incline nettement, empêchant ainsi la possibilité pour la mandibule de s'adapter en avant.

De ce point de vue, la hauteur occlusale et l'inclinaison du plan occlusal sont des facteurs décisifs dans le mécanisme de développement de la malocclusion. Sur cette base en arrière-plan de la relation entre l'altération du plan d'occlusion et le développement d'une malocclusion, le traitement de la malocclusion a comme clé de contrôler le plan d'occlusion pour chaque malocclusion. Le traitement consiste d'abord à éliminer l'encombrement postérieur et à contrôler le plan occlusal, à l'aide d'un arc multi-boucles edgewise (MEAW) avec une courbure tip-back et en ajustant la courbure tip-back et la force du step-bend.

The occlusal plane is the most important functional plane that receives all the functions of the masticatory organ. The inclination of the occlusal plane changes dependent with the balance of increasing occlusal heights of the anterior and molars. The occlusal plane is closely related to maxillofacial growth and development, and is considered to be the root cause of the skeletal malocclusion development. In Class I normally developing individuals, it is observed that the occlusal plane, which was steep at 6 years of age, gradually flattened through the process of eruption of molars and exchange of premolars. It can be seen that the mandible gradually adapts to the anterior position. When observing an individual that grows into a Class III skeleton, it can be seen that the eruption of the molars during the growth process is large, and therefore the flattening of the occlusal plane is also very large. Therefore, the anterior adaptation of the mandible is also large, and the occlusion becomes class III relationship. We believe that posterior discrepancy is involved in the increase in occlusal height, which is considered to be an abnormality. Furthermore, the growth of individuals that have grown into a class II skeletal structure hardly increases the occlusal height in the maxillary molars, and therefore the occlusal plane grows steeply, thus losing the chance for the mandible to adapt anteriorly.

From this point of view, the occlusal height and the inclination of the occlusal plane are decisively important factors in the mechanism of malocclusion development. Based on the background of the relationship between the alteration of occlusal plane and the development of malocclusion, in the treatment of malocclusion, it is the key to control the occlusal plane for each malocclusion. The treatment is first to eliminate posterior discrepancy, and to control the occlusal plane, using a multiloop edgewise arch wire (MEAW) with a tip-back bend and adjusting tip-back bend and the strength of step-bend.

1971 Assistant, Dept of Orthodontics, Kanagawa Dental College
1979 Assistant Professor, Dept of Orthodontics, Kanagawa Dental College
1988 Associate Professor, Dept of Orthodontics, Kanagawa Dental College
1991 President, Japanese MEAW Technic and Research Foundation
1992 Active member of EH Angle Society of Orthodontists
1996 Professor, Dept of Orthodontics, Kanagawa Dental College
2002 Professor, Dept of Craniofacial Growth and Development Dentistry, Division of Orthodontics, Kanagawa Dental College
2004 Visiting Professor, Tufts University, School of Dentistry, Boston, USA
2010 Academic Dean, Kanagawa Dental University, Yokosuka, Japan
2011 Academic Dean, Shonan Junior College, Yokosuka, Japan
2014 Research Institute of Occlusion Medicine, Kanagawa Dental University, Yokosuka, Japan

Guillaume LECOCQ

Valenciennes -France

Orthodontie: numérisation, modélisation, finition
Numérique et bon sens clinique

Digital technology in orthodontics
Digital and clinical common sense

La révolution numérique est une force implacable qui bouleverse nos vies quotidiennes. Elle transforme avec la même vigueur notre pratique dentaire et orthodontique : aussi impose-t-elle une réorganisation de notre chaîne de travail. Ainsi, les empreintes numériques, nouvelle modalité d'entrée dans la chaine prothétique orthodontique, bouscule l'équilibre jusqu'à présent établi entre le praticien et le laboratoire.
Les cabinets peuvent dorénavant intégrer tout ou partie de la chaine de conception et fabrication des appareils orthodontiques vestibulaires, linguaux ou aligneurs : c'est la naissance de la CFAO in-office et de la CFAO collaborative. En outre, les modélisations virtuelles ouvrent de nouvelles possibilités car elles permettent la prise en compte et l'intégration de nouvelles données inexploitables avec les méthodes manuelles traditionnelles. Toutefois, l'aspect magique, voire "dessin animé", du numérique ne doit pas faire disparaitre le bon sens clinique : le numérique ne reste qu'une approche théorique dont les performances ne coïncident pas nécessairement de manière fidèle avec les besoins cliniques, ou sont même parfois inutiles et absurdes. Il convient donc avant tout de correctement définir ses besoins pour que la modélisation réalisée à partir des empreintes numériques permette un déroulement du traitement et des finitions meilleures qu'avec les méthodes traditionnelles.

The digital revolution is a relentless force that transforms our daily lives. With the same vigor, it transforms our dental and orthodontic practice: it also requires a reorganization of our work chain. Thus, digital impressions, a new way of entering the orthodontic prosthetic chain, upsets the balance established until now between the practitioner and the laboratory.
Practices can now integrate all or part of the design and manufacturing chain of vestibular, lingual or aligner orthodontic appliances: this is the birth of in-office CAD / CAM and collaborative CAD / CAM. In addition, virtual modeling opens up new possibilities because it allows the consideration and integration of new data that cannot be exploited with traditional manual methods. However, the magical, even "cartoon" aspect of digital should not make clinical good sense disappear: digital remains only a theoretical approach whose performance does not necessarily coincide faithfully with clinical needs, or are sometimes even unnecessary and absurd. It is therefore necessary above all to correctly define its needs so that the modeling carried out from digital impressions allows a better course of treatment and finishing than with traditional methods.

Spécialiste qualifié en orthodontie - CECSMO - Lille
Exercice libéral à Valenciennes
Diplôme Universitaire d'Orthodontie linguale et de l'adulte - Rennes
Responsable scientifique du Diplôme Universitaire d'Orthodontie linguale et esthétique - Paris V
Président de la Société Européenne d'orthodontie linguale - ESLO - 2016 - 2022
Titulaire du certificat d'excellence en Orthodontie : Board Français
Diplômé du MBA de l'EDHEC Business School

lingualclinic@gmail.com

Jean-Philippe RÉ

Toulon - France

Approche « parofonctionnelle »
L'os aime les stimulations fonctionnelles

« Periofunctional » approach
Bone likes functionnal stimulations

L'observation du magnifique os alvéolaire que montre la très large majorité des bruxeurs devrait nous faire réfléchir. L'objectif de cette présentation est de montrer l'apport que pourrait représenter une prise en charge fonctionnelle des anomalies (ou maladies) parodontales associée à la thérapeutique conventionnelle parodontale, en abordant la question de la stimulation de la densité osseuse alvéolaire.
Un modèle physio-pathogénique tridimensionnel est ainsi proposé pour mieux comprendre les réactions d'apposition/destruction de l'os alvéolaire en expliquant que pour une exposition bactérienne donnée, l'os alvéolaire pourrait être soumis à l'influence de trois dimensions physio-pathogéniques : structurelle, psychosociale et biologique.
Avec l'association d'un assainissement parodontal, d'exercices de serrement, d'exercices de mastication alternée et, parfois, d'une simple optimisation des fonctions occlusales par ajustement occlusal, il pourrait être envisagé que ce traitement combiné « parofonctionnel » favorise la densité osseuse pour un coût thérapeutique très faible.

The observation of the magnificent alveolar bone of most patients with a bruxer profile should make us think. The objective of this presentation is to develop the contribution that could represent functional management of periodontal anomalies (or diseases) associated with conventional periodontal therapy, by proposing the stimulation of alveolar bone density.
A three-dimensional physio-pathogenic model is proposed to better understand the apposition/destruction reactions of the alveolar bone by explaining that, in presence of bacteria, the alveolar bone could be under the influence of three physio-pathogenic dimensions: structural, psychosocial and biological.
With the association of periodontal treatment, clenching exercice, alternating chewing exercices and, sometimes, simple optimization of occlusal functions by occlusal adjusment, it could be envisaged that this combined ''periofunctional'' treatment could have positive impacts on bone density for a very low therapeutic cost.

Docteur en Chirurgie-Dentaire
Docteur d'Université, Aix-Marseille Université
Maître de Conférences des Universités, École de Médecine Dentaire, Aix-Marseille Université,
Praticien Hospitalier, consultation fonctions/dysfonctions orales, Pôle Odontologie, CHU La Timone – APHM
Exercice privé orienté réhabilitation prothétique à Toulon
Ancien président du Collège National d'Occlusodontologie SUD
Auteur du livre « Orthèses orales » et de près de 70 publications
Ami de Jean-Daniel Orthlieb

jean-philippe.re@univ-amu.fr

Patrice MARGOSSIAN

Marseille - France

Architecture occlusale et implants
Les prothèses sur implant doivent participer aux fonctions occlusales

Occlusal architecture and implants
Prosthetics on implant must participate to occlusal functions

L'objectif de toute réhabilitation implantaire est d'assurer une parfaite intégration esthétique, biologique et fonctionnelle au même titre que les dents naturelles auxquelles elle se substitue. Le prérequis des traitements implantaires est d'avoir réalisé en amont un assainissement parodontal et établi un projet prothétique. Ce projet prothétique préfigure la position idéale des arcades au sein de l'appareil manducateur.
Grâce à l'utilisation de nouveaux outils numériques, il est désormais possible d'étudier virtuellement en amont les relations inter-arcades et la cinématique mandibulaire. La transformation du projet au travers de guides numériques permettra de concrétiser la proposition virtuelle avec un niveau de fiabilité jusqu'alors inégalé.
L'objectif de cette présentation est de décrire et illustrer, au travers de différentes situations d'édentement, les protocoles numériques et cliniques permettant d'atteindre la parfait intégration fonctionnelle de nos restaurations implantaires.

The objective of any implant rehabilitation is to ensure perfect aesthetic, biological and functional integration in the same way as the natural teeth which it replaces.
The prerequisite for implant treatments is to have carried out in first intention periodontal sanitation and established a prosthetic project. This prosthetic project foreshadows the ideal position of dental arches within the masticatory apparatus.
With the use of new digital tools, it is now possible to virtually study, before treatment, inter-arch relationships and mandibular movements. The transformation of the project through digital guides will make it possible to concretize the virtual proposal with an unprecedented level of reliability.
The objective of this presentation is to describe and illustrate, through different edentulous situations, the digital and clinical protocols to achieve the perfect functional integration of our implant restorations.

Diplômé de la faculté de Marseille en 1998, le Dr Patrice Margossian a obtenu le grade de Docteur des Universités (PhD) grâce à ses travaux de recherche sur la mise en fonction immédiate en Implantologie. Ancien Maître de conférences en Implantologie et Prothèse à l'Université de Marseille où il a également co-diriger le diplôme universitaire d'implantologie. Exercice privé à Marseille spécialisé en
Implantologie et parodontologie. Responsable du centre de formation de parodontologie et d'implantologie Smile-Concept.

pm@patricemargossian.com
www.smile-concept.com

Nicolas CHATEAU

Nancy - France

Équilibration occlusale préprothétique
Une option parfois très efficiente

Pre-prosthetic occlusal adjustment
Sometimes, a very efficient option

On peut définir l'équilibration occlusale comme l'ensemble des modifications occlusales, additive ou soustractive réalisées, dans un esprit d'économie tissulaire, afin d'améliorer les rapports inter-arcades, de façon à renforcer le calage, améliorer centrage et faciliter guidage mandibulaire pour optimiser les fonctions manducatrices. Cette approche est à envisager en amont de tous les traitements prothétiques au niveau des faces occlusales non concernées par le traitement. On cherche le plus souvent à optimiser le calage et à faciliter le guidage. En ce qui concerne le centrage, La décision d'un recentrage préprothétique est souvent plus délicate à prendre ; elle demande souvent, en préalable, une analyse occlusale sur articulateur simulant les options thérapeutiques. On retiendra comme principe général que moins il y a de dents résiduelles non concernée par le traitement, plus l'équilibration occlusale préprothétique est simple, donc plus elle est indiquée. Il s'agit de pratiques prothétiques quotidiennes relevant très souvent de protocole simple permettant de fiabiliser la suite du traitement prothétique.

We can define occlusal adjustment as all the occlusal modifications, additive or subtractive, carried out, in a way of tissue economy, in order to improve the inter-arch relationships, so as to reinforce the stabilizing occlusal function, improve centering occlusal function and facilitate guiding occlusal function to optimize functions of masticatory apparatus. This approach should be considered upstream of all prosthodontic treatments on the occlusal surfaces not affected by the treatment. It is most often sought to optimize the occlusal stability and to facilitate guidance. With regard to centering, the decision of a pre-prosthetic recentering is often more difficult; it often requires, beforehand, an occlusal analysis on an articulator simulating the therapeutic options. As a general principle, the fewer residual teeth not concerned by the treatment, the simpler the pre-prosthetic occlusal adjustment, and therefore the more indicated it is. These are daily prosthetic practices very often covered by a simple protocol making it possible to make the rest of the prosthodontic treatment more reliable.

Docteur en Chirurgie Dentaire Faculté d'Odontologie de Nancy (1989)
CES de Technologie des matériaux employés en art dentaire (1991)
CES de Prothèse dentaire : prothèse adjointe complète (1992), prothèse adjointe partielle (1993), option prothèse scellée (1995)
D.U d'Occlusodontologie Faculté d'Odontologie de Paris Descartes (2005)
D.U d'Esthétique du sourire Faculté d'Odontologie de Strasbourg (2010)
Ex-Assistant Hospitalo-universitaire Sous-section Prothèse Faculté d'Odontologie de Nancy (1995-1999)
Membre du Bureau National du Collège National d'Occlusodontologie (2004-2008, 2010-2012 et 2017-)
Vice-Président National du Collège National d'Occlusodontologie CNO 2017-2019
Président National du Collège National d'Occlusodontologie CNO 2019-

dr.N.chateau@wanadoo.fr

Vendredi 3 Juin 2023

Présidente de séance : Marion JEANY
Secrétaire de séance : Florian CREHANGE

9h30 - CONTRÔLE DE L'OCCLUSION DANS LES RESTAURATIONS ADHÉSIVES
L'esthétique est dépendante de la résistance, elle-même dépendante de l'occlusion
JD. BOSCHATEL (Bouc-Bel-Air)

10h10 - PLANIFICATION DES RECONSTRUCTIONS PROTHETIQUES PAR LE PROTOTYPAGE
Piloter la construction du wax-up
Stephan PROVENCHER (Montréal, Canada)

10h50 Pause

11h20 - CONTRÔLE DE L'OCCLUSION EN PROTHÈSE FIXÉE
Pérenniser le résultat prothétique
Daniel DOT (Paris)

12h00 -OCCLUSION : APPORT DU NUMÉRIQUE
Plus simple ? Plus précis ?
Nicolas BUSNEL (Saint Brieuc)

12h40 - Lunch

Présidente de séance : Jean-Philippe Ré
Secrétaire de séance : Tony BATAILLON

14h00 - ORTHODONTIE PRÉCOCE EN ANTÉPOSITION ET OVERLAYS COLLÉS
Vous serez surpris par les capacités d'adaptation fonctionnelle de la mandibule
Miguel ASSIS (Lisbonne, Portugal) Alejandra LONDONO (Bogota, Colombie)

14h40 RECONSTRUCTION PROTHETIQUE EN ANTEPOSITION CHEZ L'ADULTE
Une option parfois tres efficiente
Eugenio TANTERI (Turin, Italie)

15h20 Pause

15h50 - UN NOUVEAU REGARD SUR L'OCCLUSION EN PROTHÈSE COMPLÈTE AMOVIBLE
Un coup de mistral
F. CRÉHANGE (Toulon)

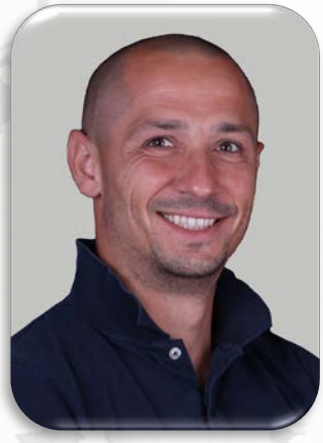
16h20 - TABLE RONDE :

Président de séance : JD.ORTHLIEB

M. ASSIS, A.LONDONO, A MANIÈRE, S.PROVENCHER,
S.SATO, E. TANTERI, J. TURP

Jean-David BOSCHATEL

Bouc-bel-Air - France



Occlusion et restaurations adhesives
L'esthétique est dépendante de la résistance, elle-même dépendante de l'occlusion

Occlusion and adhesive restorations
Aesthetics is dependent of resistance, resistance is dependent of occlusion

Le métier de chirurgien-dentiste à évolué ces dernières années grâce à la démocratisation de l' adhésion. Le succès de cette dentisterie adhésive réside bien entendu dans la rigueur de ses protocoles cliniques concernant les procédures de préparation et d assemblage, mais si nous souhaitons obtenir un succès à long terme de nos réhabilitation, une attention particulière doit être apporté au contrôle de l' occlusion. En effet, les céramiques utilisées pour les restaurations collées sont fragiles et moins tolérantes que les restaurations scellées. Les formes de préparation, la situation des limites, l'anatomie des restaurations ainsi que le contrôle de l'occlusion statique et dynamique devront être définis très précisément afin de nous éviter des complications ou échec à court terme.
Lors des grandes réhabilitations collées, une attention particulière doit être apporté au choix de la position mandibulaire ainsi qu' à son enregistrement. Ainsi, nous faciliterons les étapes du réglage de l'occlusion. La bonne determination du plan d occlusion ainsi que le choix du concept occlusal sont également des étapes déterminantes pour garantir la pérennité de nos traitements.
Enfin un programme de maintenance doit être mis en place avec le patient. Il comprend l' ensemble des soins destinés à maintenir la situation avec contrôle de l'hygiene, de l'occlusion, des parafonctions, des signes musculo-articulaires, radiographique.

The digital revolution is a relentless force that transforms our daily lives. With the same vigor, it transforms our dental and orthodontic practice: it also requires a reorganization of our work chain. Thus, digital impressions, a new way of entering the orthodontic prosthetic chain, upsets the balance established until now between the practitioner and the laboratory.
Practices can now integrate all or part of the design and manufacturing chain of vestibular, lingual or aligner orthodontic appliances: this is the birth of in-office CAD / CAM and collaborative CAD / CAM. In addition, virtual modeling opens up new possibilities because it allows the consideration and integration of new data that cannot be exploited with traditional manual methods. However, the magical, even "cartoon" aspect of digital should not make clinical good sense disappear: digital remains only a theoretical approach whose performance does not necessarily coincide faithfully with clinical needs, or are sometimes even unnecessary and absurd. It is therefore necessary above all to correctly define its needs so that the modeling carried out from digital impressions allows a better course of treatment and finishing than with traditional methods.

- 2010 : Diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire : Marseille
- 2010-13 : Attaché d'enseignement service dentisterie restauratrice : 2010 à 2013
- 2013 : Attestation d'études universitaires « sédation consciente au MEOPA pour les soins dentaires » : Marseille
- 2012-14 : Post Graduate Implantologie et parodontie : Université de New York
- 2014 : Diplôme universitaire d'implantologie : Marseille 2014
- 2015 : Attestation de chirurgie osseuse pré-implantaire « ANAT » : Nice 2015
- 2014 : Attestation de formation aux prélèvements sanguins et injections veineuses « SYFAC » : Nice

Exercice privé à Bouc bel Air.
Membre de BioTeam Marseille.
Membre de bio émulation France.
Membre ITI France.

jeandavid.b@gmail.com

Stéphan PROVENCHER

Montreal - Canada

Planification des reconstructions prothétiques par le prototypage
Piloter la construction du wax-up

Prototyping in the design process of large prosthetic reconstruction
How to pilot a wax-up construction?

Par définition le terme conception représente l'ensemble des processus intellectuel, physique et matériel qui permette d'obtenir une hypothèse de solution prothétique complète, qui culmine dans l'élaboration d'un prototype. La réalisation prosthodontique est influencée voir, conditionnée, par la qualité de sa conception. Par conséquent le prototypage devient un incontournable particulièrement dans les reconstructions de grandes étendues.
Si l'apparition des dents et de leur morphologie coronaire prédéterminée tient davantage de la phylogénie, leur emplacement final sur les arcades dentaires et l'organisation spatiale de l'ensemble de l'appareil manducateur pendant l'ensemble de la croissance, tient quant à lui de l'aspect ontogénique.
Lors de la reconstruction de l'ensemble des structures dentaires et dento gingivales, les caractéristiques morphologiques dentaires sont majoritairement soit; modifiées de façon importantes, absentes ou perdues. À partir de ce constat, la question qui se pose naturellement pourrait se formuler ainsi; Est-ce que les déterminants fonctionnels de l'appareil manducateur toujours présents, suffisent à guider le prototypage de manière à produire une hypothèse de solution prothétique valable.
C'est à cette question que cette présentation tente de répondre de façon cohérente.

Design represents all intellectual and material process leading to creation of a hypothesis of prosthetics solution, this process culminates in a verification tool called Prototype. Especially in case of large reconstruction, if not mandatory, prototyping is the key to quality prosthetic Design.
Considering teeth crown morphology being predetermined phylogenetically, their position on dental arches and the way the manducatory organ build itself into a functional ensemble relates much more to its ontogenetic aspect.
In case of large reconstruction, we are potentially facing agenesis, loss or deep transformation of teeth and soft tissue morphology.
This presentation aims to answer the next question:
« Can we, using all functional determinants still present in the mouth, added to proper documentation pertaining to the case, guide ourselves in the creation of a prototype that stands as a valuable prosthetic solution »

1981 : gradué du programme de Techniques Dentaires, Cégep Édouard-Montpetit, Stéphan Provencher joint la faculté d'enseignement de cette même institution en
1985-2019 : enseignant faculté d'enseignement des techniques Dentaires, Cégep Édouard-Montpetit jusqu'en 2019.
1992- .. : laboratoire dentaire
Depuis 2006- .. : conférencier sur l'utilisation de techniques et matériaux dentaires dans la réhabilitation prothétique; membre actif de la Slavicek Foundation, il met l'accent dans ses formations et conférences sur l'importance du travail en multi et interdisciplinarité, notamment en coanimant l'enseignement dans le cadre du Munich Group, de collaboration avec le VieSID et de charge de cours à la faculté d'odontologie de l'Université d'Aix-Marseille.
2017 : Président élu de l'Ordre professionnel (OTPADQ)

sprovencher18@gmail.com
presidence@otpadq.com

Daniel DOT

Paris - France

Décision et contrôle de l'occlusion en prothèse fixée
Péréniser le résultat prothétique

Decision and occlusal control in fixed prosthodontics
To sustain the prosthetic result

Dans les cas de reconstruction prothétique, des choix individualisés s'avèrent indispensables sur le plan de l'endodontie, du parodonte, de la restauration coronaire, de la prothèse, de l'esthétique, mais aussi à propose des critères occluso-architecturaux. Ces choix thérapeutiques sont fondés sur une philosophie thérapeutique d'économie tissulaire et de durabilité. Ils se combinent pour aboutir à une décision globale prenant toujours en compte le contexte psycho-social.
Une approche thérapeutique ambitieuse mais hasardeuse ou trop délabrante peut ainsi parfois être différée et se voir préférer une stratégie de traitement plus évolutif.
Pour toutes ces prises en charge il est nécessaire de « se projeter » dans le schéma occluso-fonctionnel final du patient.
Détermination de la dimension verticale, de la position de référence, de la position thérapeutique, de la position de l'incisive mandibulaire, du projet esthétique, du « plan » d'occlusion et des rapports fonctionnels dentaires sont autant d'étapes indispensables à la construction du projet thérapeutique prothétique qui précèdent sa réalisation. Pour chacun de ces éléments des critères de choix et de construction doivent impérativement être définis. Notre présentation visera à illustrer et discuter ces propositions à partir de réhabilitations cliniques et du suivi des patients.

In case of prosthetic reconstruction, individualized choices are essential in terms of endodontics, periodontium, restorative dentistry, prosthodontics, aesthetics, but also in terms of occluso-architectural criteria. These therapeutic choices are based on a therapeutic philosophy of tissue saving and sustainability. They combine to reach an overall decision always taking into account the psycho-social context.
An ambitious but hazardous or too invasive therapeutic approach can thus sometimes be postponed and be preferred to a more progressive treatment strategy.
For all these treatments it is necessary to "project" into the final occlusal-functional diagram of the patient. Determination of vertical dimension, reference position, therapeutic position, position of the mandibular incisor, aesthetic project, occlusion "plane" and dental functional relationships (guidance) are all essential steps to the definition of the therapeutic prosthetic project which precede its realization (starting by modelization or wax-up). For each of these elements, choice and construction criteria must be defined. Our presentation will aim to illustrate and discuss these proposals from clinical rehabilitations and patient follow-up.

Doctorat en chirurgie dentaire et doctorat d'Université obtenus à l'Université Paris Descartes. Certificats d'enseignement supérieur d'Anthropologie et morphologie quantitatives, de Parodontologie et de Prothèse Conjointe et diplôme d'université de Prothèse implants-portée obtenus à l'université de Paris Descartes et Paris Diderot. Directeur du Certificat supérieur de Prothèse fixée de la faculté Paris Descartes depuis 2006. Co directeur du diplôme d'Université de Dentisterie Restauratrice et Prothèse Fixée de la faculté de chirurgie dentaire de Paris- Université de Paris, depuis 2016. Responsable de la discipline de Prothèse (Paris-Descartes 2015-2021).

daniel.dot@u-paris.fr

Nicolas BUSNEL

Plérin - France

Occlusion : apport du numérique.
Plus simple ? Plus précis ?

Occlusion : digital contribution
More simple ? More accurate ?

La numérisation de l'odontologie a été initiée par les travaux du Pr DURET en 1971. Il faudra un peu moins d'une cinquantaine d'années pour que les outils d'acquisition tels que les caméras d'empreintes optiques ou que les tomographies numériques à faisceau conique acquièrent une justesse et une résolution compatibles avec la réalisation de prothèses de grandes étendues. Dans le même temps la conception et fabrication assistée par ordinateur (CFAO) s'est imposée grâce aux progrès des logiciels de planification mais aussi par la capacité à imprimer ou usiner fidèlement et de manière reproductible les modèles et prothèses conçues.

L' occlusodontie connaît elle aussi une révolution. Les papiers d'occlusion électroniques cartographient la localisation, l'intensité et la chronologie des contacts dentaires. Le Modjaw achève de compléter la chaine numérique en superposant empreintes , cone-beam et scanner facial ; cet outil permet d'orienter les modèles numériques, d'analyser les contacts occlusaux statiques et dynamiques en plus d'enregistrer la cinématique condylienne. Après l'étude, la scène numérique créée est ensuite transférée, le plus fréquemment, dans Exocad. Ce programme permet lors de la conception prothétique de reproduire exactement une fonction enregistrée (jaw motion) ou plus classiquement de programmer un articulateur électronique, en axe charnière réel, pour corriger une dyscinésie, modifier le centrage ou le guidage des reconstructions.

Il est cependant essentiel, malgré une apparence séduisante, de ne pas se laisser tromper par de belles images ou noyer par l'abondance de données. Le succès des réalisations ne s'opère qu'au prix de protocoles clairs et d'une chaîne rigoureuse de contrôle. L'intégration globale de tous ces outils amènent de nombreux changements dans l'odontologie : la conception d'un projet thérapeutique virtuel unique (patient virtuel), accessible et modifiable par tous les intervenants de l'équipe soignante et une mutation de la profession de prothésiste, les techniques des coulées et de stratification disparaissant au profit de l'usinage et de l'impression d'éléments monolithiques. On peut de penser que l'intelligence artificielle, viendra prochainement nous guider dans nos orientations thérapeutiques...

The digitization of odontology was initiated by the work of Pr DURET in 1971. It will take a little less than fifty years for acquisition tools such as optical impression cameras or digital tomography with conical beam acquire an accuracy and a resolution compatible with the realization of prostheses of great extents. At the same time, computer-aided design and manufacturing (CAD/CAM) has established itself thanks to advances in planning software, but also through the ability to print or machine faithfully and reproducibly the models and prostheses designed.

Occlusodontics is also experiencing a revolution. Electronic bite papers map the location, intensity and timing of dental contacts. The Modjaw completes the digital chain by superimposing fingerprints, cone-beam and facial scanner; this tool makes it possible to orient the digital models, to analyze the static and dynamic occlusal contacts in addition to recording the condylar kinematics. After the study, the digital scene created is then transferred, most frequently, to Exocad. This program allows during the prosthetic design to reproduce exactly a recorded function (jaw motion) or more classically to program an electronic articulator, in real hinge axis, to correct dyskinesia, modify the centering or the guidance of the reconstructions.

It is however essential, despite an attractive appearance, not to be deceived by beautiful images or drowned out by the abundance of data. The success of the achievements only takes place at the cost of clear protocols and a rigorous chain of control. The global integration of all these tools brings many changes in odontology: the design of a unique virtual therapeutic project (virtual patient), accessible and modifiable by all the stakeholders of the care team and a change in the profession of prosthetist, the techniques of casting and stratification disappearing in favor of the machining and printing of monolithic elements. We can think that artificial intelligence will soon guide us in our therapeutic orientations...

D.C.D . Rennes 2001
DU Prothèse Rennes 2004
CESU Occlusodontologie Marseille 2020
Exercice libéral Omnipratique à Plérin (22)

busnelnicolas2@gmail.com

Miguel ASSIS

Portugal

Alejandra LONDOÑO

Colombia

Orthodontie précoce , antéposition et overlays

Vous serez surpris par les capacités d'adaptation fonctionnelle de la mandibule

Early orthodontics, anteposition and overlays

You will be surprising by the functional capacities of mandibular adaptation

Selon la littérature, l'incidence de TMD chez les enfants est de 1 sur 6. Un diagnostic complet est absolument nécessaire comme approche systématique chez chaque patient. Il est de la plus haute importance d'évaluer et de rétablir les mouvements et le guidage fonctionnel des deux côtés. Le développement vertical du viscéro-crâne doit être surveillé et aidé si nécessaire. Un repositionnement soigneux de la mandibule est l'objectif principal du traitement orthodontique, en particulier pour les patients présentant des malocclusions squelettiques sévères. A ce stade, on peut associer orthodontie et prothèse provisoire en utilisant des overlays temporaires « Temporary Overlays Guided Orthodontics (TO GO)" pour aider au repositionnement mandibualire, en maintenant la mandibule dans la nouvelle position thérapeutique pendant que les changements liés à la dentition se réalisent. Ces overlays doivent être placées sur différentes dents en fonction de la classe squelettique à traiter. Le but de cette présentation est de fournir des informations claires et utiles sur la façon et le moment de les utiliser les enfants ainsi que chez les adultes.

According to literature, the incidence of TMD in children is 1 in every 6.
A comprehensive diagnosis is absolutely necessary as a systematic approach in every patient. It is of utmost importance to evaluate and reestablish bilateral dynamic functional movements and guidance. The vertical development of the viscero-cranium should be monitored and helped if necessary. Careful mandibular repositioning is the main goal of orthodontic treatment, especially for patients with severe skeletal malocclusions. Here is when we need to mix orthodontics and prosthodontics by the use of Temporary Overlays Guided Orthodontics (TO GO) to help with this reposition, holding the mandible in the new therapeutic position while the movement of the dentition is done. These overlays have to be placed on different teeth depending on what skeletal class is going to be treated. The aim of this presentation is to provide clear and useful information about the how and when should we use them and children as well as in adults.

VieSID faculty member & teaching staff
Member of VieSID Scientific Advisory Board
MSc: Department of Prosthodontics. Medical University of Vienna, Vienna, Austria
Postgraduate study: Orthodontics in Craniomandibular dysfunction. Vienna School of Interdisciplinary Dentistry, Viena, Austria
Postgraduate study: Function and Dysfunction of the Masticatory Organ
Vienna School of Interdisciplinary Dentistry, Viena, Austria
Specialisation: Orthodontics. Santiago de Compostela University, Spain
Pregraduate: Dentist. Instituto Superior de Ciências da Saúde, Caparica, Portugal

miguel.s.assis@gmail.com

VieSID faculty member & teaching staff
Member of VieSID Scientific Advisory Board
MSc: Department of Prosthodontics. Medical University of Vienna, Vienna, Austria
Postgraduate study: Orthodontics in Craniomandibular dysfunction. Vienna School of Interdisciplinary Dentistry, Vienna, Austria
Postgraduate study: Function and Dysfunction of the Masticatory Organ. Danube University, Krems, AustriaSpecialisation: Orthodontics. Military University. CIEO Foundation, Bogota, Colombia
Pregraduate: Dentist. Autonomous University of Manizales, Manizales, Colombia

alejandralondono66@gmail.com

Eugenio TANTERI

Turin - Italie

Reconstruction prothétique en antéposition
Une option parfois très efficiente

Prosthetic reconstruction in anteposition
Sometimes, a very efficient way

L'antéposition/antéroposition/positionnement antérieur est définie comme une position mandibulaire - liée au condyle ou au complexe condyle-disque - qui est plus antérieure que la relation centrée terminale. Il s'agit donc d'une position antérieure conceptuelle qui ne peut être prédéterminée d'un point de vue quantitatif. Ce n'est pas nécessairement une position idéale à poursuivre dans les procédures restauratrices, mais plutôt une position arbitraire (parfois requise) pour des cas particuliers qui peuvent bénéficier d'un repositionnement en termes de stabilité articulaire, de réduction des symptômes ou d'amélioration de la fonction. Les repositionnements chirurgicaux et les arthroses/arthroses sévères ne sont pas le type d'indication discuté ici, où l'accent est mis sur la condition qui est principalement associée à la restauration dans le repositionnement antérieur : la luxation discale avec réduction et (initialement) sans réduction.
De plus, cela restreint encore le champ, car ce choix thérapeutique n'est possible que chez les adultes ayant des besoins de restauration : les jeunes patients seront plutôt orientés vers des réhabilitations orthodontiques.
Il existe cependant d'autres conditions, a priori non dysfonctionnelles, qui pourraient être favorisées par des restaurations en position plus antérieure à la Relation Centrée (RC) habituelle. Les cas avec une réduction considérable de la dimension verticale due à l'usure des dents ainsi que les cas de classe squelettique 2 - se produisant souvent simultanément - peuvent trouver un avantage dans cette stratégie.
La prise en charge de la perte de dimension verticale due à l'usure dentaire nécessite de restaurer l'occlusion afin de fournir à la nouvelle réhabilitation la hauteur précédente des dents. Bien sûr, s'attaquer aux causes de l'usure dentaire est obligatoire dans les phases diagnostiques et thérapeutiques précoces, et la restauration ne peut intervenir qu'à un stade ultérieur. À ce stade, l'analyse céphalométrique nous fournira une approximation acceptable des valeurs idéales individuelles pour la hauteur faciale inférieure (LFH). Les prévisions et les simulations (VTO) permettront au praticien de déterminer l'espace à ouvrir et l'élévation de la tige incisive nécessaire au niveau de l'articulateur. Plus récemment, les techniques virtuelles se sont avérées utiles pour fusionner ces données pour des considérations plus immédiates.
D'une manière générale, l'augmentation de dimension verticale présente un inconvénient remarquable : l'augmentation est obtenue grâce à la seule composante rotationnelle du mouvement condylien. Les têtes condyliennes de l'articulateur tournent en effet pour atteindre l'angle intermaxillaire souhaité en termes de millimètres de hauteur de la tige incisive (mouvement d'ouverture en rotation). L'effet négatif de cette procédure - qui est correcte en principe - est qu'une petite augmentation verticale postérieure est corrélée à une augmentation est une aggravation de la relation sagittale de classe 2. Dans de tels cas, il est très intéressant de combiner une ouverture purement rotationnelle avec un mouvement de translation qui peut être compris à partir des enregistrements condylographiques de la pente condylienne (SCI - Sagittal Condylar Inclination) et déduit du trait S de la surface linguale des incisives maxillaires. Cette stratégie répartira les changements de dimension verticale de manière tridimensionnelle harmonique, et elle compensera le rétropositionnement condylien, souvent observé dans les cas fortement abrasés, notamment en classe 2 et en classe 1 en tendance classe 2.
A l'inverse, dans les cas de classe 3 s'amélioreront par une augmentation verticale avec une simple rotation favorisant une situation plus harmonieuse de la dimension verticale et de la classe squelettique, avec des avantages à la fois du point de vue de la reconstruction et de l'esthétique.

Dental Technician Diploma. Medical Doctor and Specialist in Dentistry Degrees obtained at the University of Turin, Italy. Academic Tenure at the University of Turin Orthognathodontics Residency Program from 1981 to 2002. Post-graduate Diploma at the University of Vienna and Master of Sciences in Dental Sciences at the University of Danube in Krems with Prof R. Slavicek. President of the Italian Association of Gnathology (1995-98 and 2007-10). Italian co-translator of the book by Prof R.Sklavicek "The Masticatory Organ". Co-Author of the book "Elementi di Gnatologia". Lecturer and co-Head with Prof G. Slavicek of the Italian Branch of the Master of Sciences in Interdisciplinary Dentistry and Gnathology of Steinbeis University Berlin.

euge.tanteri@gmail.com

Florian CRÉHANGE

Toulon - France

Un nouveau regard sur l'occlusion en prothèse complète amovible
Un coup de mistral

A new way about Occlusion in full denture
A blow of « Mistral »

L'enseignement de l'approche occlusale en prothèse complète amovible est globalement le même depuis environ 70 ans dans un concept largement partagé dans le monde : dimension verticale (DVO) autour de la posture de repos, de l'espace libre et de tests phonétiques ; ajustement des bourrelets larges dans une Relation Centrée incontrôlée ; Plan Camper pour définir le plan occlusal et enfin concept de guidage équilibré bilatéral.
Une logique de simplicité et d'efficacité conduit à une autre approche qui suit la même chronologie, mais propose des voies différentes pour chaque étapes : d'autres références plus individuelles pour définir la dimension verticale d'occlusion ; butée occlusale antérieure pour enregistrer la position thérapeutique (dimension verticale et relation centrée) ; validation de la position de référence; courbes occlusales individuelles ; et enfin guidage canin. Cette approche, avec une justification de chaque choix, sera proposée à travers une présentation de cas clinique.

The teaching of occlusal approach in removable complete denture has been broadly the same from around 70 years in a concept widely shared in the world: vertical dimension (VD) around rest posture and free space, phonetic tests; adjustment of large rims in uncontrolled Centric Relation; Camper plane to define occlusal plane and finally bilateral balanced concept of guidance.
A logic of simplicity and efficiency leads to another approach which follows the same chronology, but propose a different ways for each steps: other references more individual, to define the vertical dimension of occlusion; anterior occlusal stop to record therapeutic position (vertical dimension and centric Relation); validation of the reference position; individual occlusal curves; and finally canine guidance. This approach, with a justification of each choice, will be proposed through a clinical case presentation.

2018 : Le Dr Florian Créhange exerce en cabinet libéral à Toulon (France) Intéressé depuis longtemps par l'occlusodontologie, il se forme auprès du Pr Jean-Daniel Orthlieb et du Dr Jean-Philippe Ré.
2019 : 2e prix du poster, VieSID, Unizahnklinik Vienne (Autriche)
Diplôme de docteur en chirurgie dentaire, Université de Marseille (France)
Certificat d'Etudes Supérieures Universitaires (CESU) de prosthodontie, Université de Marseille (France)
Jeune chercheur en odontologie prix national, lauréat
Ces Prix de l'université de Marseille : première place
2020 : Certificat d'Etudes Supérieures Universitaires (CESU) d'occlusodontologie, Université de Marseille (France)
Diplôme Universitaire (DU) d'occlusodontologie, Université de Marseille (France)
Master d'anthropologie, Université de Marseille (France)
2021 : Attestation universitaire d'exercice de la chirurgie dentaire au laser, Université de Montpellier (France)
Conférencier pour l'école d'été VieSID - Vienne Autriche

florian.crehange@hotmail.com

HOMMAGE À RUDOLF SLAVICEK
(13-3-1928 / 1-1-2022)

A Rudolf SLAVICEK, une éternelle reconnaissance.

J'ai été emporté dans son sillage depuis 1982, c'est-à-dire depuis 40 ans, fasciné par sa brillante intelligence, ses immenses connaissances, sa grande rigueur dans la mise en œuvre. On lui doit l'articulateur SAM, l'articulateur SL, le MPI, l'axiographe mécanique SAM, la condylographie électronique Gamma (CADIAX), les techniques de repositionnement mandibulaire à partir d'une position de référence, les lignes d'arcades, les pentes S1 et S2 et le guidage séquentiel, des techniques globales de construction des wax-up, l'analyse céphalométrique CADIAS dans les grandes reconstructions occlusales, le bruxisme vue comme une fonction de décharges des tensions émotionnelles … ; cette liste n'est pas exhaustive.

Mais les personnes qui l'ont côtoyé ont toutes été surtout marquées par sa dimension humaine, sa relation généreuses aux autres (patients, étudiants, collègues) et ses traits d'humour, réparties courtes et lumineuses. Il était comme un aimant, qui attire à lui les êtres humains pour leur donner, non pour leur prendre.

Ce phare qui a illuminé pendant tant d'année le domaine de l'occlusion, n'est pas éteint. Parmi ses anciens élèves, nous serons nombreux à entretenir la flamme.

Eternal gratitude to Rudolf SLAVICEK,

I have been carried in his wake since 1982, that is to say for 40 years, fascinated by his brilliant intelligence, his immense knowledge, his great rigor in the implementation. We owe him the SAM articulator, the SL articulator, the MPI, the SAM mechanical axiograph, the Gamma electronic condylography (CADIAX), the techniques of mandibular repositioning from a reference position, the dental arches lines, S1 and S2 slopes and sequential guidance, global wax-up construction techniques, CADIAS cephalometric analysis in large occlusal reconstructions, bruxism seen as a function of discharging emotional stress…; This list is not exhaustive.

But all the people who worked with him were especially marked by his human dimension, his generous relationship with others (patients, students, colleagues) and his humouristic trait, short and bright flashes. He was like a magnet, which attracts humans to himself to give to them, not to take from them.

This lighthouse, which has illuminated the area of occlusion for so many years, is not extinguished. Among his former students, many of us will keep the flame alive.

JEAN-DANIEL ORTHLIEB

Vous avez cru entendre quelque chose d' intéressant?
Vous voulez vous en rappeler?
Vous en êtes certain???
Cette page est pour une éventuelle prise de notes

Une deuxième page offerte pour les écrivains...

Nos partenaires PREMIUM

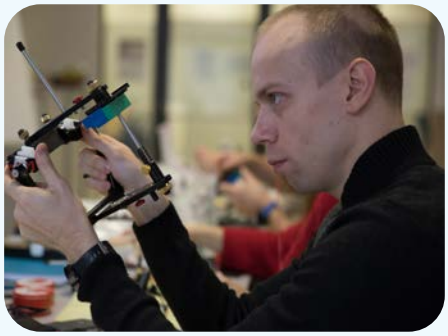
NOS PARTENAIRES

VieSID® Vienna School of Interdisciplinary Dentistry
Education in Occlusion Medicine

Vienna School of Interdisciplinary Dentistry

Education in Occlusion Medicine

Founded by Prof. Rudolf Slavicek



VieSID is a foundation to promote occlusal medicine in dentistry. VieSID, short for Vienna School of Interdisciplinary Dentistry, was originally founded to develop the postgraduate education program for dentists and dental technicians initiated by Prof. Rudolf Slavicek.

VieSID is providing and organizing a postgraduate education program in cooperation with the Medical University of Vienna.
The idea of VieSID is to preserve and edit Prof. Rudolf Slavicek's lifework and consistent concepts like Prof. Sadao Sato's as well as to develop and provide them globally.
VieSID cooperates with more than 20 institutions worldwide. The training program - from the basic curriculum to special training in interdisciplinary orthodontic or prosthodontic therapy - is standardized and taught by experienced faculty members. Summer-School, our VieSID Congress in July at he the Medical University in Vienna, is the perfect opportunity to get in touch with VieSID.

www.viesid.com

UNIVERSITÄTSZAHNKLINIK
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

This courses of the Medical University of Vienna are operated by the Vienna School of Interdisciplinary Dentistry

VieSID® Vienna School of Interdisciplinary Dentistry
Education in Occlusion Medicine