

DOSSIER
Le PRF
104

Réhabilitation esthétique
et espace implantaire réduit
Théo Fassy 137

Correction d'un défaut
esthétique péri-implantaire
Kai Fischer 145

Réhabilitations implantaires
complètes en zircon
Alvaro Blasi 167

TITANE 2/18

DENT IMPLANT & PARODONTE

 QUINTESSENCE PUBLISHING

VOLUME 15 / NUMÉRO 2 / JUIN 2018

Le traitement d'assainissement progressif

Principes et protocole d'une thérapeutique parodontale accessible à l'omnipraticien



parodontologie
traitement non chirurgical
traitement ultrasonique
micro-inserts
assainissement progressif

Dominique Glez¹
Christine Romagna²
Afchine Saffarzadeh³
Julie Menard⁴
Philippe Bidault⁵
Sepehr Zarrine⁶
Solenn Hourdin¹

¹ Chirurgien-dentiste.
Exercice exclusif en parodontologie
et implantologie à Rennes.

² Chirurgien-dentiste.
Exercice exclusif en parodontologie
et implantologie à Beaune.

³ Chirurgien-dentiste.
Exercice exclusif en chirurgie
et implantologie à Rezé.

⁴ Chirurgien-dentiste.
Exercice exclusif en parodontologie
à Rezé.

⁵ Chirurgien-dentiste.
Exercice exclusif en parodontologie
et implantologie à Paris.

⁶ Chirurgien-dentiste.
Exercice exclusif en implantologie
à Saint-Dié-des-Vosges.



DOMINIQUE GLEZ

16 bis, rue Sainte-Melaine
35000 Rennes

@ domhoche@gmail.com

Le traitement d'assainissement progressif (TAP) est une méthode d'organisation des différentes séances de traitement ultrasonique lors de la phase d'assainissement parodontale dont la mise en place du protocole clinique est issue d'un consensus multicentrique. Chaque praticien a traité l'infection parodontale par une méthode fondée sur l'instrumentation progressive de la poche. Les poches sont traitées en trois séances suivant leur profondeur. À chaque séance, le traitement concerne la totalité des sites (traitement bouche entière)¹ mais sans rechercher, lors des premières séances, à instrumenter la partie apicale des poches parodontales (traitement fractionné de la poche). Le protocole du TAP est mis en œuvre avec le générateur VCP (NSK) et des micro-inserts parodontaux spécifiques.



Fig. 1 a à d 32-33, lésions inflammatoires, poche interdentaire de 6 mm. Le protocole du TAP respecte le potentiel réparateur des tissus. Vues cliniques de haut en bas à zéro, huit et quinze jours.

TRAITEMENT D'ASSAINISSEMENT PROGRESSIF (TAP)

Principe

La poche parodontale n'est pas traitée en totalité lors de la première séance, mais de façon progressive dans le sens vertical. Nous parlerons de « *Crow Down Parodontal* ». Le traitement vise la diminution de l'inflammation pour laisser

s'exprimer le potentiel réparateur des tissus² et permettre l'accès en profondeur sans être iatrogène³ (Fig. 1).

La première consultation

Le patient ignore souvent sa pathologie. Il est alerté par des saignements au brossage, et des migrations associées à la formation de diastèmes. Les abcès parodontaux récurrents passent parfois

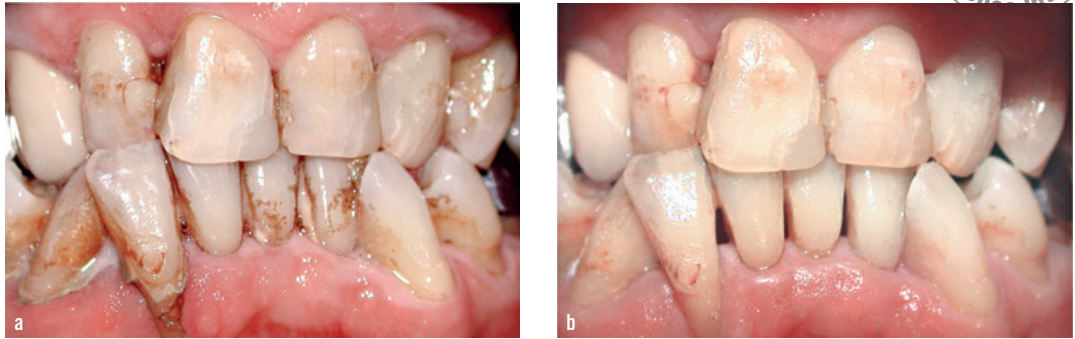


Fig. 2 a et b « Reconnexion » du patient avec sa bouche. Stabilisation de la parodontite sévère après un TAP et trois ans de maintenance assidue.



Fig. 3 a et b Ce cas clinique associe des hypertrophies papillaires et des récessions. La palpation déclenche le saignement des gencives. Il existe des poches de 6 mm au maxillaire et à la mandibule.

inaperçus. L'enjeu, lors de cette première consultation, est de « reconnecter le patient avec sa bouche ». Il est informé de la présence et du rôle pathogène du biofilm⁴. La démonstration en bouche du brossage des dents et de la gencive, et de la façon précise de passer quotidiennement des brossettes au niveau des espaces interdentaires, place le patient au centre du traitement et le responsabilise⁵. Son implication personnelle et soutenue dans le traitement parodontal, avec l'acquisition d'une hygiène buccale stricte, doit être le prérequis indispensable si l'on veut espérer une guérison à long terme (**Fig. 2**).

Le praticien examine le parodonte selon trois critères (l'observation, la palpation et le sondage) :

- observation de la teinte et de la texture du parodonte et des papilles interdentaires (**Fig. 3**). L'expression tissulaire des parodontites est variable selon les patients et les sites concernés ;
- palpation digitale vestibulaire du parodonte. La pression au fond du vestibule peut déclencher des douleurs ou un écoulement de pus

en cervical. La parodontite est dans une phase active ;

- le saignement au sondage et la présence de poches et/ou de lésions abcédées orientent vers un examen radiographique panoramique complété par quelques clichés rétroalvéolaires ciblés.

Le résultat du sondage et dépistage est binaire (il existe ou non des poches parodontales supérieures à 4 mm). Des lésions parodontales sont présentes ou non. Lors de la première consultation, il suffit de détecter s'il existe des poches supérieures à 4 mm. Le patient est alors orienté vers le traitement d'assainissement progressif (**Fig. 4**). Une ordonnance écrite est remise avec les références de brosses à dents souples, de brossettes et d'un dentifrice désensibilisant. Aucun bain de bouche antiseptique ou anti-inflammatoire n'est prescrit. L'amélioration viendra du seul contrôle de plaque. Le patient doit pouvoir objectiver l'importance des gestes d'hygiène parodontale faits par lui seul à la maison.



Fig. 4a et b Le sondage systématique a permis de détecter une poche de 9 mm en lingual de 31. L'examen radiographique confirme la lésion parodontale localisée.

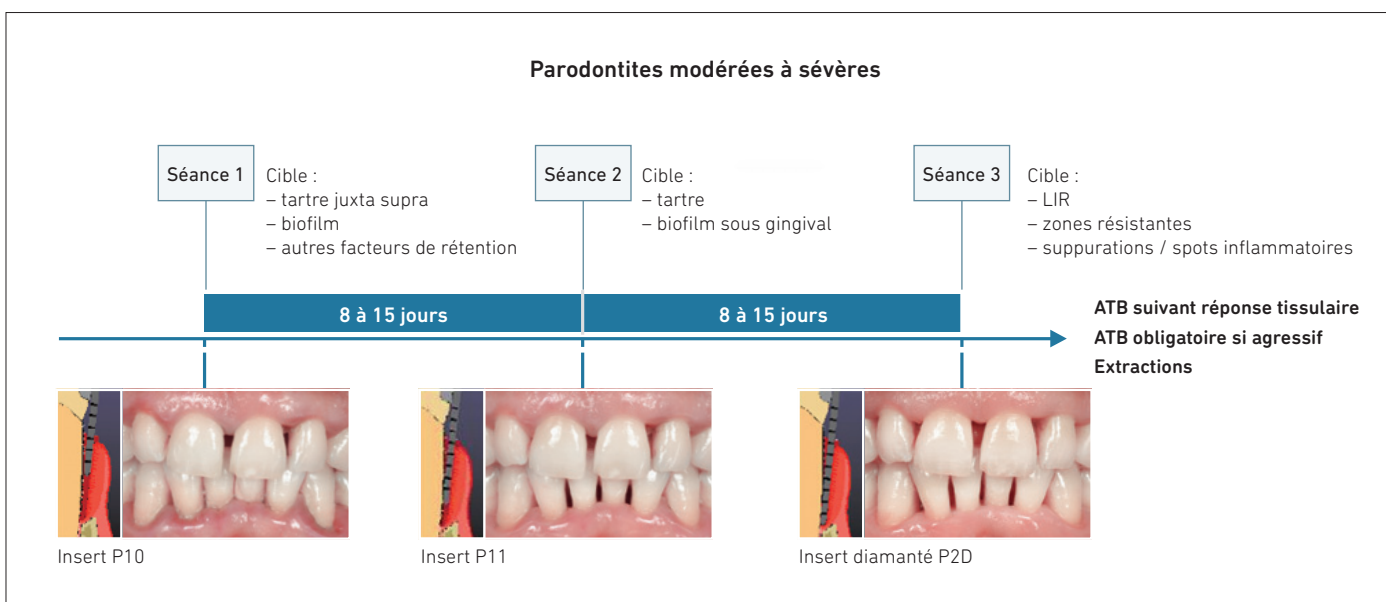


Fig. 5 Traitement fractionné. S1 : séance 1, S2 séance huit à quinze jours plus tard, S3 séance huit à quinze jours plus tard. Vues cliniques de l'effet du TAP pour un patient présentant une parodontite modérée à sévère localement sur le bloc incisif mandibulaire.

Le traitement fractionné des poches parodontales

Le traitement se déroule sur trois séances de 45 min. Ces séances sont espacées de huit à quinze jours afin de pouvoir contrôler la motivation du patient et observer les modifications tissulaires liées à la chute de l'inflammation (teinte, texture, sensibilité au brossage, arrêt des saignements). Le patient visualise par lui-même ces modifications. Il doit être rassuré sur les espaces accessibles aux brosettes (**Fig. 5**).

La première séance se concentre sur l'élimination du tartre interdentaire et supragingival, ainsi que du tartre et du biofilm sous-gingival présents dans les trois premiers millimètres. L'insert P10 à la puissance 7/10 en mode P est utilisé.

La deuxième séance vise à débrider les poches dans les cinq premiers millimètres. Les éventuelles extractions sont réalisées. L'insert P11 R ou L à la puissance 7 en mode P est alors utilisé.

La troisième séance est consacrée aux traitements du fond des poches et des zones de furcation. Nous préconisons l'utilisation de l'insert P2D à la puissance 5 en mode P (puissance faible). L'insert diamanté, très fin, et donc peu encombrant, est utilisé sans pression sur la racine. Il s'agit de le laisser vibrer dans la poche afin de détecter les spicules de tartre résiduels.

Le VCP permet l'utilisation, à ce stade du traitement, d'un spray d'air et de poudre de glycine dans la profondeur des poches parodontales larges.



Fig. 6 a Le kit Perio VCP permet de compléter le débridement ultrasonique par un nettoyage radiculaire à la poudre de glycine dans les poches parodontales larges.



Fig. 6 b La poche parodontale de 10 mm sur l'incisive maxillaire droite est traitée sans anesthésie en introduisant délicatement l'embout plastique du kit Perio.



Fig. 7 a et b Les micro-inserts P2D permettent de détecter les résidus de tartre et pénètrent la partie apicale de la poche.

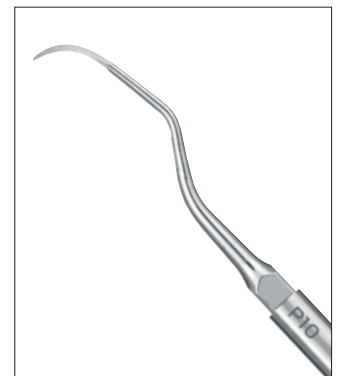


Fig. 8 Micro-inserts curettes P10.



Fig. 9 a et b Les inserts P2D et P1D sont diamantés dans leurs extrémités. Leur finesse permet de détecter la présence de tartre résiduel en profondeur. Ils sont utilisés sans pression, à faible puissance en mode P (puissance 3/10) et toujours en mouvement pour éviter au maximum de léser le ciment.



Fig. 9 c De par son angulation originale, l'insert P11, conçu par NSK permet de traiter les quatre quadrants sans avoir à interchanger les formes L et R selon les secteurs traités.

Le design de l'insert plastique est adapté pour une utilisation dans les lésions de furcation accessibles et les biotypes parodontaux épais (Fig. 6).

Intérêts

À l'image des traitements endodontiques, le traitement fractionné de la poche a pour but de concentrer son instrumentation sur une zone limitée.

L'élimination des calculs minéralisés en surface diminue l'inflammation⁶ et permet un accès en profondeur facilité, pour une instrumentation

apicale plus précise, grâce à la sensibilité tactile améliorée du praticien. En effet, la présence de tartre en coronaire peut interférer avec la détection des dépôts durs minéralisés situés plus profondément dans la poche.

Le faible poids de la pièce à main et sa tenue en mode « stylo » améliore la sensibilité tactile du praticien et la détection des dépôts durs non accessibles à l'œil. Il est important de considérer les zones apicales comme « géostratégiques » pour la cicatrisation.

Optimiser l'efficacité des micro-inserts : principe

Les micro-inserts se distinguent par la finesse de leur design permettant l'accès aux espaces interdentaires étroits (Fig. 7). Le débridement radiculaire est réalisé sur la totalité du volume des poches les plus profondes sans anesthésie injectée, le plus souvent, un anesthésique de contact peut cependant être utilisé en fonction de la sensibilité des patients.

Le micro-insert que nous recommandons pour la réalisation du détartrage supragingival, des espaces interdentaires et des premières séances de TAP est l'insert P10 (Fig. 8).

Les micro-inserts angulés ont un design adapté aux variations anatomiques des racines et des zones de furcation radiculaires (Fig. 9). L'irrigation optimise la supériorité des micro-inserts par rapport à la curette manuelle. En effet, les vibrations créent avec l'eau, un phénomène de cavitation dans le volume des poches qui chasse le biofilm et les résidus de tartre décollés. Pour ce faire, il est important d'obtenir un phénomène de goutte-à-goutte à l'extrémité de l'insert pour que l'irrigant se propage à l'intérieur de la poche et non sur le visage du patient. Pour cela, le réglage du volume d'irrigation doit être aisé au niveau du générateur et sera à adapter en fonction du design de l'insert et de la puissance de vibrations. La nébulisation excessive est à proscrire afin d'éviter la dispersion extrabuccale des germes.

Traitement par micro-inserts ultrasonores à puissance faible

Contrairement aux curettes manuelles, l'utilisation des micro-inserts est efficace pour ôter les dépôts durs et mous tout en protégeant le cément radiculaire⁸, s'ils sont utilisés à des puissances faibles de 5 à 7 en mode P (parodontal). Cette démarche « écologique » vis-à-vis du cément va permettre la formation d'une nouvelle attache⁹.

L'efficacité des micro-inserts diminue en cas d'usure. Contrairement aux curettes manuelles, ils ne s'aiguisent pas. L'opérateur peut alors être tenté d'augmenter la puissance pour compenser la perte d'efficacité. Cela signe l'usure de l'instrument qui doit être jeté.

La performance de ce type d'instrumentation repose sur la sensibilité tactile du praticien afin de détecter les dépôts durs inaccessibles à l'œil, contrairement aux techniques par lambeaux et

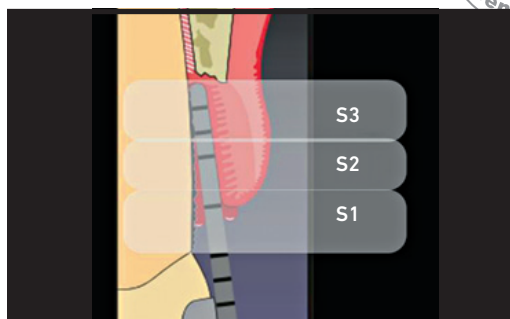


Fig. 10 De bas en haut, parodontite chronique sévère traitée en trois séances de TAP. L'instrumentation des poches est réalisée sur trois semaines par les inserts que l'on fait pénétrer plus profondément au fur et à mesure des séances, sans anesthésie grâce à la diminution progressive de l'inflammation visualisée en général dès la séance 2 (S2).



Fig. 11 Les deux derniers millimètres (zone active) des inserts doivent rester tangentiels à la surface radiculaire. La pointe de l'insert ne doit pas être utilisée contre le cément.

curettes¹⁰. La faible puissance de vibrations trouve là tout son intérêt puisqu'elle évite l'effet « marteau-piqueur » contre la racine. Une courbe d'apprentissage s'avère essentielle afin d'améliorer cette sensibilité tactile.

Gestion de la douleur

Le traitement d'assainissement progressif repose sur la diminution elle aussi progressive de l'inflammation, et le respect des tissus (Fig. 10).

L'amélioration clinique est visualisée au niveau du parodonte superficiel, et notamment des papilles, dès les premières séances. L'accès sous-gingival des poches profondes s'avère possible, en principe, sans anesthésie injectée puisque le design extrêmement fin des micro-inserts crée très peu de tensions tissulaires⁷.

Les deux derniers millimètres (zone active) des inserts (Fig. 11) doivent rester tangentiels à la

surface radiculaire afin d'éviter le martèlement du ciment. Le contact permanent de cette zone avec la racine évite les effractions de la paroi molle de la poche qui pourrait blesser les tissus mous en profondeur.

Le réglage du générateur aux puissances modérées¹¹ limite le degré de déplacement de l'extrémité de l'insert qui peut blesser les tissus mous en profondeur.

Le générateur doit posséder un réservoir qui permet une irrigation avec de l'eau tiède. Le problème thermique est souvent plus responsable de l'inconfort du patient que les vibrations elles-mêmes sur les racines dénudées. L'utilisation des micro-inserts à faible puissance va permettre de réaliser des séances de maintenance indispensables, tous les six mois, en limitant les phénomènes d'usure des surfaces cémentaires (Fig.12) qui se produisent à long terme avec les curettes manuelles ou les traitements ultrasoniques à forte puissance¹².

APPLICATIONS CLINIQUES

Le traitement d'assainissement progressif est mis en œuvre par les praticiens en multicentrique pour traiter différentes formes de parodontites.

Cas clinique n° 1 : parodontite modérée à sévère localement

Patient de 58 ans, alerté par la présence de tartre et de saignements au brossage. Des abcès dans les secteurs maxillaires ont été traités par des antibiothérapies sans traitement de fond. Le patient est un non-fumeur.

Consultation

Observation et palpation : présence importante de tartre en vestibulaire au niveau des incisives mandibulaires. Saignement à la pression digitale en palatin des molaires maxillaires. Sondage et dépistage : poches supérieures à 4 mm au

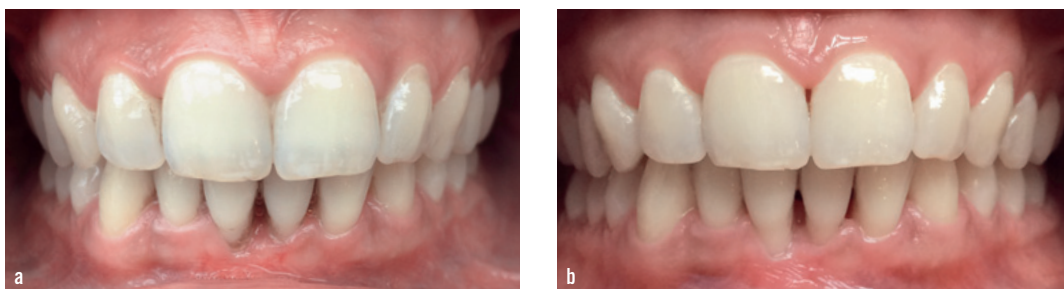


Fig. 12 a et b Après plusieurs années de maintenance, le ciment exposé est préservé.

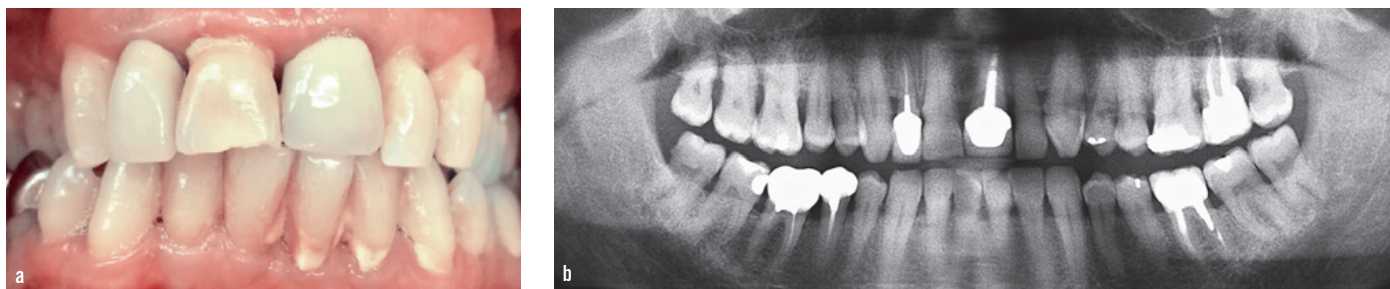


Fig. 13 a et b Parodontite modérée à sévère. Dépôt important de tartre. La perte osseuse est objectivée sur la radiographie panoramique.

Fig. 14 Méthode didactique d'explications au patient à propos des extractions à programmer.
Pastilles rouges : dents condamnées.
Pastilles orange : dents à réévaluer à trois mois.

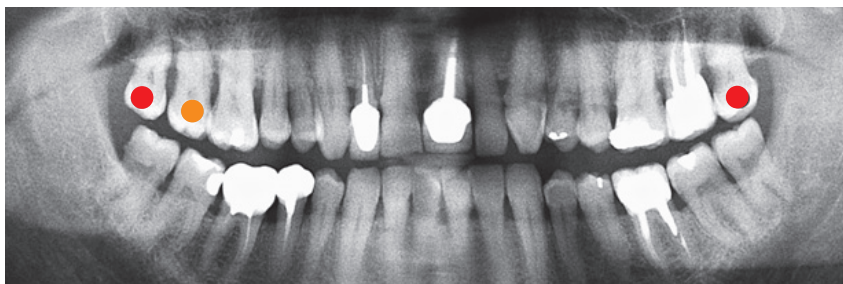




Fig. 15 La réponse au traitement est objectivée par la teinte de la gencive et la diminution des œdèmes papillaires.



Fig. 16 À la troisième séance, le parodonte retrouve un aspect visuel sain quand la réponse du patient est normale.



Fig. 17 a et b De gauche à droite, vues globales de la bouche en début de traitement et à la réévaluation à trois mois.

niveau des molaires maxillaires et en lingual des molaires mandibulaires. Radiographie panoramique : détection d'une alvéolyse généralisée, plus sévère au niveau des molaires maxillaires (**Fig. 13**). Les démonstrations d'hygiène et le traitement d'assainissement progressif en trois séances sont expliqués au patient.

Séance 1

Utilisation du micro-insert P10 en supragingival et interdentaire et programmation des extractions en expliquant visuellement au patient à l'aide de pastilles rouges (à extraire) et orange à réévaluer à trois mois (**Fig. 14**).

Séance 2

La réponse visuelle au traitement est évaluée huit jours plus tard. Les saignements au brossage ont pratiquement disparu. La diminution de l'œdème gingival laisse apparaître de nombreux débris de tartre, notamment sur les molaires ; ils sont éliminés avec l'insert P11 (**Fig. 15**). Les inserts pénètrent les poches dans les trois premiers millimètres.

Séance 3

Huit jours plus tard, il n'existe plus de saignements au brossage. La gencive retrouve progressivement sa teinte naturelle et sa fermeté (**Fig. 16**).

Les inserts P1D et P2D permettent d'accéder au fond des poches, leur finesse permet de détecter la présence de dépôts minéralisés résiduels. Les inserts P10 ou P11 peuvent être à nouveau utilisés pour plus d'efficacité sur les dépôts durs. Les conseils à propos d'une hygiène stricte et d'une utilisation des brossettes quotidienne sont rappelés au patient. Un rendez-vous de réévaluation est fixé à trois mois.

Réévaluation à trois mois

L'hygiène et l'absence de saignements au brossage sont validées (**Fig. 17**). Le patient est interrogé sur les effets du traitement. Le patient nous dit être devenu « addictif » aux brossettes. Le sondage est effectué sur la totalité des faces des dents. Le patient ne présente plus de saignements au sondage et de poches supérieures à 4 mm. Les extractions des 18 et 28 ont permis de parfaitement stabiliser les poches distales des 17 et 27 (**Fig. 18**).

Le patient sera revu tous les six mois pour des visites de maintenance. Le rendez-vous suivant est programmé dès la fin de la séance.

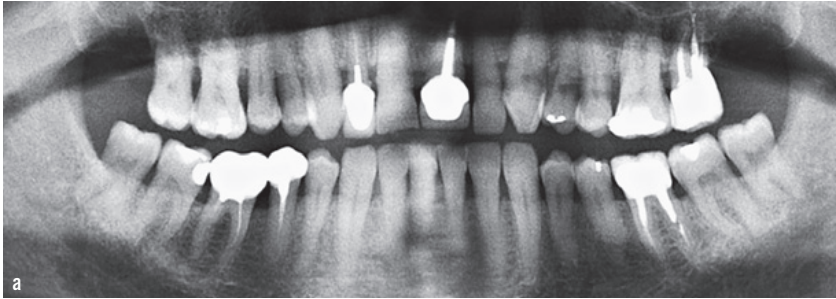


Fig. 18 a et b Les extractions des 18 et 28 ont permis de parfaitement stabiliser les poches distales des 17 et 27.

**Cas clinique n° 2 :
parodontite chronique avancée**

Consultation

Patient de 46 ans, non-fumeur, avec antécédents familiaux. Patient stressé. Il existe des interférences occlusales. Le patient est alerté par des saignements au brossage, les récessions, et les mobilités débutantes du groupe incisivo-canin mandibulaire (Fig. 19).

Le sondage et dépistage confirment la présence de nombreuses poches supérieures à 4 mm à la mandibule et au maxillaire.

Les mobilités sont évaluées : mobilité III sur 17, 47, 37, 41, 42, 31. Mobilité II sur 32.

La radiographie panoramique montre un niveau d'alvéolyse avancée. Une radiographie

rétro-alvéolaire du bloc incisivo-canin doit, dans ce cas, compléter la radiographie panoramique.

Séance 1

Le patient adhère au contrôle du biofilm qui lui a été enseigné, mais la récession large et les douleurs sur la 33 compliquent le brossage de cette zone toujours inflammatoire (Fig. 20).

Une analgésie locale peut être pratiquée en début de séance avant l'utilisation de l'insert P10.

Séance 2

Les inserts P11 sont utilisés à la puissance 7. La diminution de l'inflammation et des douleurs permet d'accéder plus profondément dans les poches.

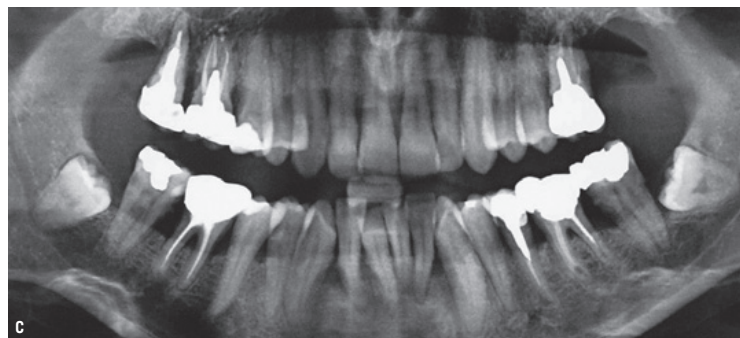


Fig. 19 a à d La parodontite s'exprime par des papilles hypertrophiques (41 et 42) et des récessions multiples (33). Gingival index : 3. Plaque index : 3. Les examens radiographiques confirment l'alvéolyse sévère et la présence de tartre sous-gingival.



Fig. 20 Amélioration des indices PI et GI à 1. La récession sur 33 complique le contrôle de plaque.



Fig. 21 Diminution importante de l'inflammation et de l'œdème qui permet le passage des brossettes dans les espaces interdentaires étroits et des inserts P2D sans douleur.



Fig. 22 a et b Vues clinique et radiographique à six mois. La stabilisation de la maladie parodontale est confirmée cliniquement et radiographiquement.

Séance 3

Le contrôle du biofilm est amélioré. Les douleurs au contact ont disparu.

L'insert P2D permet d'accéder à des zones où les inserts standard ou les curettes manuelles ne passent pas. Cet insert est parfaitement adapté aux espaces interdentaires étroits en cas de dysharmonie dentomaxillaire (**Fig. 21**).

Les conseils d'hygiène stricts sont rappelés au patient et un rendez-vous de réévaluation est fixé à trois mois.

Réévaluation à trois mois

Le sondage confirme l'absence de poches parodontales supérieures à 4 mm. Il existe une baisse significative des mobilités. L'examen radiographique confirme la réparation osseuse (**Fig. 22**).

Une chirurgie mucogingivale est programmée pour améliorer le biotype gingival sur la 33.

CONCLUSION

Les intérêts du TAP, que nous décrivons dans cet article, comparés aux protocoles communément appliqués en parodontologie (traitement par quadrant ou traitement bouche complète), ne portent pas seulement sur des résultats cliniques et microbiologiques à long terme, mais sur les possibilités :

- de transformer le rapport qu'entretient le patient avec sa bouche ;
- d'encadrer psychologiquement et techniquement le contrôle de plaque sur le long terme ;
- d'observer la réponse tissulaire afin d'adapter les choix thérapeutiques.

Le TAP permet de reculer les limites de la chirurgie, d'intégrer la parodontologie à l'omnipratique en simplifiant les procédures, et en limitant les douleurs per et postopératoires



RÉFÉRENCES

1. Wennström JL, Tomasi C, Bertelle A, Dellasega E. Full-mouth ultrasonic debridement versus quadrant scaling and root planing as an initial approach in the treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2005;32(8):851-9.
2. Gurtner GC, Werner S, Barrandon Y, Longaker MT. Wound repair and regeneration. *Nature.* 2008 May 15;453(7193):314-21.
3. White DJ. Dental calculus: recent insights into occurrence, formation, prevention, removal and oral health effects of supragingival and subgingival deposits. *Eur J Oral Sci.* 1997 Oct;105(5 Pt 2):508-22.
4. Socransky SS, Haffajee AD. Periodontal microbial ecology. *Periodontol 2000.* 2005 Jun 1;38(1):135-87.
5. Hellström MK, Ramberg P, Krok L, Lindhe J. The effect of supragingival plaque control on the subgingival microflora in human periodontitis. *J Clin Periodontol.* 1996 Oct;23(10):934-40.
6. Preshaw PM, Seymour RA, Heasman PA. Current concepts in periodontal pathogenesis. *Dent Update.* 2004 Dec;31(10):570-2, 574-8.
7. Dragoo MR. A clinical evaluation of hand and ultrasonic instruments on subgingival debridement. 1. With unmodified and modified ultrasonic inserts. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1992;12(4):310-23.
8. Kumar P, Das SJ, Sonowal ST, Chawla J. Comparison of Root Surface Roughness Produced By Hand Instruments and Ultrasonic Scalers: An Invitro Study. *J Clin Diagn Res.* 2015 Nov;9(11):ZC56-60.
9. Cho MI, Garant PR. Development and general structure of the periodontium. *Periodontol 2000.* 2000 Oct;24:9-27.
10. Sherman PR, Hutchens LH Jr, Jewson LG, Moriarty JM, Greco GW, McFall WT Jr. The effectiveness of subgingival scaling and root planing. I. Clinical detection of residual calculus. *J Periodontol.* 1990;61(1):3-8.
11. Gagnot G, Mora F, Poblete MG, Vachey E, Michel JF, Cathelineau G. Comparative study of manual and ultrasonic instrumentation of cementum surfaces: influence of lateral pressure. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2004 Apr;24(2):137-45.
12. Costa FO, Lages EJ, Cota LO, Lorentz TC, Soares RV, Cortelli JR. Tooth loss in individuals under periodontal maintenance therapy: 5-year prospective study. *J Periodont Res.* 2014 Feb;49(1):121-8.



American Hospital of Paris

Accéder aux innovations les plus récentes

- > Expérience 3D de l'excellence en μ -Chirurgie plastique
- > Protocole 1T-1T (One Tooth-One Time)

SAMEDI 06 OCTOBRE 2018

4 INTERVENTIONS EN DIRECT... Chirurgies & prothèse



INTERVENANTS :



MARKUS HÜRZELER - MÜNICH



AMÉLIE MAINJOT - LIÈGE



GEOFFREY LECLOUX - LIÈGE



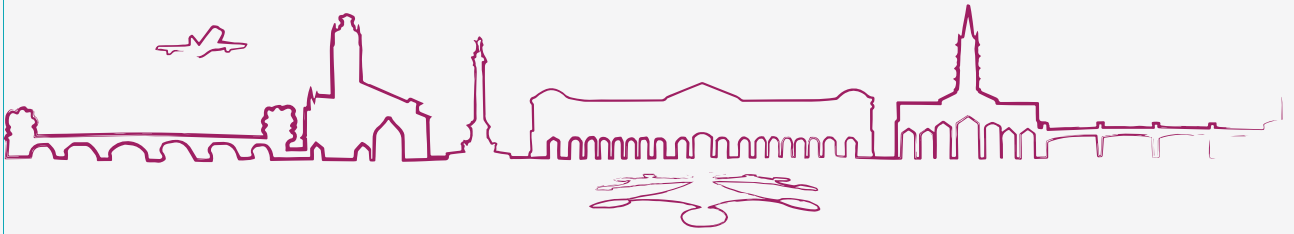
MICHAËL SADOUN - LIÈGE

Journée organisée sous l'égide de l'EID



Excellence in Dentistry

vendredi
28
septembre
18



1968 - 2018
50 ans de Parodontologie
Qu'avons nous appris ?

PARODONTOLOGIE

Dr Jean-Louis GIOVANNOLI
Dr Sophie-Myriam DRIDI

IMPLANTOLOGIE

Dr Pierre MARIN
Pr Serge ARMAND

JOURNÉE
DE CONFÉRENCE
& SOIRÉE DE GALA

HÔTEL PALLADIA
271 AVENUE DE GRANDE BRETAGNE
31300 TOULOUSE

SFPIO

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PARODONTOLOGIE
ET IMPLANTOLOGIE ORALE

SUD OUEST
Depuis 1968



REGION
SUD-OUEST

www.sfpio-mp.org

**International
Quintessence
Symposium**

THU 10 – SAT 12 JAN

**33. Berliner
Zahnärztetag**

THU 10 – SAT 12 JAN

**Dentory
Symposium**

SAT 12 JAN

**48. Deutscher
Fortbildungs-
kongress für
zahnmedizinische
Fachangestellte**

FRI 11 JAN

DECADES

**2nd Japanese
Symposium**

FRI 11 + SAT 12 JAN

**19. ENDODONTIE
Symposium**

FRI 11 + SAT 12 JAN

**1st Women
Dentists
Leadership
Conference**

FRI 11 + SAT 12 JAN



7 DECADES OF EXPERIENCE

10–12 JANUARY 2019
ESTREL CONGRESS CENTER BERLIN

www.7decades.com