

Point de service

La rubrique «Point de service» du JADC répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Les réponses de ce mois-ci sont fournies par des conférenciers de la Conférence dentaire du Pacifique 2004, que sera présentée en partenariat avec l'Association dentaire canadienne à Vancouver (C.-B.) du 4 au 6 mars. Pour en savoir plus sur la Conférence CDP/ADC, visitez le site Web www.pacificdentalonline.com. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

Question 1

Comment puis-je créer des attentes réalistes chez mes patients qui ont besoin de prothèses complètes et réduire au minimum leur insatisfaction au moment de la mise en place?

Énoncé du problème

Un grand nombre de dentistes généralistes hésitent aujourd'hui à offrir des services de prothèse complète¹, et cette réticence pourrait être due :

- à la complexité croissante des cas, qui concernent souvent des patients âgés et frêles;
- au peu d'expérience acquise dans la mise en place de prothèses durant les études de médecine dentaire, et au sentiment que l'exercice de la dentisterie générale ne permet pas de maîtriser cette procédure;
- à la crainte que les patients soient insatisfaits.

La plupart des prothèses mises en place aujourd'hui sont des prothèses de remplacement, et ceci ne fait qu'ajouter au problème, car le patient peut se montrer réfractaire au changement et à l'idée de modifier ce à quoi il est habitué. La technique décrite ci-après traite de la restauration des tissus et de la dimension verticale et insiste sur la communication qui doit s'établir entre le dentiste et le patient *avant* de commencer le traitement prothétique.

Traitement des lésions des tissus mous

Bien sûr, une irritation persistante des tissus peut amener le patient à consulter le dentiste en vue d'obtenir une prothèse de remplacement. Cependant, il arrive souvent que le patient ne décèlera pas une lésion chronique tant que le dentiste ne la lui aura pas fait remarquer. Or, il est important d'informer le patient de ces lésions, pour faire valoir les avantages du traitement et établir un point de référence pour évaluer les changements proposés. Il est en outre important que le patient comprenne qu'une lésion n'occasionne pas nécessairement d'inconfort, et qu'une lésion chronique risque de nuire aux traitements prothétiques futurs. La mise en place d'un conditionneur de tissu, sans modifier d'aucune autre façon la base de la prothèse, est un procédé réversible qui permet de restaurer l'état des tissus et de gagner du temps pour examiner les diverses options de traitement possibles.

Gérer les attentes du patient : apparence et fonction

La dimension verticale de l'occlusion (DVO) d'une prothèse diminue progressivement, mais il arrive souvent que les patients ne remarquent pas les changements connexes qui en résultent au niveau de la forme du visage et de l'occlusion (ill. 1). L'application de couches successives d'un conditionneur de tissu peut rétablir l'occlusion postérieure et augmenter la DVO, et permettre aussi d'avoir un aperçu de la forme restaurée du visage. Par ailleurs, la mise en place de couches successives de conditionneur de tissu compense pour la surextension du rebord et élimine souvent la nécessité d'ajuster les rebords. Après 2 ou 3 visites consacrées à l'application du conditionneur, le dentiste peut soupeser les attentes du patient en regard des résultats possibles et commencer le traitement prothétique. Il peut en même temps planifier l'occlusion et la position des dents.

Prévoir le taux de réussite et commencer le traitement

Les conditionneurs de tissu sont des matériaux d'empreinte fonctionnels et fluides qui définissent la forme et la surface à couvrir. Il est important d'évaluer la DVO, l'espace interocclusal au repos et l'orientation du plan occlusal, à chaque application de conditionneur de tissu. Le plan occlusal doit être vérifié en utilisant la ligne interpupillaire et la ligne Camper, après l'application de chaque couche de conditionneur (ill. 2). L'espace interocclusal le plus près, durant la prononciation du son S, sert à confirmer le maintien d'un espace interocclusal au repos suffisant. Un matériau d'empreinte élastomère à faible viscosité et non aqueux, appliqué sur le conditionneur de tissu, est ensuite utilisé pour saisir les détails des tissus mous et enregistrer les rapports maxillo-mandibulaires au moment de la prise des empreintes. L'enregistrement des tissus mandibulaires se fait par la technique de prise d'empreinte bouche ouverte (ill. 3 et 4), en bougeant la langue et les muscles faciaux du patient.

Le modelage des rebords se fait automatiquement dans les 2 arcades, le conditionneur de tissu définissant d'une manière



Illustration 1 : Profil du patient, avec perte de la dimension verticale de l'occlusion.



Illustration 2 : Évaluation du plan occlusal à l'aide du Occlusal Plane Analyzer (Dentsply Trubyte).



Illustration 3 : Prise de l'empreinte mandibulaire, par la technique bouche ouverte.



Illustration 4 : Empreinte mandibulaire terminée.



Illustration 5 : Position des dents supérieures par rapport à la table de montage au niveau occlusal, après la prise de l'empreinte du maxillaire supérieur par la technique bouche fermée.

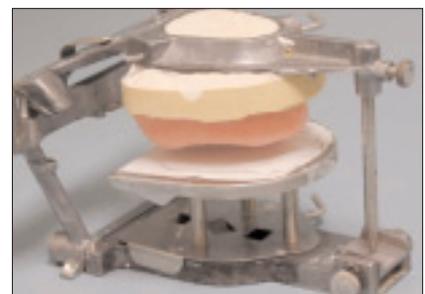


Illustration 6 : Position des dents par rapport à la plaque-base.



Illustration 7 : Bases des prothèses finales faites de résine Eclipse Prosthetic Resin System (Dentsply Trubyte).



Illustration 8 : Prothèses de remplacement, prêtes pour l'essai.



Illustration 9 : Prothèses complètes terminées.



Illustration 10 : Patient satisfait de ses prothèses de remplacement.

fonctionnelle l'extension et la largeur du rebord. L'empreinte de la prothèse supérieure et l'enregistrement de l'articulé se font simultanément, par la technique bouche fermée. La compression ou distorsion des tissus est une préoccupation constante durant la prise des empreintes. Grâce à la technique proposée, le conditionneur de tissu a déjà enregistré d'une manière dynamique la forme des tissus mous, et une couche très mince de polyvinylsiloxane de faible viscosité enregistrera les détails plus précis de la surface du conditionneur. Quelques touches d'adhésifs sur le porte-empreinte sont appliquées pour fixer l'empreinte au conditionneur de tissu.

Articulation du modèle et mise en place des dents

Une plaque de montage remplace l'arc facial, ce qui permet de monter les modèles en comparant la position des dents existantes au modèle du maxillaire supérieur. Le tracé de la position des dents existantes (ill. 5) facilite la disposition des dents et apaise les craintes du patient quant à tout changement non désiré au niveau de l'apparence.

Essai effectué avec les bases de la prothèse finale

La prothèse d'essai doit être mise en place sur les bases de la prothèse finale (ill. 6 à 8), afin de pouvoir déceler les problèmes d'ajustement *avant* la fabrication de la prothèse finale et améliorer la précision de l'enregistrement occlusal². La nouvelle technologie avec résines assure la construction de bases finales aux dimensions stables. La prothèse d'essai peut être mise en place à la deuxième visite, et la prothèse finale est terminée à la troisième visite (ill. 9 et 10).

Résultat sans surprise

Les étapes décrites précédemment sont bien connues de la plupart des dentistes et sont indépendantes du matériau utilisé. Elles offrent cependant la possibilité au dentiste de communi-

quer avec le patient et de l'informer. L'utilisation d'un conditionneur de tissu pour rétablir la DVO et définir la surface à couvrir donne lieu à une technique d'empreinte qui enregistre en même temps les détails des tissus mous et les rapports interarcades, ce qui réduit le temps passé en cabinet et permet d'établir un lien entre la position actuelle des dents et les modèles articulés. De plus, l'utilisation de la base de la prothèse finale lors de l'essai fera en sorte que l'on obtiendra le même ajustement au moment de la mise en place finale. Selon ma propre expérience, la séquence clinique précitée réduit le nombre d'ajustements nécessaires après la mise en place de la prothèse (sur 19 patients traités pour 27 prothèses complètes, moins de 25 % ont nécessité un ajustement de la base de la prothèse après sa mise en place); de plus, elle élimine pratiquement les reprises et améliore la satisfaction des patients. Elle offre enfin aux cliniciens la possibilité de refuser poliment les patients qui ont des attentes irréalistes et d'aider d'autres patients à comprendre quand une prothèse implanto-portée serait indiquée. ♦

Le Dr Ewoldsen est professeur agrégé adjoint de dentisterie restauratrice pour adultes, Collège de médecine dentaire UNMC, Lincoln (Nebraska). Il est aussi directeur de la recherche et de l'enseignement cliniques, Dentsply Trubyte, York (Pennsylvanie). Courriel : NEwoldsen@Dentsply.com.

Le Dr Ewoldsen présentera son séminaire, intitulé «From Functional Impressions to Finished Dentures: Three Appointments — Zero Surprises», le jeudi 4 mars.

Références

1. Melton AB. Current trends in removable prosthodontics. *J Am Dent Assoc* 2000; 131 Suppl:52S–56S.
2. Thomas-Weintraub A, Weintraub GS. Processed permanent record bases in complete denture therapy: rationale and technique. *Compend Contin Educ Dent* 1985; 6(9):660–5, 668.

Question 2

Les recherches actuelles semblent indiquer que la carie dentaire est une maladie infectieuse. En quoi cela devrait-il modifier ma façon de traiter mes patients?

Énoncé du problème

Les dernières recherches (dont certaines remontent à plus de 15 ans) appuient fortement la théorie selon laquelle la carie dentaire est une infection causée par *Streptococcus mutans*. Les enfants acquièrent habituellement l'infection de leur mère, mais celle-ci peut parfois leur être transmise par le père et aussi – quoique plus rarement – par d'autres enfants dans une garderie¹. En outre, plus le taux de *S. mutans* est élevé dans la salive de la mère, plus le risque de transmission est grand. L'infection est contractée vers l'âge de 1 ou 2 ans, mais elle peut aussi être acquise avant l'apparition de la dentition; cependant, les micro-organismes préfèrent les surfaces dures – plus favorables à une colonisation durable – et ils sont donc plus abondants après l'éruption des dents.

Le traitement moderne de la carie continue d'être axé sur l'élimination de la carie, la restauration des dents atteintes et le durcissement des dents par du fluorure afin de les rendre moins sensibles à la dissolution en présence d'un pH acide. Le vernis fluoruré constitue la plus récente innovation en matière d'applications topiques². Les dentistes doivent maintenant aller plus loin pour éliminer *S. mutans*, soit en détruisant ces organismes à l'aide d'un désinfectant comme le chlorhexidine ou l'iode, soit en modifiant le milieu buccal, par exemple à l'aide de xylitol, de manière à le rendre non propice au développement des bactéries cariogènes. Le xylitol est un sucre naturel qui ne favorise pas la carie et qui facilite le développement des organismes non cariogènes^{3,4}.

En résumé, l'intégration des plus récentes observations à l'exercice clinique exigera désormais un peu plus du dentiste et

du patient, afin d'enrayer la carie dentaire et d'éviter sa transmission aux enfants^{5,6}. C'est ce nouveau concept que traduisent les expressions «traiter la carie dentaire comme une maladie infectieuse» et «traitement médical de la carie».

Traitement médical de la carie

Les principes du traitement de la carie continuent de s'appliquer à tous les patients :

Réduire/éliminer les collations

- Rappeler au patient d'éviter de siroter ou de manger constamment des glucides fermentescibles comme du café sucré, des raisins secs ou des bretzels. Tous les glucides sont une source d'aliments pour les bactéries cariogènes et, plus l'aliment est collant (bonbons, raisins secs, abricots secs) et est ingéré souvent, plus le risque de carie est grand.

Se brosser les dents, passer la soie dentaire et utiliser un rince-bouche

- Recommander au patient de passer la soie dentaire et de se brosser les dents avec un dentifrice fluoruré offert en vente libre et de se rincer la bouche chaque jour, avec un rince-bouche sans alcool contenant 0,05 % de NaF.

Les dentistes traitant les patients à haut risque devraient connaître les derniers protocoles de traitement de la carie :

Traitements au fluorure

- Prescrire un dentifrice contenant 5000 milligrammes par litre de fluorure (p. ex., Prevident 5000 Plus, ControlRx).

Traitement	Prevident
Présentation	4,2 oz (1 tube)
Mode d'emploi	Se brosser les dents 2 fois par jour, surtout le soir au coucher.
- En cabinet, appliquer un vernis fluoruré (p. ex., Cavity Shield, Duraflor) sur les dents, 2 fois par année.

Produits antimicrobiens

- Recommander au patient de se rincer la bouche et de se brosser les dents avec de l'iode (en s'assurant au préalable que le patient n'est pas allergique à l'iode ou aux crustacés) pendant 1 minute, une fois tous les 2 mois.

Traitement	Solution de betadine
Présentation	Bouteille de 8 oz
Mode d'emploi	Une fois tous les 2 mois, se rincer la bouche et se brosser les dents avec une cuillerée à thé de solution de Betadine, puis se rincer la bouche à l'eau et cracher.

ou

- Demander au patient de se rincer la bouche et de se brosser les dents à la chlorhexidine, une fois par jour pendant 2 semaines, tous les 3 mois.

Traitement	Chlorhexidine 0,12 %
Présentation	16 oz
Mode d'emploi	Tous les 3 mois, se rincer la bouche et se brosser les dents avec 1 cuillerée à table de solution de chlorhexidine pendant 1 minute, une fois par jour pendant 2 semaines.

Le xylitol

- Recommander au patient de mâcher 2 morceaux de gomme au xylitol pendant 5 minutes, 3 à 5 fois par jour (si le patient aime mâcher de la gomme et qu'il ne souffre d'aucun problème temporomandibulaire) ou de sucer des bonbons au xylitol 3 à 5 fois par jour. À noter que le xylitol doit être le principal ingrédient de la gomme ou du bonbon, pour que la concentration soit suffisamment élevée pour être efficace.

Sources choisies de xylitol :

- www.epicdental.com, 1-866-920-4200
- www.xylitolworks.com, 1-800-601-0688
- www.omniipharma.com, 1-800-445-3386
- www.xylitolnow.com, 1-619-445-2689
- www.bioscienceproducts.com, 1-800-595-1089 ♦

Le Dr Peter L. Jacobsen est professeur au Département de pathologie et de médecine, Université du Pacifique, École de médecine dentaire, San Francisco (Californie). Courriel : pjacobse@pacific.edu. Il n'a aucun intérêt financier déclaré dans les compagnies fabriquant les produits cités dans la réponse.

Le Dr Jacobsen présentera 2 séminaires lors du congrès conjoint CDP/ADC le vendredi 5 mars, «Modern Dental Pharmacology» et «Over-the-counter Dental Products».

Références

1. Berkowitz RJ. Acquisition and transmission of mutans streptococci. *J Calif Dent Assoc* 2003; 31(2):135-8.
2. Donly K. Fluoride varnishes. *J Calif Dent Assoc* 2003; 31(3):217-9.
3. Lynch H, Milgrom P. Xylitol and dental caries: an overview for clinicians. *J Calif Dent Assoc* 2003; 31(3):205-9.
4. Anderson M. A review of the efficacy of chlorhexidine on dental caries and the caries infection. *J Calif Dent Assoc* 2003; 31(3):211-4.
5. Stuart R, Hale K. The paradigm shift in the etiology, prevention, and management of dental caries: its effect on the practice of clinical dentistry. *J Calif Dent Assoc* 2003; 31(3):247-51.
6. Featherstone JD, Adair SM, Anderson MH, Berkowitz RJ, Bird WF, Crall JJ, and others. Caries management by risk assessment: consensus statement, April 2002. *J Calif Dent Assoc* 2003; 31(3):257-69.

Question 3 Que peuvent faire les professionnels de la santé qui présentent des symptômes ou des réactions susceptibles d'être dus à une hypersensibilité au latex?

Cette question se pose plus souvent, car les gens sont de plus en plus préoccupés par les problèmes de dermatite et les questions liées aux allergies au latex. La première chose à faire est de s'assurer qu'il s'agit d'une véritable réaction d'hypersensibilité au latex. Il est important de comprendre que la forme la plus répandue de dermatite sur les mains est en fait une irritation non spécifique, et non une réaction immunologique. Bien sûr, le lavage régulier des mains est un aspect fondamental d'une bonne technique d'asepsie, mais ce lavage fréquent des mains par les professionnels de la santé peut causer des dermatites ou d'autres lésions exsudatives pouvant se manifester par l'apparition d'un épithélium sec, gercé ou écorché. L'assèchement incomplet des mains avant d'enfiler les gants ou le rinçage des mains à l'eau chaude sont les causes les plus fréquentes de dermatite d'irritation (ill. 1).

Le diagnostic d'une réaction immunologique vraie, aux composants du latex de caoutchouc naturel (réaction immédiate, de type I) ou aux produits chimiques utilisés dans la fabrication des produits au latex (réaction différée, de type IV), demeure une grande difficulté pour les professionnels de la santé et leurs patients. Outre les gants au latex, un certain nombre d'autres appareils utilisés dans la prestation de soins peuvent contenir du latex, notamment les brassards de tensiomètre, les digues dentaires, les bandes élastiques sur les masques, les pansements adhésifs, les cônes nasaux pour l'administration d'oxyde nitreux et les cupules à prophylaxie.

En général, l'hypersensibilité de type I se déclenche quelques minutes seulement après qu'une personne sensibilisée entre en contact direct avec un allergène ou y est exposée par la production d'aérosols. Les protéines du latex de caoutchouc naturel qui adhèrent à la poudre des gants peuvent rester longtemps en suspension dans l'air, après que les gants ont été enfilés ou qu'une nouvelle boîte de gants a été ouverte. Il peut également y avoir réaction papulo-érythémateuse (c.-à-d., urticaire) avec prurit et œdème localisé (ill. 2). La toux, la respiration sifflante et la difficulté respiratoire sont d'autres réactions possibles qui peuvent même mettre la vie du patient en danger. Les réactions

d'hypersensibilité différée, ou de type IV, se manifestent sous forme d'eczéma de contact. L'apparition des symptômes peut être retardée de plusieurs heures et un intervalle de 24 à 48 heures peut s'écouler avant que la réaction allergique n'atteigne son maximum (ill. 3). La guérison peut prendre 4 jours, avec formation d'escare et desquamation des tissus épithéliaux atteints.

Bon nombre de ces réactions se ressemblent durant les premières phases de leur développement. Le diagnostic formel doit être fait par un médecin qualifié, au moyen de tests cliniques et d'analyses en laboratoire spécifiques, comme la technique RAST in vitro ou des tests cutanés in vivo. Si la réaction est due à une hypersensibilité de type I ou IV, le professionnel de la santé doit suivre des précautions spécifiques visant à éviter le latex, et notamment utiliser des produits exempts de latex et, si possible, apporter des modifications à son milieu de travail. ♦

Le Dr John A. Molinari est professeur et directeur du Département des sciences biomédicales, Université de Detroit, École de médecine dentaire Mercy, Detroit (Michigan). Courriel : molinaja@udmercy.edu.

Le Dr Molinari présentera son séminaire, intitulé «Emerging Disease and Challenging Issues in Infection Control», le jeudi 4 mars.

Lectures supplémentaires

Hamann CP, Turjanmaa K, Reitschel R, Siew C, Owensby D, Grunninger SE, and other. Natural rubber latex hypersensitivity: incidence and prevalence of type I allergy in the dental professional. *J Amer Dent Assoc* 1998; 129(1):43-54.

Jaeger D, Kleinhans D, Czuppon AB, Baur X. Latex-specific proteins causing immediate-type cutaneous, nasal, bronchial, and systemic reactions. *J Allergy Clin Immunol* 1992; 89(3):759-68.

Poley GE Jr, Slater JE. Latex allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 105(6 Pt 1):1054-62.

Sussman GL, Tarlo S, Dolovich J. The spectrum of IgE-mediated responses to latex. *JAMA* 1991; 265(21):2844-7.

Reitschel RL, Mathias CG, Taylor JS, Storrs FJ, Sherertz EF, Pratt M, and others. A preliminary report of the occupation of patients evaluated in patch test clinics. *Amer J Contact Dermat* 2001; 12(2):72-6.



Illustration 1 : Réaction cutanée de type I au latex de caoutchouc naturel des gants d'examen au latex.



Illustration 2 : Conjonctivite anaphylactique causée par les allergènes protéiques du latex, projetés par aérosols.



Illustration 3 : Eczéma de contact (hypersensibilité de type IV) sur la main de l'hygiéniste dentaire, après provocation par les accélérateurs chimiques utilisés durant le processus de fabrication des gants au latex.

Question 4 Quels sont les avantages et les inconvénients techniques liés à l'adoption d'un système de radiographie numérique en cabinet?

La radiographie numérique est déjà perçue comme la technologie de l'avenir qui remplacera l'imagerie sur film.

Quelle est la différence entre l'imagerie sur film et sur capteur? La nouvelle technologie par capteur consiste tout simplement à remplacer le film radiographique par un capteur électronique qui utilise une des 2 technologies principales suivantes, à savoir le système CCD (dispositif à couplage de charge) ou CMOS (semi-conducteur complémentaire à l'oxyde de métal). Ce dernier système n'est utilisé pour l'instant que par une seule compagnie (Shick Systems). L'acquisition des images est identique avec les 2 systèmes, et les résultats sont à ce point similaires qu'il est difficile de les distinguer l'un de l'autre; la différence entre les systèmes offerts par les différentes compagnies se situe au niveau de la programmation du logiciel. Notons qu'il existe un troisième système, le système sans fil avec plaques de phosphore de stockage (SP).

Des essais ont été réalisés à l'Université du Pacifique sur tous les systèmes numériques disponibles, et ces essais ont révélé que tous comportent des avantages et des inconvénients. L'école de médecine dentaire a opté pour le système CCD, en justifiant sa décision par le coût du système et la proximité de l'entreprise qui en assure l'entretien. Les étudiants n'utilisent que l'imagerie numérique pour les procédures endodontiques et pour 50 % des radiographies de bouche complète (7 à 8 radiographies).

Avantages de la radiographie numérique

Son avantage principal tient à la réduction de la dose d'irradiation à laquelle sont exposés les patients. La radiographie numérique ne requiert en effet que le tiers des rayonnements utilisés avec les films ultra rapides. La réduction est toutefois moindre lorsqu'on la compare à des films de sensibilité élevée comme le film Insight F.

Un capteur numérique (ill. 1), mis en place avec son dispositif de retenue à l'intérieur de la cavité buccale, permet au praticien de voir la zone radiographiée en une fraction de minute. Si le capteur est mal placé, un léger repositionnement permettra de corriger immédiatement la qualité ou la position de l'image et ainsi de gagner beaucoup de temps durant une procédure endodontique ou chirurgicale.

Autre avantage, alors qu'il est impossible de modifier la netteté et le contraste d'une image sur film, la technologie numérique permet d'ajuster le contraste, l'image positive/négative et la colorisation, ce qui améliore d'autant la capacité diagnostique.

En outre, il n'est plus nécessaire d'acheter et de stocker des produits chimiques pour le traitement du film, et on élimine également les coûts d'entretien de l'appareil de développement.

Enfin, l'affichage des images numériques sur un écran d'ordinateur offre un bon outil pour informer le patient durant une intervention.

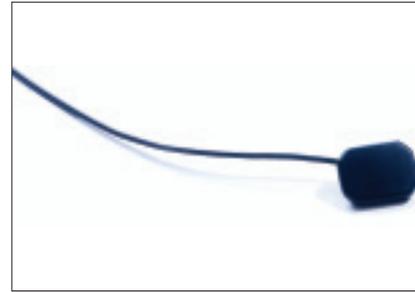


Illustration 1 : Le capteur de l'appareil de radiographie numérique Dexis mesure 1,5 po x 1,14 po x 0,3 po.

Inconvénients de la radiographie numérique

La grosseur (en particulier l'épaisseur) du capteur demeure supérieure à celle du film radiographique, de sorte que le capteur est plus rigide que la pellicule habituelle. Ceci peut rendre la prise d'images difficile chez les enfants, bien que les systèmes SP semblent résoudre ce problème. Cependant, le capteur du système SP ressemble à un film de celluloid, en ce que l'image doit être numérisée dans l'ordinateur après exposition. Or, ceci a pour effet de prolonger sensiblement le temps d'acquisition des images, lequel atteint en moyenne 2 minutes, alors que les autres capteurs offrent une image presque instantanée.

La mise en place du capteur peut également poser une certaine difficulté, du moins au début, et certains dentistes trouvent qu'il faut plus souvent procéder à des reprises qu'avec le film.

Enfin, les capteurs sont réutilisables, mais ils ne peuvent être stérilisés. Aussi faut-il prendre des mesures de protection adéquates pour prévenir les infections croisées. ♦

Le Dr Thomas Schiff est professeur et directeur du Département de radiologie maxillofaciale de l'Université du Pacifique, École de médecine dentaire, San Francisco (Californie). Courriel : TSCHIFF@Pacific.edu. Il n'a aucun intérêt financier déclaré dans les compagnies fabriquant les produits cités dans la réponse.

Le Dr Schiff présentera son séminaire, intitulé «All You Ever Wanted to Know about Radiography but Were Afraid to Ask!», le jeudi 4 mars.

Lectures supplémentaires

- Miles DA. The deal on digital: the status of radiographic imaging. *Compend Contin Educ Dent* 2001; 22(12):1057-62.
- Parks ET, Williamson GF. Digital radiography: an overview. *J Contemp Dent Pract* 2002; 3(4):23-39.
- Van der Stelt PF. Principles of digital imaging. *Dent Clin North Am* 2000; 44(2):237-48. (Les membres de l'ADC peuvent se procurer cette édition de Dental Clinics of North America, intitulée «Applications of Digital Imaging Modalities for Dentistry» auprès du Centre de documentation.)