



Dr Reda BOULARBAH

RÉGÉNÉRATIONS OSSEUSES GUIDÉES : Des techniques conventionnelles aux reconstructions 3D complexes

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Comprendre les principes de la ROG et choisir la technique de reconstruction adaptée.
- Maîtriser les principales techniques de reconstruction osseuse : ROG, membrane pincée, Spidergraft, cages et grilles personnalisées en titane.
- Prévenir et prendre en charge les complications

PROGRAMME

MODULE 1 ROG

Principes fondamentaux de la ROG

Principes biologiques de la cicatrisation osseuse, classification des défauts osseux, analyse radiologique et clinique, critères de choix de la technique de régénération osseuse.

ROG conventionnelle, technique de la membrane pincée

Membranes résorbables et non résorbables, préparation du site receveur, gestion de l'os autogène et des biomatériaux, positionnement des pins, adaptation de la technique aux défauts horizontaux et verticaux.

Dispositifs de régénération

Spidergraft : concept, principes mécaniques, indications, positionnement du dispositif, gestion du greffon, avantages et limites.

Cages et grilles personnalisées en titane : indications, analyse du CBCT, workflow numérique, positionnement du dispositif, préparation du matériau de comblement, gestion des zones à risque, avantages et limites.

Travaux pratiques :
- Atelier 1 : ROG, membrane pincée et Spidergraft
- Atelier 2 : Cage ou grille personnalisée
- Atelier 3 : Gestion des tissus mous

MODULE 2 Chirurgie en direct et débriefing

Présentation du cas clinique

Analyse du CBCT, classification du défaut osseux, choix de la technique, planification de la reconstruction, anticipation de la future position implantaire et gestion des risques anatomiques

Chirurgie en direct

Débriefing de la chirurgie

Analyse des différentes étapes, discussion des difficultés rencontrées, protocole postopératoire, suivi clinique et radiologique, conduite à tenir en cas d'exposition, d'infection ou de perte de volume.

Maîtriser les différentes techniques de régénération osseuse guidée, choisir la technique la plus adaptée à chaque cas clinique, et la mettre en œuvre en tenant compte des risques anatomiques et des complications potentielles

Public visé et prérequis
Formation à destination des chirurgiens-dentistes

Moyens et méthodes pédagogiques
- Supports théoriques
- Travaux pratiques

Modalités d'évaluation
Évaluation par le formateur lors des travaux pratiques

Moyens techniques
- Moteurs chirurgicaux
- Kits de chirurgie
- Kit de fixation pour cages
- Cages de réhabilitation osseuse verticale
- Têtes animales
- Instrument rotatif de prélèvement osseux

BRUXELLES

18 & 19 novembre 2027

1,5 jour - 12 heures

Jour 1 de 09h00 à 18h00

Jour 2 de 09h00 à 13h00

1 100 €

Pauses et déjeuner compris

IMPLANTOLOGIE - 2027

Conditions générales d'inscription :

- Votre demande d'inscription sera prise en compte dès réception du règlement.
- Une confirmation définitive de votre inscription vous sera communiquée au plus tard 3 semaines avant la date de la formation.
- L'organisme de formation se réserve le droit de reporter ou d'annuler la formation, si le nombre minimum de participants n'est pas atteint.
- Toute demande d'annulation jusqu'à 6 semaines de la date de formation sera acceptée et entraînera des frais à hauteur de 50 % du prix initial. Au-delà de 6 semaines, aucun remboursement ne pourra être effectué.

Pour plus d'informations, contactez-nous par e-mail :

par mail : academy@biotech-dental.com

Hanâa BENNAIM
+33 (0)6 26 30 40 46
h.bennaim@biotech-dental.com

Linda POULAIN
+33 (0)6 03 67 59 54 I +33 (0)4 86 64 19 17
l.poulain@biotech-dental.com

Valentine VANTHOMME ZUIDA
+33 (0)6 17 85 97 11
v.vanthommezuida@biotech-dental.com

Inscription obligatoire - Sur le site **academy.biotech-dental.com** ou par courrier.

Bulletin à renvoyer par courrier (accompagné de votre règlement libellé à l'ordre de Biotech Dental Academy) à l'adresse suivante : Biotech Dental Academy - 305, allées de Craponne - 13300 Salon-de-Provence,

BULLETIN D'INSCRIPTION - IMPLANTOLOGIE - 2027

Civilité : M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse du cabinet / Adresse de facturation : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

N° SIRET : .....

Régime alimentaire particulier : ☐ OUI ☐ NON Si OUI, précisez : .....

Allergies : Si OUI, précisez : .....

☐ Je souhaite participer à la formation .....

..... du ..... / ..... / 2027

☐ Je ne pourrai pas participer à ces sessions mais je souhaite être informé(e) des prochaines dates de formations

☐ Je soussigné(e), affirme sur l'honneur exercer une activité professionnelle en lien avec la pratique dentaire.
Date : ___/___/____.

Signature du praticien	Cachet du praticien