



Dr Thomas GEMMI
Dr Estelle GUILLOU
Dr Nouha KHENISSA

LA ROG PER-IMPLANTAIRE :

De la gestion tissulaire aux techniques de reconstruction

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES


- Maîtriser parfaitement tous les types d'incisions et de sutures
- Comprendre les impératifs de gestion de l'alvéole d'extraction et du comblement osseux
- Connaître les critères décisionnels de l'extraction / implantation immédiate
- Déterminer le protocole d'augmentation osseuse le mieux adapté en fonction de l'anatomie du défaut osseux
- Maîtriser les techniques de relaxation tissulaire
- Découvrir comment optimiser au mieux les tissus mous (incision décalée, greffe épithelio-conjonctive, greffe de conjonctif enfoui...) pour garantir la pérennité des reconstructions osseuses

PROGRAMME

Partie théorique :

- Savoir, en fonction de l'anatomie de l'alvéole d'extraction ou du défaut osseux, déterminer l'approche clinique la mieux adaptée pour optimiser concomitamment la cicatrisation des tissus durs et des tissus mous
- Compréhension et maîtrise des tissus mous: gestion des différents lambeaux et relaxation tissulaire
- Toutes les sutures : critères de choix et techniques en fonction de chaque situation clinique
- Extraction / Implantation immédiate: indications et protocoles
- ROG per-implantaire: choix des biomatériaux, impératifs cliniques et biologiques
- Connaître les différentes techniques de prélèvement palatin, leurs indications, et savoir les mettre en oeuvre
- Gestion des complications per et post-opératoires

Partie pratique :

-  **TP** sur mâchoires animales et sur modèles pédagogiques
- Toutes les incisions (crestale, sulculaire, de décharge): approche et techniques pour optimiser la vascularisation et limiter les brides cicatricielles
- Incision périostée et gestion de l'épaisseur partielle
- Décollement et relaxation tissulaire : obtenir une fermeture primaire sans tension au maxillaire comme à la mandibule
- Le prélèvement palatin : mise en oeuvre des différentes techniques
- Extraction / Implantation immédiate: protocole de forage, obtention de la stabilité primaire et respect de l'axe prothétique
- Manipulation des biomatériaux
- ROG per-implantaire: manipulation et mise en place d'un dispositif sur mesure

Cette formation permet au praticien de maîtriser les aménagements muco-gingivaux en implantologie et en chirurgie pré-implantaire



Niveau Débutant & confirmé



Public visé et prérequis

Formation à destination des chirurgiens-dentistes



SALON-DE-PCE
22 & 23 octobre 2026



jour 1 - 7 heures
de 09h00 à 17h00

jour 2 - 6 heures
de 09h00 à 16h00



1200 €
Pauses et déjeuners compris

PARODONTIE ET IMPLANTOLOGIE - 2026

Conditions générales d'inscription :

- Votre demande d'inscription sera prise en compte à 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, merci de contacter :

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 | +33 (0)4 86 64 19 17

l.poulain@biotech-dental.com

Valentine VANTHOMME ZUIDA

+33 (0) 6 17 85 97 11

valentine@smilers.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 - 2026

Civilité : M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom : Prénom :

Adresse cabinet / 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 / / 2026

☐ avec mon ou mes assistante(s) Nom(s) et Prénom(s) :

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

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

Signature du Praticien

Cachet du Praticien