



Dr Matthias RZEZNIK

## PRISE EN CHARGE IMPLANTAIRE DU PATIENT PARODONTAL :

De la préservation des dents  
à la mise en place des implants

### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Comprendre et intégrer les nouvelles données sur la simplification des traitements parodontaux
- Permettre aux chirurgiens-dentistes d'utiliser efficacement les outils relatifs au traitement parodontal dans un exercice quotidien
- Maîtriser la communication motivationnelle et rendre les patients acteurs de leur traitement
- Comprendre et intégrer les nouvelles données sur les péri-implantites
- Permettre aux chirurgiens-dentistes d'utiliser efficacement les outils relatifs à la mise en place des implants sur un patient parodontal

### PROGRAMME

#### Module 1 : Fiabilité des traitements parodontaux en 2026

- Définitions et épidémiologie des maladies parodontales
- Technique de brossage, choix et calibration
- Maîtriser la désinfection parodontale sans douleur
- Le traitement non chirurgical : quelles solutions mettre en place ?
- Maîtriser le traitement des poches profondes sans douleurs ni anesthésie
- Rôle des pathologies systémiques et de la maintenance parodontale
- Intérêts des lasers dans les thérapeutiques parodontales ? Sont-ils indispensables ?
- La régénération parodontale : entre mythe et réalité

 **TP** : Régénération parodontale sur dents

#### Module 2 : Implanter le patient parodontal

- Comprendre les maladies péri-implantaires
- Règles biologiques pour limiter le risque péri-implantaire
- Gestion tissulaire autour des implants
- Comment faire face à la péri-implantite ?
- Quand implanter le patient parodontal ?
- Décision clinique favorable à la mise en place des implants
- Protocoles de mise en place
- Anticiper les difficultés pour mieux prendre en charge son patient

#### Travaux pratiques :

 **TP** : Prise en charge d'une péri-implantite dans un secteur esthétique



Cette formation permet au chirurgien-dentiste formé en implantologie de maîtriser la prise en charge implantaire du patient ayant une maladie parodontale



Niveau confirmé



Public visé  
et prérequis

Formation à destination  
des chirurgiens-dentistes



PARIS  
03 & 04 décembre  
2026



2 jours - 14 heures  
Jour 1 : 09h00 à 18h00  
jour 2 : 09h00 à 16h00



1 200 €  
Pauses et déjeuners  
compris

# 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](mailto:academy@biotech-dental.com)

Hanâa BENNAIM

+33 (0)6 26 30 40 46

[h.bennaim@biotech-dental.com](mailto: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](mailto:l.poulain@biotech-dental.com)

Valentine VANTHOMME ZUIDA

+33 (0) 6 17 85 97 11

[valentine@smilers.com](mailto: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