COMITE DE REDACTION

Ce guide est réalisé dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie de Développement du Secteur de la Santé Bucco dentaire.

Les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce guide sont :

- **Pr. Ameziane Rachida**
- **Pr. El Wady Wafae**
- **Pr. Chbicheb Saliha**
- **Dr. Halabi Najat**
- **Dr. Rhachi Sakina**
- **Dr. Lahlaouti Rabia**
- **Dr. Lakhal Aniss**
- **Dr. El Amrani Houda**

TABLE DES MATIERES

Introduction

I. Epidémiologie

II. Lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale

1. Relation et impact
2. Les effets secondaires des médicaments
3. La nécessité d'une relation médecin /médecin dentiste dans la prise en charge des patients

III. Rappel anatomo-morphologique et fonctionnel de la cavité buccale

1. La cavité buccale
1.1. La dent
1.2. La denture et dentition
1.3. La muqueuse
1.4. Les rôles de la cavité buccale:

IV. Typologie des maladies bucco-dentaires

2.1. La carie dentaire et ses complications :
2.2. Les maladies parodontales :
2.3. Les autres maladies bucco-dentaires :

VI. Règles d'or des prescriptions médicales en odontologie

1. Les antibiotiques
2. Les antalgiques
3. Les Anti-inflammatoires
4. Les antiseptiques locaux

VII. Rôle des professionnels de santé dans la promotion de la santé bucco-dentaire :

1. Dans la prévention
2. Dans le cas de patients à risque et à besoins spécifiques

Conclusion

Bibliographie

INTRODUCTION

Les affections bucco-dentaires sont considérées parmi les maladies les plus répandues dans le monde en raison de leurs prévalences et leurs incidences élevées.
Ces affections constituent selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le 3ème fléau mondial après les maladies cardio- vasculaires et les cancers.

La progression de ces affections dépend des déterminants complexes qui découlent souvent de facteurs socio-économiques, pouvant influencer l'alimentation, l'hygiène et les mécanismes de protection naturelle. De ce fait, la relation entre l'état bucco-dentaire et la sante générale n'est plus à démontrer : un état buccal perturbé est susceptible d'avoir des répercussions sur les affections : cardio-vasculaires, respiratoires, endocrâniennes (diabète), rénales, dermatologiques….
Au Maroc, le Ministère de la Santé a mis en œuvre à partir de 1990 un programme national de santé bucco-dentaire qui, en collaboration avec ses partenaires, a développé une stratégie s'articulant principalement sur l'instauration de programmes communautaires de prévention bucco-dentaire et l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les établissements de soins de santé de base.
Cette stratégie ne peut avoir d'impact sur la santé buccodentaire de la population sans la collaboration entre le médecin traitant et le médecin dentiste.
Il est impératif de souligner que la prévention bucco-dentaire n'est pas uniquement du domaine des médecins dentistes.

Ce document comporte :

- Des données épidémiologiques ;
- Le lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale ;
- La présentation de la cavité buccale et typologie des maladies bucco-dentaires;
- Les règles d'or des prescriptions médicales en odontologie ;
- Le rôle des professionnels de la santé dans la promotion de la santé bucco-dentaire.

I. Epidémiologie

Les principales affections buccodentaires à savoir la carie et les parodontopathies constituent mondialement un problème de santé. Elles touchent toutes les couches de la population et restent une cause de morbidité très liée à l'accès aux soins et aux problèmes socio-économiques, culturels et environnementaux

Selon l'enquête épidémiologique réalisée au Maroc en 2012 :

- La carie dentaire touche plus de 81,8% des enfants de 12 ans, 86,67% des adolescents de 15 ans et 91,8 % des adultes entre 35 et 44 ans.
- L'indice CAO (ou nombre moyen des dents Cariées, Absentes, ou Obturées) est de 4,82 chez les enfants de 12 ans, 5,54 chez les adolescents de 15 ans et de 14,87 chez les adultes entre 35 et 44 ans.
- Les parodontopathies affectent 43,2% des enfants de 12 ans, 59,7% des adolescents de 15 ans et 77,4% des adultes entre 35 et 44 ans.

II. Lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale

1. Relation et impact

La santé bucco-dentaire est une composante essentielle et à part entière de la santé; elle est partie intégrante de l'état de santé et représente un facteur déterminant de la qualité de vie.
La sphère oro-faciale, par ses fonctions (parler, sourire, manger, respirer...), joue un rôle essentiel dans la vie sociale et relationnelle, dans la vie quotidienne de chaque individu, dans l'insertion et la relation avec l'autre.

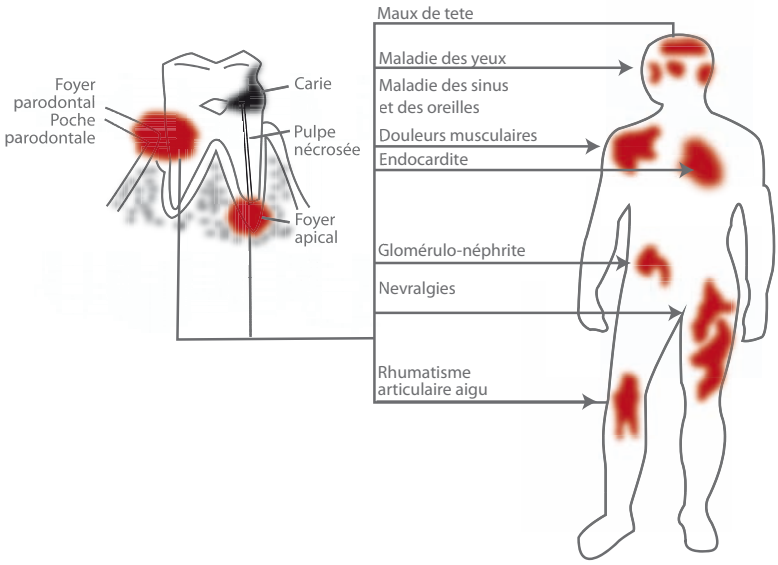
La relation entre l'état bucco-dentaire et la santé générale n'est plus à démontrer : un état buccal perturbé est susceptible d'avoir des répercussions sur les affections cardio-vasculaires, endocriniennes (diabète), pulmonaires, rénales, dermatologiques, ou risques de naissances prématurées.

L'interaction entre les maladies bucco-dentaires et les maladies chroniques est principalement due à des facteurs de risque communs (mode de vie : tabac, alcool, habitude alimentaire, hygiène, médicaments...).

Certaines maladies générales favorisent l'apparition, la progression ou l'aggravation de maladies bucco-dentaires et inversement.

Des foyers infectieux dentaires et/ou parodontaux peuvent avoir à distance des répercussions importantes sur les différents appareils de l'organisme.
Le passage de la flore bactérienne dans la circulation sanguine est plus

intense quand il s'agit d'un foyer infectieux ou d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Habituellement, les germes sont détruits par le système réticuloendothélial de l'hôte, mais une valvulopathie ou un système immunitaire défaillant favorisent la fixation bactérienne.
A côté des maladies cardiovasculaires (endocardite infectieuse), d'autres pathologies sont concernées : les maladies, les infections pulmonaires, la prématurité et l'hypotrophie, le diabète, les infections prothétiques, les abcès cérébraux...



Les caries et maladies parodontales induisent la destruction progressive des tissus buccaux, pouvant avoir des répercussions non seulement sur l'intégrité de ses fonctions : phonation, mastication, déglutition, mais aussi sur l'esthétique et les capacités relationnelles de l'individu.

Chez les personnes âgées, un état bucco-dentaire altèré (glossite atrophique, diminution du flux salivaire, troubles masticatoires, en particulier la disparition de dents naturelles non remplacées par une prothèse) est un facteur de dénutrition.

Il est également important de souligner le rôle de l'état bucco-dentaire dans la qualité de vie : des fonctions orales perturbées entrainent une dévalorisation de l'estime de soi et sont perçues par les patients comme un handicap dans la société et dans les activités quotidiennes.

2. Les effets secondaires des médicaments

Les effets secondaires de certains traitements médicamenteux peuvent induire des pathologies bucco-dentaires.

Les réactions les plus souvent rencontrées sont :

- une sécheresse buccale avec des difficultés à la mastication, phonation, déglutition.
- des sensations d'inconfort et surtout une augmentation du risque carieux et parodontal.
- une modification de la flore buccale à l'origine de pathologies des muqueuses comme les candidoses.
- une répercussion sur la qualité des muqueuses buccales, leur résistance et leur capacité à cicatriser.

3. La nécessité d'une relation médecin/médecin dentiste dans la prise en charge des patients

Dans une vision de prise en charge globale du patient, la collaboration entre le médecin traitant et le médecin dentiste est primordiale. Cette collaboration se justifie par une connaissance de l'impact des pathologies buccodentaires sur l'état général et l'intégration de celles-ci dans le concept de santé globale. Il est impératif de souligner que la prévention bucco-dentaire n'est pas uniquement du domaine des médecins dentistes.
Le principe étant d'évoluer d'un cloisonnement des professionnels vers une responsabilité commune, collégiale et partagée du patient et de considérer celui-ci comme étant au centre du dispositif de santé, **il incombe alors, aux professionnels de la santé de s'articuler, ensemble, afin de travailler en commun.**
Les réseaux de santé ont pour mission une prise en charge intégrée du patient au moyen d'une coordination entre les acteurs de la santé.

III. Rappel anatomo-morphologique et fonctionnel de la cavité buccale

1. La cavité buccale

Les dents sont enfermées dans la cavité buccale et de ce fait entretiennent des rapports étroits avec chacun des éléments constitutifs de cette cavité qui est limitée par :

- En avant, les lèvres supérieures et inférieures.
- Latéralement, les joues.
- En bas, la langue et la région sublinguale.
- En haut, le palais qui se divise en : un palais dur osseux et un palais mou ou voile du palais.

Schéma de la cavité buccale

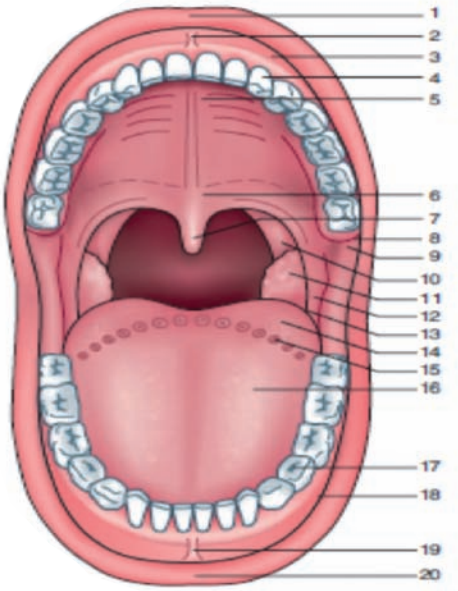


Figure 2. Cavité buccale, vue antérieure.
1. Lèvre supérieure ; 2. frein labial supérieur ; 3. vestibule supérieur ; 4. arcade dentaire maxillaire ; 5. palais osseux ; 6. voile ; 7. luette ; 8. face interne de joue ; 9. commissure intermaxillaire; 10. piller postérieur de l'amygdale ; 11. amygdale ; 12. piller antérieur de l'amygdal ; 13. repil palatoglosse ; 14. base de langue ; 15. «V» lingual ; 16. langue mobile ; 17. arcade dentaire mandibulaire; 18. vestibule inférieur ; 19. frein labial inférieur ; 20. lèvre inférieure.

1.1. La Dent

Quelque soit le type de dent considéré, celle-ci se compose de deux parties :

- La couronne : partie visible à l'ouverture de la bouche.
- La (ou les) racines : partie de la dent normalement invisible dans la bouche car enfouie dans l'os alvéolaire, lui-même recouvert par la gencive.
- La couronne et la racine sont séparées par une ligne appelée collet.

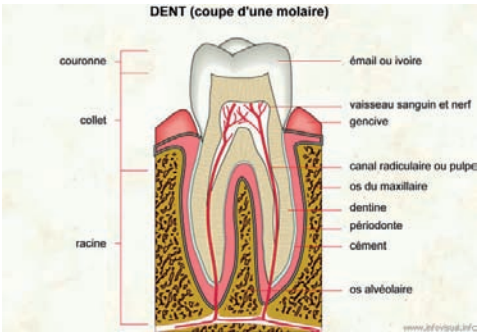


Schéma de la dent ancien guide 94

Sur une coupe longitudinale, la dent apparait constituée de deux tissus calcifiés de l'extérieur vers l'intérieur (l'émail et la dentine) et d'une cavité creuse (la cavité pulpaire) qui se prolonge dans chaque racine par un canal radiculaire. Comme son nom l'indique, la cavité pulpaire est occupée par la pulpe qui se prolonge au niveau de chaque canal radiculaire par un filet radiculaire.

La pulpe est constituée d'un tissu conjonctif contenant des nerfs, des veinules et des artérioles qui assurent la vitalité et l'irrigation de la dent.

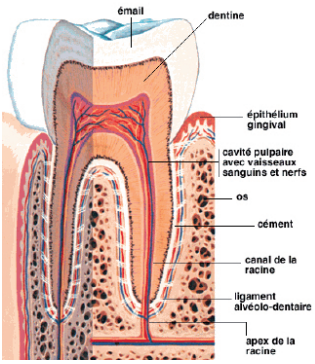


Schéma des tissus de soutiens de la dent ou parodonte

1.2. La denture et la dentition

Le terme de denture désigne l'ensemble des dents présentés dans la cavité buccale. Il désigne donc un état. On dit d'une personne qu'elle a une bonne denture. Alors que le mot dentition est un terme dynamique qui englobe l'ensemble des phénomènes de développement des arcades dentaires : origine, croissance, minéralisation, éruption, vieillissement et remplacement des dents. Chaque personne durant sa vie dispose de deux dentures : **temporaire** qui caractérise l'enfance et permanente ou définitive qui apparait progressivement à partir de l'âge de 6 ans et doit en principe durer toute la vie.

La période de la vie de l'enfant où les dents temporaires et permanentes coexistent en bouche est appelée période de denture mixte.

a. La denture temporaire : Elle est ainsi appelée car sa présence en bouche est limitée à la période de l'enfance, entre 6 mois et 11 ans environ.
Les dents temporaires sont au nombre de 20 soit 10 par arcade (2 incisives centrales, 2 incisives latérales, 2 canines et 4 molaires).

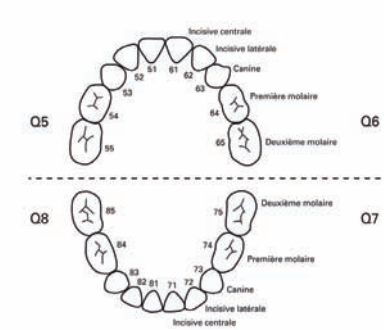


Tableau nomenclature dent temporaires

b. La denture permanente : Encore appelée denture définitive, les dents permanentes sont au nombre de 32 soit 16 par arcade (2 incisives centrales, 2 incisives latérales, 2 canines,4 prémolaires et 6 molaires).

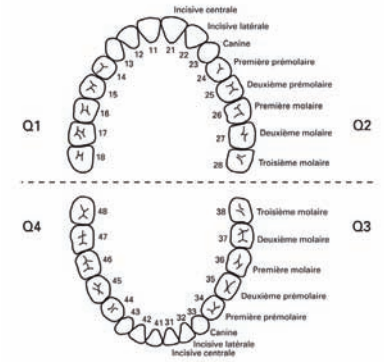


Tableau nomenclature dent permanentes

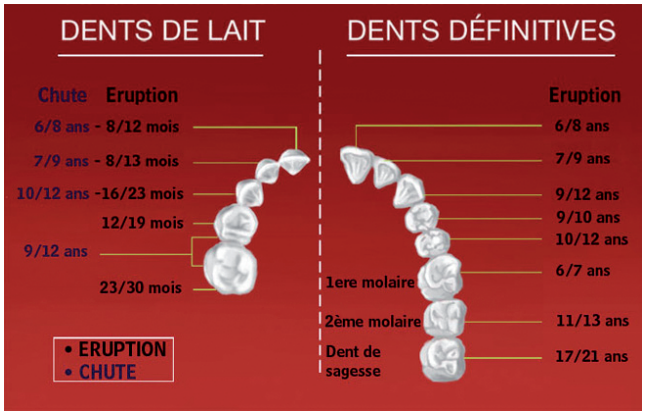


Tableau d'âge moyen d'éruption des dents permanentes en années

IMPORTANT À CONNAÎTRE

Importance de la première molaire permanente ou dent de 6 ans :
La première molaire est encore appelée dent de 6 ans car c'est à cet âge qu'elle fait son apparition en bouche, juste derrière la 2ème molaire temporaire. Elle est de ce fait la première dent permanente à se mettre en place en bouche. Elle est souvent assimilée à une dent temporaire et souvent extraite une fois touchée par la carie.

2.3. La muqueuse

La muqueuse buccale est en continuité en avant avec le tissu cutané constitué par le versant externe des lèvres, et en arrière avec la muqueuse oro-pharyngée. La muqueuse est directement accolée à l'os ou au muscle sous-jacent. Dans certaines régions, s'ajoute à cette structure une sous-muqueuse composée de tissu conjonctif lâche et adipeux où siège la majorité des glandes salivaires accessoires.

Elle entoure les dents, en créant avec elles une jonction étanche, au niveau du sillon gingivo-dentaire (Sulcus). Elle est constamment humidifiée par les sécrétions des glandes salivaires accessoires.

Trois types de muqueuse buccale sont distinguées : la muqueuse bordante qui recouvre le plan musculaire, la muqueuse masticatoire (dure et ferme : gencive et palais) et la muqueuse spécialisée (langue).

2.4. Les rôles de la cavité buccale : au nombre de 4

a. La perception de la fonction sensorielle contrôlant la douleur, la sensibilité, la température et le goût.

b. La mastication des aliments : Cette fonction permet à l'individu de s'alimenter et de se développer correctement. Si une ou plusieurs dents sont atteintes ou absente, cette fonction peut être, dans certains cas, très perturbée, ce qui entraine une répercussion sur la santé générale de l'individu. Dans le cas extrême d'une édentation totale, l'alimentation normale n'est plus possible sans recours à la prothèse dentaire.

c. La phonation : Les dents, principalement les incisives et les canines participent à l'articulation du langage. En cas d'absence d'une ou plusieurs dents, on assiste à des troubles de prononciation (chuintement par exemple).

d. L'esthétique du visage : Les dents participent à l'esthétique du visage lors du sourire, mais également en donnant aux joues et aux lèvres un volume normal. Les personnes totalement édentées ont des lèvres plissées et des joues creuses; et l'étage inférieure de la face se trouve rétrécie (aspect vieillissant).

IMPORTANT À CONNAÎTRE

En plus de ces quatre rôles principaux, les dents temporaires ont un rôle supplémentaire et important à jouer en ménageant la place des dents permanentes de replacement. Pour cela chacune d'elles doit rester sur l'arcade jusqu'au moment de sa chute physiologique normale. Si une dent est extraite prématurément, les dents qui lui sont voisines ont tendance à se déplacer, réduisant l'espace laissé libre. Ceci a pour conséquence de gêner voire d'empêcher la mise en place de la dent définitive de remplacement causant ainsi des mal positions dentaires.

IV. Typologie des maladies bucco-dentaires

1. La carie dentaire et ses complications :

1.1. Définition

La carie dentaire est une maladie infectieuse, chronique, multifactorielle qui peut toucher aussi bien les dents temporaires que les dents permanentes.

1.2. Etiologie

La plaque bactérienne est un amas poly microbien, qui se fixe spontanément sur les dents et les tissus parodontaux initiant ainsi la carie dentaire et les parodontopathies.

1.3. Evolution

Mal soignée, la carie va évoluer d'une simple carie de l'émail superficielle vers une carie dentinaire plus profonde. Cette dernière va rapidement atteindre la pulpe vu la perméabilité de la dentine qui laisse passer les bactéries à travers les tubuli dentinaires.

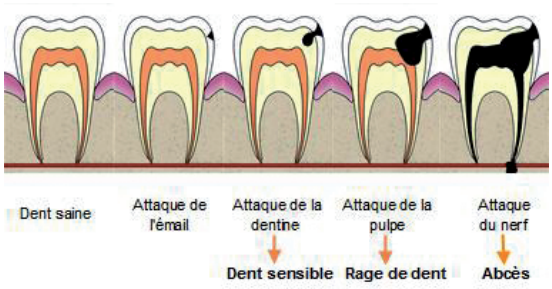
Une fois la carie atteint la pulpe, une réaction inflammatoire au niveau de ce tissu conjonctif va se déclencher. Cette réaction peut être soit chronique ou aigue en fonction de l'intensité de l'agent pathogène, du mode d'évolution de la carie ainsi que les moyens de défense de l'hôte.

Cette réaction inflammatoire pulpaire, en absence de traitement se complique par une nécrose pulpaire. Ainsi la chambre pulpaire sera rapidement envahie par les bactéries et l'infection ou la gangrène pulpaire s'installent.

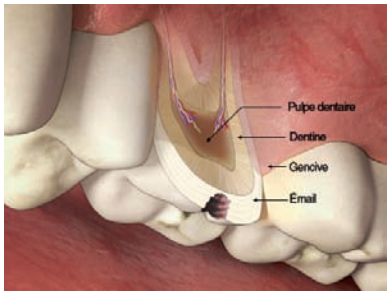
Vu que cette chambre pulpaire est en communication avec le parodonte profond ; l'infection pulpaire va se propager vers les tissus environnants, donnant naissance à des complications locales ou locorégionales, à savoir : les abcès alvéolaires, les cellulites cervico-faciales, les ostéites et la sinusite ….

IMPORTANT À CONNAÎTRE

Ces complications locorégionales peuvent se compliquer chez certains patients par des complications générales telles que : une endocardite, une atteinte rénale (gloméronéphrite), polyarthrites, abcès à distance, thrombophlèbites de la face et même une septicémie.



Evolution
de la carie (schéma)



Evolution
de la carie (schéma)

2. Les maladies parodontales :

2.1. Définition

Les maladies parodontales sont de nature inflammatoire ou dégénérative affectant les tissus de soutien de la dent. Elles comprennent deux grands groupes :

- Les unes localisées à la gencive : les gingivites
- Les autres atteignant l'ensemble des tissus parodontaux : la lyse osseuse.

2.2. Etiologie

Les maladies parodontales sont provoquées par une infection bactérienne chronique affectant la gencive et l'os de soutien des dents. Elles sont principalement causées par l'accumulation de plaque bactérienne sur la surface des dents. Si cette maladie n'est pas traitée, une maladie parodontale peut entraîner une perte de dents.

2.2.1. Classification

Les maladies parodontales constituent un problème réel de santé publique avec une prévalence mondiale de 90 % pour les parodontites, et 50 à 90 % pour les gingivites dans une population adulte, variables selon la zone géographique.

Selon American Academy of Periodontology (AAP), les maladies parodontales sont classées :

2.2.3.1. Gingivites induites par la présence de la plaque bactérienne :

Elles restent la forme la plus répandue des atteintes parodontales. Cliniquement, on note une gencive rouge, œdémateuse, lâche, brillante et sensible, un saignement spontané ou provoqué peut être observé.
Aucune perte d'attache n'est relevée (radiologiquement, il n'y pas de lyse osseuse).

Photos 1 : Gingivite liée à la plaque bactérienne (Réf : Cas clinique CCTD)

2.2.3.2. Gingivites non induites par la présence de la plaque bactérienne:

Elles regroupent :

a. Les gingivites modifiées par les troubles hormonaux

L'inflammation gingivale est exacerbée au cours de la puberté, de la grossesse, du cycle menstruel et lors de la prise des contraceptifs oraux.

b. Les gingivites modifiées par la prise des médicaments

La prise des médicaments comme la phenytoine, la cyclosporine et les antagonistes calciques modifient l'expression clinique de l'inflammation gingivale en l'exacerbant ou en provoquant des hyperplasies gingivales.

2.2.3.3. Parodontite chronique

La parodontite est une maladie infectieuse inflammatoire d'origine bactérienne provoquant une perte d'attache et une lyse osseuse.

Le terme « parodontite chronique » remplace « parodontite de l'adulte » de l'ancienne classification de l'AAP (1989).

C'est la forme la plus répandue des parodontites, elle affecte surtout les adultes, mais peut aussi atteindre des sujets plus jeunes. Elle affecte un nombre variable de dents et elle a une progression principalement lente.

Photos 1 : Gingivite liée à la plaque bactérienne (Réf :Cas clinique CCTD)

2.2.3.4. Parodontite agressive

Les parodontites agressives regroupent l'ensemble des parodontites connues sous le nom de : « parodontites à début précoce » dans la classification du AAP (1989).

La prévalence des parodontites agressives est très variable, elle varie entre 1% et 15% au Maroc, elle est de 7,6% selon l'étude réalisée par Haubek D et coll (2001).

L'étiologie est multifactorielle : elle associe une étiologie microbienne et immunogénétique.

Le diagnostic se base sur l'histoire de la maladie, l'aspect clinique et radiologique des lésions ainsi que les données microbiologiques.
Quant au traitement, il présente la particularité de la nécessité d'adjonction d'antibiotique au débridement mécanique : le détartrage et le surfaçage dentaires.

Photos 2 : Parodontite chronique (Réf :Cas clinique CCTD)

2.2.3.5. Les maladies parodontales nécrosantes

Elles regroupent :

a. La gingivite ulcéro-nécrotique (GUN).

Elle présente cliniquement une ulcération des papilles interdentaires, dépôt d'une pseudomembrane grise sur les ulcérations, gingivorragies, douleurs, et une haleine fétide, une fièvre est possible.

b. La parodontite ulcéro-nécrotique

Les mêmes signes cliniques de la gingivite ulcéro-nécrotique (GUN) avec une perte d'attache des dents.

2.2.3.6. Maladies parodontales comme manifestations des désordres systémiques :

Ces maladies parodontales sont l'expression de plusieurs maladies comme le diabète, le syndrome d'immunodéficience acquise et maladie de cröhn….

2.2.3.7. Abcès parodontal :

Appelé également abcès latéral ou pariétal, il s'agit d'une inflammation purulente, localisée, située dans les tissus parodontaux.
Signes cliniques : La gencive est rouge, oedémateuse, lisse et brillante, douloureuse avec une sensibilité à la palpation et à la percussion.

Photos 3 : Parodontite agressive (Réf: Cas clinique CCTD)

2.2.3.8. Lésion endoparodontale :

On note une présence de perte d'attache et un défaut osseux allant jusqu'à l'apex de la dent, la dent concernée est nécrosée ou traitée endodontiquement.

Photos 4 : Sondage parodontale profond (Réf :Cas clinique CCTD)

2.4. Autres maladies bucco-dentaires :

2.4.1. Les candidoses buccales :

La candidose est une infection fongique. Elle est le résultat de la colonisation, en masse, de la bouche par un champignon dont la présence y est naturelle: Candida Albicans.
C'est un saprophyte de la cavité buccale qui, à l'occasion d'une modification du terrain, peut devenir pathogène : prise d'antibiotiques, corticothérapie générale ou locale, sécheresse buccale, dénutrition, diabète, déficit immunitaire et en particulier sida, etc.

2.4.1.1. Formes aiguës :

Les stomatites aiguës candidosiques regroupent :

a - la stomatite pseudomembraneuse, ou muguet buccal : enduit blanchâtre en plaques, recouvrant une muqueuse jugale érythémateuse, voire hémorragique; atteinte concomitante fréquente de la langue (glossite) et du palais.

Photos 5 : Muguet de la cavité buccale
(Réf :Cas clinique

b- la stomatite érythémateuse, souvent après antibiothérapie : pas d'enduit blanchâtre, mais érythème intense, sensation de brûlure, glossite érythémateuse, lisse et vernissée.

c- La stomatite sous prothétique, ou «candidose des prothèses» : érythème intense, limité à la zone prothétique.

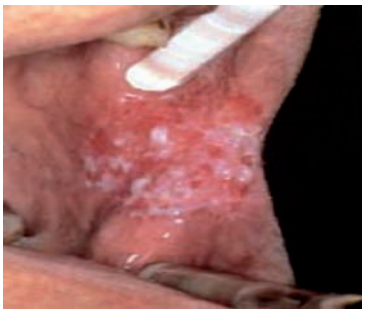
Photos 6 : Stomatite sous prothétique
(Réf :Cas clinique CCTD)

2.4.1.2. Candidoses chroniques :

Les lésions sont isolées ou associées. Elles peuvent se présenter sous forme de :

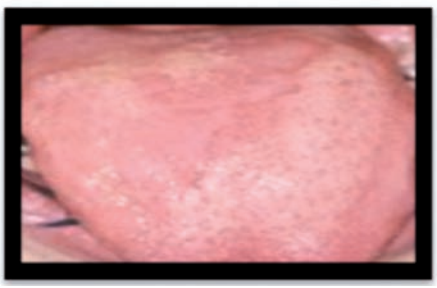
a. La perlèche, l'édentation favorise la macération dans le pli commissural de chaque côté ; la commissure est rouge inflammatoire sensible et desquamante. Elle peut évoluer vers une **candidose papillomateuse** à fort potentiel de dégénérescence.

Photos 7 : Perlèche bilatérale (Réf : Cas clinique CCTD)



Candidose papillomateuse

b. La glossite losangique médiane est caractérisée par une surface linguale dépapillée médiane losangique ou ovalaire en avant du V lingual. On retrouve assez fréquemment en miroir une lésion palatine (lésion décalquée).



Photos 8 : Glossite losangique médiane (Réf :Cas clinique CCTD)

2.4.2. Le lichen plan buccal :

Le lichen plan buccal est une maladie inflammatoire d'évolution chronique et récidivante, généralement bénigne, atteignant la peau, les phanères et les muqueuses malpighiennes. La cavité buccale en est la localisation la plus fréquente. Les lichens plan buccaux secondaires peuvent être observés dans l'hépatite chronique C.

IMPORTANT À CONNAÎTRE

De nombreux médicaments peuvent être également responsables de réactions lichéniennes le plus souvent cutanées et parfois muqueuses (bêtabloquants, D-pénicillamine, sels d'or…).

Le lichen plan buccal siège avec prédilection au niveau des joues, de la langue et des gencives. Le patient ressent une gêne, parfois une douleur ou une sensation de brûlure. On a pu décrire plusieurs aspects morphologiques dont le plus fréquent est la forme réticulaire avec un aspect en réseau linéaire prédominant à la face interne des joues donnant le classique aspect en «feuilles de fougère». La forme érosive se manifeste par des exulcérations de taille variable dont le fond plat est recouvert d'un enduit fibrineux. Un aspect réticulaire y est souvent associé.

Une atteinte œsophagienne est possible se manifestant par une dysphagie haute évoluant vers une sténose justifiant un traitement général (corticothérapie générale, immunosuppresseur) et des dilatations ; une possible dégénérescence a été décrite.

L'évolution se fait sur plusieurs années, voire plusieurs décennies avec des poussées inflammatoires. La transformation carcinomateuse est le risque évolutif le plus redouté bien qu'il fasse actuellement l'objet de controverses.

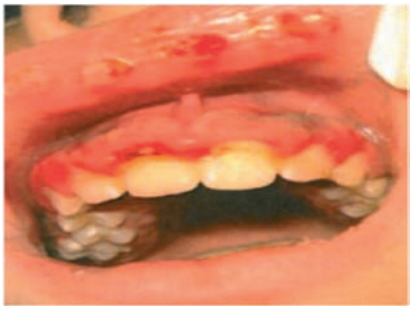
Sensibiliser le patient au suivi régulier de cette pathologie.

Photos 8 : Lichen réticulé : Aspect en «feuilles de fougère» (Réf :Cas clinique CCTD)

2.4.3. Herpès buccal,

Aussi appelé «herpès simplex», c'est une infection virale qui se présente principalement sous deux formes: l'herpès buccal et l'herpès génital. L'herpès est une maladie contagieuse et récurrente, c'est-à-dire qu'elle entre en phase active, se résorbe, puis peut réapparaître de nouveau.

L'herpès buccal est causé par le virus herpès simplex1. Il affecte principalement la partie supérieure du corps et en particulier le visage. Lors de la gingivostomatite herpétique de la primo-infection, les gencives sont tuméfiées, rouges, violacées et saignantes au contact, siégeant aussi au niveau du palais, la face interne des lèvres sont œdématiées et érythémateuses.



Photos 9 : Primo-infection herpétique (Réf : Cas clinique CCTD)

L'herpès labial récurrent, apparait le plus souvent sur la lèvre, à la jonction cutanéomuqueuse de la lèvre, la langue, ou au niveau du seuil narinaire . Les facteurs déclenchants de la réactivation de l'herpès labial sont les suivants :

Les agressions physiques : soleil, chirurgie buccale, Les maladies infectieuses fébriles, les facteurs neuropsychiques : stress, facteurs hormonaux : la menstruation

Chez l'immunodéprimé, les lésions peuvent être extensives et s'accompagnent de signes généraux, voire de manifestations viscérales.

Hérpès recurrent

2.4.4. L'aphte

Il s'agit d'une ulcération douloureuse de la muqueuse de taille variable, de localisation unique ou multiples et siégeant préférentiellement au niveau de la lèvre inférieure, des joues et de la pointe de la langue. Le plus souvent précédés de picotements (48 h), son aspect typique est celui d'une ulcération à fond jaunâtre ou grisâtre, à bords nets, entourée par un liseré rouge.

Les facteurs connus favorisant son apparition sont : le stress, certains aliments : noix, gruyère.., certains médicaments, les déficits vitaminiques

Il se présente sous différentes formes cliniques :

Aphte isolé commun :

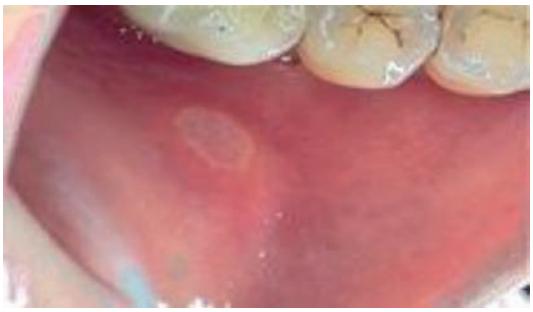
Une ulcération de petite taille, de forme arrondie ou ovalaire, à fond jaune cerné d'un bord rouge régulier, non indurée, douloureuse, évoluant en huit à dix jours.

Aphtose mineure

De petits ulcères ronds ou ovales apparaissent entre 10 et 40 ans. Ils sont groupés d'un à six ulcères à la fois et cicatrisent spontanément en sept à dix jours sans laisser de trace.

Aphtose géante

Formée d'aphtes de plus d'un centimètre de diamètre . Ronds ou ovales, ils sont retrouvés sur toutes les muqueuses orales . Les groupes sont d'un à six ulcères par crise et cicatrisent lentement (10 à 40 jours) en laissant des cicatrices parfois rétractile. Les récidives sont fréquentes.



Aphte (Réf : Cas clinique CCTD)

2.5. Cancer de la cavité buccale :

Le cancer est une tumeur maligne, lié à la prolifération anarchique et incessante d'un clone cellulaire, conduisant à la destruction du tissu concerné, voire à une extension locale, régionale et générale de la tumeur.

Les cancers de la cavité buccale s'intègrent, avec les cancers de l'oropharynx, du pharynx et du larynx, dans l'entité pathologique particulière des cancers des voies aéro digestives supérieures (VADS). Ces cancers buccaux représentent 25 à 30% du total des cancers des VADS.

Le carcinome épidermoïde est le cancer le plus fréquent de la cavité buccale. Soit il apparait au sein d'une muqueuse cliniquement saine, soit il émerge à partir d'une lésion potentiellement maligne qui a fait son lit. Malgré l'accessibilité directe de la cavité buccale à son examen, le carcinome épidermoïde fait souvent l'objet d'un retard important de diagnostic agravant ainsi le pronostic vital des patients. Ce retard s'explique par la discrétion de la symptomatologie (initialement pas de douleur), par

l'ignorance et le désintéressement des malades vis-à-vis de leur santé bucco-dentaire et par l'absence de dépistage systémique par les professionnels de santé.

Le facteur étiologique principal est l'intoxication tabagique souvent aggravée par l'abus d'alcool. Classiquement, on distingue 3 formes typiques de carcinome épidermoïde ulcéreue,végétante , ulcéro-végétante.

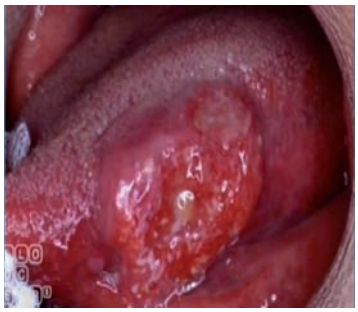
Il existe également des formes fissuraires, nodulaires, infiltrantes et en surface.

La prévention passe avant tout par la motivation à l'arrêt de l'intoxication tabagique et éthylique. Elle comprend également le suivi clinique et histologique des lésions potentiellement malignes, ainsi que leur traitement. En cas de transfor-mation maligne, la surveillance régulière permet une prise en charge précoce.

IMPORTANT À CONNAÎTRE

Enfin, toute lésion de la muqueuse buccale ne régressant pas dans les 8 jours après élimination de la cause suspectée, en particulier traumatique, doit amener à réaliser une biopsie.

La prise en charge est pluridisciplinaire : oncologue, chirurgien ORL ou maxillo-facial, radiothérapeute, chimiothérapeute, médecin-dentiste, psychologue, orthophoniste, kinésithérapeute,…



Carcinome épidermoide de la cavité buccale

IV. Règles d'or des prescriptions médicales en odontologie

Devant une infection d'origine dentaire, le traitement est symptomatique et étiologique. En général, la pathologie bucco-dentaire nécessite l'intervention d'un médecin dentiste pour traiter l'étiologie causale d'où la place de la référence après toute prescription médicamenteuse.

La prescription des médicaments est nécessaire à l'exercice de la médecine dentaire. Elle doit se limiter aux compétences du professionnel de santé, et cela dans l'intérêt du patient et de la santé en général.

La prescription médicamenteuse implique à la fois le prescripteur et le pharmacien délivrant le médicament. Les prescripteurs doivent connaitre les règles de la prescription médicamenteuse, les limites et les responsabilités qui en émanent.

En odontologie, la prescription médicamenteuse est généralement basée sur 4 classes de médicaments: **Antibiotiques, Anti-inflammatoires, Antalgiques et Antiseptiques locaux.**

1- Les antibiotiques

La prescription des antibiotiques ne doit se faire que dans les indications où leur efficacité est prouvée. Cette conduite permet de limiter les prescriptions abusives et d'éviter ainsi l'émergence de résistances. Un examen clinique et un interrogatoire médical doivent précéder toute prescription d'antibiotique.

Les principales familles utilisées en odontologie sont la Béta-lactamines : pénicillines surtout l'Amoxicilline. Les Macrolides, les Macrolides apparentés, les Tétracyclines et les Imidazolés.

Les antibiotiques ne sont pas des molécules banales. Leur prescription doit répondre à des indications précises qui stipulent de ne pas prescrire une antibiothérapie sans indication à priori et éviter de préscrire « au cas où …».

IMPORTANT À CONNAÎTRE

De même, le professionnel de santé ne peut substituer une antibiothérapie à un drainage d'une collection purulente. Le choix de l'antibiotique doit se faire en fonction du rapport bénéfice/risque et suppose de prendre en considération les effets indésirables possibles.

Choix, indication, et stratégie

Les antibiotiques recommandés en première intention dans les infections de sévérité moyenne en odontologie et stomatologie sont les pénicillines A, 5-Nitro-Immidazolés et les Macrolides. Les associations Amoxicilline-les 5-Nitro-Immidazolés et Spiramycine-Metronidazole sont prescrites dans les infections à germes anaérobies.

En cas d'allergie aux β-lactamines, par exemple, d'autres molécules sont prescrites : les macrolides et les lincosamides +++.

En deuxième intention, le prescripteur pourra utiliser l'association Amoxicilline-Acide Clavulanique, voire autres molécules. Un exemple simple: les cyclines doivent être réservées au seul traitement de la parodontite agressive spécifique et à la parodontite juvénile localisée.

2- Les antalgiques :

Le paracétamol est l'antalgique prescrit en première intention, et ayant démontré une grande efficacité thérapeutique. En 2ème intention l'association Codéine-Paracétamol est indiquée pour les douleurs sévères rebelles aux antalgiques de 1ère intention tout en respectant le champ de contre indication à savoir : Enfants de moins de 15 ans, femme enceinte ou allaitante, insuffisances respiratoires et hépatiques, sujets âgés…)

3- Les Anti-inflammatoires :

Les anti-inflammatoires comportent deux classes de médicaments : les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou AINS, et les glucocorticoïdes. Les AINS possèdent des propriétés différentes, leur prescription ne doit pas être banalisée vus leurs effets secondaires et leurs effets néfastes sur la pathologie dentaire.

La prescription d'AINS doit tenir compte de leurs effets indésirables, de leurs précautions d'emploi et de leurs contre-indications. Elle doit être évitée chez les patients présentant une contre-indication : grossesse après le 5ème mois ou allaitement, personnes âgées (> 65 ans), sujets présentant une pathologie ulcéreuse même guérie ou inflammatoire gastro-intestinale, sujets insuffisants rénaux, hypertendus, patients ayant un traitement anticoagulant, un traitement antiagrégant plaquettaire et troubles de l'hémostase.

IMPORTANT À CONNAÎTRE

La prise d'AINS masque les signes d'une infection bucco-dentaire, d'où l'intérêt d'un bon diagnostic clinique et éventuellement l'association d'un antibiotique.

La prescription d'antibiotiques conserve ses indications indépendamment de la prescription d'AINS.

4- Les antiseptiques locaux

Les antiseptiques locaux (bains de bouche et gels) dont la majorité contient la chlorhexidine, doivent être prescrits en respectant la durée limite d'utilisation (un maximum de 7 à 10 jours)

VI. Rôle des professionnels de santé dans la promotion de la santé bucco-dentaire :

D'une manière générale, la prévention en matière de santé est une intervention qui doit être prise au même titre que les mesures curatives. Elle reste l'un des défis majeurs d'une politique sanitaire encore trop centrée sur le curatif.

Tout professionnel de santé représente un maillon incontournable dans la chaine de prévention des affections bucco-dentaires, d'où le rôle fondamental de son implication dans la sensibilisation de la population et la transmission des messages éducatifs.

1. Dans la prévention

La charge de morbidité liée aux Maladies Bucco Dentaires Communes (MBDC) ne cesse d'augmenter.
La prévention reste donc la clé de voûte en matière de toute stratégie de lutte contre les affections bucco-dentaires.

Il est impératif d'intégrer la stratégie de prévention et de lutte contre les affections bucco-dentaires dans celle des programmes nationaux de santé publique notamment la stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles.

Conscient de l'importance de cette approche préventive, le Programme National de Santé Bucco Dentaire (PNSBD) depuis sa création en 1990 a instauré d'importants programmes préventifs au profit des enfants de 6 à 12 ans, des jeunes, des femmes consultantes aux cellules de la santé maternelle et infantile et de la population vulnérable (malades chroniques, populations à besoins spécifiques, sujets âgés ...), à savoir :

- Le Programme d'Information, Education et Sensibilisation en santé bucco-dentaire au niveau des établissements scolaires, orphelinats, maisons de réinsertion sociales, Camps et Colonies de Vacances…, et ce, dans le cadre de plusieurs conventions de Partenariat Public-Public et Public-Privé.
- Le Programme de Rinçage de bouche aux solutions fluorées au profit des enfants scolarisés de 06 à 12 ans au niveau des provinces et préfectures dont la concentration en Fluor des eaux de boisson est inferieure à la dose prophylactique (1ppm).
- Le Programme de scellement des puits et fissures

Comme précité, ces mesures préventives peuvent s'adresser à des communautés de manière à diffuser largement les messages, ou être appliquées de façon individuelle, par le médecin traitant ou par le médecin dentiste au fauteuil.

L'étiologie des MBDC est bien connue : la plaque bactérienne, cet amas microbien qui adhère spontanément à la surface des dents et des tissus parodontaux est la principale cause de la carie et des maladies parodontales.

La prévention est basée donc, sur l'élimination de la plaque bactérienne par l'action mécanique du brossage gingivo-dentaire, associée à la délivrance de conseils diététiques et, au besoin, au scellement des puits et fissures et à la prescription du fluor.

1.1. L'élimination de la plaque bactérienne:

La prise en charge bucco-dentaire se doit de commencer par une sensibilisation et une motivation à l'hygiène.

Pour être efficace, le brossage doit être méthodique et utiliser un matériel adéquat.

*** La méthode du brossage consiste à placer la brosse à dent sur la gencive,** inclinée de 45° environ, puis à effectuer un déplacement vertical vers la surface dentaire (de la gencive vers les dents) ce qui permet d'éliminer même les débris dans le sulcus (jonction gencive-dent), et ce, pour les faces internes et externes des dents, ainsi qu'un mouvement circulaire sur les faces masticatoires des prémolaires et molaires.

*** Le choix de la brosse à dents** (sa taille, sa forme, mécanique ou électrique) prend en considération les caractéristiques propres au patient : son âge, son état psychologique (capacité d'assimilation), sa dextérité manuelle, l'état de sa denture (temporaire, permanente ou mixte, présence d'anomalies de forme de structure ou de position….). Il est recommandé de surveiller les brins de sa propre brosse à dents, et la changer dés que les brins ne sont plus droits.

*** Le choix du dentifrice :** Le dosage en fluor doit être adapté à l'âge du patient de manière à contrer les conséquences des ingestions répétées.

*** Il est recommandé** de se brosser les dents après chaque repas, 2 à 3 fois par jour. surtout le soir avant de se coucher.

*** Il est également conseillé** de se brosser la langue pour éliminer la plaque bactérienne.

Le fil dentaire : utilisé en complément du brossage, il permet d'éliminer la plaque accumulée dans les espaces inter-dentaires.

1.2. les conseils diététiques

L'alimentation, selon sa composition, a un effet cariogène ou anti-cariogène sur la dent. Elle va déterminer sa santé ou sa maladie. Les conseils diététiques prodigués concernent :

- La fréquence des repas : 3 à 4 repas par jours, et éviter le grignotage.
- La qualité des aliments ingérés et la composition des repas : repas équilibrés, en privilégiant les crudités, les protéines et les lipides, aux dépens des sucres et aliments acides.
- La séquence d'ingestion des aliments : il est par exemple conseillé de finir le repas avec un produit lacté.

Afin de neutraliser l'accidité buccale, il est recommandé de :

- Se brosser les dents aprés les repas et avant de se coucher.
- Se rincer la bouche à l'eau aprés avoir bu le café.
- Le thé est une boisson riche en fluor.

1.3. La prescription du fluor

Si le rôle du fluor dans la prévention de la carie n'est plus à démontrer, sa prescription doit être modulée selon le risque carieux de l'enfant et selon le

risque de toxicité étant donné le contexte fluorotique de notre pays.

Des applications topiques peuvent compléter la thérapeutique préventive. Elles sont appliquées au fauteuil (surtout chez les enfants), par le chirurgien dentiste. Il s'agit de vernis ou de gels fluorés, fortement dosés en fluor (jusqu'à 56000 ppm).

1.4. Le scellemnet des puits et fissures

La technique du scellement consiste à créer une barrière physique en comblant les sillons et fissures des molaires et prémolaires par un matériau fluide de manière à les rendre moins rétentifs à la plaque et plus accessibles au brossage.

2. Dans le cas de patients à risque et à besoins spécifiques

2.1. Mesures à entreprendre en cas de patients à risque :

2.1.1. Cardiopathies :

Les patients atteints de maladies cardio-vasculaires sont souvent amenés à consulter au cabinet dentaire et à subir des soins qui peuvent avoir une incidence sur leur état de santé général. De ce fait, la prise en charge de ces patients à risque impose au médecin dentiste une collaboration avec le cardiologue afin de connaître le type de cardiopathie et ce pour prévenir les risques pouvant être encourus par ces patients :

- le risque infectieux ;
- le risque hémorragique ;
- le risque syncopal.

Classification des cardiopathies en fonction du risque

Selon la conférence de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) en 1992, les recommandations de l'American Heart Association (AHA) en 1997 et de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en 2002, on distingue:

Cardiopathies à haut risque

- Porteurs de prothèses valvulaires
- Antécédents d'endocardite infectieuse
- Cardiopathies congénitales cyanogènes
- Patient candidat à une chirurgie cardiaque

Cardiopathies à risque

- Valvulopathies : insuffisance aortique, rétrécissement mitral, bicuspidie aortique et insuffisance mitrale ;
- Cardiopathies congénitales non cyanogènes sauf communication inter-auriculaire;
- Dysfonctions valvulaires acquises;
- Prolapsus de la valve mitrale et/ou épaississement valvulaire;
- Cardiomyopathie obstructives.

N.B : Les patients atteints ou présentant des antécédents de RAA sont considérés comme des patients à risque.

Cardiopathies sans risque oslérien

- Cardiopathies ischémiques, hypertensives ou dilatées
- Communication inter auriculaire
- Pontage coronaire de shunt sans communication résiduelle depuis 6 mois
- Prolapsus valvulaire mitral à valves fines sans souffle
- Stimulateurs cardiaques
- Défibrillateur implantable
- Calcification de l'anneau mitral
- Maladie de Kawasaki sans dysfonction valvulaire
- Polyarthrite rhumatoïde sans dysfonction valvulaire

*** Le risque infectieux**

Précautions à prendre face au risque infectieux

Le Médecin Dentiste doit essayer de prévenir la survenue de l'endocardite par des mesures spécifiques selon le risque et avec une étroite collaboration avec le Médecin traitant.

	Produit	Prise unique dans le geste	l'heure précédent
Pas d'allergie aux B lactamines	Amoxicilline	Adulte 3g : poids sup 60 kg 2g poids inf 60 kg	Enfant
Allergie aux B lactamines	Pristinamycine ou Clindamycine	- 1 g per os - 600 mg per os	- 25 mg -15 mg

Chez les patients à haut risque :

- Éliminer tout foyer infectieux sous antibioprophylaxie
- Instaurer une hygiène bucco-dentaire parfaite
- Réduire le risque de carie par des séances répétées d'application de fluor.
- Réaliser les soins invasifs mineurs tels que le détartrage ou le surfaçage, sous antibioprophylaxie.
- Extraire les dents présentant une atteinte pulpaire ou parodontale
- Contre-indiquer l'avulsion des dents incluses profondes ne présentant pas de risque de désinclusion ou de péricoronarite.
- Contre-indiquer la chirurgie parodontale, les implants et les traitements endodontiques.

Chez les patients à risque :

- Les soins parodontaux superficiels tels que le détartrage, sont conseillés sous antibioprophylaxie
- Les traitements endodontiques peuvent être réalisés, mais en une seule séance, sous digue et sous antibioprophylaxie.
- Les implants et la chirurgie parodontale sont contre-indiqués.

Les patients sans risque oslérien seront considérés comme des patients normaux et seront traités en tant que tels.

*** Le risque hémorragique :**

Il concerne les patients cardiaques **sous anticoagulants** (héparine ou anti-vitamines K) et également les patients **sous Anti-agrégants plaquettaires.**

Ils sont généralement prescrits par le cardiologue en présence d'un risque thrombo-embolique.

Les anticoagulants :

- Héparine (calciparine®, Lovenox®): administrée par voie intraveineuse ou sous- cutanée, elle a une action anticoagulante immédiate. Sa durée d'action est de **8 à 12 h.**
- Anti-vitamines K (Sintrom®): par voie orale, elle permet un effet anticoagulant prolongé (Sintrom® a une durée d'action de 3j)

Anti-agrégants plaquettaires

- Aspirine: après son arrêt, le retour à la normale se fait au bout de 7-10 j
- Ticlopidine (Ticlid®) : anti hémostatique et antiagrégant plaquettaire. Son action est plus importante par rapport à l'aspirine

Précautions à prendre face au risque hémorragique

Pour les patients sous Anti-coagulants :

- Pour les patients sous anti-vitamines K : demander un bilan de coagulabilité pour le jour de l'acte : TP (Taux de Prothrombine) et INR (International Normalized Ratio).
  - Si TP≥ 30% et INR≤ 2 : les actes saignants peuvent être réalisés en utilisant les moyens locaux d'hémostase ;
  - Si pour des raisons médicales, l'INR doit être maintenu > 2 (TP ≤ 30%), l'acte thérapeutique entraînant un risque hémorragique doit être réalisé en milieu hospitalier.
- Un relais à l'héparine peut être également préconisé par le cardiologue. Le praticien peut agir alors à la fin de l'action de la dernière injection de l'héparine (environ 12 heures). Les injections pourront être reprises quelques heures après l'intervention en fonction de l'importance de celle-ci.

Pour les patients sous Anti-Agrégants Plaquettaires :

Les patients sous AAP présentent des modifications de l'hémostase primaire qui interfèrent directement avec la réalisation de soins dentaires ou d'une intervention chirurgicale. Les principaux tests biologiques susceptibles d'évaluer le retentissement des AAP sur l'hémostase sont : la mesure du

temps de saignement (TS), le PFA (Platelet Function Analyzer), l'étude des fonctions plaquettaires par agrégamétrie ou par cytométrie de flux.

IMPORTANT À CONNAÎTRE

- Consulter le médecin traitant avant chaque geste chirurgical à risque hémorragique majeur pour bien déterminer la marche à suivre.
- Programmer le rendez-vous tôt le matin et au début de la semaine, de cette manière, toute complication postopératoire sera géré au cours de la semaine
- Limiter l'extraction dentaire ou un geste similaire à une ou trois dents se trouvant dans le même secteur.
- Éviter les anesthésies loco-régionales lorsque cela est possible.
- Utiliser les moyens d'hémostase locaux adéquats (éponge hémostatique, fil de suture) .
- Donner aux patients les instructions spécifiques de soins post-opératoires (bain de bouche 24 heures après l'acte ….).

*** Le risque syncopal :**

La syncope est un arrêt cardio-respiratoire de très courte durée avec perte de conscience complète survenant de manière brutale.

*** Les cardiopathies prédisposant au risque syncopal**

– Les cardiopathies ischémiques ;
– les valvulopathies ;
– les cardiopathies congénitales ;
– le rétrécissement valvulaire aortique.

*** Précautions à prendre :**

- Etablir une bonne relation avec le patient en le mettant en confiance et en évitant les situations de stress.
- Avoir recours à une préparation psychologique si le patient est réticent aux soins.
- Réduire le stress par une prémédication sédative à base de benzodiazépines de préférence.

2.1.2. Insuffisance rénale :

L'insuffisance rénale chronique (IRC) acquise ou constitutionnelle est le stade terminal des néphropathies chroniques. Elle se manifeste par une diminution progressive du débit de filtration glomérulaire, c'est-à-dire par une élévation du taux sanguin de la créatinine et de l'urée.

*** Prise en charge et précautions à prendre lors des soins bucco dentaires:**

Tout dysfonctionnement rénal impose des précautions, non seulement lors des soins dentaires pour éradiquer les foyers infectieux et prévenir le risque hémorragique, mais également lors des prescriptions médicamenteuses. Une parfaite collaboration avec le médecin traitant est indispensable pour avoir des informations précises sur l'état du patient et évaluer les risques possibles.

Chez les malades sous hémodialyse:

La prévention du risque hémorragique

- Choix du moment de l'intervention : A cause de l'héparinothérapie, l'intervention ne sera jamais effectuée moins de 6 à 8 heures après une hémodialyse.

La prévention du risque infectieux :

- l'antibiothérapie préventive est justifiée pour des actes dentaires invasifs. Le risque de surinfection de la fistule artério-veineuse utilisée chez les hémodialysés n'est pas négligeable.
- Les macrolides peuvent être prescrits à des doses usuelles (l'érythromycine ou la spiramycine pendant 6 jours à raison de 1,5g/j, 1 jour avant l'acte et 5 jours après).

Chez le malade devant subir ou ayant subi une transplantation rénale :

• Le candidat à la transplantation :

Le praticien va devoir examiner de façon très critique l'état de la denture du malade pour dépister tous les problèmes potentiels à l'examen clinique et radiographique. Seules seront conservées les dents saines ne présentant aucune parodontopathie. et les dents dont le traitement radiculaire est correct et ne présentant aucune réaction péri-apicale. Les avulsions devront se faire suivant le même protocole que chez les malades dialysés.

• Le malade transplanté :

La surveillance et la maintenance de l'état dentaire est primordiale. Les actes hémorragiques doivent être encadrés d'une antibiothérapie systématique non néphrotoxique.

Le traitement des foyers d'infection dentaire ne souffre aucun délai car ils peuvent revêtir rapidement sous corticothérapie et immunodépresseurs des formes sévères à symptomatologie atténuée.

Chez les malades transplantés, tous les médicaments néphrotoxiques et les médicaments à élimination rénale seront évités.

2.1.3. Le diabète :

Prise en charge et précautions à prendre lors des soins bucco-dentaires:

La prise en charge odontologique du diabétique vise principalement à ne pas déséquilibrer le diabète.

- **la premedication :**
  - Le stress stimule la production d'adrénaline et de corticoïdes. Ces substances sont hyperglycémiantes. A cet égard, une modification du dosage d'insuline doit être envisagée notamment en cas de conditions stressantes importantes physiologiquement et/ou psychologiquement.
  - L'utilisation de narcotiques, barbituriques et de diazépines est parfaitement indiquée chez les diabétiques. La sédation au protoxyde d'azote est envisageable pour une meilleure prise en charge des patients diabétiques particulièrement stressés.
  - L'antibioprophylaxie n'est pas systématique. Elle varie en fonction du sujet diabétique (équilibré, complications) et de l'importance de l'acte thérapeutique.
  - Les actes de soins non urgents sont reportés jusqu'à ce que le diabète soit contrôlé et équilibré.
- **l'anesthesie :**

L'anesthésie locale avec vasoconstricteur est indiquée pour le sujet diabétique équilibré. Cependant, la multiplicité des carpules d'anesthésie avec vasoconstricteur injectée au cours d'un même soin représente un danger pour le patient.

- **les soins de dentisterie restauratrice :**
  - Les patients à risque faible sont traités normalement.
  - Les patients à risque modéré seront traités en tenant compte des précautions particulières à l'égard du stress, et de la vulnérabilité à l'infection.

- Les soins seront réalisés le matin après un petit déjeuner normal.

- **les actes chirurgicaux :**
  - Réduire le stress au maximum par une information du patient et une prémédication anxiolytique.
  - Selon l'importance de l'acte, la couverture antibiotique est nécessaire une heure avant l'intervention et couvrir la période de cicatrisation.

Immunodéprimé :

Les maladies qui entraînent une immunodépression représentent un groupe très hétérogène de pathologies, allant des plus rares (déficits immunitaires congénitaux) à des pathologies beaucoup plus fréquentes (cancer, corticothérapie, syndrome d'immunodéficience acquise [SIDA], vieillissement, etc.).

Les patients immunodéprimés ont une susceptibilité élevée aux infections qui doit être prise en compte par le médecin dentiste lors de sa prise en charge. Son rôle, en concertation étroite avec le médecin en charge du patient, est de contrôler les foyers infectieux intra buccaux et de prévenir leur dissémination systémique. Ce risque infectieux implique la plupart du temps une antibiothérapie préventive ou curative. Ces patients sont exposés par ailleurs à un risque élevé d'interactions médicamenteuses.

Prévention des complications infectieuses

- Elles sont destinées pour les patients dont le taux de Polynucléaire Neutrophiles est < à 500 cellules/mm3. Selon l'AFSSAPS, l'antibioprophylaxie doit être systématique.
- Si une série de soins dentaires est nécessaire, il est prudent de respecter un intervalle de 10 à 15 jours entre les séances, afin d'éviter toute résistance aux antibiotiques
- En cas de saignement persistant ou d'acte sur tissu infecté, l'antibiothérapie doit être prolongée jusqu'à la fin de la cicatrisation

Prévention des complications hémorragiques

Les patients présentant un risque de thrombocytopénie, de thrombopathie, de même que des troubles hépatiques. Ainsi un bilan sanguin comprenant une numération plaquettaire, un temps de saignement (TS) ainsi que le taux de prothrombine (TP) est indispensable pour leur prise en charge.

Si le TP est anormal et l'INR est > à 1,5, il faut remettre l'acte jusqu'à augmentation de la valeur du TP qui doit être > au 1/3 des valeurs normales.

Leur prise en charge, impose le recours aux moyens locaux d'hémostase.

Patient cancéreux :

Les traitements anticancéreux (chimiothérapie, radiothérapie, bisphosphonates) donnent des effets plus ou moins néfastes, à court ou à long terme, sur les tissus sains de l'organisme.

La radiothérapie et la chimiothérapie font partie des méthodes thérapeutiques bien établies pour le traitement des tumeurs malignes de la sphère cervico-faciale.

Selon les cas, leurs visées peuvent être curatives, adjuvantes ou palliatives.

RISQUES DE LA CHIMIOTHERAPIE SUR LA SPHERE ORO-FACIALE

La chimiothérapie entraine une perturbation du bilan immunologique et hématologique

Les risques possibles sur la cavité buccale sont :

- Les mucites chimio-induites ,
- La susceptibilité aux infections par immuno déficience ,
- La susceptibilité aux hémorragies et plus particulièrement aux gingivorragies par perturbation du bilan d'hémostase ,
- La fragilité osseuse .

RISQUES DE LA RADIOTHERAPIE SUR LA CAVITE BUCCALE

Les complications de la radiothérapie sont lourdes et généralement irréversibles. La sévérité de ces complications est dose dépendante. Les complications sont de type :

- Xérostomie suite à un dysfonctionnement des glandes salivaires.
- Ostéoradionécrose (ORN) suite aux altérations vasculaires liées à l'irradiation,
- Mucites radio induites.

ROLE DU MEDECIN DENTISTE DANS LA PREVENTION DES COMPLICATIONS DES TRAITEMENTS ANTI CANCEREUX.

La prévention commence, en effet, par une préparation du patient à la thérapeutique oncologique. Cette préparation consiste en une désinfection globale de la cavité buccale avec élimination de tous les foyers infectieux qui risquent de causer une infection voire une nécrose osseuse difficile à gérer.

En cours de traitement anti cancéreux, la réalisation de tout acte invasif (risque d'effraction vasculaire avec risque d'infection et de saignement) ne doit être abordée que sous certaines conditions.

Avant la radiothérapie	Avant la chimiothérapie
Si des actes invasifs sont nécessaires	
- confectionner des gouttières de fluoration -Effectuer des actes 14 à 21 j au minimum avant la première cure de radiothérapie, -Effectuer des actes non traumatiques suivis par des sutures hermétiques. - Réaliser des actes sous couverture antibiotique en cas d'un désordre immunologique - Renforcer l'acte chirurgical si nécessaire par une oxygénothérapie hyperbare	- Demander un bilan d'hémostase, NFS, groupage sanguin - Réaliser des actes non traumatiques -Espacer l'acte du début de la chimiothérapie - Prescrire une antibiothérapie de couverture flash à base d'amoxicilline une heure avant l'acte opératoire, si les taux des neutrophiles < 1000 mm3 - Prévoir des moyens d'hémostase locaux

Mesures de prévention bucco dentaire avant le traitement anti cancéreux

pendant la radiothérapie	pendant la chimiothérapie
Si des actes invasifs sont nécessaires	
- Prescrire une antibiothérapie à large spectre 2j avant et prolonger la prise jusqu'à cicatrisation complète, - Eviter l'utilisation des vasoconstricteurs, - Accompagner l'acte d'une irrigation constante et abondante avec une solution antiseptique, - Humidifier les surfaces muqueuses de façon constante, - Traiter les foyers d'ORN selon leur stade, - Traiter les mucites radio induites par un bain de bouche composé de : • Carbonate monosodique 1,4% 100 ml • Amphotéricine B 40 ml • Chlorexidine 75 ml • Xylocaine à 5% 24 ml	- Demander un bilan d'hémostase, NFS, - Réaliser des actes entre deux séances de chimiothérapie, - Couvrir la neutropénie par une antibiothérapie :de 2 jours avant jusqu'à cicatrisation complète, - Traiter les complications possibles: • La xérostomie : prescription des sialogogues, • Les mucites : rinçage buccal par un bain de bouche à solution tampon, et éviter les aliments acides, • Les gingivorragies : utiliser les moyens d'hémostase locaux,

Mesures de prévention bucco dentaire pendant le traitement anti cancéreux

Après la radiothérapie	Après la chimiothérapie
Les complications sont généralement irréversibles : -Intensifier les mesures d'hygiène, -Surveillance régulière avec prophylaxie fluorée à vie à raison de 10 minutes par jour à vie. - N'autoriser les soins dentaires lourds qu'après 6 mois de la fin de la radiothérapie, - Prescrire des sialogogues si sécrétion salivaire insuffisante, - Renforcer la cicatrisation osseuse par l'oxygénothérapie hyperbare - Si infection osseuse : l'attitude doit être conservatrice consistant en l'élimination des séquestres osseux sous couverture antibiotique	**Les complications régressent progressivement si surveillance régulière :** - Demander un bilan de contrôle : NFS, bilan d'hémostase tous les six mois, - Prolonger la prophylaxie anti virale pour éviter les infections opportunistes, - Intensifier les mesures d'hygiène - Traiter les complications possibles, - Préparer le patient à une autre phase curative ou palliative si échec du traitement anti tumoral

Mesures de prévention bucco dentaire après le traitement anticancéreux

Patient sous bisphosphonates :

Les BPs sont utilisés dans le traitement des hypercalcémies (processus métastatiques, cancer) et dans le traitement de l'ostéoporose.

plusieurs publications font état de complications de type ostéonécrose des mâchoires (ONM) survenants notement chez des patients traités par Bisphosphonates (BPs) principalement par voie parentérale.

Conduite à tenir devant un patient candidat à un traitement aux biphosphonates ou en cours de traitement :

Les patients candidats à un traitement aux biphosphonates :

En raison de la morbidité importante occasionnée par cette pathologie et en attendant la mise en place d'un traitement efficace, une approche préventive s'impose chez ces patients.
Cette approche se base sur :

- L'information du patient sur le risque d'ostéonécrose liée aux biphosphonates ainsi que son consentement éclairé avant de démarrer le traitement;
- Une mise en état bucco-dentaire avant de commencer le traitement ;
- L'éducation du patient aux mesures d'hygiène bucco-dentaire ainsi qu'au sevrage tabagique.

Patients qui sont sous traitement par les biphosphonates soit par voie IV ou par voie orale :

- Insister sur les mesures préventives ;
- Eviter les procédures thérapeutiques pouvant entraîner une exposition d'os
- Réaliser des coronectomies des dents non restaurables avec traitement endodontique des racines résiduelles ;
- Se mettre en rapport avec le médecin traitant afin de discuter la possibilité d'un éventuel arrêt temporaire du traitement par biphosphonates.

Patients à besoins spécifiques :

L'état de santé bucco-dentaire de cette catégorie de patients s'aggrave avec l'âge, et devient très nettement inférieur à celui des patients ordinaires. Les difficultés de réaliser des soins constituent un facteur aggravant. Le manque de moyens d'hygiène adapté, le degré limité de coopération, l'existence de

pathologies associées et l'état d'urgence médicale majorent la complexité du traitement bucco-dentaire.

Les solutions aux problèmes dentaires des patients à besoins spécifiques sont souvent complexes. Il existe des procédures qui diminuent l'état de vigilance, comme la sédation et l'anesthésie générale, qui sont susceptibles de permettre l'accès aux soins bucco-dentaire de ces patients.

La prise en charge des patients à risques au cabinet dentaire doit être basée sur une étroite collaboration avec le médecin traitant , afin de connaître le type de risque encouru par le patient et d'établir un plan de traitement réfléchi et adapté. Par ailleurs, tout praticien dentiste doit connaitre parfaitement les précautions à prendre, lors de la prise en charge de ces patients à risque, selon les soins envisagés et en fonction du risque.

BIBLIOGRAPHIE

1. Slots J, Kamma J, General health risk of periodontal disease, Int Dent J., 2001; 51:417-427
2. Pallasch T, Wahl M, The focal infection theory: appraisal and reappraisal CDA. Journal.
2000; 28:194-199
3. S. Persac et al. Point actuel sur l'infection focale d'origine buccodentaire. Rev Stomatol
Chir Maxillofac 2011;112:353-359
4. Vergnes J-N, C. Nabet. Quelle relation entre sante bucco-dentaire et sante generale ? La
sante de l'homme - N° 417 - Janvier-fevrier 2012 ; 7-8.
5. Tenenbaum A, Herve C. La relation medecin chirurgien dentiste dans la prise en charge
du patient : les evolutions necessaries. Analyse dans le cadre d'un reseau de sante. Master2,
recherche en ethique. Universite Rene Descartes Faculte de Medecine, Paris 5 ; 2004/2005.
6. W.G. Wade. The oral microbiome in health and disease. Pharmacological Research 69
(2013) 137- 143
7. Berthelot J.M., Le Goff B. Rheumatoid arthritis and periodontal disease. Joint Bone Spine,
2010, vol. 77, n° 6 : p. 537-541.
8. Fremont M, Micheau C. Relation entre maladies systemiques et maladies parodontales. Le
fil dentaire, N°31 mars 2008 ; 10-12.
9. CASSIA A., EL-TOUM S. « Endocardite infectieuse à porte d'entrée orale. Deuxième partie : étiopathogénie », Rev Odonto Stomatol 2000; 1 : 33-39.
10. CATHELIN M. « Patients sous anticoagulants : quelle attitude adopter devant un acte de chirurgie buccale ? », Act Odonto Stomatol 1996;196 : 549-557.
11. Communiqué de l'AFSSAPS « Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie, méthodologie et recommandations », Act Odonto Stomatol 2002 ; 219 : 353-358.
12. Communiqué de la SPILF, la SFC, l'ADF et l'ANAES « Prophylaxie de l'endocardite infectieuse, recommandations 2002 (révision de la conférence de consensus de mars 1992), Act Odonto Stomatol. 2003; 221 : 59-74.
13. DESCROZAILLES C. « Prévention de l'endocardite infectieuse d'Osler en pratique dentaire chez les malades atteints de cardiopathie congénitale ou valvulaire acquise », Inf Dent 1989; 18 : 1521-1525.

14. DESCROZAILLES J M., DESCROZAILLES CH., ZEILIG G., RAGOT J P., BOYLEFEVRE M L., MAMAN L., SAPANET M. « Prophylaxie des endocardites infectieuses à porte d'entrée bucco-dentaire », Encycl Méd Chir, 1993, 22043R10, 6p.
15. EJEIL A L., MAMAN L., RAGOT J P, WIERZBA C B. « Endocardites et odontologie, révision de la conférence de consensus de mars 1992 », Act Odonto Stomatol 2003; 221 : 51-58.
16. EL-TOUM S., CASSIA A. « Endocardite infectieuse à porte d'entrée orale, troisième partie : considérations thérapeutiques », Rev Odonto Stomatol 2000;1 : 41-47.
17. GIRARD P., JEANDOT J., QUEVAUVILLIERS J., PERLEMUTER L. Dictionnaire médical du chirurgien dentiste. Ed Masson, Paris 1997.
18. LITTLE J W., FALACE D A., MILLER C S., RHODUS N L. « Dental management of the medically compromised patients », Mosby 5 th edition 1997.
19. MADINIER L., APERT-FLORY A., MONTEIL R A. « Surveillance biologique des patients sous anti-coagulants : anti-vitamines K et taux normalisé international. J Parodontol Implant Orale 1997; 1 :7-13.
20. NOTO R., CAVAILLON J P., GIRARD P. « Abrégé des urgences médicales au cabinet dentaire ». Ed Masson, Paris 1985.
21. RAGOT J P. « Antibiothépapie et antibioprophylaxie : le point sur les dernières recommandations en date », Act Odonto Stomatol 2003; hors série, 13-21.
22. REVOL J., REVOL E. « Prévention de l'endocardite infectieuse et chirurgie dentaire », Chir Dent Fr 1993;667 : 29-31.
23. ROCHE Y. Chirurgie dentaire et patients à risque. Evaluation et précautions à prendre en pratique quotidienne. Ed Flammarion Médecine-Sciences, Paris 1996.

24. J. Garnier, F. Truchot, J. Quero, X. Meziere, F. Clipet, N. Alno, X. Frachon, O. Delanoue, G. Bader, S. Lejeune, P. Limbour, G. De Mello. 218 tooth extraction in patients taking platelet aggregation inhibitors. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2007;108:407-410.
25. Crispian Scully and Andy Wolff. Oral surgery in patients on anticoagulant therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 94:57-64.
26. Pierre Gangloff. Prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires et antivitamines K. Réalités cliniques.Vol.19 n°1, 2008, pp: 69-78.
27. Aubertin MA. The patient taking antiplatelet drugs: A review with dental management considerations. Gen Dent May-June 2008, pp 363–369.
28. Recommandations pour la prise en charge des patients sous traitement antivitamines K en chirurgie bucco-dentaire, Société francophone de médecine buccale chirurgie buccale, Vol 12, n°4,2006,pp : 187-212.
29. Recommandations pour la Prise en charge des patients sous agents

antiplaquettaires en odontostomatologie, Société francophone de médecine buccale chirurgie buccale, Vol 11, n°2,2005,pp : 55-76.
30. Marie Lordkipanidzé, Jean G. Diodati, Chantal Pharand. Possibility of a rebound phenomenon following antiplatelet therapy withdrawal: A look at the clinical and pharmacological evidence. Pharmacology & Therapeutics 123 (2009) 178–186.
31. B.Delannoy, G. Delannoy, Z. Vichova, J-M. Robert, J-J. Lehot. Risque cardiovasculaire en odontologie. encyclopedie medico-chirurgicale - Elsevier Masson, 23-760-A-07, 2009.
TIMOUR Q. - Odontopharmacologie clinique, thérapeutique et urgence médicale en pratique quotidienne. Edition CDP.
32- MRINI O. - Diabète et ses effets sur la cavité buccale. Thèse Méd. Dentaire, Casablanca, n°19/95.
33- NARSAF L. - Etat bucco-dentaire chez les diabétiques de la région de Béni-Mellal (Enquête à propos de 150 cas). Thèse Méd. Dentaire, Casablanca, 2000.
34- Roche Y. – Chirurgie dentaire et patient à risque : Evaluation et précautions à prendre en pratique quotidienne. Ed Flammarion Médecine Sciences 1996.
35- Michael Bornstein, Andreas Filippi et Daniel Buser, Radiothérapie de la région cervico-faciale: conséquences intra-orales précoces et tardives, Rev Mens Suisse odontostomatol , Vol 111 : 1 / 2001
36- DH Koga, JV Salvajoli, FA Alves, Dental extractions and radiotherapy in head and neck oncology: review of the literature, Oral Diseases (2008) 14, 40–44
37- J. Aquilina-Arnold, HD et Catherine Grater-Nakamura§, HD, la chimiothérapie : considérations pour les hygiènistes dentaire, Can J Dent Hygiene, vol. 42, no 5, 2008 ;p. 241-248
38- SD Westbrook, ED Paunovich, CO Freytes. Adult hemopoietic stem cell transplantation. J Am Dent Assoc. 2003 Sep ;134(9):1224-31.
39- JE ber-Durlacher, JB Epstein, J Raber, JT van Dissel, AJ van Winkelhoff, Guiot HF, van der Velden U. Periodontal infection in cancer patients treated with highdose chemotherapy. Support Care Cancer. 2002 Sep ;10(6):466-73.
40- N. OTMANI, M.N NACHEF, F. MSEFER ALAOUI, prise en charge bucco dentaire de l'enfant atteint de leucémie aigue. Rev Odont Stomat 2004;33:17-27
41 - American Academy of Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee Guideline on dental management of pediatric patients receiving chemotherapy, hematopoietic cell transplantation, and/or radiation. Pediatr Dent. 2005-2006 ;27(7 Suppl):170-5.
42- N. Guinand P. Dulguerov R. Giger. Xérostomie radio-induite : prévention, traitement, perspectives. Revue Médicale Suisse N° 127 publiée le 03/10/2007
43- M.A. Stokman, F.K.L. Spijkervet, H.M. Boezen, J.P. Schouten, J.L.N.

Roodenburg, and E.G.E. de Vries. Preventive Intervention Possibilities in Radiotherapyand Chemotherapy-induced Oral Mucositis: Results of Meta-analyses. J Dent Res 85(8):690-700, 2006
44- M Bornstein, A Filippi et D Buser, Radiothérapie de la région cervico-faciale: conséquences intra-orales précoces et tardives, Rev Mens Suisse odontostomatol , Vol 111 : 1 / 2001. 971- 977
45- N Samet, DMD/A Jotkowitz, BDS2, Classification and prognosis evaluation of individual teeth—A comprehensive approach; Quintessence Int 2009;40:377–387
46- M. Guichard, P.O. Planchand, CONDUITE A TENIR CHEZ LE PATIENT SOUS CHIMIOTHERAPIE ANTICANCEREUSE ; LES CAHIERS DE L'ADF - N°4 - 1er trimestre 1999
47- M. Folwaczny, R. Hickel ; Aspects de la prise en charge médico-dentaire des patients immunosupprimés ; Rev Mens Suisse Odonto stomatol, Vol 111 : 10 / 2001
48- W. EL WADI, G. PAYEMENT, D. CANTALOUBE, l'OSTEORADIONECROSE MANDIBULAIRE ; Odonto-Stomatologie Tropicale 1996, 76, 26-29.
49- M . Kébir-Quélin, Ostéonécrose et biphosphonates ; LE FIL DENTAIRE < N°28 < décembre 2007
Mens Suisse Odontostomatol, Vol 117 : 6 / 2007
50- M. Bornstein, D. Buser et A. Filippi. Concepts de prophylaxie et de traitement des effets secondaires de la radiothérapie de la région cervico-faciale. Rev Mens Suisse Odontostomatol, Vol 111 : 8 / 200
51. Balasubramanian Krishnan, Nithin A. Shenoy, Mohan Alexander. Exodontia and Antiplatelet Therapy. J Oral Maxillofac Surg 66, 2008; 2063-2066.
52. Doron J. Aframian, Rajesh V. Lalla, and Douglas E. Peterson, and Farmington. Management of dental patients taking common hemostasis altering medications. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007; Volume 103, Number 3, Suppl 1:S45.e1-S45.e11.