Les lésions de la cavité buccale dans les comportements d'automutilation chez l'adulte

Céline Jacquot

▶ **To cite this version:**

Céline Jacquot. Les lésions de la cavité buccale dans les comportements d'automutilation chez l'adulte. Sciences du Vivant [q-bio]. 2006. hal-01733389

HAL Id: hal-01733389
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733389

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

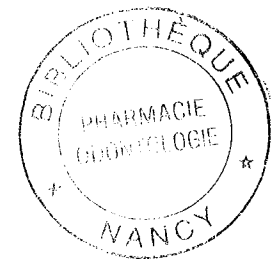
T/OD/N/2006/1401

ACADEMIE DE NANCY - METZ
UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY 1
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

DOUBLE

Année 2006

N° 1401



THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Céline JACQUOT

née le 28 Mai 1980 à Lunéville (54)

LES LESIONS DE LA CAVITE BUCCALE DANS LES COMPORTEMENTS D'AUTOMUTILATION CHEZ L'ADULTE.

DB 32370

Présentée et soutenue publiquement le 16 Janvier 2006

Examinateurs de la thèse :

M.	A. FONTAINE	Professeur de 1er Grade	Président
Melle	C. STRAZIELLE	Professeur des Universités	Juge
Mme	D. DESPREZ-DROZ	Maître de Conférences	Juge
Mme	P. WITKOWSKI	Docteur en Médecine	Juge

BU PHARMA-ODONTOL
D 104 071519 5

PPN 095301879

ACADEMIE DE NANCY - METZ
UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY 1
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2006

N° 1401

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Céline JACQUOT

née le 28 Mai 1980 à Lunéville (54)

LES LESIONS DE LA CAVITE BUCCALE DANS LES COMPORTEMENTS D'AUTOMUTILATION CHEZ L'ADULTE.

Présentée et soutenue publiquement le 16 Janvier 2006

Examinateurs de la thèse :

M.	A. FONTAINE	Professeur de 1er Grade	Président
Melle	C. STRAZIELLE	Professeur des Universités	Juge
Mme	D. DESPREZ-DROZ	Maître de Conférences	Juge
Mme	P. WITKOWSKI	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITE Henri Poincaré NANCY 1
Président : Professeur J.P. FINANCE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

Vice-Doyens : Dr. Pascal AMBROSINI - Dr. Jean-Marc MARTRETTE - Dr Jacques PREVOST
Membres Honoraires : Pr. F. ABT - Dr. L. BABEL - Pr. S. DURIVAUX - Pr. G. JACQUART -Pr. D. ROZENCWEIG - Pr. M. VIVIER
Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

Sous-section 56-01 Pédodontie	Mme	***DROZ Dominique (Desprez)***		Maître de Conférences*
	M.	PREVOST** Jacques		Maître de Conférences
	Mme	HELFER Violaine (Minaud)		Assistant
	Mlle	MARCHETTI Nancy		Assistant
	Mlle	MEDERLE Angélique		Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme	***FILLEUL Marie Pierryle***		Professeur des Universités*
		Vacant au 01/11/2005		MCUPH
	M.	GEORGE Olivier		Assistant
	Mme	NADEAU Myriam (Marot)		Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M.	***WEISSENBACH Michel***		Maître de Conférences*
	M.	ARTIS Olivier		Assistant
	Mlle	CLEMENT Céline		Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M.	***MILLER** Neal***		Maître de Conférences
	M.	AMBROSINI Pascal		Maître de Conférences
	M.	PENAUD Jacques		Maître de Conférences
	Mme	BACHERT Martine		Assistant
	M.	PONGAS Dimitrios		Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M.	***BRAVETTI Pierre***		Maître de Conférences
	M.	ARTIS Jean-Paul		Professeur 1er grade
	M.	VIENNET Daniel		Maître de Conférences
	M.	WANG Christian		Maître de Conférences*
	M.	PERROT Ghislain		Assistant
				Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie,Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M.	***WESTPHAL** Alain***		Maître de Conférences *
	M.	MARTRETTE Jean-Marc		Maître de Conférences
	Mme	MOBY Vanessa (Stutzmann)		Assistant
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M.	***AMORY** Christophe***		Maître de Conférences
	M.	PANIGHI Marc		Professeur des Universités*
	M.	FONTAINE Alain		Professeur 1er grade*
	M.	BONNIN Jean-Jacques		Maître de Conférences
	M.	CLAUDON Olivier		Assistant
	M	ENGELS DEUTSCH** Marc		Assistant
	M.	SIMON Yorick		Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M.	***SCHOUVER Jacques***		Maître de Conférences
	M.	LOUIS** Jean-Paul		Professeur des Universités*
	M.	ARCHIEN Claude		Maître de Conférences *
	M.	LAUNOIS** Claude		Maître de Conférences
	M.	KAMAGATE Sinan		Assistant associé au 1/10/05
	M.	HELFER Maxime		Assistant
	M.	JHUGROO Khoondial		Assistant
	M.	SEURET Olivier		Assistant
	M.	WEILER Bernard		Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle	**STRAZIELLE**Catherine**		Professeur des Universités*
		Vacant au 01/09/2005		Maître de Conférences
	M.	AREND Christophe		Assistant

italique : *responsable de la sous-section*
* temps plein - ** responsable TP – départs et arrivées

Nancy, le 15.10.2005

Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1ère PARTIE : Etiopathogénies de l'automutilation et aspects psychologiques

2ème PARTIE : Description illustrée des lésions d'automutilation buccales, et présentation de cas cliniques

3ème PARTIE : Attitude thérapeutique du chirurgien-dentiste face à ces automutilations

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

A notre Président de Thèse,

M. FONTAINE Alain
Chevalier de l'Ordre National du Mérite
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Professeur de 1er grade
Sous-section : Odontologie Conservatrice - Endodontie

Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse,

Soyez remercié pour toute l'attention que vous nous avez portée pendant notre semestre de stage à l'Hôpital Jeanne d'Arc,

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance et de la haute considération que nous vous portons.

A notre Directrice de Thèse,

M^elle^ STRAZIELLE Catherine
Docteur en Chirurgie Dentaire
Professeur des Universités
Habilité à diriger des Recherches par l'Université Henri Poincaré, Nancy 1
Responsable de la sous-section : Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger cette thèse,

Soyez remerciée de la rigueur dont vous avez fait preuve pour la correction de ce travail,

Trouvez en celui-ci le témoignage de notre sincère et profond respect.

A notre Juge,

M^me^ DESPREZ-DROZ Dominique
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy 1
Maître de Conférences des Universités
Responsable de la sous-section : Pédodontie

Vous avez gentiment accepté de participer à ce jury de thèse,

Durant nos années d'étude, vous nous avez appris l'importance de la dimension relationnelle dans l'exercice de notre profession,

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A notre Co-Directrice de Thèse et Juge,

M^me^ le Docteur WITKOWSKI Pierrette
Psychiatre
Praticien hospitalier au C.H.U. de Nancy

Nous vous remercions d'avoir accepté avec tant d'amabilité de diriger une partie de notre travail,

Soyez remerciée pour le temps que vous y aurez consacré,

Ainsi que pour la qualité de votre enseignement,

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A Dominique,

Que la naissance de notre petit Maxime il y a quelques semaines nous permette de préserver ce bonheur depuis si longtemps partagé,
Merci pour ton soutien pendant ces années d'études,
Avec tout mon amour.

A mes parents,

Sans vous, rien n'aurait été possible,
Merci pour votre soutien, votre amour, votre attention,
Soyez assurés de tout mon amour,
Ce travail est le vôtre.

A ma sœur,

Tu es venue égayer mon enfance,
Merci pour tous ces bons moments passés ensemble,
Pour ta complicité et ton soutien.

A mes grands-pères,

En témoignage de mon affection.

A la mémoire de mes regrettées grands-mères,

A toute ma famille,

Merci pour votre soutien et votre affection.

A mes amis,

A Elise,

Merci pour ta bonne humeur et le bon temps passé ensemble durant nos études.

A tous les autres si nombreux, qui ne sont pas cités, mais qui me sont chers

INTRODUCTION

Le terme « automutilation », dans la plupart des mentalités, a toujours reflété une image barbare, mêlant à la fois perversité et horreur, et suscitant souvent la répulsion. Heureusement, les cas cliniques supportant cette image effrayante se font de plus en plus rares.

Cependant, d'après la relative ancienneté des publications dont nous disposons à ce sujet, il semblerait qu'au fil des décennies, les cas psychiatriques avérés laissent place de plus en plus à de « petits » cas d'automutilation. On entendra par là toutes les habitudes et comportements nocifs, directement préjudiciables à l'organisme, et aboutissant à une altération franche des tissus ; ce qui peut aussi bien concerner des personnes psychiquement « normales », ou plutôt légèrement anxieuses, que des patients atteints de véritables psychopathologies. Dans certains cas, on préférera parler d'« auto-agressivité », ou d'« auto-destruction », termes qui seront parfois plus appropriés.

Ainsi, le stress de la vie d'aujourd'hui conduirait inéluctablement de plus en plus de gens vers ces comportements « automutilants », initiés souvent sous forme de tics incontrôlables, pouvant évoluer et aboutir à de sérieuses lésions. Par conséquent, le chirurgien-dentiste doit être amené à connaître et à reconnaître les différentes étiologies et répercussions cliniques de tous ces comportements, encore si peu reconnus dans la littérature et pourtant si répandus. Nous verrons que dans bien des cas (surtout lorsqu'il sera question de simulation), le diagnostic des lésions observées par le praticien sera extrêmement difficile à établir avec certitude. Par ailleurs, même si aujourd'hui la plupart des cas ne peuvent pas être considérés comme psychiatriques à proprement parler, nous verrons que la psychologie au sens large du terme est souvent au cœur du processus.

C'est pourquoi, dans ce travail, nous reprendrons l'ensemble des cas pouvant se présenter au cabinet dentaire, du plus léger au plus sévère, et nous explorerons à travers trois parties, le « domaine » paradoxal de l'automutilation, appliqué spécifiquement à la cavité buccale :

1) Une première partie traitera du fond « psychologique » du sujet, en détaillant les différentes étiopathogénies possibles ;

2) Une deuxième présentera au moyen d'une iconographie la diversité des lésions observables sous forme de cas cliniques ;

3) Enfin, une troisième proposera les différentes possibilités thérapeutiques actuelles pour traiter les comportements d'automutilation, leurs origines et leurs conséquences en termes de lésions.

1ère PARTIE : Etiopathogénies de l'automutilation et aspects psychologiques

1. Généralités

Nous allons voir tout au long de cette 1ère partie, que, quelles que soient les origines du phénomène d'automutilation, celles-ci tournent toujours autour d'un noyau psychologique.

Les gens qui s'automutilent y trouvent différents intérêts, comme par exemple le bien-être, le plaisir (malgré la douleur souvent engendrée), ou encore le soulagement.

Il est très difficile pour un soignant de comprendre ce bénéfice si paradoxal : comment l'apaisement physique et /ou psychologique peut-il naître aux dépens d'un non respect du corps ? C'est parce que cette question soulève beaucoup d'incompréhension, et pas seulement pour le personnel médical, mais aussi pour tous les gens extérieurs à la scène, que l'automutilation a toujours été imaginée un peu comme une tare de l'espèce humaine, à laquelle seuls quelques « curieux » semblaient s'intéresser.

En d'autres termes, l'automutilation corporelle, dans la plupart des mentalités, a toujours été attribuée aux « forcenés ». Il y a vingt ans, la définition du terme automutilation s'entendait bien dans ce contexte psychopathologique exclusif. Aujourd'hui, on ne peut plus associer l'automutilation à une « folie ». L'évolution de la société, des mentalités, vers l'indulgence, au fil des deux dernières décennies, a fait que certaines pratiques qui pouvaient choquer avant, passeraient inaperçues maintenant. Ainsi, comme nous allons le voir ci-dessous, la définition du terme automutilation a aujourd'hui un peu perdu de son caractère « extrême », et semble pouvoir concerner une patientèle beaucoup plus étendue et variée, dite « normale » psychiquement. Nous entendons par « normalité psychique » l'état stable d'une personne, lui permettant une certaine facilité d'adaptation à son milieu, sans souffrance, ni pour elle-même ni pour autrui. Puisqu' aujourd'hui en psychiatrie, on se base en premier lieu sur l'analyse de la personnalité, on peut dire que l'homme « normal » présente par là une personnalité fonctionnelle, constituée d'un mélange de traits de personnalité différents, qui sont autant de moyens de défense contre l'angoisse.

De plus, selon Sneddon (1977) (cité par **Morelle**, 1995) : « Ni la classe, ni l'éducation, ni l'intelligence, ni la dévotion pour une quelconque divinité (...), ne peuvent garantir à l'individu la préservation de tels comportements ». En quelque sorte, l'automutilation, au sens où nous l'entendons ici, est susceptible de concerner un jour ou l'autre tout un chacun.

2. Définitions

Les définitions suivantes ont été recueillies dans divers dictionnaires, à dix ans d'intervalle, entre 1982 et 2002.

- Selon le PETIT LAROUSSE de 1982 :
  - *Automutilation* : conduite **pathologique** consistant à s'infliger des mutilations ;
  - *mutilation* : action de mutiler, dégradation qui en résulte ;
  - *mutiler* : retrancher un ou plusieurs membres à la suite d'une blessure grave.

- Selon le ROBERT de 1992 :
  - *mutiler* : altérer (un être humain, un animal) dans son intégrité physique par une grave blessure ;
  - *mutilation* : ablation ou détérioration (d'un membre, d'une partie externe du corps).

- Selon le NOUVEAU LAROUSSE MEDICAL (2002):
  - *automutilation* : action de mutiler son propre corps ;
  - *mutilation* : retranchement d'un membre ou de quelque autre partie du corps ;
  - *mutiler* : priver d'un membre ou de quelque partie importante du corps.
    Au sens figuré : amoindrir, priver de quelque qualité nécessaire.

Ainsi, la définition de l'automutilation, au travers de ces trois ouvrages séparés chacun d'une décennie, et surtout l'apparition d'un sens figuré au cours de la dernière, donnent l'impression d'avoir un peu « perdu » au fil du temps la connotation de gravité que ce terme supportait, ce qui en contrepartie n'a fait qu'accroître le nombre de personnes s'automutilant, parmi une population de gens tout à fait (ou presque) « normaux » psychiquement. En effet, la mutilation peut aujourd'hui avoir un sens moins dramatique, et se limiter à une « détérioration », comme dans l'expression « mutilation d'une œuvre d'art ».

« Ce type d'automutilation se retrouve dans toute la population dite normale où le sujet s'inflige de petites blessures externes lorsqu'il est énervé ou encore des blessures internes à longue échéance par la dépendance à des produits toxiques : tabac, alcool et autres drogues ». (**Morelle**, 1995)

Si bien qu'il nous est paru intéressant d'approfondir certains points de la définition actuelle, en en conservant bien évidemment les grandes lignes : il s'agit pour nous ***d'une action ou d'une façon d'agir consistant à se faire du mal à soi-même et par soi-même, de manière non accidentelle, plutôt systématique, répétitive, volontaire ou non, et le plus souvent inconsciente. L'acte aurait un effet directement ou secondairement préjudiciable sur l'organisme : il aboutirait à une perte d'intégrité et à une altération tissulaire cliniquement observable, pouvant s'aggraver au fur et à mesure du processus.***

Cette définition « adaptée » nécessite quelques explications :

- « Se faire du mal » : cette expression est assez difficile à commenter, car tout le monde n'a pas la même idée du bien et du mal, et de même en associant le mal à la douleur, car les gens peuvent avoir une perception très différente de la douleur pour une même lésion. Certaines personnes qui s'automutilent, ne ressentent aucune douleur (pourtant, les lésions sont bien là !), et n'ont pas conscience du « mal » qu'elles se font. Pour clarifier les choses, on dira que « se faire du mal », c'est « s'opposer au maintien de la santé ».

- Tous les comportements nuisibles à la santé de l'homme n'entrerons pas dans cette définition : le fait de fumer ou de consommer de l'alcool régulièrement, mais avec modération ne constitue bien évidemment pas un acte d'automutilation. Par contre, une consommation excessive, faisant naître un état de dépendance, avec toutes les

conséquences secondaires que cela peut impliquer, peut à long terme et indirectement devenir une forme d'automutilation, ou plutôt d'autodestruction.

- Dans le cas spécifique des mutilations culturelles et de toute autre mode de type piercing, l'acte est le plus souvent réalisé par une autre personne (pour des raisons techniques tout simplement, ou parfois symboliques), et non « par soi-même » : il ne s'agit plus alors d'automutilation au sens strict du terme. Mais puisque quelque part, la personne désire cet acte, elle se rend elle-même responsable de la mutilation de son propre corps : c'est pour cette raison que nous avons choisi de consacrer tout de même un chapitre à ces pratiques.

- Enfin, il convient d'apporter quelques précisions en ce qui concerne les termes de conscience et de volonté. La **conscience** correspond à une perception immédiate des événements ou de sa propre activité psychique. Les actes dits inconscients sont donc réalisés par le sujet, sans qu'il en ait spontanément connaissance. Cependant, à certains moments, ce dernier peut prendre conscience de sa manie, notamment lorsque celle-ci lui est rapportée par son entourage, ou lorsqu'elle lui procure une certaine douleur. La notion de **volonté**, quant à elle, fait référence à un mécanisme neurophysiologique : un acte volontaire est lié à une contraction musculaire obéissant à un influx nerveux engendré par la commande de cet acte. Ainsi, pour une personne ne présentant pas de psychopathologie caractérisée, le fait de se ronger les ongles est la plupart du temps inconscient, et même involontaire, dans la mesure où l'acte n'est pas « commandé », mais s'active spontanément en suivant un schéma moteur « automatique ». Mais l'individu garde la possibilité de commander ce type d'acte, puisqu'il peut à tout moment décider de se ronger volontairement les ongles, par exemple pour en détacher une partie écorchée. Par contre, pour un patient schizophrène qui ressent soudainement l'envie irrésistible de s'extraire lui-même les dents pour une raison hallucinée, l'acte compulsif devient conscient et volontaire, même si la raison qui le pousse à le faire est imaginaire. Enfin, en ce qui concerne les états comateux, il est incorrect ou plutôt incomplet de parler d'inconscience. En effet, on parle préférentiellement de perte de vigilance pour définir le coma : cet état correspond en fait à la suppression de trois fonctions principales du cortex cérébral, qui sont l'éveil, la conscience et la faculté de réaction.

Après avoir spécifié ces quelques points, il apparaît maintenant clair que beaucoup plus de gens qu'on ne pouvait l'imaginer entrent dans cette définition : du simple bruxomane (qui grince des dents), au plus grand psychopathe « glossophage » (qui mange sa propre langue), en passant par l'onychophage (qui ronge ses ongles), la plupart des gens sont concernés par l'automutilation.

Dans la littérature américaine, le terme qui correspond littéralement à « automutilation » est « *self-mutilation* », ou « *self-mutilative behavior* », ce qui correspond à tout un ensemble de comportements pour le moins excessifs, comme se couper un membre ou détruire sauvagement une partie de son corps (Phillips et Muzaffer, 1961, cités par **Bachman** en 1972). Tate et Baroff (1966) (cités par **Carr**, 1977) ont eux choisi d'utiliser un autre terme, plus approprié : « *self-injurious behavior* », qui est plus descriptif et moins connotatif. Ce terme-là n'implique ni les tentatives de suicide ni la perversion sexuelle. Il s'adresse tout simplement à tout individu se blessant lui-même physiquement. Il semblerait ainsi que l'équivalence américaine de l'automutilation au sens où nous l'entendons ici, ne soit pas dans

sa traduction littérale exacte, mais dans un autre terme, relativement proche au niveau sémantique, mais moins « connoté », et traduit en français par « comportement auto-blessant ».

Enfin, pour terminer, et faire une petite parenthèse, nous ajouterons qu'il existe également, mais cela concerne essentiellement des enfants, un phénomène dit d'**automutilation intellectuelle** : c'est le fait pour un enfant surdoué non reconnu de se limiter intellectuellement pour essayer de ressembler aux autres, par exemple en donnant volontairement de mauvaises réponses à un contrôle pour ne pas avoir une « trop bonne » note. Terrassier (cité par **Gouillou** en 2003) parle d'effet « pygmalion négatif », c'est-à-dire de pression à la conformité. L'automutilation intellectuelle s'origine à un problème affectif et non cognitif. En effet, l'enfant souffre de sa différence aux autres, il se sent mal aimé et rejeté par ses camarades parce qu'il a de meilleurs résultats scolaires. En s' « automutilant intellectuellement », il cherche de ce fait à se rapprocher des modèles qu'il a autour de lui (besoin de miroir), pour gommer ces différences le plus souvent inconscientes, et ainsi réduire paradoxalement ses souffrances. Cela peut aller jusqu'à provoquer une chute du QI, ce qui peut en rendre le diagnostic direct impossible. Il s'agit donc de l'un des grands risques qui menacent l'enfant surdoué non reconnu.

Et là encore, comme dans beaucoup de cas d'automutilation corporelle, il n'y a pas de maladie psychiatrique sous-jacente, même si l'origine est habituellement psychologique.

3. Les contextes étiologiques de l'automutilation

3.1. Les rituels religieux contemporains (auteurs cités par **Morelle**, 1995)

Dans toutes les grandes religions, l'automutilation est présente, sous forme de préceptes et de rituels.

3.1.1. Les rituels de sacrifice et de purification

Seuls les chrétiens se rassemblent pour commémorer le sacrifice du Christ, sacrifice volontaire de sa vie pour expier la faute de son peuple. La notion de sacrifice reste centrale non seulement dans le rituel de la messe, mais également dans les pratiques de jeûne ou d'abstinence. L'idée d'un purgatoire à accomplir sur la terre a évolué, mais persiste dans les rituels de l'humilité et de pénitence lors de processions commémoratives ou à l'entrée de certains sanctuaires : vêtements de bure, flagellations, crucifixions. Des préceptes mettent en garde le chrétien : « si ta main ou ton pied trébuche, coupe-le et jette-le loin de toi…et si ton œil trébuche, arrache-le et jette-le loin de toi » (extrait de la Bible, selon Matthieu).

Dans certains rituels de la religion islamique se retrouvent des comportements comparables à ceux que présentent les prêtres de Cybèle. Ainsi raconte Habiba, la voyante marocaine (Mernissi, 1977) : « Arrivés au sanctuaire de Lalla Aïcha, esprit féminin, les musiciens font danser les pèlerins jusqu'à la transe. Certains se fendent le crâne avec une hache, d'autres se brisent des pots de terre sur le crâne (…), ils sont tous couverts de sang ».

En Inde, dans la première moitié du XX^{ème} siècle, on pouvait encore assister à une célébration commémorant la mort de l'Imam et roi Hussein (mort en 680) : des pénitents se flagellent avec « un fouet de chaînes terminées par cinq lames d'acier fraîchement aiguisées… ». La cérémonie se poursuit avec quelques hommes se frappant le crâne de leur sabre. Ainsi est célébrée « la victoire du sacrifice et de la mort ».(Mourad, 1987)

Marquages du corps et sacrifices se retrouvent ainsi dans les principales religions, comme un prix à payer pour se rapprocher d'un dieu qui a souffert pour la sauvegarde de l'humanité.

3.1.2. Les rituels de deuil

Il ne semble pas y avoir de comportements automutilants dans les pratiques de deuil chez les chrétiens.

Par contre, les musulmans ont maintenu de telles pratiques pour exprimer leur souffrance lors de la mort d'une personne importante. Ainsi, la mort de Khomeiny, en 1989, a donné lieu à d'imposants mouvements de foule se tapant la tête en scandant des lamentations.

Chez les juifs, le deuil n'implique plus de s'arracher cheveux et poils de barbe ou de déchirer ses vêtements, tel que cela se pratiquait au Moyen Age. Les juifs ont cependant maintenu symboliquement la pratique de l'incision par une petite entaille faite sur le vêtement de ceux qui pleurent la mort d'un être cher.

3.1.3. Les cérémonies initiatiques

Les chrétiens célèbrent le retour au Père, non seulement dans le sacrifice répété qu'est la célébration eucharistique, mais également dans le rituel du baptême où le marquage du corps et sa purification ne laissent aucune trace visible.

Les religions juive et coranique par contre, marquent le corps des garçons de façon visible et permanente par la pratique de la circoncision, qui signe l'alliance avec le peuple élu.

« Couper le corps, le marquer d'une blessure, symbolise le rapport de l'homme aux dieux, à Dieu, à l'Autre. Ce marquage nomme la différence, introduit le manque, inscrit une temporalité, implique la mort. L'homme n'est pas tout. Les religions attestent le risque du péché d'orgueil où l'homme se prendrait pour Dieu ».

3.2. Les mutilations et automutilations cosmétiques

3.2.1. Les mutilations buccales ethniques rituelles

Comme le prouve l'étude de squelettes humains datant du Néolithique, la pratique des mutilations buccales est fort ancienne : les seuls vestiges dont disposent aujourd'hui les paléontologues sont des crânes humains présentant des édentements, estimés intentionnels, de par leur topographie tout à fait particulière. Les ethnologues qui se sont penchés sur le sujet, ont réussi à établir un diagnostic positif des diverses mutilations dentaires, et ont avancé différentes interprétations quant à leurs motivations. Mais aujourd'hui, beaucoup de questions sont restées sans réponse.

Il ne s'agit pas ici pour nous de dresser un descriptif exhaustif des mutilations buccales rituelles (abandonnées aujourd'hui, pour la plupart des peuples en question), mais d'en exposer les points forts, comme les différents types de pratiques, et surtout, dans le cadre du contexte étiologique de ces mutilations, leurs motivations essentielles. Nous illustrerons ces propos à l'aide de quelques photographies descriptives, et exposerons dans un second temps les complications éventuelles de ces pratiques.

3.2.1.1. Généralités

Il est probable que nous ne saurons jamais à quelle époque l'Homme a pris conscience de sa propre image et a voulu en modifier l'aspect originel.

L'étude des mutilations corporelles ethniques, à travers les âges, semble prouver que l'Homme a toujours senti le besoin d'extérioriser ses sentiments par des modifications de son aspect et de son comportement.

Les actes mutilatoires constituent un mode d'expression de la pensée humaine, et, à notre connaissance, aucune civilisation n'a échappé à ces modifications.

Ce phénomène culturel et universel est en effet décrit dans des mythes, et inscrit dans des rituels sacrés et profanes, tout au long de l'histoire de l'humanité.

Dans le cas particulier des mutilations orales, certains ethnologues pensent que dès le quinzième siècle avant Jésus Christ, certaines peuplades les pratiquaient déjà.

Puis, la signification de ces mutilations se perd dans la nuit des temps, elles finissent par être pratiquées aveuglément : « Le sens primitif, la raison d'être de la mutilation échappe à son porteur qui n'y voit plus qu'un motif d'ornementation, et nous passons de l'idée de culte à celle de la parure ».(Moortgat, 1959, cité par **Martin-Darrou** en 1995)

Les motivations de ces pratiques rituelles sont variées : la plupart ont une signification totémique, où le totem est un animal (ou plus rarement une plante ou une force naturelle) auquel l'individu tente de s'identifier, pour ainsi faire valoir son appartenance au sein de son groupe ethnique. D'autres sont dévolues à la magie et à la religion, ou ont un but initiatique (séparation d'avec la mère, passage de l'enfance à la vie adulte, appartenance à une tribu, etc.).

La motivation esthétique, quant à elle, est assez controversée. Même si le souci esthétique est souvent le plus invoqué par les individus qui ont pratiqué ou qui pratiquent encore les mutilations buccales, la signification première, dégénérant en vestige, n'est sûrement pas l'esthétique.

Parmi les diverses parties du corps concernées par les mutilations volontaires (tatouages et scarifications de la peau, castration, déformation des pieds, agrandissement des lèvres, incision des commissures labiales, etc.), la cavité buccale est souvent mise en jeu. Comme nous le verrons un peu plus tard en détails, la bouche est porteuse d'une charge symbolique très forte. Selon Freud, elle reflète une « valeur érotique inconsciente ». Le nouveau-né connaît sa première relation en tétant le sein de sa mère, son premier contact avec autrui se fait ainsi par la bouche. Celle-ci est un objet de succion, une source de plaisir, de sensualité, de communication, voire même d'agression (par la morsure). La bouche comporte bientôt des organes dentaires qui répondent au désir de possession et sont chargés d'une symbolique de castration apparaissant dans les rêves. Nous avons encore une représentation particulièrement remarquable dans l'extraction d'une dent qui symbolise la castration, donc envisagée comme une punition. Ainsi, bon nombre de mutilations buccales ont à l'origine un lien étroit avec la sexualité, et sont souvent pratiquées à l'adolescence, moment phare dans la vie « sexuelle » des individus : l'avulsion de la dent serait une méthode symbolique, qui viserait à différencier sexuellement l'individu, et à confirmer son identité sexuelle définitive par une mutilation appropriée.(**Orgelot**, 2002)

Dans un même but de purification par refus de la dualité sexuelle, la circoncision et l'excision en seraient également des pratiques rituelles.(**Morelle**, 1995)

3.2.1.2. Les mutilations dentaires rituelles
(auteurs cités par **Martin-Darrou**, 1995)

Les mutilations dentaires intentionnelles sont souvent employées parmi les différentes pratiques rituelles, puisqu'elles ont un impact visuel très important, en plus de la valeur symbolique qui leur est associée. Elles permettent, en outre, par des variations de forme et de place, d'obtenir des effets très divers, tant sur le plan esthétique que fonctionnel.

Il existe peu de domaines où l'Homme ait déployé autant d'imagination que dans celui des mutilations dentaires.

Ces mutilations que s'est imposée l'espèce humaine constituent un phénomène collectif et universel, dans le temps et dans l'espace.

Depuis les époques épipaléolithiques, jusqu'à l'aube du XXI^{ème} siècle, la dent a été choisie comme siège de divers messages, en raison de son caractère indestructible.

On retrouve des traces de cette pratique mutilante sur tous les continents, y compris l'Europe ; le même type de mutilation pouvant être découvert dans des contrées très éloignées, les hypothèses d'influence ont pu être de ce fait rejetées.

Les hommes préhistoriques avulsaient les incisives, les peuples africains « taillaient » leurs dents en pointe, les Incas les embellissaient par des incrustations de pierres précieuses et d'or, les Japonais les laquaient en noir, etc.

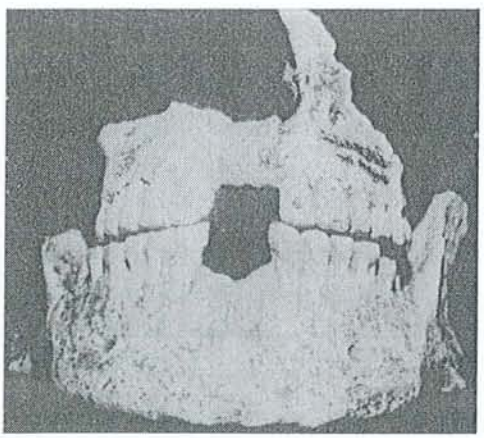
Pourquoi qualifier ces travaux de « barbares », et taxer leurs investigateurs de « sauvages » ? « Toutes ces manifestations doivent être considérées, non pas comme signe d'inculture, mais comme les caractéristiques d'une **autre** culture ».(**Martin-Darrou**)

3.2.1.2.1. Les mutilations soustractives totales : les avulsions

Nous entendons par mutilations soustractives totales, les avulsions pratiquées volontairement, dans un but non thérapeutique, sur une ou plusieurs dents. Cette pratique, très facile à exécuter, est fort ancienne, comme le montre l'étude de squelettes humains, datant de la Préhistoire, et semble avoir pris naissance en Afrique, pour ensuite s'étendre aux autres continents, au fil des siècles.

Au Japon, Matsumoto a constaté sur des crânes, que des ablations semblaient avoir été pratiquées intentionnellement sur les incisives, les canines, et parfois les premières prémolaires. Parfois, lorsque les incisives étaient conservées, leurs couronnes étaient taillées en plusieurs pointes. Cette coutume se retrouve aux Iles Formose et aux Philippines.

La photographie qui suit nous montre un des premiers crânes présentant des mutilations dentaires, découvert dans l'escargotière de Mechta El Arbi (Algérie, -12000 à -9000 ans avant J.C.), où toutes les incisives ont été avulsées (étude de Verger-Pratoucy) :



Le siège des avulsions diffère selon les peuples, mais le plus souvent, il concerne le groupe incisif. Il peut porter sur une seule ou plusieurs dents à la fois, et intéresser une seule arcade ou les deux.

Certaines peuplades, parmi lesquelles les Bonyo, les Babinga, et les M'Baka du Congo, avulsent les quatre incisives supérieures.

En Afrique, où la fréquence de ce type de mutilation est la plus importante, on retrouve, d'après Akerman et Montandon (1934), l'ablation des incisives inférieures à l'Est (Soudanais, Bantous, Orientaux et Méridionaux), et à l'Ouest, celle des incisives supérieures (Bantous occidentaux).

Au Panama, chez les Gurami, la canine supérieure gauche subit le même sort au moment de la première menstruation chez la femme.

Dans d'autres pays, notamment à Bali, aux Célèbes ou en Chine du Sud, il est coutume, chez les femmes, de se casser ou de se faire casser une ou deux dents, avant la cérémonie du mariage.

Tous les ethnologues et les explorateurs s'accordent à dire que ces mutilations dentaires correspondent à un rite d'initiation. Elles représentent un moyen de tester la capacité du sujet à endurer la douleur. Pour Cazeneuve, l'extraction d'une dent est une marque indélébile de l'initiation, qui permet de distinguer l'initié du non-initié. A partir de ce moment, le jeune initié est considéré comme adulte et peut chercher à se marier. Baudoin (1923), pense lui, que la motivation de ces avulsions vise la ressemblance totémique : « quand on enlève des incisives supérieures ou inférieures à un être humain, on le fait ressembler à un herbivore... Les herbivores ont tous été des totems polaires quand le pôle était dans la Grande Ourse vers 5000 à 3500 ans avant Jésus Christ ».

Singer en 1953, rapporte que les Ila et les Ba-Tonga suppriment leurs dents frontales, pour ne pas ressembler au zèbre. Dans certains groupes, l'individu dont la denture est intacte, est méprisé, car ses dents ressemblent à celles du cheval, du singe, du porc, animaux pacifiques mal considérés, contrairement aux carnassiers.

Dans l'Ouest du Nil, on prive les femmes de leurs incisives pour les empêcher de manger de la viande de chèvre. De même, la femme appelée à enfanter ne doit pas se nourrir de viande d'un animal « méprisable », comme la chèvre qui est considérée comme un animal peureux, car ce trait de caractère pourrait être transmis à l'enfant à venir.

La photographie suivante nous montre une jeune femme de la tribu Shanga-Shanga, à qui on a extrait toutes les incisives, et taillé les canines et 1ères prémolaires supérieures en pointe (collection du Musée de l'Homme) :

3.2.1.2.2. Les mutilations soustractives coronaires par fracture, limage, ou combinaison des deux techniques

Ces mutilations consistent en l'élimination d'une partie de la couronne dentaire. Cette ablation coronaire peut être effectuée par choc, par limage, ou par une technique de taille. Ce sont les mutilations dentaires les plus fréquentes. Elles peuvent revêtir les formes les plus diverses et sont parfois associées à d'autres types de mutilations. Ces métamorphoses universelles ont disparu peu à peu, avec l'évolution des mentalités et l'industrialisation des sociétés, mais elles ont perduré à certains endroits de la planète, pour la plupart en Afrique Noire.

Les mutilations soustractives coronaires peuvent être classées en trois groupes distincts :

1) Suppression d'un ou des deux angles coronaires

Elle tend à donner à la dent une forme de pointe, on parle alors d'« appointuchage ». L'aspect pointu peut être accentué par un limage circulaire, donnant un aspect acéré. Les mutilations dentaires concernant les deux maxillaires sont rares.

Dans un article de 1995, Gaye nous parle de la taille des dents comme « un attribut essentiellement masculin. Il s'agit d'un biseautage du tiers incisif, pour donner la forme en pointe des incisives supérieures et rarement des incisives inférieures ».

Ces mutilations dentaires sont la plupart du temps réalisées par un membre de la communauté villageoise, ayant des « dispositions » pour ce genre de

travail, ou encore par un « ancien, « initié », c'est-à-dire propriétaire, par héritage, des instruments nécessaires ».(Le Bourhis, 1926)

Dans certaines tribus d'Afrique, c'est le forgeron qui est désigné pour ces tâches. Dans d'autres, c'est le sorcier du village. Il semblerait qu'au sein de certaines peuplades, les individus se liment eux-mêmes les dents, comme on peut encore le constater actuellement en Amérique du Sud.

D'après Baudoin (1923), « l'ethnologie nous apprend que les hommes d'un clan Bantou en Afrique se mutilent les dents de façon à ce qu'elles ressemblent ensuite à des dents de crocodile. Cette idée est pour eux, fort logique, puisqu'ils sont les fils d'un crocodile femelle, leur totem ».

La photographie suivante présente un jeune homme de la petite île de Siberut (à l'Ouest de Sumatra en Indonésie), dont les incisives supérieures et inférieures ont été limées en pointe (photographie de Taylor, Géo Australasia) :

Au Gabon, les Pahouins se liment de la même façon les dents en pointe, afin de se donner un air redoutable, et de ressembler aux animaux carnassiers (chats, tigres). De même, les femmes de Manganjas en Afrique Orientale le font pour s'apparenter aux chats ou aux crocodiles.

Outre cette signification totémique recherchée par le limage, cette pratique aurait également au sein de certaines tribus un rôle initiatique, qui consisterait à faire perdre à l'adolescent sa « première personnalité », afin qu'il renaisse dans un corps d'adulte, considéré comme un membre à part entière de la communauté.

2) Modification du bord libre

A l'époque préhistorique, bien qu'assez rares, quelques exemples ont été rapportés par Koganei au Japon, et Chervin en Amérique du Sud. La mutilation dentaire correspondante prend la forme suivante : la dépression située entre les pointes, peut être triangulaire ou rectangulaire. La taille est dite « en créneau ». La zone de dépression peut également prendre la forme d'une demi-lune ou d'un simple V renversé.

3) Mutilations de la face vestibulaire

Outre les lobes creusés aux dépens de la face vestibulaire, afin d'y incruster des métaux ou des pierres précieuses, on rencontre trois grands types de taille en Malaisie, selon Schroder :

- création par limage, de deux pans vestibulaires formant un angle dièdre
- taille de la face vestibulaire en « sifflet » : un seul pan oblique est obtenu par limage
- taille en demi-cupule ou en gouttière

3.2.1.2.3. Les mutilations par addition ou incrustation

Le procédé est simple : après avoir fait une encoche dans la face vestibulaire de la dent, on enchâsse de petites pièces de métal, de pierres semi-précieuses ou précieuses. Selon Saville, nous pouvons décrire plusieurs types d'incrustations :

- Incrustations de petits disques ou incrustations circulaires de Montandon

L'encoche réalisée dans la face vestibulaire de la dent correspond à un cercle de 3 mm environ de diamètre, pour 1 mm de profondeur. Selon les pays, le matériau embouti varie : jadéite (Mayas), hématite (Oaxaca du Mexique), turquoise (Veracruz), or, émeraude (Zapotèques), cinabre, pyrite de fer, ou encore cristal de roche.

Les incrustations sont pratiquées sur les dents visibles, c'est-à-dire principalement au niveau du bloc incisivo-canin au maxillaire supérieur, inférieur, ou aux deux. Plus rarement, la prémolaire est impliquée.

Le nombre de dents intéressées est variable, ainsi que le nombre d'incrustations par dent. Dans les ruines de Holmul, on a découvert une dent très élaborée, présentant trois incrustations de turquoises : une grande située au tiers cervical de la couronne, et deux autres, en dessous, disposées de façon symétrique.

Ginestet a publié, en 1933, le cas d'un africain présentant un rubis incrusté dans l'incisive latérale supérieure droite, et une turquoise dans l'incisive latérale supérieure gauche.

- Incrustations de barres ou incrustations quadrangulaires de Montandon

Ce procédé beaucoup utilisé chez les femmes en Inde, se retrouve également en Equateur.

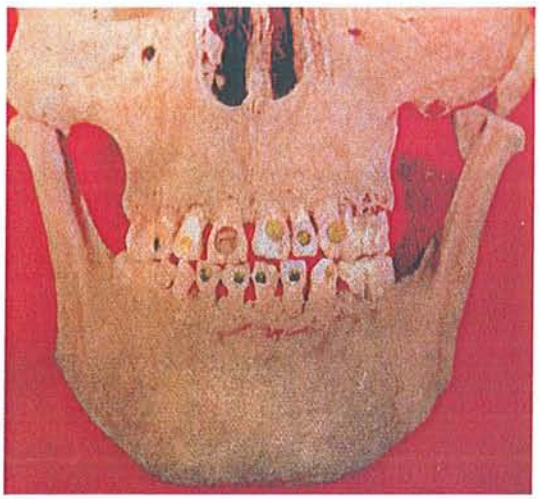
Il s'agit d'un bâtonnet d'or placé entre les incisives centrales supérieures, comme le décrivent Niendorff et Saville, à partir d'un crâne découvert à

Tonchigue (Equateur). Parfois, les extrémités du bâtonnet se terminent en forme de disque.

Chez les Dayaks, on pratique de petites fentes sur les incisives, dans lesquelles on enfonce ensuite des chevilles de laiton. La partie de la cheville qui ressort est martelée et aplatie, de façon à former une petite tête, au centre de l'incisive.

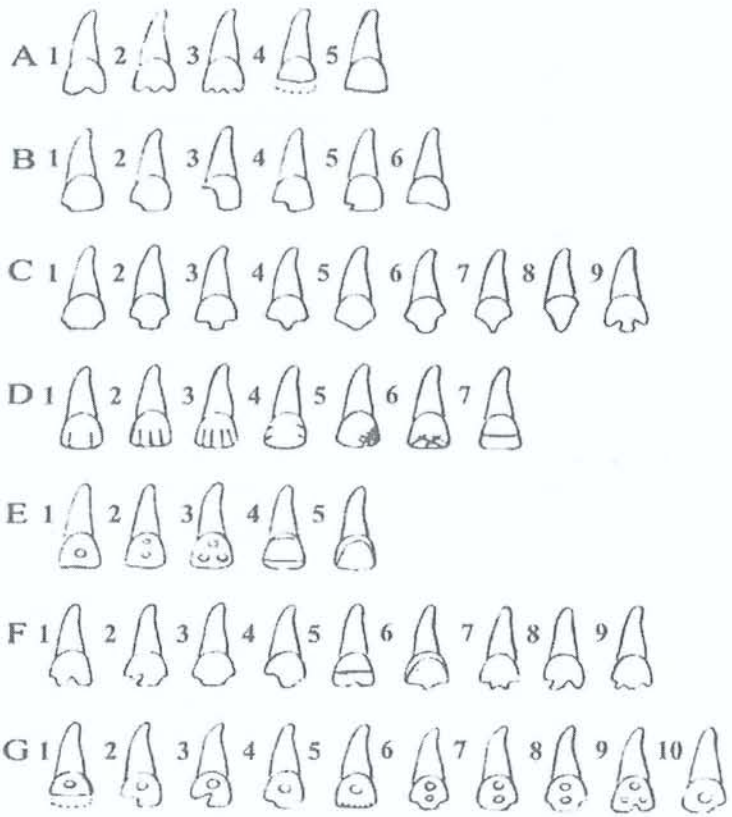
A Bornéo, selon Huard et Leriche, la coutume veut qu'au moment de la puberté, les incisives soient percées avec une tige d'acier. L'opération est fort douloureuse, puisque la chambre pulpaire est traversée sans ménagement. On obture ensuite les cavités avec des blocs de cuivre, qui peuvent avoir des formes variées comme celles d'étoiles par exemple. Ces blocs ne sont pas scellés : l'adolescent peut les retirer à tout moment. La nécrose pulpaire est ainsi provoquée ; on taille en pointe, et on noircit la dent avec une pâte ou tumai, faite d'ardoise, d'eau et de cendres.

La photographie suivante nous présente un exemplaire extraordinaire de chiapa de Corzo (Mexique), portant des incrustations de jade et de turquoise (Photographie de Fastlicht) :



Parmi les nombreux odontologistes, archéologues, anthropologues qui se sont penchés sur la question des motivations des incrustations, certains veulent voir en cette pratique une explication religieuse ; en effet, les Mayas attribuaient à certaines pierres (le jade en particulier) et à certains métaux, une valeur sacrée, divine.(**Orgelot**, 2002)

Le schéma suivant permet de classer de manière typologique les mutilations dentaires soustractives partielles, c'est-à-dire intéressant la couronne dentaire (Romero, 1958, cité par **Orgelot**) :



- Groupe A : Mutilations portant sur le bord incisif : celui-ci est entaillé par une, deux, ou trois encoches. Le bord libre peut également être sectionné, rendant ainsi la dent plus courte.

- Groupe B : Suppression d'un angle coronaire mésial ou distal (section plane, arrondie, ou angulaire).

- Groupe C : Suppression des deux angles coronaires, avec respect de la partie médiane du bord incisif. La forme ainsi obtenue s'apparente à celle d'une canine.

- Groupe D : Mutilations portant sur la face vestibulaire, avec de multiples stries verticales, latérales, croisées, ou une seule strie horizontale.

- Groupe E : Mutilations additives par incrustation de pierres semi-précieuses, ou encore usure par limage de la face vestibulaire, en forme de sifflet ou de demi-cupule.

- Groupe F : Mutilations combinées intéressant à la fois le bord incisif, un seul ou les deux angles coronaires, et /ou la face vestibulaire.

- Groupe G : Mutilations combinées associant limages et incrustations.

3.2.1.2.4. Les mutilations par laquage ou teinture
(auteurs cités par **Orgelot**, 2002)

Cette pratique entre dans le cadre des mutilations, car la phase préparatoire de curage et de brossage confère à la dent une fragilité condamnant le sujet à une alimentation semi-liquide.

Certains auteurs pensent que le laquage en noir des dents provient de l'usage prolongé de la chique de bétel. Le bétel présente un inconvénient notable pour les dents : il agit dessus de manière corrosive, et les brunit de façon indélébile. Pour pallier cette coloration indésirable, les chiqueurs de bétel se sont mis à laquer leurs dents en noir.

On retrouve la coloration noire dans la région du Tonkin et en Chine. A Bornéo, on mélange du choa riche en substances tanniques avec de l'eau. La dent devient brillante, noire ; l'application doit être renouvelée chaque semaine.

L'illustration photographique suivante nous montre un laquage dentaire en noir chez une femme vietnamienne de 68 ans, qu'elle a débuté à l'âge de 28 ans (photographie de Vo Hong Thu, 1983) :

La coloration brune des dents viendrait du Sud-Est de l'Asie, où certains habitants mâchaient la graine de l'Areca Catechu intentionnellement, car ils connaissaient ses vertus colorantes. Puis lors de leur émigration, ces peuples ont cherché un substitut de cette graine, afin de perpétuer cette pratique.

La coloration jaune, enfin, selon le commandant Bonnifacy, proviendrait de tribus d'une région montagneuse de Chine : les dents sont frottées chaque soir avec un fruit appelé Mo. Il donne ainsi aux dents une couleur jaune foncé, qui s'accentue avec l'usage du tabac et de la chique de bétel.

3.2.1.2.5. Les mutilations de position : le prognathisme artificiel au Sénégal (auteurs cités par **Orgelot**, 2002)

Certaines peuplades sénégalaises pratiquent des déviations dentaires au moyen d'un procédé « orthodontique », qui a pour but de faire sortir les dents de l'arcade, et parfois même, à la manière des défenses chez l'animal.

Cette curieuse variété de mutilation dentaire a été rapportée en premier lieu par le général Faidherbe, puis étudiée par Bancal et Hamy. Elle se pratiquait à titre de mode chez les femmes maures.

Bancal explique la réalisation de cette singulière déformation : « dès que les incisives lactéales supérieures de la petite fille sont bien en place sur l'arcade, on les extrait avec une pince de forgeron. Puis, dès que les dents permanentes apparaissent en bouche, on les contraint, par une action continuelle des doigts et de la langue, à prendre une direction d'éruption antérieure. En raison du jeune âge des sujets, la partie alvéolaire continue son développement en suivant ce mouvement, jusqu'à former un prognathisme artificiel. Le but est non seulement de projeter les incisives vers l'avant, mais aussi, et surtout, de les faire déborder des lèvres ».

3.2.1.3. Les mutilations des tissus mous buccaux

3.2.1.3.1. Généralités

Les mutilations rituelles des tissus mous de la cavité buccale concernent en grande majorité les lèvres. Certaines d'entre elles existent encore à l'heure actuelle, essentiellement sur le continent africain. Elles s'observent surtout chez les femmes, mais on en rencontre également chez les hommes de certaines tribus, notamment chez les Chiriguanes au Brésil et chez les Bayas au Tchad. On constate deux grands types de mutilations labiales : celles qui consistent en l'insertion de labrets en tout genre, et celles qui déforment démesurément les lèvres par le port permanent de disques, dont le diamètre va grandissant au fur et à mesure de l'étirement labial.

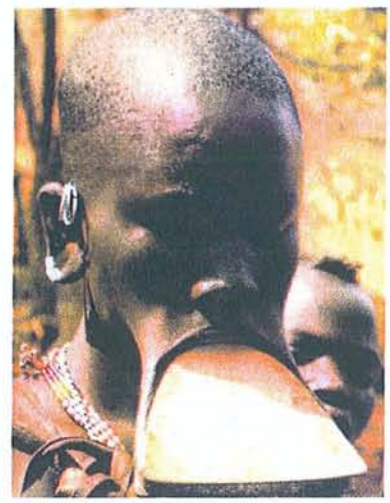
Il existe d'autres sites de mutilation au sein de la bouche, comme la transfixion des joues et de la langue, le tatouage des gencives, l'incision des commissures labiales, l'ablation de la luette, etc. Nous en présenterons quelques unes, et les illustrerons de quelques photographies.

3.2.1.3.2. Les motivations des mutilations des tissus mous buccaux

Comme pour les mutilations des tissus durs buccaux, plus précisément des dents, les motivations des mutilations des tissus mous peuvent être « magico-religieuses, esthétiques, ou encore issues de rites initiatiques ». (**Martin-Darrou**, 1995)

Donnons ici deux exemples :

- Les femmes indigènes appelées « négresses à plateaux » portent justement les disques de diamètre croissant dont nous venons de parler précédemment, et ce, en vue de s'enlaidir, afin de perdre tout pouvoir de séduction vis-à-vis des autres hommes. Comme nous le montre la photographie suivante d'une femme Kichepo (Sud-Est du Soudan), portant un plateau labial cunéiforme, la déformation obtenue est impressionnante :



- L'épreuve physique de la cérémonie du Cavadée chez les hindous de l'Ile Maurice est frappante. Seuls ceux qui acceptent la mortification à un haut degré peuvent la subir. La langue et les joues sont transpercées par de fines aiguilles. Pour celui qui se dévoue, le but n'est pas de souffrir, mais d'atteindre un état second où il rencontrera Dieu et pourra communiquer avec lui.(**Orgelot**, 2002)

3.2.1.3.3. Le tatouage labial et gingival
(**Koffi-Malan**, 1999)

- <u>Le tatouage labial</u>

Ce type de tatouage était, et est encore, pratiqué le plus souvent en milieu rural, surtout au sein des populations sahariennes islamisées. La répartition géographique le situe en Mauritanie, au Niger, au Sénégal, au Mali, en Guinée, au Burkina Faso et dans le Nord de la Côte d'Ivoire.

Autrefois, les femmes se pigmentaient « la lèvre blanche » en noir bleuté. Billion parle de vastes zones de pigmentation artificielle entourant toute la bouche et parfois le nez.

L'opération est douloureuse et nécessite un suivi post-opératoire rigoureux. L'individu ne doit pas parler et la lèvre enflée doit être maintenue par des bandages pour éviter qu'elle ne tombe en cicatrisant.

Verneau (1895) a été frappé, dans la tribu des Ouolofs, par la disproportion existant entre les deux lèvres des femmes, l'inférieure étant beaucoup plus volumineuse que la supérieure. Cette observation tient d'une cause accidentelle : les femmes « élégantes », en effet, dans le but de s'embellir, se tatouent fréquemment la lèvre inférieure, au moyen de piqûres, ce qui a pour conséquence un œdème réactionnel, pouvant persister sous forme d'hypertrophie labiale.

- Le tatouage gingival

Il est pratiqué le plus souvent chez les femmes. Il intéresse essentiellement les gencives du maxillaire supérieur. Il est répandu en Afrique Occidentale, mais des cas ont également été observés en Somalie et en Ethiopie. Les femmes commencent à se tatouer très jeunes, et renouvellent l'application régulièrement pour conserver la coloration, qui est en général noir bleuté.

La technique consiste, comme pour le tatouage labial, en une scarification, exécutée à l'aide d'aiguilles ou d'autres instruments piquants ou tranchants, et suivie d'une application de pigments divers (minéraux, charbon, etc.).

La motivation principale est cosmétique, en général pour faire ressortir l'éclat des dents. Elle peut également être à finalité identitaire, pour affirmer l'appartenance de l'individu à un groupe bien particulier.

Nous pouvons voir, sur la photographie suivante (**Ben Slama**, 2003), l'aspect rendu par un tatouage gingival :

3.2.1.3.4. Les perforations labiales

Les perforations sont rares et ne concernent que quelques ethnies africaines. Elles se situent aussi bien au niveau de la lèvre inférieure que de la lèvre supérieure, alors décorées par les objets les plus divers : les baguettes pour les hommes et les labrets pour les femmes.

Outre les amputations des lèvres, qui sont extrêmement rares, les différents types de mutilations labiales vont des incisions au niveau des commissures labiales jusqu'aux perforations simples ou avec agrandissement gigantesque des lèvres.

Les lèvres sont en général perforées tôt pendant l'enfance. Cet orifice est agrandi progressivement par des objets de plus en plus volumineux. Ces labrets peuvent être constitués de différents matériaux, comme des baguettes en bois, en ivoire, ou en os d'animal, des plateaux en bois, des pièces de monnaie, des extrémités de flèches, des dents ou encore des pierres précieuses.

Dans certaines ethnies, les femmes n'ont aucune parure et passent la langue dans l'orifice pour le maintenir ouvert.

La disposition des labrets n'a aucune importance : horizontaux ou verticaux, il ne s'agit là que de mode. Leur volume, par contre, est susceptible d'entraîner des conséquences importantes sur les fonctions orales (**Koffi-Malan**, 1999), que nous reverrons plus tard, en 2ème partie.

La photographie suivante nous présente une femme Kirdi, arborant des tampons labiaux supérieur et inférieur :

3.2.1.3.5. La luettectomie

Cette pratique correspond au raccourcissement de la luette, elle est très répandue aux Comores. Les autochtones présentent une luette congénitalement longue. Lors du jeûne du Ramadan, les Comoriens ont du mal à expulser les sécrétions de l'arrière-gorge. Pour y remédier, ils ont pensé à raccourcir la luette.

Au Tchad, cette ablation est réalisée dès la petite enfance, entre trois semaines de vie et trois ans. L'opération est réalisée par des femmes, à l'aide d'instruments artisanaux affûtés sur la cuisse. Ceci se fait sans anesthésie, et sans respect des règles fondamentales d'hygiène. Il en résulte parfois de très graves infections.(**Koffi-Malan**, 1999)

3.2.2. La nouvelle ère cosmétique : les mutilations buccales actuelles

3.2.2.1. Généralités

Ce comportement humain, qui, il y a encore quelques années, semblait en nette régression au sein des sociétés tribales que nous avons tendance à désigner comme « primitives », réapparaît actuellement en force dans les sociétés industrialisées, sous forme de « *body art* », terme anglais traduit en français par « art corporel ».

Cette nouvelle mode regroupe différents types de pratiques, considérées quelque part comme actes d'automutilation (car nécessitant au moins une effraction cutanée ou muqueuse, librement consentie par la personne qui s'y livre), comme le piercing, le tatouage, la scarification, ou encore l'implantation de corps étrangers.

Jusqu'à maintenant, ces pratiques étaient plutôt confinées au Tiers-Monde, faisant partie de diverses cultures et rites religieux, mais elles se sont étendues au cours de la dernière décennie aux sociétés occidentales, et ne font aujourd'hui que monter en popularité.

Le « *body art* » est devenu dans nos sociétés un véritable phénomène de mode ; il touche particulièrement les adolescents, très sensibles aux mouvements esthétiques du moment. Il semblerait que les motivations principales de ces pratiques tournent autour d'un problème d'affirmation de soi : d'une part chez les personnes qui manquent de confiance en elles, et d'autre part chez celles qui désirent ancrer leur appartenance à un certain groupe, comme cela a toujours été le cas au sein des tribus du Tiers-Monde. C'est en quelque sorte une façon régressive de régler le problème en termes de pratiques sociales.

Les adeptes cherchent de plus en plus à expérimenter ces techniques sur des sites corporels encore jusque-là jamais « percés » : la tendance est aujourd'hui au piercing des parties du corps les plus insolites, comme les seins, les parties génitales et la cavité buccale (langue et lèvres essentiellement).

Nous nous contenterons de présenter ici les différents types de mutilations buccales réalisées au titre de la mode actuelle, et d'en illustrer quelques unes de photographies.

3.2.2.2. Le piercing buccal

Le terme piercing désigne une technique d'ornementation pratiquée au niveau de la peau ou d'une muqueuse sur toute partie du corps. Cette pratique de modification corporelle, à but essentiellement esthétique, nécessite de transpercer la zone concernée, à l'aide d'aiguilles ou de cathéters, afin d'y mettre en place de façon durable un objet (appelé généralement bijou ou « *stud* »).(**Orgelot**, 2002)

Zbinden (citée par **Koffi-Malan**, 1999) explore dans son ouvrage, en 1997, les diverses motivations qui poussent les adeptes de modifications corporelles à surmonter la douleur pour accrocher à certains de leurs organes un bijou, un fétiche, ou tout autre objet. Pour elle, c'est le manque de valeurs spirituelles et de repères qui pousse la société contemporaine à s'inventer ces « rites de passage ».

En effet, les périodes marquantes de la vie sont banalisées : la naissance, la mort ne donnent plus lieu à des rituels, d'où le besoin pour l'homme de ces « rites de passage », pour tenter de contrôler son existence. De même, la perte de repères initiatiques pousse le jeune à « s'auto-initier » : en soumettant son corps à de telles épreuves physiques, il s'en sort aguerri.

Selon les psychiatres, le corps est un moyen privilégié d'expression des conflits, notamment lors de l'adolescence. Les sentiments de honte, de culpabilité et de rage conduisent l'adolescent à se maltraiter pour essayer de se maîtriser, par différents moyens, comme toutes ces pratiques de mode (piercing, tatouage), ou encore certains troubles du comportement (addictions, anorexie, etc.), qui sont l'expression corporelle d'un mal-être certain.

Dans les sociétés extra-européennes, le corps est compris comme un lieu magique. Les blessures qu'on lui inflige sont symboliques et recouvrent parfois une multiplicité de sens. C'est en inscrivant des marques dans la chair qu'on tire la personne de son anonymat, pour la faire accéder à la culture. Les religions monothéistes proscrivent ces marques. En Occident, les tatouages et les piercings ont ainsi longtemps été relégués aux marges de la société. Ils exprimaient une révolte, un rejet des valeurs dominantes.

Comme le démontre Asimov dans son *Cycle de fondation*, les marges reviennent toujours au centre. C'est donc sur ce principe de dynamique sociale que les piercings sont réapparus dans nos sociétés : les marins, les individus liés à certaines cultures musicales comme les punks, les homosexuels, etc. Puis le sens de ces signes a évolué : on oublie peu à peu que l'anneau à l'oreille droite est signe d'homosexualité, ou encore que la boucle dans le nez est la marque des filles « légères ».

Ainsi, la population adepte du piercing comprend plusieurs tendances, qui peuvent être résumées de la façon suivante :

- Certains n'y voient qu'une coquetterie supplémentaire, ou une simple pratique sociale qui s'exprime le plus souvent assez sobrement, sous forme d'un brillant dans l'aile narinaire, ou le pavillon de l'oreille. Parfois, associée à la recherche de la beauté, la motivation peut aller vers d'avantage d'érotisme.

- Pour d'autres, il s'agit d'une forme de contestation, qui passe par l'agression de son propre corps.

- Certains y trouveraient un plaisir sexuel, ce qui n'est pas si surprenant tant il est vrai que la sexualité humaine peut être vécue sous les formes les plus complexes.

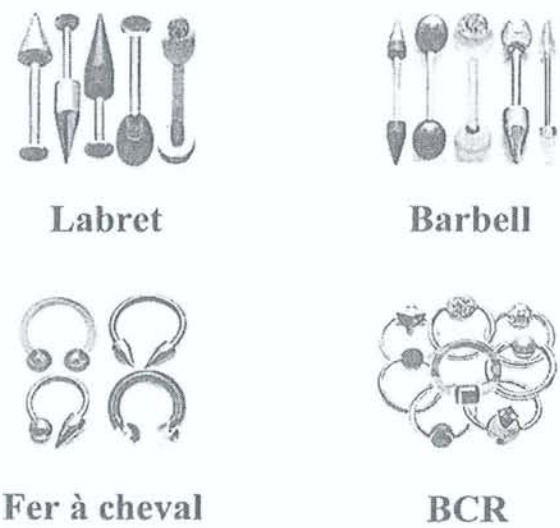
- Il peut s'agir en même temps de recréer un lien social au sein de groupes par l'existence d'un rite initiatique (le « premier » piercing), et l'adoption d'un message symbolique dans une société où subsiste le goût à la recherche d'une certaine liberté formelle, de l'éclectisme et de la fantaisie.

- Enfin pour une minorité pratiquant le piercing à outrance, cette pratique est à rapprocher de l'automutilation, comme moyen d'apaisement des sentiments de rejet et de culpabilité, de l'angoisse, ou d'éventuels symptômes post-traumatiques.(**Orgelot**, 2002)

Il existe différents types de piercings buccaux actuellement à la mode. Le piercing de la langue est en général effectué verticalement sur le sillon médian, mais les cotés de la langue peuvent également être percés. Ce type de perforation ne peut être pratiqué que sur une langue suffisamment longue, avec un frein peu développé. Le bijou utilisé est appelé « *barbell* », qui signifie en français « haltère ».

Le pourtour des lèvres peut également être percé ; le piercing des joues est par extension appelé lui aussi piercing labial. Certains endroits portent des noms particuliers : par exemple, le labret est une perforation pratiquée sous la lèvre inférieure (par référence au labret utilisé de façon rituelle dans certaines tribus), et peut être occupé par un anneau ou un « *labret stud* ». Le Mouche ou Madonna est un piercing effectué au-dessus de la lèvre, afin de donner l'illusion d'une mouche : on y place aussi un « *labret stud* ». Enfin, on loge également ce type de bijou dans une perforation réalisée au-dessus des lèvres, sous le nez, et appelée Medusa.

Les principaux types de bijoux utilisés pour le piercing buccal sont présentés par l'illustration suivante :



- Le « ***barbell*** » est une barre, fermée par une boule vissée à chaque extrémité ;
- Le **BCR** (« ***Ball Closure Ring*** ») est l'anneau de piercing standard, fermé par une boule clippée ;
- Le **fer à cheval** (ou « ***circular barbell*** ») est un bijou en forme de fer à cheval, fermé par deux boules vissées ;
- Le « ***labret stud*** » est une sorte de « *barbell* », avec un disque à la place de l'une des boules.

Les quatre photographies suivantes nous montrent les différentes formes que peut prendre le piercing en bouche (**Orgelot**, 2002) :

Piercing lingual simple

Piercing lingual multiple

Piercing labial multiple

Piercing labial, associé au piercing du septum nasal et du cou

3.2.2.3. Le « *do it yourself fashion* », ou la mode du « fait par soi-même » : la langue fendue (« *cosmetic tongue split* »)

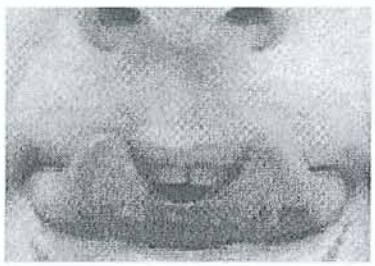
La scission cosmétique et intentionnelle de la langue est un courant de mode relativement récent. Dans cette procédure, la pointe de la langue est taillée dans le sens de la longueur, le long de la ligne médiane, de façon à séparer la langue en deux parties, qui sont ensuite cautérisées au niveau des plaies à vif, afin d'éviter leur fusion à nouveau.(**Bressmann**, 2004)

Plusieurs cas de « *tongue split* » ont été recensés et diffusés sur Internet, dont celui très médiatisé de « l'homme lézard », présentant également d'autres modifications corporelles, toutes plus surprenantes et audacieuses les unes que les

autres : piercings et tatouages à outrance, sur l'ensemble du corps, insertion sous-cutanée de corps étrangers (boules métalliques semble-t-il), etc.

La procédure est cependant quelque peu innovante par rapport au piercing, puisque les adeptes semblent préférer « s'opérer » eux-mêmes : techniquement, l'acte est réalisable sans l'intervention d'une autre personne, la maîtrise de son propre corps est ainsi à son comble. De ce fait, l'individu regagne progressivement confiance en lui et retrouve une certaine estime de sa propre personne. Mais les épreuves qu'il connaîtra au cours de sa vie (comme tout un chacun) et qui remettront en question cette estime l'inciteront à renouveler ces pratiques : la surenchère de confiance qu'il gagnera à chaque fois entretiendra de la sorte le phénomène, qui finira par devenir compulsif.

Nous pouvons observer sur la photographie suivante, une vue de face de langue fendue, chez un homme de 33 ans :



Toutes ces techniques de modifications corporelles semblent devenir de plus en plus populaires dans nos sociétés, il est donc aujourd'hui impératif que les praticiens tels que les chirurgiens-dentistes, les chirurgiens oraux et maxillo-faciaux, mais aussi les oto-rhino-laryngologistes, se penchent sur les troubles fonctionnels et séquelles d'une telle pratique. Nous verrons en deuxième partie l'étude d'un cas clinique, ainsi que les conséquences de ce type d'automutilation.

3.2.2.4. Les modifications de la forme des dents

Hauchmann-Delacretaz (1988) (cité par **Orgelot**, 2002) parle d'une mutilation par limage des dents, opérée sur un chef d'état.

Cet homme politique célèbre devenu Président de la République, était porteur, au maxillaire supérieur, de deux longues canines, qui conféraient à son visage, lorsqu'il les découvrait en souriant, un aspect inquiétant, quelque peu carnassier.

La photographie suivante nous rend compte de cet aspect :

Ces caractéristiques ne l'ont nullement gêné au cours de sa carrière, tant qu'il s'agissait de conquérir le pouvoir et de combattre des adversaires.

Mais le moment arriva où il fallut aussi plaire et séduire pour s'attirer la sympathie du plus grand nombre possible d'électeurs et d'électrices. Quand s'amorça la dernière campagne qui le ferait apparaître sur les écrans de télévision face à son concurrent, l'expert en publicité, responsable de toute l'opération promotionnelle fit comprendre à son client que sa denture agressive le desservait et qu'il fallait limer ses deux canines redoutables, afin de conférer à sa physionomie un aspect rassurant et à son sourire sa fonction séductrice. L'opération dentaire réussit, et l'opération politique aussi.

3.2.2.5. Les recouvrements dentaires et autres actes mutilants à finalité cosmétique

3.2.2.5.1. Le blanchiment dentaire

Actuellement, on assiste à un véritable essor des produits de blanchiment, ou plus exactement d'éclaircissement dentaire. Au départ à usage exclusivement professionnel, les kits de blanchiment se trouvent aujourd'hui de plus en plus en vente libre, dans le commerce.

En général composés à base de peroxyde d'hydrogène (H_2O_2), tous ces produits agissent sur l'émail dentaire et la dentine sous-jacente par un principe de « décoloration » des pigments naturels. Leur vente, qu'elle soit professionnelle ou publique, impose, pour l'autorisation de mise sur le marché, le respect d'un pourcentage maximal en H_2O_2. Si ces dosages, ainsi que les protocoles d'utilisation, sont bien respectés, la pratique du blanchiment dentaire est pour ainsi dire quasiment inoffensive pour les dents, mise à part peut-être l'apparition de quelques réactions d'hypersensibilité dentaire. On ne peut alors ni parler de mutilation, ni d'automutilation, tant les effets nocifs sont minimes.

Par contre, certains individus, pour la plupart mal informés, ont trouvé des techniques de blanchiment dentaire « personnalisées », et moins coûteuses que celles proposées par les chirurgiens-dentistes, mais ô combien plus mutilantes ! Nous citerons quelques exemples de cas rapportés par des patients :

- L'utilisation de bicarbonate de soude en guise de dentifrice est très à la mode. Cette pratique tri-quotidienne est très utilisée par les femmes, et se répand de bouche à oreille, parce qu'elle est en effet très efficace pour éclaircir les dents. Le mécanisme est simple : par abrasion, le bicarbonate de soude va en quelque sorte poncer et éliminer la couche superficielle de l'émail, naturellement plus teintée (car exposée au fil du temps aux pigments alimentaires) que la couche profonde : l'effet obtenu est comparable à celui du passage d'une éponge « scotch-brite » sur la peinture de carrosserie d'une voiture. La plupart du temps, les gens ne sont pas conscients de ce mécanisme d'action, et s'en tiennent au résultat, qui finalement leur convient : leurs dents sont bien lisses et plus « blanches ». Mais bien souvent, ils finissent par cesser d'eux-mêmes cette pratique, car la réduction de l'épaisseur d'émail induite, et surtout l'hypersensibilité dentaire qui s'en suit inéluctablement, les incitent à espacer de plus en plus les brossages au bicarbonate, si bien qu'ils en perdent l'habitude.

- L'utilisation de liquides acides comme du vinaigre, ou du jus de citron en guise de bains de bouche ou appliqués sur la brosse à dents est tout aussi fréquente, et tout aussi nocive pour les dents. Le principe est légèrement différent : l'émail est « attaqué » par l'acidité, par un phénomène d'érosion. Mais les conséquences sont similaires : l'émail perd sa couche superficielle, et devient plus sensible, aux chocs, aux variations thermiques, etc.

- Enfin, certains, en rapport avec le milieu pharmaceutique, se procurent du peroxyde d'hydrogène fortement concentré et réalisent eux-mêmes l'application, sans prendre les précautions nécessaires (comme la protection des gencives), pour blanchir leurs dents : en général, ce sont des personnes conscientes des risques de toxicité de ce produit à trop forte concentration pour les dents (risque de nécrose), pour les gencives (dépigmentation muqueuse) et pour l'organisme en général (par absorption per-muqueuse, ou même par ingestion accidentelle). Mais les bénéfices esthétiques sont parfois à ce « prix », même s'il s'agit de sa propre santé.

3.2.2.5.2. Les recouvrements dentaires
(**Orgelot**, 2002)

- <u>Les recouvrements en or traditionnels</u>

Les couronnes en or que les Nord-africains, même vivant en Europe, se font poser sur les dents saines du groupe incisivo-canin maxillaire, comme signes extérieurs de richesse, sont une forme de mutilation (ou automutilation, puisqu'ils en sont les demandeurs), dans la mesure où cela nécessite de tailler la dent pour lui substituer une coiffe de recouvrement. Au Moyen-Orient,

certains hommes d'affaires font réaliser ce type de travaux sur l'ensemble de leur denture.

Les mutilations par recouvrement sont essentiellement une pratique religieuse : c'est à l'origine une coutume musulmane, qui s'est propagée avec l'expansion de l'Islam. Au Moyen-Orient, encore aujourd'hui, on assiste à une véritable industrie des couronnes « religieuses ». Deux récits donnent une explication de cette pratique chez les musulmans. Dans la première, le prophète Mahomet aurait eu une dent cassée au cours d'une guerre sainte, et un bijoutier la lui aurait remplacée par une « dent en or ». Dans la seconde version, ce serait au cours du Tawaf, circuit rituel que doit parcourir tout pèlerin de la Mecque autour du Kaba (la grande mosquée), que le prophète se serait cassé une dent en tombant sur une pierre. Un bijoutier à proximité se serait proposé de la lui réparer en utilisant une couronne en or.

A l'origine attributs du pèlerin revenant de la Mecque, les couronnes en or ont ensuite progressivement intéressé les femmes. Selon Fabiani, le goût pour l'ornement dentaire est beaucoup plus prononcé chez les femmes que chez les hommes.

Les couronnes artisanales sont réalisées sur des dents saines ; paradoxalement, la dent voisine peut être abîmée (par la carie par exemple), sans que le sujet n'en soit préoccupé. Le côté fonctionnel de la réalisation est inexistant. La taille est grossière, la mise en place se fait en force, et il n'y a pas de réduction de hauteur. Ces couronnes en or (14 ou 18 carats) sont placées sur les dents découvertes par le sourire, c'est-à-dire les incisives, canines et prémolaires supérieures ou inférieures : uniques, doubles ou intercalées, elles sont presque toujours asymétriques, pour plus de mise en valeur. Au Moyen-Orient, la dent est taillée sommairement par un bijoutier, puis, la couronne qui est fabriquée en série, est insérée en bouche, rappelant vaguement l'anatomie de la dent concernée.

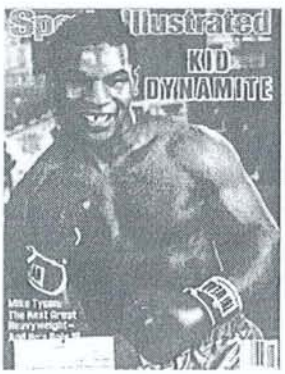
Il existe également des recouvrements dentaires par facettes en or : ce sont des coques métalliques, qui viennent recouvrir la face vestibulaire des incisives supérieures ou inférieures, en se prolongeant par quatre extrémités plaquées et serrées sur la face palatine. La taille de la dent, étant réalisée uniquement aux dépens de la face vestibulaire, est ainsi un peu moins mutilante que lors de la réalisation des couronnes ; mais chez les sujets jeunes, une dent saine taillée, même simplement en vestibulaire, peut souffrir et se nécroser, compte tenu du volume pulpaire habituellement plus important aux jeunes âges.

- <u>Les recouvrements en or modernes</u>

Recherché le plus souvent comme une alternative à la céramique et au métal non précieux, l'usage de l'or a été valorisé par la jeunesse noire américaine, qui lui a conféré un statut symbolique. Cette pratique permet de refléter le rang social et la richesse personnelle du porteur de ce « bijou » : plus le nombre de recouvrements est important et visible, plus la personne représente un rôle influent dans son entourage. Elle devient alors un effet de

mode dans le milieu artistique où tout est bon pour être remarqué, et le plus médiatique possible.

Par exemple, le boxeur célèbre Mike Tyson, s'est illustré par son agressivité sur les rings et ses résultats sportifs, mais aussi par une de ses incisives centrales supérieures, qui fut « reconstruite » en or, suite à sa fracture lors d'un combat, comme nous le montre la photographie suivante, issue d'une couverture de magazine :



Enfin, en dehors du monde du show-biz et de ses idoles, il est vrai que dans nos sociétés, la tendance est plutôt à la discrétion et au naturel, et, outre les raisons financières, la céramique est majoritairement choisie pour la restauration des dents antérieures.

La taille des dents vivantes à finalité cosmétique, a toujours posé de véritables soucis d'éthique. En effet, la chirurgie dentaire est avant tout une profession médicale, et le côté esthétique devrait théoriquement passer après le côté thérapeutique. Surtout lorsqu'il s'agit de « sacrifier » des dents saines dans un but esthétique : nous avons tous à l'esprit la polémique qui est née du principe de la taille de dents vivantes pour la réalisation de bridges.

D'un côté, les conservateurs mettent en avant l'aspect délabrant et irréversible de cette technique, et de l'autre, les chirurgiens-dentistes qui pratiquent cette technique prônent l'incomparable confort, l'esthétique et la fonctionnalité ainsi procurés. Il a été démontré que la prothèse adjointe pour le remplacement des dents manquantes compromettait la survie des dents restantes sur l'arcade, beaucoup plus que la prothèse conjointe, notamment sous forme de bridge. Lorsque cela est possible, et dans la mesure où les dents restantes pourraient être conservées plus longtemps, la taille de celles qui bordent l'édentement en question, mêmes saines, n'en vaut-elle pas la peine ? De même, la pose d'un implant pour le remplacement d'une dent perdue, nécessite une intervention chirurgicale, avec forage osseux (d'où une perte d'os, minime, mais inévitable) : n'est-ce-pas tout aussi mutilant que la taille de dents pour la réalisation d'un bridge ? Il est difficile d'en juger : la technique n'étant aucunement interdite, il convient au praticien d'en juger lui-même l'utilité, d'en évaluer le bénéfice, en accord avec son patient, et surtout, d'être en mesure d'estimer en toute objectivité, où s'arrête l'embellissement et où commence la mutilation.

3.2.2.5.3. Les incrustations sur dents vivantes
(**Orgelot**, 2002)

En 1938, un jeune étudiant péruvien faisant des études de chirurgie dentaire à Paris, s'est inquiété de savoir comment procéder pour encastrer un brillant dans une incisive vivante car, disait-il, une fois revenu dans son pays, il serait susceptible de réaliser cette « œuvre d'art » chez quelques femmes de la haute société, désireuses d'illuminer leur sourire.

Hauchmann-Delacretaz, dans un article publié en 1988, affirme que des joueurs reconnus de basket-ball américains, ainsi que le golfeur Calvin Peete, s'étaient faits incruster des diamants dans leurs incisives. Le chanteur Mike Jagger, s'était fait également incruster des émeraudes entre les incisives, mais a été contraint de les faire retirer, à cause du rendu peu esthétique (celles-ci étant confondues avec des morceaux de salade verte).

Hormis ces cas exceptionnels, la mutilation par incrustation sur dents vivantes dans la civilisation occidentale n'a plus lieu d'être, grâce à l'apparition de techniques au rendu tout aussi esthétique, et beaucoup moins mutilantes, comme l'utilisation des bijoux dentaires collés, tels que les « Twinkles » (petits motifs en or), les « Skyces » (petites pierres de cristal), ou encore les tatouages dentaires temporaires.

3.2.2.5.4. Des couronnes en céramique bien particulières

Guilloux (2000) (cité par **Orgelot** en 2002) signale le cas d'une jeune américaine vouant un véritable culte à Dracula. Son désir de ressembler à un vampire était si ardent, qu'elle réussit à convaincre son chirurgien-dentiste de lui poser sur ses canines des couronnes en céramique ayant une forme exagérément pointue. Les tissus dentaires ont ainsi été taillés, dans un but n'ayant aucune justification thérapeutique : il s'agit là d'une mutilation à part entière, qui va contre toutes les données acquises de la science.

La photographie suivante nous montre le résultat obtenu chez cette « patiente » :

3.2.2.6. Les avulsions intentionnelles actuelles

Certaines stars hollywoodiennes, sur le conseil de leurs managers et la pression du star-business, pouvaient se faire extraire les dents de sagesse, ou parfois même les molaires, si cela s'avérait nécessaire. En effet, les canons de la beauté féminine exigent parfois que les joues soient creuses, les pommettes saillantes, et les lèvres pulpeuses, afin de faire partie du cercle des « femmes fatales », ce qui fut le cas pour Marlène Dietrich.

Cet acte s'apparente sans aucun doute à une mutilation volontaire (ou même d'automutilation) ; certains chirurgiens-dentistes peu scrupuleux sont prêts à effectuer ces actes, moyennant finances. Cette technique semble très marginale, et est passible en France d'une action pénale.

Il est en effet difficile de connaître l'importance de cette technique dans la société actuelle, étant donné le silence qui l'entoure, et ce, pour deux raisons majeures : tout d'abord, le praticien n'a aucun intérêt à l'ébruiter, en particulier déontologiquement et judiciairement ; et ensuite, il est bien connu qu'en plus du fait qu'il faille souffrir pour être belle, les femmes fatales ont tendance à garder pour elles leurs secrets de beauté.(**Orgelot**, 2002)

3.3. Parafonctions et automutilation

3.3.1. Présentation des parafonctions (auteurs cités par **Vilmus**, 1997)

Si l'on s'attache à la construction étymologique du mot, les parafonctions peuvent se définir comme étant tout ce qui a un point commun, mais qui ne participe pas à la fonction.

Le Dr Drum (1942), désigne lui, sous le terme de parafonctions, « les habitudes provoquant des contacts dentaires autrement que lors de la mastication et de la déglutition ».

Pour le psychiatre allemand, le Dr Wernicke (1975), « les parafonctions sont des mouvements de certains groupes de muscles se déroulant typiquement, plus ou moins fréquemment et se répétant longuement. Ces groupes de muscles n'exercent plus de fonction physiologique, le processus se déroule inconsciemment, il est soustrait au « *self-control* » du malade, ce qui fait que certains organismes de régulation tels que la douleur n'interviennent pas ».

Le Dr Corraze (1981), pour sa part, donne une définition commune aux tics, stéréotypies motrices et parafonctions : « il s'agit de mouvements dépourvus de finalité fonctionnelle manifeste, répétitifs et échappant au contrôle du sujet ».

Le Dr **Ruel-Kellermann** (1983) propose quant à elle, une définition assez proche : « les parafonctions sont des conduites, des activités ou des habitudes orales qui ne correspondent pas à un but précis de succion, de mastication, de déglutition, ou de communication, c'est-à-dire lié à des actes nécessaires à la vie ».

Comme le notent le Dr Pourre et ses collaborateurs (1986), il convient de définir plus précisément chacun de ces termes :

- « Le tic est soudain, rapide et ne met en jeu qu'un groupe restreint de muscles. Il existe ainsi des tics de la face (paupière, menton, lèvre), du cou, des épaules et des tics respiratoires ».

- « Les stéréotypies motrices comportent des mouvements plus complexes que les tics, et dont l'exécution est relativement longue. Elles possèdent parfois un caractère rythmé comme le grincement nocturne ; de plus, certaines d'entres elles apparaissent la nuit, alors que le tic est toujours diurne. Elles mettent souvent en jeu deux segments corporels, ou se traduisent par des manipulations du milieu : par exemple, les deux arcades dentaires dans le cas du bruxisme, la dent et l'ongle dans le cas de l'onychophagie,... ».

Enfin, pour le Dr **Rozencweig** (1994), « les tics sont des gestes qui parlent un langage, ces symboles sont l'expression de l'angoisse, ils nous révèlent une part intime de l'individu ».

Et puisque la définition des parafonctions découle de celle de la fonction, voici très brièvement quelles sont les fonctions buccales motrices :

- La mastication

C'est l'acte de broyer des aliments. Elle commence par un mouvement volontaire pour introduire les aliments dans la cavité buccale et se poursuit par des mouvements automatiques assurant la fragmentation des aliments : le système propriocepteur arrête les contractions musculaires dès que les arcades entrent en contact (ce qui n'est pas le cas pour les parafonctions).

- La déglutition

Elle se produit « à vide », ou lors du passage d'aliments liquides ou solides de la bouche vers l'œsophage. Il se produit alors un contact inter-arcade bref et léger (contraction des muscles masséters, ptérygoïdiens internes et temporaux).

- La phonation

Il s'agit de la production et de l'émission de sons et paroles. Il n'existe, entre autres, aucun contact dento-dentaire dans l'articulation de la langue française.

- Le bâillement

Il s'accompagne d'une intense ouverture mandibulaire. Sa finalité reste un mystère.

- La toux, la respiration, le sourire font aussi partie des fonctions de l'appareil manducateur.

Slavicek (1994) considère ironiquement une dernière fonction de l'appareil manducateur, puisqu'il estime que « la parafonction peut avoir pour rôle de décharger sur les dents la pression psychologique du sujet, représentant ainsi un moyen de défense de l'organisme. Ainsi, on reconnaît à l'occlusion, une nouvelle fonction, celle d'**organe de décharge du stress** ».

A la limite entre le comportement physiologique et pathologique, les parafonctions occlusales peuvent perturber le fonctionnement harmonieux de l'appareil manducateur ; c'est pourquoi elles sont souvent associées au terme d'ADAM (Algo-Dysfonction de l'Appareil Manducateur).

De Laat (1989) argumente en disant que « l'origine principale de la plupart des désordres crânio-mandibulaires se situe dans la fonction, ou plus exactement dans la parafonction, exprimée par des tics ou habitudes vicieuses, et par le bruxisme ». Nous reverrons un peu plus tard, dans une partie consacrée au stress, de plus amples détails sur le bruxisme.

3.3.2. Origine psychomotrice des tics oraux (**Geny**, 1985)

3.3.2.1. Notion de réflexe inconditionné

Un acte moteur volontaire se schématise de la manière suivante : des impulsions, provenant du système nerveux central, sont envoyées aux muscles. Puis, les fibres nerveuses amènent ces impulsions au niveau de la plaque motrice, située au cœur du muscle en question, ce qui se traduit par une réaction de contraction de ce muscle.

L'être humain a, à sa disposition, un certain nombre de circuits moteurs innés, grâce auxquels il peut réaliser de grandes fonctions biologiques nécessaires à sa survie.

Nous pouvons ainsi parler de réflexes, bien qu'il existe toujours un contrôle cortical, à l'inverse du réflexe médullaire involontaire.

3.3.2.2. Automatisation d'un acte moteur

Un acte moteur volontaire est organisé au niveau du télencéphale. Mais si cet acte se répète fréquemment, son contrôle se sous-corticalise. L'individu perd ainsi insensiblement le commandement de cet acte moteur.

Chez l'animal, des expériences ont démontré que la répétition d'un stimulus aboutit à une diminution progressive de l'attention portée à la réponse.

3.3.2.3. Rôle des facteurs psychoaffectifs

Pour répondre à la règle de survie, le système nerveux central a besoin de renseignements, en quantité et qualité suffisantes.

La construction du schéma oro-facial se fait sous la dépendance des informations reçues par le système nerveux central, et par la capacité de ce dernier à organiser et à structurer ces données.

Si les récepteurs locaux captent des renseignements insuffisants, ce déficit est compensé par la recherche de contacts anormaux. Le système nerveux périphérique envoie des afférences stéréotypées du genre contact lèvre-langue, langue-lèvre-doigt, etc.

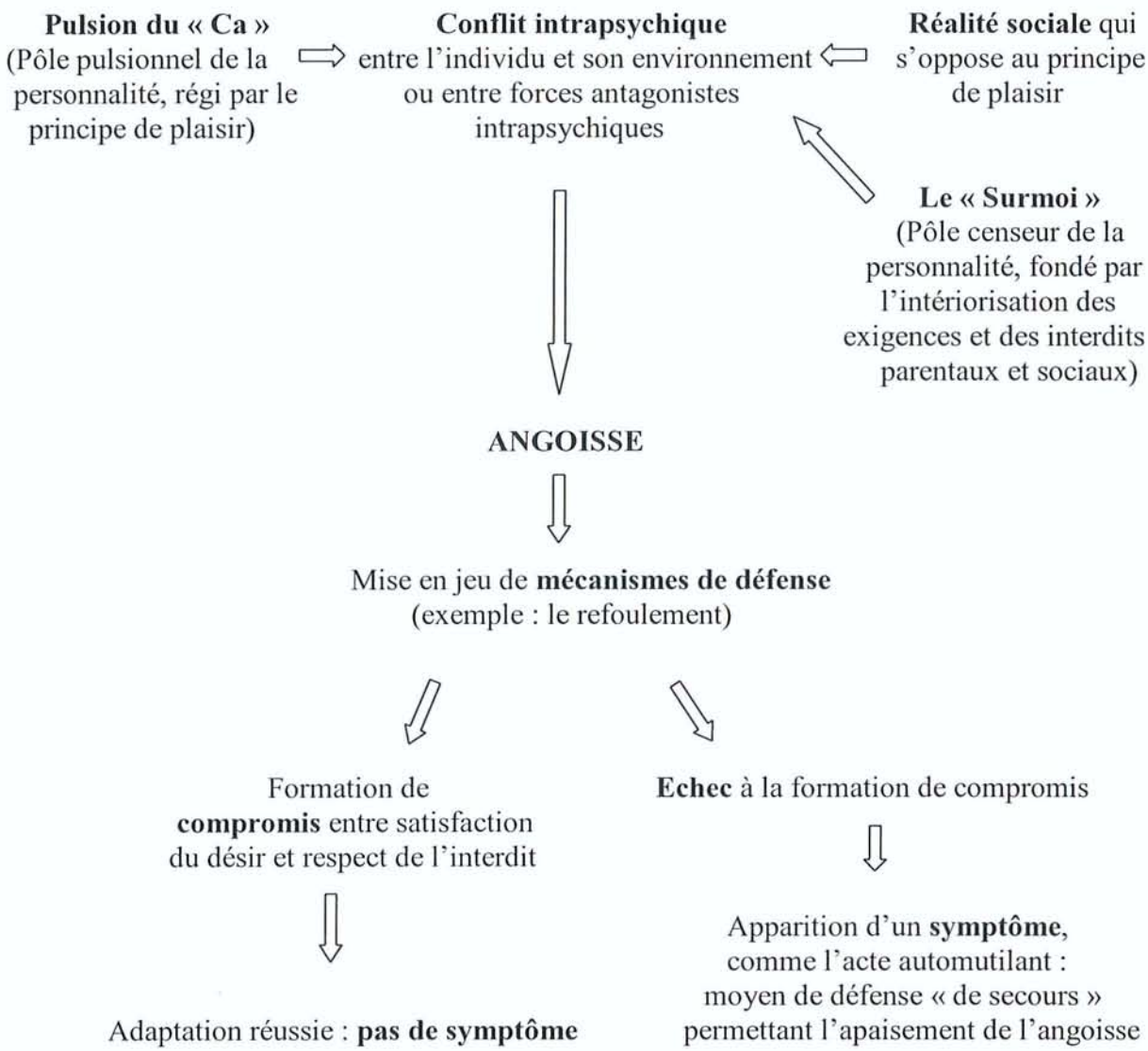
Ainsi, sitôt qu'adviennent des situations de tension, de stress, d'hésitation (souvent marquées par un profond manque de confiance en soi), ou parfois même simplement d'ennui, de solitude, chez certaines personnes prédisposées (plutôt anxieuses), le recours à la pratique de tics et parafonctions est quasiment automatique, et difficilement contrôlable.

De même lorsqu'il existe un défaut d'adaptation au milieu social, familial ou scolaire, l'individu peut voir naître chez lui, ce genre de troubles du comportement, si bénins soient-ils, sans qu'il ne puisse rien contrôler.

Nous conclurons en disant que l'existence de tics et parafontions, est souvent le premier moyen d'expression pour l'organisme d'un état tensionnel, créé par une anxiété ou une angoisse constante, ou encore par un sentiment refoulé de frustration.

L'individu pourra alors avoir recours à deux types de comportements pour apaiser cet état de tension :

- Soit, il retournera contre lui-même une agression d'abord dirigée contre le monde extérieur. Cette tension nerveuse interne non dominée se traduira par une **auto-agressivité**, le plus souvent inconsciente : l'individu développera des parafonctions, dites « auto-agressives ». Par exemple, certains grinceront des dents, se rongeront les ongles, se mordilleront les lèvres et /ou les joues… Ces comportements, ne seront bien évidemment considérés automutilants, que dans la mesure où les lésions résultantes seront relativement importantes (celles-ci seront détaillées et illustrées ultérieurement). A l'extrême, d'autres individus se laisseront totalement dominer par des pratiques relevant de l'automutilation sévère (auto-extractions dentaires, chéilophagie, etc.), ce qui est assez peu fréquent, et ne concerne en général que des personnes atteintes de psychopathologies caractérisées. Ce phénomène trouve son explication dans la **théorie psychanalytique de Freud** et peut se schématiser comme nous pouvons le voir à la page suivante :



- Soit l'individu cherchera à fuir le monde qui l'oppresse. Pour lui, le moyen d'évasion sera la « régression », qui le ramènera inconsciemment à un stade de sa petite enfance (au stade oral), et même encore plus loin, au cours de « sa » vie fœtale, où il n'avait ni obligation, ni contrainte, et où il vivait en parfaite symbiose avec sa mère (nous reviendrons en détails sur ce processus dans le paragraphe suivant, sur la signification des tics oraux archaïques). L'individu adoptera alors facilement toutes sortes de tics oraux et parafonctions, basés sur le processus de succion, comme la succion du pouce, des lèvres, ou de tout autre objet (crayon, pipe, branche de lunettes, mèche de cheveux, etc.). Ces types de comportements, contrairement à ceux définis ci-dessus, ne sont pas basés sur un mécanisme d'auto-agressivité : on parle alors de conduites auto-érotiques apaisantes, c'est-à-dire **« non agressives »**. Malgré cela, et sans que l'individu n'en ait conscience, les conséquences peuvent être sérieuses : elles seront le plus souvent d'ordre morphologique, avec une gravité somme toute relative, mais dans lequel cas il serait excessif de parler d'automutilation. Rappelons enfin que ces comportements auto-érotiques sont tout à fait normaux chez l'enfant jusqu'à 6 ans : ils lui sont indispensables pour

s'autonomiser progressivement. Ils ne seront considérés comme parafonctionnels que s'ils perdurent au-delà de l'âge de 6 ans.

Ainsi, étant donné l'évolution de la vie moderne, les gens sont soumis aujourd'hui à une tension nerveuse et psychique beaucoup plus importante que par le passé. Le mécanisme des tics et parafonctions - qu'il soit actif (auto-agressivité) ou passif (régression) - étant extrêmement dépendant de l'état de tension et de stress, il n'est pas surprenant de voir au fil des générations ces « déviations » du comportement concerner de plus en plus de monde, et prendre des formes variées, parfois même insoupçonnables. Plus les pulsions sont profondes, plus la ténacité de ces habitudes est grande, et comme nous le verrons dans la partie qui traite des différentes thérapeutiques, l'éradication de ces comportements parasites, même avec une aide extérieure, s'apparente à un véritable combat.

Il semblerait même que ces comportements, qui sont des mécanismes symptomatiques de défense contre l'angoisse, en autorisant une décharge progressive des tensions internes de l'individu sur lui-même, permettent une sorte d'apaisement du « centre conflictuel », et évitent ainsi certaines décompensations psychiatriques de la personnalité, ou encore des accès agressifs envers les autres.

3.3.3. Signification des tics oraux « archaïques » (**Margaillan-Fiammengo**, 1975)

Les réflexes innés de succion et de déglutition s'élaborent très précocement, dès la vie intra-utérine. Vers le quatrième mois, le fœtus déglutit le liquide amniotique et des ondes péristaltiques parcourent son tube digestif, en même temps que se dessinent les mouvements spontanés des membres antérieurs : la main s'ouvre et se ferme, et le pouce se mobilise de façon autonome. Aux environs de la 18ème semaine, le fœtus, le coude levé et écarté, peut « happer » son pouce et le sucer, même si cela se produit de manière inopinée. Un mouvement de fléchissement du cou est observé dans le même moment.

Ainsi très précocement élaborés pendant la vie fœtale, la succion-déglutition et les comportements qui lui sont liés, débouchent sur les schèmes réflexes qui, à la naissance, permettront à l'enfant de se nourrir et de survivre.

On considère comme important que les processus évolutifs de la vie fœtale, où s'affermissent les patterns neuromusculaires qui convergent vers le comportement de succion, se développent dans le calme remous des mouvements maternels (qui activent la croissance) et dans la plénitude de la symbiose mère-enfant. Le réflexe inné de succion, l'un des réflexes primaires les plus élaborés, se construit au cœur d'un univers sans heurt, dans un état de complétude et de satisfaction qui restera engrammé dans la profondeur des premiers circuits mnésiques.

A la naissance, et dans la toute première enfance, le satisfaction s'épanouit dans une relation maternelle très étroite, où le besoin de nourriture et de contact affectif se condense et s'assouvit dans la tétée.

L'interdépendance mère-enfant, normale dans les premiers mois de la vie, demeure une des caractéristiques majeures de la vie relationnelle de l'enfant « tiqueur » qui reste viscéralement lié à sa mère. Les travaux du Dr **Margaillan-Fiammengo** ont mis en relief, d'une part la relation privilégiée que l'enfant suceur noue avec sa mère, dont il attend une tendre sollicitude et une disponibilité absolue...et d'autre part son attachement têtu à son statut d'enfant qui le dispense de choisir, de s'engager, de décider en petit être responsable et peut-être tout simplement d'agir... Souvent intelligent, toujours intuitif, le « tiqueur » est émotif et vulnérable. De puissantes inhibitions, nées peut-être de « dressages » trop précoces (en particulier, le « dressage » à la propreté), ou encore d'un sevrage trop brutal, limitent souvent l'ampleur des réactions et masquent l'effervescence émotionnelle.

Ainsi, la persistance d'un tic de succion, tout au long de l'enfance, de l'adolescence, et même à l'âge adulte, peut être perçue comme moyen de substitution du sein maternel, sorte de besoin refoulé qui refait surface à certains moments où l'individu éprouve des difficultés d'adaptation : ces instants de tension font naître en lui un besoin d'évasion, si rapidement assouvi par le recours au tic, qui lui permet ainsi de « retrouver » l'état de complète sérénité qu'il connaissait avant le sevrage.

Et l'auteur ajoute : « Dépendance, souci de plaire, crainte du jugement expriment sur différents modes l'anxiété de l'individu tiqueur oral, et c'est vraisemblablement pour conjurer le malaise diffus d'une angoisse sous-jacente, qu'intervient le rôle du tic. Par la succion (celle du pouce étant la plus fréquente), le « tiqueur » oral évite, quelque part, l'enchaînement de processus névrotiques, et l'on a pu dire que le tic était pour l'enfant, puis pour l'adulte qu'il deviendra, une sorte de « garde-fou » », comme nous l'avons déjà évoqué précédemment. Cependant, même si cette hypothèse comporte tout ce qu'il y a de plus plausible, nous nous réserverons tout de même une certaine prudence quant à cette perspective.

On considère que la succion et la déglutition infantile deviennent anormales (parafonction pour la succion et dysfonction, c'est-à-dire fonction « mal utilisée » pour la déglutition), lorsqu'elles persistent au-delà de l'âge de 6 ans. Ces dernières n'entraînent pas inévitablement des troubles graves chez l'enfant, mais si le terrain s'y prête, elles peuvent favoriser le développement d'importants désordres morphologiques. On rencontre en effet aujourd'hui un trop grand nombre d'adolescents ou d'adultes, insuffisants respiratoires, hypotoniques, souvent très affectés par la dysharmonie de leur visage ou la disgrâce d'une denture bousculée par ces comportements parasites. Enfin, comme nous l'avons déjà dit, même si ces comportements ne relèvent pas d'un processus d'automutilation, il convenait tout de même d'en souligner l'existence.

3.3.4. Des auto-érotismes aux parafonctions

Suite à la définition des parafonctions qu'elle propose (citée précédemment), le Dr **Ruel-Kellermann** (1983) ajoute que « les parafonctions se caractérisent par la déviation de praxies normales ou bien encore par leur exagération ou leur distorsion ».

Ainsi :

- Les parafonctions peuvent favoriser certaines malocclusions ou dysfonctions, voire aggraver certaines malformations. En tout cas, elles contrecarrent la plupart du temps les thérapeutiques orthodontiques ou encore, celles-ci terminées, elles provoquent la récidive.

- Reliées au système neuromusculaire, les parafonctions apparaissent comme des conduites mues par une forte participation psychique et émotionnelle, conduites qui se font presque toujours à l'insu du sujet.

- Sorte de recours quasiment universels contre les vicissitudes de la vie, les parafonctions sont issues en ligne directe des auto-érotismes et en conservent le caractère compensatoire. Les **auto-érotismes** sont des comportements caractérisés par une recherche de satisfaction avec une partie de son propre corps, liée à une fonction.

Les conduites orales auto-érotiques s'étayent sur la fonction de nutrition. Elles reproduisent le plaisir de la succion en dehors de la situation alimentaire.

« Bien entendu, le fait que certains bébés naissent avec des besoins de succion plus intenses que d'autres est à prendre tout autant en compte que les modalités même de la tétée (sein - biberon - durée de la tétée). Mais ce qui importe, c'est de comprendre pourquoi ces conduites de succion auto-érotiques qui visent à reproduire le plaisir de la tétée et à halluciner la présence de la mère, et qui ont une réelle valeur apaisante, peuvent, à tout moment, devenir compulsives voire nocives et virer en parafonctions », ou même parfois en conduites automutilantes.

Et elle explique encore : « Si l'on admet que tout comportement est porteur d'une dynamique inconsciente et conflictuelle, et que les conduites sont des formes particulières du comportement, c'est-à-dire plus spécifiques à une fonction précise, on peut aisément penser que l'interaction avec la mère est de la plus haute importance dans la genèse des comportements de l'enfant. Une tentative de compréhension de ces phénomènes nous semble devoir passer par une approche psychanalytique du soubassement fantasmatique qui résonne dans tout comportement humain ».

Par ailleurs, « en dehors des auto-érotismes liés à la succion, la langue, les joues, les lèvres peuvent aussi participer aux auto-érotismes où se jouent l'attaque et la morsure ».

Pour la psychanalyste Marie Bonaparte (1952) (citée par **Ruel-Kellermann**), la distinction est claire : « les auto-érotismes de succion marquent une fixation à la phase orale passive, et les auto-érotismes agressifs par la griffe et par la dent s'originent à la phase sadique-orale. A ces derniers, elle attribue une fonction punitive, et souvent un moyen d'exprimer inconsciemment un sentiment profond de culpabilité ou de frustration : l'élément auto-punitif n'est pas rare... On grince des dents quand on voudrait mais ne peut pas mordre, ce qui n'est pas, si trop fréquemment répété, pour les dents elles-mêmes sans dommage ».

L'auteur associe l'autodestruction à la « tendance à l'autotomie biologique qui doit jouer (...) ; autotomie qui pousse les vivants à se débarrasser, fut-ce avec la partie du corps qui les porte, des tensions libidinales quand, trop intenses, elles appellent la décharge ». Et elle adopte une attitude compréhensive devant différentes formes d'auto-érotismes agressifs par la fonction sociale qu'ils remplissent : « c'est lorsque le sujet est particulièrement agacé, irrité - c'est-à-dire lorsque son agression contre quelque chose ou quelqu'un est mobilisée - qu'il se livre le plus furieusement à son auto-érotisme favori... ». « Il est commode, et au sein de nos civilisations inhibitrices et inhibées, socialement avantageux et certes moins dangereux de passer sa colère ou son mécontentement sur ses ongles ou sur les petites peaux à leur pourtour plutôt que de tuer, mutiler ou même simplement frapper, mordre ou griffer son prochain - comme font encore souvent les petits enfants ».

Elle décrit l'onychophagie comme « l'acte auto-érotique mixte par la griffe et par la dent ». « L'onychophagie réalise peut être au mieux la neutralisation de ces deux grands modes d'attaque à la fois : la dent dans son cas n'y vient-elle pas neutraliser, supprimer la griffe, épuisant dans un long et persistant effort sa propre agression ? C'est ainsi qu'un individu qui se ronge les ongles, qu'il soit enfant ou adulte, satisfait, sur un mode d'apparence certes absurde, mais pourtant réel, aux conditions de non agressivité de la civilisation ».

Elle décrit aussi les « grinceurs de dents » comme « des personnes qui, de nuit, en dormant ou somnolant, grincent des dents au point de s'user l'émail du bout des dents (et parfois même de la quasi-totalité). Il en est de même pour ceux qui le font à l'état de veille ; chez eux, ce qui se réalise est comparable, avec la dent, à ce que font avec la griffe les gens qui se tirent des morceaux d'ongle avec les ongles : ils attaquent en effet la dent avec la dent ». Puis elle évoque encore une autre variante : « ceux qui se rongent avec les dents non pas les lèvres, non pas les ongles, mais les « envies » au pourtour de ceux-ci ».

Marie Bonaparte conclut avec humour : « il vaudrait mieux, certes, trouver d'autres dérivations à nos instincts coincés, mais celles-ci ont du moins le mérite de n'être pas très dangereuses aux autres : elles ne savent que les irriter, satisfaisant par-là, à leur tour, un peu de l'agression vers l'extérieur d'où elles étaient issues ».

Ruel-Kellermann rappelle cependant pour conclure, que « lors de la relation nourricière qui est censée combler tous les besoins de l'enfant, de nombreux avatars peuvent survenir : la structure de chacun des partenaires, la mère et l'enfant, est souvent bien différente et il n'y a pas toujours adéquation entre leurs besoins, leurs désirs et leur satisfaction ».

La mère « suffisamment bonne » procure à l'enfant les satisfactions qui lui permettront de reconstituer automatiquement sa présence, en suçant son pouce par exemple. Cette activité est donc le premier aménagement de la solitude et du manque, et par conséquent aussi la toute première tentative d'autonomie. Nous n'insisterons jamais assez sur la valeur positive de l'activité auto-érotique de succion pour le développement de l'enfant, car lorsque le rapport narcissique est déficitaire, souvent lorsque la mère a été « trop bonne », ou au contraire « pas assez bonne » (ou encore lorsque le sevrage a été trop brutal, ou au contraire trop lent à s'établir), « l'enfant sera incapable de se constituer des défenses auto-érotiques et manifestera alors des tendances auto-destructrices, qui se développeront plutôt lors d'états dépressifs ».

« On peut donc dire que toute conduite orale auto-érotique détournée de sa fonction apaisante et **structurante** peut devenir parafonction ».

« Les parafonctions seraient, en quelque sorte, à mi-chemin entre les auto-érotismes réparateurs et les conduites forcenées, compulsives, autodestructrices et /ou déformantes », et ainsi, le passage de l'un à l'autre en gravité croissante, serait directement lié à la qualité de la relation mère-enfant dans les premiers mois de vie, mais également à la façon dont le sevrage est vécu par les deux « partenaires ».

« Autrement dit, les parafonctions signeraient l'installation chronique d'un auto-érotisme dominé par les pulsions agressives. De même, elles pourraient se signaler par une tendance à la répétition et la perte de toute représentation liée à ces activités ».

Enfin, « les parafonctions seraient un exutoire de la motricité, dont le soubassement conflictuel et symbolique semble échapper presque toujours à ceux qui s'y livrent ».

3.3.5. Rôle de l'enfance et de l'éducation dans l'apparition de comportements auto-agressifs

Comme nous venons de le voir, la qualité de la relation mère-enfant est prédominante pour la construction des défenses auto-érotiques de l'enfant, qui lui sont indispensables pour s'individualiser par rapport à sa mère. En cas de faille dans cette relation, celui-ci développera plus facilement (mais pas obligatoirement) des parafonctions, ou même dans le cas extrême, des conduites auto-destructrices.

Sur le même principe, une fois la petite enfance passée, l'éducation parentale va encore jouer un rôle phare dans la vie de l'enfant : elle va l'aider, en partie, à construire sa personnalité. Ainsi, en dehors de l'existence d'une véritable psychopathologie sous-jacente, certains individus peuvent présenter des troubles de la personnalité, qui sont le reflet des aléas rencontrés pendant l'enfance, notamment au niveau relationnel. L'émergence de ces personnalités pathologiques à partir de l'adolescence, peut parfois favoriser l'apparition de troubles du comportement associés, notamment à type d'automutilation.

Une éducation trop stricte, basée sur une majorité d'interdits, peut pousser l'enfant à grandir, à la fois avec une constante dépendance aux autres, mais aussi avec une certaine attirance pour les interdits, justement. Selon les psychiatres, les frustrations sont nécessaires pendant l'enfance, pour permettre la construction d'une personnalité stable, mais elles doivent être raisonnables et survenir dans les moments opportuns.

Par exemple, il a été relaté dans la littérature, le cas d'une adolescente (**Golden** et **Chosack**, 1964), qui présentait des lésions parodontales importantes, et dont les multiples examens locaux n'avaient révélé aucune spécificité. Ce n'est qu'en dernier ressort qu'on l'avait orientée en psychiatrie, pour enfin découvrir qu'elle se mutilait elle-même les gencives avec ses ongles. Les interdits qu'elle avait vécus pendant toute son enfance - et même par rapport aux questions sur la sexualité qu'elle avait pu poser, comme tout enfant, et qui étaient restées pour elle sans réponse, comme si ses parents éprouvaient une certaine pudeur à lui répondre - l'avaient amenée à se construire sur un

sentiment profond de frustration, et surtout avaient enraciné au plus profond d'elle un conflit, entre d'un côté, une certaine attirance sexuelle, et de l'autre, une crainte de rompre l'interdit. A la lueur de ces explications, ses actes d'automutilation buccale sont devenus plus facilement interprétables : l'instabilité de sa vie de famille ne permettait pas de combler ses besoins d'attention et de sympathie, et ne faisait que renforcer le sentiment profond de frustration qui régnait en elle. Ainsi, l'échec permanent d'adaptation à sa vie familiale avait fini par faire resurgir ce conflit refoulé, et l'avait amenée à rechercher en agissant de la sorte, la coexistence de deux besoins opposés : le plaisir et l'auto-punition.

A l'inverse, une éducation excessivement laxiste, ponctuée par une majorité de libertés, et très peu d'interdits, peut également pousser l'enfant à « emprunter » à ses parents leurs propres troubles de la personnalité, si légers soient-ils, et l'adolescent qu'il deviendra sera plus facilement sujet à présenter une personnalité pathologique ou encore des troubles du comportement. En effet, le cadrage aide l'enfant à lutter contre l'angoisse, car il manque tout naturellement de repères. L'enfant qui ne reçoit aucun interdit de ses parents, n'est pas en mesure ni de comprendre, ni d'accepter les contraintes qui lui seront imposées de toute façon par son environnement social, en dehors de la vie familiale. Il sera ainsi rapidement envahi par l'angoisse contre laquelle il n'aura pas les moyens de défense adéquats. C'est là où naissent la frustration et le manque de confiance en soi, qui le pousseront à différents comportements exprimant sa volonté de rébellion. Certains enfants pourront intérioriser cette colère et avoir tendance à s'automutiler, d'autres ne pourront pas retenir ces tensions, et les apaiseront en agressant leurs parents ou leurs petits camarades. D'autres enfin, pourront garder toute cette angoisse en eux pendant des années, et finiront malheureusement par la voir resurgir, plus tard, sous forme d'accès névrotique ou psychotique. Nous reverrons plus tard en détails cette dernière catégorie, dans la partie qui traite de l'origine psychopathologique de l'automutilation.

Par conséquent, que l'éducation parentale soit « trop » coercitive ou « trop » laxiste, le résultat sera le même : l'enfant ne sera pas protégé contre l'angoisse de la réalité vécue au quotidien, s'opposant au principe de plaisir. Il souffrira d'un manque de confiance et d'estime de lui-même, d'où une certaine vulnérabilité. C'est de cette façon qu'en grandissant, il cherchera ses propres moyens de défense, qui seront le plus souvent inadaptés par manque d'expérience. Faute de « force de caractère », il se laissera plus facilement influencer et tenter par des tendances sociales, telles que les toxicomanies, les piercings, etc.

Par ailleurs, certaines personnes s'automutilent, dans le seul et unique but de gagner l'attention de leurs proches : toujours sur un mode de frustration, probablement ancré depuis l'enfance, et donc lié à l'éducation, certains ont un besoin considérable que l'on s'intéresse à eux, qu'on les écoute, et qu'on s'occupe d'eux. Il s'agit d'un symptôme à visée relationnelle. Ce principe est largement rencontré chez les patients atteints de retard mental (capables d'être dans la relation à l'autre), dont le comportement est étroitement lié aux réactions de l'entourage (nous reverrons ce processus dit de « comportement appris » plus loin) ; mais pas seulement : on peut tout à fait voir naître ce genre de comportement chez des gens sans psychopathologie reconnue, notamment chez les enfants surprotégés, et /ou en manque affectif. A l'extrême, cette conduite peut devenir pathologique et prendre des formes très graves, comme nous le verrons plus tard dans la description du syndrome de Münchausen. Chez l'individu atteint d'une psychopathologie le limitant dans la relation avec autrui (patient

dans « son monde », comme le patient autiste par exemple) par contre, ce n'est pas la recherche d'attention qui motive le trouble du comportement de type parafonctionnel, mais la recherche de plaisir par auto-stimulation, au même titre que les conduites auto-érotiques, et où la bouche tient un rôle clé.

Ainsi, le mode d'éducation, essentiellement par l'intermédiaire des interdits et des libertés accordés à l'enfant, est primordial pour la construction de sa personnalité. En cas de faille, quelle qu'en soit l'origine (éducation trop stricte, ou au contraire excessivement laxiste, maltraitance,etc.), il n'est pas rare de voir apparaître des troubles du comportement « auto-agressifs » chez l'enfant, qui peuvent s'exprimer durant la période de l'enfance, ou bien être différés dans le temps et survenir à l'âge adulte dans des moments de tumulte émotionnel, comme par exemple au cours d'un déménagement, d'un divorce, ou suite à la perte d'un proche.

L'automutilation est donc un moyen d'apaiser ses tensions internes, mais également de s'auto-punir, d'alléger une culpabilité refoulée, ou bien encore d'attirer l'attention et la sympathie, chez les sujets les plus frustrés.

Par ailleurs, comme nous l'avons déjà évoqué, le fait que beaucoup de tics, parafonctions et actes d'automutilation s'expriment au niveau de la cavité buccale n'est pas le fruit d'un hasard : en effet, la bouche est porteuse d'une énorme charge connotative, à la fois faisant référence au plaisir originel de succion et de nutrition chez le petit enfant, puis au plaisir d'alimentation et de communication par l'apparition de la parole, et enfin au plaisir sexuel chez l'adulte. Il est donc tout à fait compréhensible que l'automutilation buccale soit un moyen d'exprimer une souffrance inconsciente, en rapport avec l'enfance (relation nourricière et sevrage difficiles, éducation inadéquate, choc émotionnel), ou bien avec la sexualité adulte (impuissance, frigidité, stérilité, etc.).

Enfin, même si initialement le sujet de ce travail était dévolu aux adultes, après avoir montré l'importance de l'enfance dans le comportement - que ce soit de la petite enfance où prime la relation mère-enfant, ou de l'enfance, où les deux parents vont jouer un rôle -, il est clair qu'il était indispensable d'en passer préalablement par ces quelques paragraphes.

3.3.6. Parafonctions et autodestruction du système masticateur (auteurs cités par **Jondet**, 1961)

Sigmund Freud, dans les années 1920, a élaboré de multiples théories sur l'inconscient : le sujet ne serait que très partiellement conscient de ses comportements, manifestant pour la plupart l'expression d'un conflit inconscient, comme nous l'avons déjà expliqué. Cette réalité, nous l'observons également dans le comportement du système dento-maxillaire, ainsi soumis à des troubles neuromusculaires ; elle constitue l'objet de la théorie du Dr Drum (1942) sur l'autodestruction du système masticateur et les parafonctions.

Ce système, dont nous avons vu précédemment les fonctions normales, peut, dans certaines conditions, parfois pathologiques, par suite de facteurs aigus ou chroniques, se détruire lui-même en provoquant :

- des altérations des tissus dentaires ;
- des altérations du parodonte ;
- des altérations de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM).

Citons parmi les facteurs aigus :

- les blessures accidentelles par morsure de la langue, des lèvres, des joues ;
- la luxation accidentelle de l'ATM ;
- l'ébranlement des dents lors d'une violente colère ou de grandes douleurs.

Des formes d'autodestruction chronique sont également présentées par :

- l'abrasion excessive des surfaces triturantes ;
- certains troubles de l'ATM ;
- certaines formes de parodontolyses.

On retrouve aussi des manifestations d'autodestruction dans des bouches appareillées, comme par exemple :

- des fractures de bridges, couronnes, facettes, ébranlements de dents à tenon, lorsqu'il n'y a pas de défaut technique dans ces constructions ;
- une atrophie exagérée des crêtes alvéolaires porteuses de prothèses, et la formation de crêtes flottantes.

Ces divers troubles d'autodestruction étaient, en principe, attribués à une mastication normale dans des conditions défavorables, ou à une pression masticatoire excessive dans des conditions normales.

Mais l'explication qu'en donne le Dr Drum dans ses travaux publiés depuis 1942 est autre :

« Les muscles oro-faciaux ne sont, à vrai dire, jamais au repos, même lorsqu'il n'y a pas acte de déglutition ni de mastication et, en outre, durant la mastication volontaire elle-même, ils exercent aussi des mouvements involontaires de compensation et d'adaptation. Ils sont, en plus, soumis à des anomalies de comportement et de force, ainsi qu'à des phénomènes comme la bruxomanie, le grincement des dents, la crispation musculaire, des tics variés, dont le rôle est déterminant », et que cet auteur désigne par parafonctions.

Elles se répartissent en quatre groupes : les parafonctions d'origine psychique, celles dues au stress, les parafonctions hypercompensatrices et celles d'origine professionnelle.

La plupart de ces conduites, qu'elles soient accidentelles ou non, pourront être considérées comme « autodestructrices », dans la mesure où elles induiront une perte d'intégrité tissulaire. On pourra parler dans certains cas d'automutilation, lorsqu'elles deviendront habituelles, c'est-à-dire non accidentelles, et induiront de sérieuses lésions au sein de la cavité buccale.

1) Les parafonctions d'origine psychique (ou nerveuse)

La plus connue est le grincement nocturne, particulièrement étudié par Karolyi, concitoyen et contemporain de Freud. Il explique le phénomène qui porte son nom par la réapparition, pendant le sommeil, de sentiments agressifs ou insatisfaits, refoulés le jour. Ils se traduisent par la crispation de la mâchoire, autrefois la meilleure arme de l'homme et dont la fonction, inutile à l'ère atomique, se réveille inconsciemment au cours de périodes de tension psychique.

Selon **Jondet**, lorsque ce grincement se fait durant la journée, on l'appelle **bruxomanie**. D'après lui, dans cette catégorie, peuvent se ranger les tics et habitudes nerveuses : pression de la langue contre les dents, succion des joues, des lèvres, mâchonnement d'un crayon, etc.

2) Les parafonctions dues au stress

S'il est normal de serrer les mâchoires en face d'un danger ou pendant l'effort physique, cette réaction devient extrême, en durée et en intensité, chez certains sujets. Ce sont les parafonctions qui s'observent chez le soldat au combat, le cycliste, le boxeur, l'alpiniste et autres sportifs, chez le conducteur de poids lourd, etc.

Dans ce groupe, s'incorpore aussi la pression excessive des dents lors de douleurs intenses de toute origine.

Nous reverrons encore un peu plus tard, dans un paragraphe consacré au stress, l'implication de celui-ci dans l'apparition de certains comportements d'automutilation et d'autodestruction.

3) Les parafonctions hypercompensatrices

Elles désignent les parafonctions dues à l'exagération des mouvements de contrôle et de compensation qui, normalement, collaborent à la conservation de l'articulé individuel, mais deviennent plus intenses lorsqu'ils rencontrent un obstacle.

Et ces parafonctions, comme celles d'origine psychique, s'exercent plus intensément de nuit que de jour. Elles sont cause de nos tristes mésaventures, lorsque le patient revient avec une couronne jacket « qui est restée dans le pain tendre du petit-déjeuner », parce que le patient a consciencieusement corrigé pendant son sommeil un léger défaut d'occlusion. Elles expliquent le déclenchement par exemple d'une parodontite localisée, due à une obturation débordante, car justement sur cette dent viendra s'exercer, pour l'aplanir, une pression involontaire mais continue.

Nous assistons au déclenchement de ces parafonctions lorsqu'un appareil prothétique est mal ajusté, une couronne ou un bridge imparfaitement articulés. La langue jouera continuellement avec une dent mobile, pénétrera sans arrêt dans une dent cariée, se placera toujours dans un diastème qui se crée, cherchant de manière continue et incontrôlable à explorer de nouveaux contacts, pour fournir au système nerveux central un maximum d'informations sensitives, qui lui seront indispensables pour mettre en route des moyens d'adaptation.

4) Les parafonctions d'origine professionnelle

Dans l'exercice de leur profession et dans certaines de leurs activités, les patients font parfois subir à leurs dents des surcharges inhabituelles. Par exemple, la couturière a tendance à tenir ses aiguilles entre ses dents, le cordonnier et le tapissier interposent leurs clous entre leurs dents, etc.

La fréquence de ces anomalies musculaires, qui est considérable, et le tonus qu'elles mettent en jeu, paraissent avoir été sous-estimés jusqu'à présent, parce que les mouvements qui les causent ne sont pas volontaires. L'action des parafonctions sur l'équilibre de la denture sera différente de celle qui est due à la mastication.

Pendant le travail de la mastication, le système dento-maxillaire est contrôlé et dirigé, par la douleur, qui le protège en quelque sorte contre toute surcharge ; pendant les périodes de repos, il est soumis à des phénomènes de régénération de compensation.

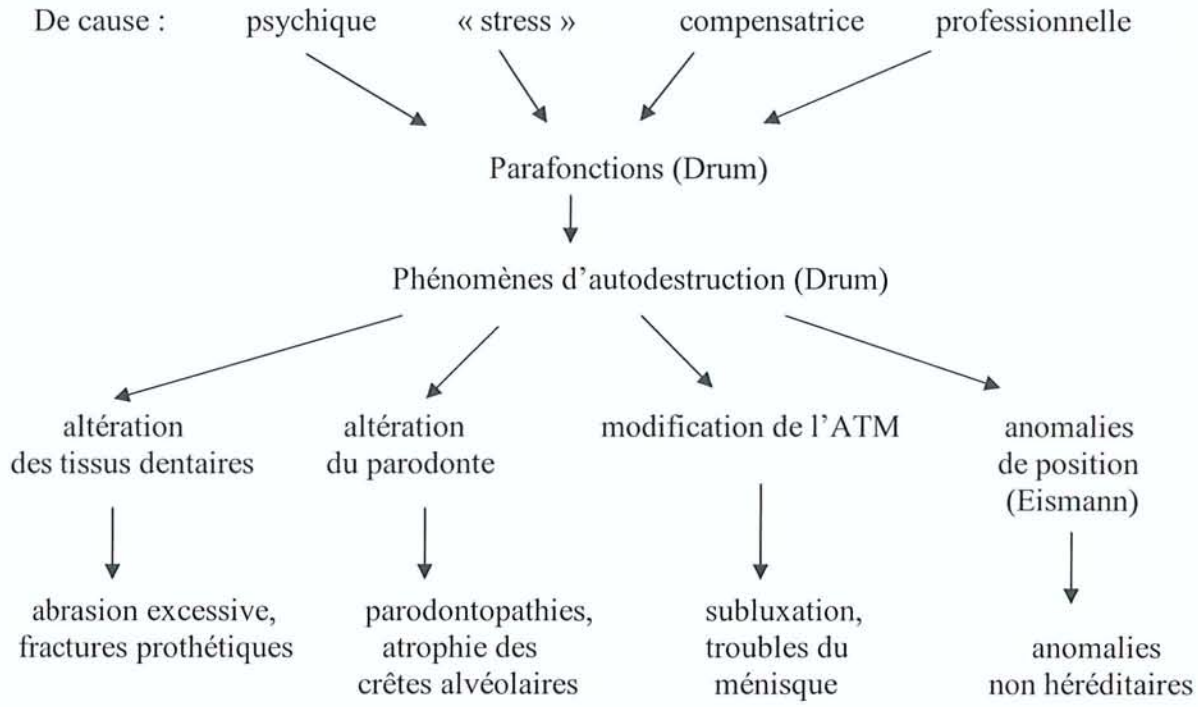
L'observation des parafonctions apprend qu'au contraire, les modalités de contrôle sont partiellement supprimées, la sensation de douleur modifiée, et les phénomènes d'adaptation interrompus par des surcharges continuelles :

- Le travail de mastication est d'une durée limitée, alors que les parafonctions s'exercent pendant des heures.

- Pendant la mastication, les aliments s'interposent entre les dents, alors que le contact est direct et plus brutal pendant les parafonctions.

- La force musculaire mise en jeu pendant la mastication est fonction du choix des aliments et de la tolérance des tissus. L'étude des résultats obtenus sur l'intensité du tonus développé par les parafonctions permet de conclure qu'elle est supérieure à l'effort nécessité par la mastication. Il en résulte que le potentiel traumatique des parafonctions est supérieur à celui de la mastication. Alors que dans cette dernière, l'usure de la dent est normale et le traumatisme accidentel, les phénomènes d'autodestruction aigus et chroniques se produisent pendant les parafonctions.

Le schéma ci-dessous résume le principe pathogénique de l'autodestruction du système masticateur d'après Drum. Nous y adjoignons l'explication des malformations maxillaires par les parafonctions, qu'Eismann (années 1950) a étendue à ce principe :



Ainsi, la théorie de Drum peut se justifier dans tous les domaines de notre pratique courante, et que ce soit en odontologie conservatrice, en prothèse, en orthopédie-dento-faciale, en parodontologie, elle permet d'expliquer et de traiter, grâce à la connaissance des parafonctions, bien des phénomènes dont le jeu nous échappe, bien des difficultés que nous rencontrons et beaucoup de nos déboires.

3.4. Classification des différentes étiologies de l'automutilation buccale considérée pathologique

Lorsqu'il existe une pathologie sous-jacente, surtout dans le domaine psychiatrique, il est souvent difficile d'estimer la part de volonté et de conscience dans les agissements du patient.

On distingue trois grandes catégories de pathologies, à l'origine de l'automutilation buccale : les pathologies organiques (souvent d'origine génétique), les pathologies fonctionnelles, et les pathologies psychiatriques à proprement parler.

Un trouble dit **organique** est une manifestation morbide, due à une lésion décelable au sein d'un organe. Un trouble **fonctionnel**, par contre, se manifeste par un état morbide, généralement bénin et réversible, qui semble dû à une simple perturbation de l'activité d'un organe, sans qu'il y ait de lésion « physique » observable de celui-ci.

3.4.1. Les pathologies organiques

3.4.1.1. Quelques grands syndromes congénitaux

Il est bien évident, que, d'origine génétique, ou par malformation prénatale, ces syndromes toucheront en premier lieu des enfants. Ces maladies, relevant plus de la neurophysiologie que de la psychiatrie, seront donc présentées ici au moyen de la description qu'il en est faite chez les enfants atteints. Cependant, nous verrons dans la seconde partie consacrée à l'étude de cas cliniques, que quelques cas adultes ont également pu être rapportés. Enfin, la prise en charge thérapeutique des manifestations buccales de ces différentes pathologies sera abordée dans la troisième partie.

- <u>Le syndrome de Lesch-Nyhan</u>

Décrit en 1964 par Lesch et Nyhan, ce syndrome est caractérisé cliniquement par un retard mental, une choréo-athétose, une paralysie cérébrale spastique, et un comportement agressif d'automutilation, rendant les conditions de la maladie dramatiques, à la fois pour le patient et pour son entourage.

L'origine est héréditaire : des tests génétiques ont révélé l'implication d'un gène déficient porté par le chromosome X, et exprimé de manière récessive. La mutation du gène en question, codant normalement pour une enzyme appelée hypoxanthine phosphoribosyl-transférase (HPRT), aboutit à une hyperproduction de purine, une accumulation de xanthine, d'hypoxanthine et d'acide urique dans le sang. L'activité déficiente de cette enzyme a été observée dans les érythrocytes, le foie, le cerveau, les fibroblastes et les cellules amniotiques. Le taux d'urates dans le sang étant corrélé de manière opposée au degré d'intelligence, il semblerait que le déficit neurologique provienne d'un dépôt d'urates dans le cerveau. Cependant, la relation entre les perturbations biochimiques (essentiellement du taux d'urates) et l'atteinte neurologique à l'origine des troubles du comportement n'est pas encore bien démontrée. Les patients

atteints sont pour la plupart de sexe masculin ; seuls quelques rares cas de femmes ont pu être rapportés. Aux troubles neurologiques viennent s'ajouter des manifestations cliniques directement liées au taux d'urates, telles que arthropathies goutteuses, arthrite, tophus, et surtout néphropathies (lithiase urique, néphrite).

Les premiers symptômes de la maladie apparaissent très tôt dans la vie de l'enfant : dès les 1ers mois, l'enfant montre un retard de développement moteur. Il éprouve des difficultés à lever la tête, puis plus tard, il ne réussit ni à s'asseoir, ni à se tenir debout, ni à marcher. La tonicité musculaire est altérée (hypotonie pour certains, hypertonie pour d'autres), des mouvements athétosiques ou cloniques apparaissent, la communication est difficile (ébauche ou absence totale de parole), et des gestes d'automutilation commencent à être observés. Ainsi, dès l'âge de 6 mois / 1 an, la mise en place des dents de lait sur l'arcade va motiver l'apparition d'un comportement anormal et compulsif de l'enfant, s'exprimant par des morsures au niveau des mains, des avant-bras, des pieds, des doigts jusqu'à l'amputation partielle des extrémités, des griffures de la face, des mutilations oculaires, ou encore des cognements répétés de la tête contre des surfaces dures.

L'automutilation n'est pas rare chez les patients atteints de retard mental. Cependant, la perte tissulaire engendrée dans le syndrome de Lesch-Nyhan est tellement flagrante qu'elle en est caractéristique : en général, la maladie est diagnostiquée au premier coup d'œil. Dans les cas de retards mentaux plus « classiques », les blessures auto-infligées sont de même nature, mais les lésions qui en résultent sont plus à type d'hypertrophie et d'œdème, que de perte tissulaire.

Le mécanisme qui conduit à l'automutilation dans le syndrome de Lesch-Nyhan est différent de celui rencontré dans les neuropathies sensitives, telles que l'analgésie congénitale, encore appelée dysautonomie familiale. Les patients atteints d'hyperuricémie, gardent des capacités sensitives intactes, contrairement aux patients analgésiques, qui eux, peuvent se brûler, se lacérer, se fracturer un membre sans ressentir aucune douleur. Les patients atteints de la maladie de Lesch-Nyhan pleurent et hurlent de douleur quand ils s'automutilent, et paradoxalement, se calment et montrent même une certaine réjouissance dès qu'on vient les mettre en sécurité (contre eux-mêmes) en leur attachant la tête, les mains et les pieds par des sangles, dans leur lit ou leur fauteuil roulant. Parfois, on peut même trouver ces patients plutôt agréables, lorsqu'ils sont ainsi « protégés » : le fait de les « contenir » réduit considérablement leur angoisse. Ils ne parlent pas, ou très peu, mais savent rire et sourire, et ont en général un bon sens de l'humour. Il semblerait même que leur intelligence soit plus élevée que ce que les scores des tests réalisés peuvent révéler. Mais dès lors qu'on supprime leurs moyens de contention, leur personnalité change de manière terrifiante. Ils appellent aussitôt à l'aide en hurlant, et commencent à se mutiler eux-mêmes. Ils peuvent aussi bien se lacérer avec les sangles, coincer leurs mains dans les rayons de roues des fauteuils roulants, ou bien encore se brûler avec de l'eau très chaude qui coule du robinet. Ils ressentent très bien la douleur, ils sont conscients du mal qu'ils se font, mais leur comportement est incontrôlable.

Les actes ne sont pas seulement dirigés contre eux-mêmes : cette activité compulsive les conduit également à des agressions envers leur entourage, mais celles-ci sont limitées par la déficience motrice dont ils souffrent également. Les infirmières qui les encadrent en institution reçoivent souvent des coups de pieds, peuvent être frappées ou encore voir leurs lunettes être complètement broyées par ces patients. Lorsqu'ils

broient des lunettes ou cassent du matériel, cela semble les égayer, au point de rire très fort. Paradoxalement, lorsqu'ils font du mal à quelqu'un, ils ont l'air de regretter aussitôt. Lorsqu'ils sont plus âgés et qu'ils peuvent prononcer quelques mots, ils deviennent verbalement agressifs. Ils ont souvent des expressions de profanation.

Ces comportement agressifs semblent s'atténuer à l'adolescence : la plupart des cas décrits dans la littérature concernent des enfants, mais il existe également des cas adultes, qui sont malheureusement moins nombreux, puisque l'espérance de vie chez ces patients n'excède en général pas 20 ou 30 ans, compte tenu de l'évolution chronique et de la gravité des affections rénales qu'ils présentent.

Une dysfonction rénale chez ces patients doit ainsi être prise en considération dès lors qu'il s'agit de réaliser des soins dentaires sous anesthésie générale (et c'est souvent le seul moyen d'y parvenir) : le risque encouru en fonction du degré de la maladie doit être sérieusement évalué par rapport au bénéfice estimé.

D'une manière générale, la prise en charge thérapeutique de la maladie repose sur un traitement médicamenteux à base d'allopurinol, afin de protéger aussi longtemps que possible les fonctions rénales en réduisant l'hyperuricémie, et ainsi augmenter l'échéance jusqu'à l'apparition d'atteintes plus graves des reins. Malheureusement, ce traitement n'a pas d'effet prouvé sur les manifestations neurologiques du syndrome, et aucun autre n'a pu se révéler efficace sur le système nerveux central. Cependant, le corps médical en institution spécialisée travaille beaucoup à la compréhension du comportement de ces patients et à leur prise en charge : ces malades ont besoin avant tout d'empathie et d'affection.(**Nyhan**, 1972)

- Le « pseudo » syndrome de Lesch-Nyhan

Ce syndrome a été nommé ainsi, car il présente tout un ensemble de symptômes concordants avec le syndrome de Lesch-Nyhan, décrit ci-dessus. Cependant, il en diffère par la présence de taux de purine et d'acide urique tout à fait normaux. Par contre, on y retrouve une oligophrénie, une athétose, un retard de développement stato-moteur, mais aucune spasticité corporelle n'a pu être mise en évidence chez ces enfants.

L'auto-agressivité est, en outre, tout aussi impressionnante que dans le « véritable » syndrome : on retrouve un comportement d'automutilation par morsure de la langue et des lèvres principalement, la sensibilité à la douleur étant toujours intacte.

Certaines des lésions observées au niveau de la langue et des lèvres pourraient être expliquées en partie par la présence, chez ces patients, d'épilepsie nocturne, se manifestant par des cris et des contractions périorales.(**Meigel** et **Braun-Falco**, 1973)

- Le syndrome de Rett

Ce syndrome est une affection neurologique, reconnue par Rett en 1966, dont l'étiologie demeure encore inconnue. Il atteint seulement les filles. Dès l'âge de 15 mois, les fillettes présentent un comportement inerte avec de sérieux problèmes moteurs et une diminution de l'intérêt vers autrui qui apparente cette maladie à l'autisme. A deux

ans, elles font toutes des mouvements stéréotypés des mains sous forme de frottements, torsions et tapements des mains l'une sur l'autre.

Leur automutilation est légère, les frottements et torsions pouvant occasionner de petites lésions. On peut également observer des succions et morsures des doigts. (**Morelle**, 1995)

- Le syndrome de Cornelia de Lange

Cette maladie est une entité clinique rapidement reconnaissable, par ses nombreuses caractéristiques, comme un poids de naissance inférieur à la normale, un retard de croissance et de développement mental, un hirsutisme, ainsi que de multiples signes faciaux distinctifs tels que : des cils longs, un petit nez, une lèvre inférieure fine et rabattue, une micrognathie, et une tête de petite taille en général.

L'apparition d'un comportement d'automutilation chez quelques uns de ces patients a nécessité des études plus approfondies, pour finalement en conclure que ce type de comportement pourrait devenir une caractéristique supplémentaire de la maladie. L'automutilation peut alors prendre différentes formes : certains patients se grattent les paupières jusqu'au sang, se frappent la face avec le poing, se mordent la langue jusqu'à déformation de celle-ci, mais aussi les bras, les doigts, et s'arrachent la peau des zones du corps accessibles aux mains et à la cavité buccale.

La perte tissulaire ainsi engendrée donne une apparence clinique semblable à celle observée dans le syndrome de Lesch-Nyhan.

Le mécanisme exact à la base de ce trouble du comportement n'a à ce jour pas encore été élucidé ; des études quantitatives ont simplement révélé une forte corrélation entre les fréquences respectives du syndrome et de l'automutilation. Une hypothèse met en avant l'implication d'une anomalie du système nerveux central, se répercutant sur des aires cérébrales contrôlant ces compulsions. Cette explication serait commune à différents types de retards mentaux présentant une automutilation. Une autre théorie met en évidence l'importance de l'entourage du malade, dans le renforcement de ce comportement.(**Bryson** et coll., 1971)

Comme nous l'avons déjà suggéré dans le paragraphe sur l'importance de l'éducation parentale, la recherche d'attention, surtout chez les enfants retardés mentaux, en est souvent le moteur. L'enfant s'automutile afin d'attirer l'attention sur lui. L'entourage (personnel soignant de l'institution, ou famille) qui a souvent l'impression par l'apparition de ce comportement angoissant, que la maladie s'aggrave, va y prêter naturellement plus d'attention. Ainsi, l'enfant, se sentant « vainqueur » de ce petit challenge, utilisera intuitivement ce procédé, chaque fois qu'il voudra être entouré, pour ne pas dire « chouchouté ». Ce mécanisme porte le nom de « comportement appris » : au travers des réactions de l'entourage, incitées au départ par l'apparition d'un comportement inadapté chez le petit patient, celui-ci « apprend » à l'ajuster et à le renforcer.

Certains auteurs pensent que cette dernière théorie pourrait expliquer, non pas l'origine, puisqu'on sait aujourd'hui qu'elle est biochimique, mais le mécanisme d'**entretien** des comportements d'automutilation chez les patients atteints du syndrome de Lesch-Nyhan.

- Les neuropathies congénitales

Dans les neuropathies congénitales sévères, il existe souvent un mécanisme de privation sensorielle. Ainsi, l'automutilation serait pour ces patients un moyen de compenser cette privation. Le modèle de neuropathie le plus courant est la neuropathie héréditaire sensorielle et motrice (HSAN, type 3), encore appelée dysautonomie familiale, analgésie congénitale, indifférence congénitale à la douleur, ou enfin syndrome de Riley-Day.

Ce syndrome est une maladie autosomale récessive, affectant presque exclusivement les enfants juifs, descendants des communautés juives Ashkenazi : cette particularité peut s'expliquer par l'existence au sein de ces populations, durant des siècles, de multiples maladies héréditaires, liées semble-t-il à leur endogamie.

Elle comporte des caractéristiques somatiques particulières, avec l'évolution progressive d'une neuropathie sensorielle et motrice, causée par la perte régulière de petites fibres myélinisées, dans les ganglions sensitifs et moteurs végétatifs.

Les patients qui en sont atteints peuvent être diagnostiqués à la naissance, ou durant la petite enfance, lorsqu'ils présentent une certaine hypotonie, des difficultés à la respiration et à la déglutition, pouvant aboutir à une pneumonie. Une salivation et une transpiration excessives, une peau tachetée, un défaut de développement, une faible tension artérielle et une quantité anormalement faible de papilles linguales fongiformes en sont également des caractéristiques symptomatiques. Ce « manque » de papilles fongiformes en est même un signe pathognomonique : l'examen clinique minutieux de la langue permet d'en faire le diagnostic positif.

L'automutilation chez ces patients n'est pas rare. Les blessures de la langue sont très fréquentes, surtout pendant l'enfance. Les enfants en sont inconscients, et ne montrent aucun signe d'inconfort. La succion de la langue, et les pressions exercées par celle-ci sur les angles vifs des cuspides des dents lactéales peuvent justement causer ces ulcérations. Les auto-extractions dentaires sont également une manifestation dramatique de cette maladie. La plupart de ces mésaventures se rencontrent pendant la petite enfance, lorsque les petits mettent leurs jouets à la bouche, ou les tiennent entre les dents. Le manque de coordination motrice lié à la maladie est souvent responsable de chutes sur les dents, induisant fractures et luxations dentaires, d'où une mobilité dentaire accrue facilitant les auto-extractions.

Plusieurs mécanismes semblent intervenir pour expliquer l'automutilation dans ce syndrome. La perte de la sensation de douleur rend le patient totalement inconscient de ses blessures. Alors que certains se plaignent de douleurs inexpliquées à la suite de stimuli habituellement agréables (comme une caresse), d'autres peuvent éprouver du plaisir lorsqu'on les pique avec une aiguille. Ce mécanisme de dysesthésie (qui n'a absolument rien à voir avec le masochisme) pourrait expliquer la recherche de stimuli,

normalement douloureux, leur procurant paradoxalement du plaisir. L'auto-stimulation répétée, induisant de multiples blessures corporelles, est bien connue dans de telles conditions.(**Mass** et **Gadoth**, 1994)

- La maladie de Leigh

Pour la première fois décrite en 1951, la maladie de Leigh, ou encéphalo-myélopathie nécrosante subaiguë, est une maladie métabolique congénitale dégénérative du système nerveux central, et est considérée comme le désordre métabolique mitochondrial le plus courant pendant l'enfance. Elle débute en général entre 3 mois et 2 ans d'âge, de manière insidieuse, et touche aussi bien les filles que les garçons. Cependant, son début peut être retardé à l'adolescence ou à l'âge adulte, lorsque que celui-ci est précédé d'une phase chronique de symptômes neurologiques plus légers.

Le défaut génétique concerne une déficience et une perturbation de l'activité de l'enzyme cytochrome c oxydase, et résulte en une dégénérescence neurologique progressive, par un phénomène de nécrose. On peut également observer une déficience des enzymes pyruvates deshydrogénase et carboxylase, aboutissant à une perturbation du métabolisme des lipides cérébraux, d'où l'apparition de symptômes neurologiques.

Les signes cliniques les plus remarquables de la maladie sont : une dysphagie, une perte d'appétit, des vomissements, une certaine irritabilité, des troubles du développement, avec un retard moteur et de la parole, parfois une surdité, une atrophie optique, et une acidose-lactose. Les signes neurologiques incluent : une ataxie, une dystonie, des convulsions partielles ou généralisées, une athétose et une choréo-athétose. La maladie évolue en 9 mois à 5 ans ; le stade terminal est marqué par l'accélération de la détérioration neurologique, une perturbation cardiaque manifeste, et une dépression respiratoire, aboutissant au coma, puis à la mort.

Le comportement d'automutilation buccale chez ces patients trouve son origine dans les périodes de spasmes faciaux intenses, et de mouvements mandibulaires anarchiques. Les dommages engendrés concernent aussi bien les dents que les tissus parodontaux. Ils peuvent aller jusqu'à la fracture de l'os alvéolaire.

Le traitement de la maladie est essentiellement palliatif : il inclut une administration de thiamine, de vitamine B1, et d'acide lipoïque. Le bicarbonate de soude par voie orale permet de réguler l'acidose lactique. Enfin, des sédatifs et analgésiques sont utilisés pour soulager le patient de ses symptômes cliniques.

Le contexte handicapant de cette affection suscite naturellement l'attention de l'entourage, ce qui contribue encore une fois, à renforcer le comportement d'automutilation, lorsqu'il est présent.(**Diab**, 2004)

- La maladie de Hallervorden-Spatz

C'est une affection familiale rare, débutant dans l'enfance par des troubles de la marche dus à une hypertonie, qui s'étend des membres inférieurs au corps entier, rendant la parole et la déglutition très difficiles ; des mouvements involontaires et une

agitation psychique s'y ajoutent. Cette maladie est liée à des lésions dégénératives de certaines structures cérébrales (pallidus latéral et substance noire), envahies par des pigments ferriques.

La symptomatologie comprend notamment des spasmes orofaciaux, vraisemblablement à l'origine chez ces patients d'ulcérations par morsure de la langue et des lèvres.(**Sheehy** et coll., 1999)

- La toxoplasmose congénitale

Cette infection systémique qui touche le fœtus au cours de la grossesse, est provoquée le plus souvent par le parasite *Toxoplasma Gondii*. Cette forme aiguë de la maladie évolue comme une encéphalomyélite, mortelle, ou génératrice de séquelles psychomotrices importantes, telles que : une hydrocéphalie, des calcifications intracrâniennes, une choriorétinite, un retard psychomoteur, et des convulsions. Elle peut être également à l'origine de cécité et de surdité chez le nouveau-né.

L'automutilation n'a pas été rapportée comme en étant une caractéristique, mais elle peut néanmoins être favorisée par le retard mental, et les convulsions, sous forme de lésions de morsure, observées habituellement au niveau des lèvres, des joues, et de la muqueuse orale. Là encore, la recherche d'attention par le patient, et le fait qu'elle soit satisfaite par son entourage, semble être responsable de l'entretien de ce comportement.(**Denbesten** et **Mc Iver**, 1984)

- Le syndrome de Möbius (ou diplégie faciale congénitale)

Ce syndrome est caractérisé par une paralysie faciale congénitale généralement bilatérale, associée à une paralysie uni- ou bilatérale du nerf moteur oculaire externe. Elle est parfois accompagnée de paralysie d'autres nerfs crâniens et de diverses malformations. Elle est due à une agénésie des noyaux du nerf facial et du nerf moteur oculaire externe.(Dictionnaire **Garnier Delamare**, 1998)

L'absence de fonctionnalité du nerf facial ainsi engendrée va se répercuter, en ce qui nous concerne, sur les muscles périoraux, notamment ceux responsables de la motricité labiale, et sur le muscle buccinateur : l'incompétence bilatérale de ces muscles va induire des difficultés à la synchronisation des mouvements buccaux, en particulier au cours de la mastication, ce qui va souvent, provoquer involontairement des morsures au niveau des muqueuses orales, des lèvres et de la langue.

- La syringobulbie

C'est une affection du bulbe, analogue, au point de vue anatomique, à la syringomyélie, caractérisée cliniquement par des troubles variables selon les noyaux bulbaires atteints (paralysie du voile, du larynx, hémiatrophie linguale, anesthésie du nerf trijumeau).(Dictionnaire **Garnier Delamare**, 1998)

Au vu des répercussions nerveuses (déficits sensitif et moteur) que peut avoir cette pathologie sur la cavité buccale (surtout par l'affection du nerf trijumeau), on comprend que des phénomènes d'automutilation buccale involontaires puissent survenir chez ces patients.

- Le syndrome de Digeorge

Il est caractérisé par une absence congénitale du thymus et des glandes parathyroïdes, associée à des malformations faciales (hypertélorisme, implantation basse des oreilles, micrognathie), par des troubles du développement des premiers arcs branchiaux et des premières poches branchiales. Il entraîne une carence en immunité cellulaire (absence de lymphocytes T), et un tableau analogue à celui de l'alymphocytose avec, en outre, des crises de tétanie, et souvent des malformations cardiovasculaires, comme la tétralogie de Fallot.(Dictionnaire **Garnier Delamare**, 1998)

L'automutilation est très rare chez les patients atteints de ce syndrome, mais elle peut être présente, à l'occasion de crises de tétanie, sous forme, là encore, de lésions par morsure involontaire des tissus buccaux.

3.4.1.2. Quelques troubles neurologiques acquis

- Les troubles acquis de la sensibilité et de la motricité buccale

Certaines pathologies acquises peuvent perturber la sensibilité et la motricité neurologique, au niveau de différentes zones corporelles. Au niveau de la **cavité buccale**, les nerfs impliqués sont essentiellement les suivants :

- **Le nerf trijumeau** (ou **nerf mandibulaire** pour sa branche inférieure (V3)) :

  Il participe principalement à la sensibilité superficielle de la face (tiers inférieur), et à la motricité buccale par contraction des muscles de la fermeture buccale (masséters).

  C'est ce nerf qui est anesthésié lorsque l'on réalise une anesthésie locorégionale à l'épine de Spix (ou lingula). Il s'ensuit une suppression temporaire (de deux heures environ) de la sensibilité de la lèvre inférieure et de la zone mentonnière : par différence de sensibilité par rapport au côté controlatéral non anesthésié, le patient a souvent l'impression de ne plus pouvoir contrôler la motricité de sa lèvre inférieure. Mais en réalité, celle-ci n'est aucunement affectée, puisqu'elle est sous le contrôle d'un autre nerf (le nerf facial). Par contre, il n'est pas rare que les patients se mordent involontairement la lèvre inférieure, les joues, et parfois la langue lorsque l'anesthésie locorégionale a été effectuée un peu trop « basse » techniquement, et a ainsi « endormi » la langue du même côté, en impliquant aussi le nerf lingual.

Certains actes de chirurgie buccale, notamment l'extraction des deuxièmes ou troisièmes molaires inférieures, peuvent aboutir accidentellement à la lésion de ce nerf mandibulaire, qui peut être légèrement déchiré, ou parfois totalement sectionné. En fonction de l'importance de l'atteinte de celui-ci, l'anesthésie des territoires buccaux cités précédemment peut perdurer, de plusieurs semaines à plusieurs années, et peut même se révéler définitive en cas de section totale.

Le neurotmésis fait suite à de tels accidents : il correspond à la section neuronale totale, c'est-à-dire impliquant l'axone, le névrilème, et la gaine de Schwann. La réparation spontanée en est quasiment impossible (Dictionnaire **Garnier Delamare**, 1998), d'où l'irréversibilité de la lésion et de ses conséquences. Dans ce cas, les mouvements de fermeture buccale deviennent asymétriques par défaut de coordination bilatérale. De plus, le problème d'insensibilité muqueuse rend l'apparition de lésions buccales par morsure involontaire souvent inévitable.

- **Le nerf facial** (VII) :

Il contrôle la motricité des muscles de la face, ainsi que du muscle buccinateur et des muscles périoraux, responsables des mouvements labiaux.

En cas d'atteinte de ce nerf (rare en chirurgie dentaire), on peut observer une paralysie faciale, qui se manifeste par : une chute des lèvres, de la joue et de la commissure buccale du côté atteint, les traits du visage étant déviés du côté sain. Cette paralysie unilatérale entraîne du côté opposé (sain) une pression anormale, d'où un risque accru de lésions buccales par morsure. (**Hatjigiorgis** et **Martin**, 1988)

L'atteinte de ce nerf peut être périphérique, auquel cas la paralysie se manifestera du même côté que la lésion du nerf ou de son noyau. Elle peut également être centrale : la paralysie sera alors controlatérale de la lésion supranucléaire.

- **Le nerf hypoglosse** (XII) :

Il est uniquement voué à la motricité de la langue (par l'intermédiaire du muscle génioglosse, principalement).

La lésion peut avoir lieu au niveau du noyau bulbaire, sur le trajet du nerf, ou à son extrémité (nerf lingual). Ce nerf peut être altéré lors d'un acte de chirurgie buccale, notamment en cas d'avulsion des dents de sagesse inférieures.

Quel que soit le niveau d'atteinte de ce nerf, sur son trajet, il s'ensuit une paralysie unilatérale de la langue, avec déviation de celle-ci du côté opposé lors de la protraction.

Ce défaut de motricité asymétrique entraîne assez souvent des phénomènes de morsure linguale involontaire, notamment au cours de la mastication.

D'une manière générale, on peut classer les différentes étiologies d'atteinte de ces nerfs, en fonction du nombre de nerfs atteints, et de leur caractère symétrique ou non :

- Lorsqu'un seul nerf est atteint, peuvent être impliqués : une tumeur prolifération, un traumatisme crânien, un accident vasculaire cérébral, ou une erreur technique médicale, à type d'atteinte nerveuse accidentelle.
  En cas de cancer au niveau de la tête et /ou du cou, le nerf atteint et son degré d'altération dépendent de la localisation de la tumeur et de l'extension de la chirurgie réalisée.

- Plusieurs nerfs peuvent être impliqués de façon asymétrique : c'est le cas dans un diabète sévère, une périartérite noueuse (P.A.N.), une tumeur, une hémopathie, une méningite, un traumatisme crânien et un accident vasculaire cérébral, principalement.

- Enfin, plusieurs nerfs peuvent être impliqués de façon symétrique : essentiellement dans le cas d'une syringobulbie (vue précédemment), d'une sclérose latérale amyotrophique (S.L.A., ou maladie de Charcot), d'une polyradiculonévrite (P.R.N), de scléroses multiples (dont la sclérose en plaque, ou S.E.P.), et de lèpre.
  L'anoxie peut également être à l'origine de tels dommages neurologiques.

Ainsi, lorsqu'elles touchent au moins un des trois nerfs destinés à la cavité buccale, ces pathologies sont susceptibles de favoriser l'automutilation buccale, le plus souvent par morsure involontaire.

Dans certains cas, surtout chez les enfants, l'anesthésie nécessitée par des soins dentaires peut inciter le patient à « tester » les limites de suppression de la douleur ainsi permise, en se pinçant fortement la lèvre, ou en la mordant intentionnellement, comme une sorte de « jeu », où il se sent « invincible ». Les lésions qui en résultent sont parfois très importantes.

- L'épilepsie

Cette maladie est une affection chronique caractérisée par la répétition de paroxysmes, dus à des « décharges électriques », c'est-à-dire à l'activation subite, simultanée et anormalement intense, d'un grand nombre de neurones cérébraux. Ces paroxysmes se traduisent cliniquement par des crises épileptiques : celles-ci, toujours soudaines, ont des aspects cliniques variables, allant des crises généralisées, aux crises partielles, et aux absences (déconnections brèves).(Dictionnaire **Garnier Delamare**, 1998)

Lors des crises généralisées dites tonico-cloniques, lors de la deuxième phase (clonique), on assiste à un fractionnement des contractions musculaires qui ont débuté lors de la première phase (tonique). S'ensuivent alors des secousses généralisées, avec

en ce qui nous concerne ici, un risque fréquent d'auto-morsure de la langue. Souvent, au cours de cette deuxième phase, on observe l'écoulement d'une mousse rosée aux coins de la bouche du patient, témoignant d'éventuels saignements provoqués par blessure de la langue.

- L'encéphalite

L'encéphalite est définie comme une inflammation de l'encéphale. Le diagnostic ne peut être confirmé que par une étude histologique des tissus cérébraux ; cependant, le diagnostic clinique est souvent établi à la suite d'un examen neurologique, et à partir de résultats épidémiologiques. A l'origine, dans la majorité des cas, on trouve un virus, transmis souvent par un vecteur arthropode, comme le moustique. Il existe en outre plusieurs autres étiologies, incluant la transmission humaine d'infections virales ou non, et une forme allergique, dans laquelle l'infection induit la formation d'un complexe anticorps /antigène.

Les symptômes cliniques de l'encéphalite comprennent en général une fièvre aiguë, des maux de tête et des nausées. Au fur et à mesure de la poussée de fièvre, de nouveaux signes neurologiques apparaissent, comme par exemple : un affaiblissement des fonctions cognitives, des convulsions et des mouvements dyskinésiques, pouvant impliquer tous les muscles squelettiques, et donner lieu à des lésions d'automutilation par morsure des lèvres et de la langue.(**Finger** et **Duperon**, 1991)

- La paralysie bulbaire progressive (auteurs cités par **Rover** et **Morgano**, 1988)

Le terme « paralysie labio-glosso-laryngée » a été employé pour la première fois en 1858 par Duchenne, pour décrire l'affaiblissement et l'incompétence résultante des muscles de la mâchoire, de la face, de la langue, du pharynx et du larynx. Ce terme a été revu ensuite, et résumé en « paralysie bulbaire progressive », par Wacksmurth en 1864.

Cette maladie est généralement confondue avec une forme de sclérose latérale amyotrophique. Il existe une implication prédominante des nerfs crâniens suivants : le nerf facial (VII), le nerf glossopharyngien (IX), le nerf vague (X) et le nerf hypoglosse (XII). L'affection est quasiment toujours asymétrique. La maladie fait son apparition, le plus souvent entre 50 et 60 ans, et a été rapportée d'origine familiale.

Caractérisée par un début progressif, la maladie présente comme premier signe l'apparition d'une confusion légère dans la parole. Parfois, la parole peut régresser jusqu'à une sévère dysarthrie, dans laquelle le patient éprouve une incapacité totale à prononcer le moindre mot. Quand les noyaux moteurs du nerf trigéminal sont affectés, les mouvements faciaux deviennent plus difficiles, et l'expression faciale révèle une certaine anxiété. Selon Adams et Victor (1981), des secousses de la mâchoire inférieure apparaissent lorsque les muscles de la mastication sont trop affaiblis. La spasticité de ces muscles peut être telle qu'un simple contact au niveau du menton peut déclencher un mouvement clonique, et parfois l'effort d'ouverture de la bouche par le patient peut évoquer le « réflexe du bulldog » : la bouche se referme violemment, en claquant, involontairement.

Les études anapathologiques des tissus affectés montrent une perte neuronale au niveau de la corne antérieure de la corde spinale et des noyaux moteurs du tronc cérébral inférieur. Les neurones « survivants » sont petits, rétractés, et remplis de lipofuchsine.

Le traitement de cette maladie est spécifique et palliatif. Dans les cas où la déglutition est difficile, des aliments semi-rigides seront plus appropriés que les solides et liquides. Une hygiène orale rigoureuse est indispensable pour maintenir un état buccal sain. Des agents anticholinergiques peuvent également être prescrits, pour réduire les problèmes liés à une salivation excessive.

Le pronostic est relativement pessimiste : dans la mesure où les muscles impliqués dans la respiration et la déglutition finissent par devenir totalement incompétents, le patient meurt habituellement d'inanition ou de pneumonie, après deux à trois ans de lutte contre cette maladie.

- Les troubles extrapyramidaux

La pathologie acquise témoignant de troubles extrapyramidaux la plus fréquente est la maladie de Parkinson, ou paralysie agitante. C'est une affection due à une lésion du corps strié et du locus niger, essentiellement caractérisée par un tremblement spécial, surtout prononcé aux doigts (mouvements d'émiettement du pain), et par une rigidité musculaire qui donne au malade une attitude soudée particulière, correspondant à la flexion moyenne des membres (jambes légèrement fléchies, tronc incliné, bras à moitié pliés...) et un masque étonné et figé, dit faciès parkinsonien. La maladie est liée à un déficit du système dopaminergique du cerveau, provenant de la dégénérescence de la substance noire.(Dictionnaire **Garnier Delamare**, 1998)

Sous l'influence des mouvements involontaires et automatiques observés dans cette pathologie, on comprend que celle-ci puisse parfois engendrer des lésions par morsure des tissus buccaux (lèvres, langue, joues).

La maladie, qui en est une à part entière, se distingue des syndromes parkinsoniens, qui peuvent être eux, secondaires à la prise de certains médicaments ou à une autre affection médicale, et font partie des différents types de syndromes extrapyramidaux, qui sont le plus souvent des manifestations d'une pathologie associée.

Le syndrome extrapyramidal est ainsi défini comme un ensemble de troubles provoqués par l'altération du système extrapyramidal : ce sont essentiellement des modifications de la tonicité musculaire et de la régulation des mouvements involontaires et automatiques ; elles se groupent en différents types : le syndrome parkinsonien étant le plus fréquent, mais également la chorée d'Huntington, l'athétose, la maladie de Wilson, les spasmes de torsion, ou encore certaines myoclonies.

Certains troubles extrapyramidaux peuvent être d'origine iatrogène. En effet, l'administration d'une médication antipsychotique (notamment de neuroleptiques type halopéridol) pour le traitement de certaines psychopathologies, a été reconnue comme comportant des effets secondaires non négligeables, essentiellement au niveau neurologique. On constate bien souvent chez les patients traités, l'apparition d'effets extrapyramidaux, tels qu'un syndrome parkinsonien, et différentes formes de

dyskinésies orofaciales tardives. Les manifestations cliniques qui en résultent comprennent des mouvements involontaires répétitifs, de type choréo-athétoïdes, impliquant les muscles oraux primaires et secondaires.

Il en résulte des mouvements incontrôlables de mastication, de léchage et de claquement des lèvres, une protraction répétée de la langue, et une dyskinésie linguale (mouvements de langue non coordonnés, tremblements, etc.). Ces mouvements intempestifs peuvent être responsables de l'apparition de lésions buccales d'auto-morsure, pouvant aller jusqu'à une auto-amputation partielle de la langue.

Même si la face et la bouche sont les cibles principales de cette dysrégulation, les mains et les pieds peuvent également être affectés. L'explication exacte de ces symptômes est encore incertaine. Le mécanisme de base semble être une hyperactivité dopaminergique, d'où une hypersensibilité neuronale du système nigro-strié, avec une réduction relative de la fonction cholinergique.

Il semblerait que les personnes âgées soient plus sensibles à ces effets secondaires, a priori par ralentissement des mécanismes métaboliques d'élimination. Ces personnes sont également très difficiles à appareiller par prothèse dentaire, compte tenu des mouvements musculaires buccaux anarchiques qu'elles répètent involontairement, en permanence.(**Langer**, 1984)

- Les états comateux et semi-comateux

Le coma est un état morbide caractérisé par un assoupissement profond, avec une perte totale ou partielle de la conscience et de la vigilance, de la sensibilité et de la motilité, avec, sauf dans les formes les plus graves, conservation des fonctions respiratoire et circulatoire.

Selon l'état de profondeur croissante du coma, on distingue :

- le coma vigil, ou coma réactif (stade 1) : le malade s'agite, parle en dormant (délire), et ouvre les yeux au moindre appel ;
- le coma d'intensité moyenne, aréactif (stade 2) : le malade ne réagit que confusément aux excitations ;
- le coma profond, ou *coma carus* (stade 3) : il y a abolition complète des réflexes, absence de toute réaction aux stimulations sensorielles, et coexistence de troubles respiratoires et circulatoires prononcés ;
- le coma dépassé, ou mort encéphalique (stade 4) : la survie du patient n'est assurée que par l'emploi permanent d'un appareil respirateur et de perfusions de vasoconstricteurs.(Dictionnaire **Garnier Delamare**, 1998)

Dans certains cas, où l'état comateux du patient permet encore une réponse à certaines commandes et à certains stimuli (comme la douleur par exemple), on parle parfois de « semi-coma » (**Piercell** et coll., 1974), a priori équivalent aux stades 1 et 2 décrits ci-dessus.

Dans un état normal de conscience, la mastication est un acte volontaire contrôlé par le cortex moteur du gyrus précentral, et fonctionne ainsi sur un mode d'automaticité.

La coordination des mouvements mandibulaires est attribuée au cortex cérébral, à la formation réticulée et aux structures extrapyramidales. Les mouvements de la langue au cours de la mastication apparaissent basés sur une relation fonctionnelle entre la colonne nucléaire trigéminale et le noyau hypoglosse.

L'atteinte du cortex cérébral, du système pyramidal, de la formation réticulée, du noyau moteur du trijumeau, ou de l'hypothalamus, peut aboutir à des mouvements secondaires de mastication neuropathologiques, caractérisés par un manque de coordination dans les mouvements linguaux, d'où des traumatismes oraux auto-provoqués.

Le fait d'introduire n'importe quel type d'aliment dans la bouche du patient, perpétue ce réflexe masticatoire anarchique. Pour Jackson (1978) (cité par **Piercell** et coll.), le bol alimentaire est responsable d'un réflexe d'inhibition des muscles de la mastication, ce qui induit l'ouverture automatique de la bouche. Puis, le réflexe d'étirement de ces muscles est stimulé, et une contraction se produit ainsi par « effet rebond ». La fermeture buccale, aussitôt induite sur le bol, initie des impulsions sur les récepteurs à la pression de la cavité buccale : la bouche se rouvre et le cycle d'inhibition est ainsi relancé, jusqu'au retrait ou à l'ingestion totale des aliments.

Les mouvements incoordonnés de la langue placent celle-ci à certains moments entre les dents, stimulant ainsi le même réflexe que celui provoqué par le bol alimentaire (appelé aussi « effet bolus »). Il en résulte souvent une lacération importante de la langue, avec de profondes lésions, parfois infectées, compte tenu de l'environnement oral septique difficilement maîtrisable chez ces patients. Parfois, ces mouvements de mastication involontaires peuvent impliquer la lèvre inférieure, notamment lorsque le patient présente une promaxillie supérieure : la lèvre se retrouve ainsi « coincée » entre les arcades dentaires supérieure et inférieure.

3.4.2. Les pathologies fonctionnelles

Beaucoup de pathologies dites fonctionnelles sont incontestablement liées au stress : c'est bien connu, la santé « psychique » joue un rôle déterminant dans la santé « physique ». A l'origine, aucune lésion physique ne peut être incriminée, et pourtant, le patient souffre. Dans notre discipline, la pathologie fonctionnelle la plus recensée est celle que l'on nomme A.D.A.M., et que nous définirons un peu plus loin.

A l'extrême, le stress, sous forme de choc psycho-traumatique, peut être responsable de syndrome dépressif, pouvant être à l'origine de phénomènes d'automutilation buccale. C'est donc la raison pour laquelle cette partie consacrée aux pathologies fonctionnelles sera basée essentiellement sur l'étude du stress et de ses répercussions, en termes d'automutilation buccale.

3.4.2.1. Généralités sur le stress
(**Bensabat**, 1989 ; **Jeammet** et coll., 1996)

Grands stress, petits stress, les uns en meurent, les autres en tirent profit. Tous, nous y sommes soumis. Ami ou ennemi selon l'usage que nous en faisons, le stress est d'abord un phénomène naturel. Aussi indispensable, il est le mécanisme normal et nécessaire qui assure l'équilibre de notre « milieu intérieur ».

Le mot, emprunté à l'anglais, prend chez nous trop souvent le sens vague d'une déprime que l'on n'oserait nommer. On prononce « stress » et l'on pense « agression ». Selye, vers la fin de sa carrière, a justement proposé de distinguer le « bon stress » du « stress source de préjudice », en soulignant à juste titre que toute perturbation de l'homéostasie de l'organisme n'est pas potentiellement nocive. Le stress est donc au sens propre, une stimulation et, comme telle, peut être positif autant que négatif. Tout dépend de l'interprétation qu'on lui donne : on peut lui donner la couleur de la joie ou du malheur, il n'en porte pas moins toujours le même nom sous lequel on désigne **un système d'actions et de réactions, de stimulations et de réponses** dont chacun d'entre nous est à son tour le jouet, du jour de sa naissance à l'heure de sa mort.

Le « bon stress », ou « stress positif » est considéré comme moteur, dans la mesure où il va permettre de gérer une situation, en déclenchant une réaction de fuite ou de combat. Ainsi, une situation ressentie comme désagréable et appréhendée au départ par l'individu, peut générer chez lui un stress bénéfique. Le choix entre la fuite et le combat se fera spontanément, en fonction du tempérament du sujet, mais aussi du contexte. Le « stress négatif », est lui considéré comme inhibiteur : il est de toute façon délétère puisqu'il fige les capacités de réponse de l'individu. Le fait qu'une situation donnée soit assimilée à un stress positif ou négatif par le sujet n'est pas évident : cela dépend de la situation elle-même, et de multiples facteurs liés à l'individu (tempérament, fatigue, maladie...). Par exemple, lors des périodes d'examens chez les étudiants, certains seront stimulés par le stress (positif dans ce cas), d'autres au contraire seront totalement pétrifiés devant leurs copies (négatif dans ce cas).

Dans bien des cas, les tensions ressenties au cours des contrariétés, frustrations et irritations de la vie quotidienne produisent, en raison de leur chronicité et de leur universalité, des effets bien plus délétères que les changements majeurs listés dans les échelles d'« événements de vie éprouvants ». Ceux-ci se sont d'ailleurs vus attribuer par Holmes et Rahe (1987) une note d'impact « standard », destinée à comparer les capacités d'adaptation des individus. Finalement, il apparaît que le rôle de l'impact émotionnel individuel est plus important que le type d'événement lui-même.

Pour le scientifique, le stress est l'ensemble des processus physiologiques qui permettent de stabiliser les fonctions vitales de l'organisme, comme la composition du sang ou la température interne du corps. C'est un système de réponse et d'adaptation parfaitement codifié, qui tempère et régularise par réflexe notre horloge interne. Ce phénomène permanent d'autorégulation et d'adaptation aux agressions quelles qu'elles soient porte le nom savant d'homéostasie.

La nature humaine a besoin pour agir de réagir, pour exister d'être stimulée, mais elle a aussi ses limites. Lorsque l'agression est trop violente, ou répétitive, la faculté physiologique de réponse de l'organisme peut être dépassée, et le corps devient vulnérable à la souffrance et à la maladie. Ainsi, un même stress en type de stimulation et en intensité peut devenir pathologique pour certains, et n'être que passager et tolérable pour d'autres, sans y laisser de traces : ceci va dépendre essentiellement du tempérament de l'individu et de ses propres capacités d'adaptation à l'environnement.

D'autant qu'aux stress physiques s'ajoutent les stress psychologiques plus complexes, heureux s'ils sont positifs, mais aussi douloureux et dangereux lorsqu'ils deviennent pathologiques. C'est probablement cette confusion des genres, corps et esprit mélangés, qui nous rend si sensibles, si fragiles aux stress de la vie quotidienne.

Le stress est ainsi l'association de deux éléments obligatoires et indissociables :

- une agression ou une stimulation
- la réponse de l'organisme à cette agression.

Les individus sont très inégaux quant au niveau de « sensations » recherchées pour pouvoir fonctionner de manière optimale. La notion de « recherche de sensations » apparaît selon Zuckerman (1964) comme un trait de personnalité. Ainsi, face à certaines situations potentiellement perturbantes, certains tempéraments extrêmes seront considérés « à risque ». Cet auteur admet qu'il y a stress lorsque survient une inadéquation entre le tempérament de base de l'individu et le niveau de sollicitation rencontré.

Le froid, la chaleur, un traumatisme physique, la maladie, la douleur, sont des facteurs de stress au même titre que les émotions, la peine, la peur, la contrainte, l'échec et la réussite. Ils provoquent tous la même réponse au niveau du cerveau, et produisent les mêmes effets physiologiques avec leurs conséquences, bénéfiques ou néfastes pour tel ou tel organe. On en connaît les effets les plus visibles : cœur qui palpite, rougeur, pâleur, chair de poule ou transpiration, tandis que notre organisme fabrique sucre et graisse en plus grande quantité afin de produire l'énergie supplémentaire dont il a besoin pour faire face à la situation « stressante » qui se présente à lui.

La géographie interne du stress est également bien connue : c'est un enchaînement quasi- implacable de sécrétions hormonales (adrénaline et cortisol) qui met en jeu le système sympathique et deux glandes maîtresses situées à la base du cerveau, l'hypothalamus et l'hypophyse. Les catécholamines (dont l'adrénaline) sont stockées dans les cellules entérochromaffines de la médullo-surrénale et dans les vésicules des terminaisons nerveuses sympathiques : elles sont ainsi immédiatement libérées en situation de stress, avec un pic sécrétoire environ 2 minutes après le stimulus. Les glucocorticoïdes (dont le cortisol) ne sont eux pas stockés en permanence, mais fabriqués à la demande par la corticosurrénale, sous l'influence de divers facteurs, notamment la libération d'ACTH par l'antéhypophyse. L'inertie de l'axe corticotrope est plus importante que celle de

l'axe sympathique, d'où une réponse retardée au stimulus (5 à 30 minutes), mais plus durable.

On peut ainsi schématiquement comprendre l'ensemble des modifications physiologiques induites par l'activation de l'axe sympathique comme une mobilisation très rapide d'énergie qui sera redistribuée en faveur des territoires musculaires et cérébraux, en vue d'une réponse comportementale motrice de lutte ou de fuite (dépense énergétique immédiate). Quant à l'activation de l'axe corticotrope, si elle renforce et relaie celle de l'axe sympathique, elle semble en même temps préparer l'organisme à résister, voire à subir passivement en attendant l'éloignement du danger, donc à « tenir le coup », sans épuiser ses ressources internes. La dichotomie fonctionnelle entre ces deux axes a été formulée en des termes proches par Frankenhauser (1980), qui distinguait dans les dispositifs physiologiques de réponse au stress un axe dit d'effort (l'axe sympathique) et un axe de détresse (l'axe corticotrope). Pour résumer, nous dirons que toute situation associée à un sentiment de maintien de contrôle sur l'environnement semble stimuler préférentiellement l'axe sympathique, alors que toute situation associée à un sentiment de perte de contrôle, ou à un comportement de soumission, semble stimuler préférentiellement l'axe corticotrope.

Si les effets internes, stimulants ou dévastateurs en sont silencieux, les manifestations extérieures du stress sont parfois bruyantes et violentes : troubles du comportement (comme l'apparition de tics, parafonctions et tendances automutilantes), nervosité, irritabilité, ou au contraire joie, rire, excitation, dynamisme. Plus graves sont les réelles pathologies, psychiques ou physiques, engendrées par un excès de stress, en durée ou en intensité, par le dysfonctionnement hormonal conséquent.

Pourtant, l'implication du stress comme étiologie unique ou favorisante d'un symptôme ou d'une maladie a connu bien des difficultés, avant d'être enfin reconnue en tant que telle par la médecine. On accepte aujourd'hui que certains symptômes généraux, comme la fatigue, les troubles du sommeil, les tendances dépressives, les troubles digestifs, cutanés, gynécologiques, cardio-vasculaires, les manifestations articulaires et rhumatismales soient la conséquence d'une façon autodestructrice d'appréhender la réalité. Plus grave encore, l'état de stress aurait également un rôle dans l'évolution de certaines maladies coronaires, notamment l'infarctus du myocarde, de certaines maladies immunitaires, et de certains cancers.

En effet, Friedman et Rosenman ont décrit en 1959 différents profils comportementaux face au stress, qui sont les suivants :

- Le **profil de type A**, associant sentiment d'urgence du temps et exigence tyrannique de compétitivité, est prédictif des maladies coronariennes, par « épuisement vital ».
- Le **profil de type B**, regroupant les sujets ne présentant pas les traits du type A, aspire à une fonction plus pacifique.
- Le **profil de type C**, véritable opposé du type A, associant soumission, répression de l'hostilité, et dépendance à l'égard de l'estime de l'autre, pourrait peut-être jouer un rôle dans les pathologies cancéreuses ou dysimmunitaires.

Enfin, c'est lorsque ces symptômes deviennent menaçants pour le bon déroulement de la vie au quotidien de l'individu, mais aussi et surtout pour sa santé en général, que la situation devient alarmante. Il est alors indispensable de la prendre en charge : soit le patient a un tempérament à « stresser » de façon inexpliquée, auquel cas seules des techniques de relaxation, de lutte contre le stress, et quelques médications anxiolytiques pourront être efficaces ; soit le patient a un train de vie extrêmement stressant (surmenage, conditions de travail défavorables, vie de famille non épanouie, etc.), auquel cas il lui faudra agir de lui-même sur son environnement, en essayant de trouver des solutions à ses problèmes, éventuellement avec une aide psychiatrique.

3.4.2.2. Répercussions du stress sur la cavité buccale et le système masticateur (**Rosenzweig**, 1966)

La psychiatre Ruth Moulton (1955) a été l'une des premières à attribuer une symptomatologie buccale au stress, en associant des facteurs émotionnels à la douleur maxillo-faciale. Selon cet auteur, les problèmes émotionnels précipiteraient ou aggraveraient certains symptômes dentaires.

On reconnaît d'une façon unanime que la bouche occupe une situation vedette en psychologie, pour les raisons symboliques déjà expliquées précédemment. Si la bouche est source de plaisir, elle n'en est pas moins un moyen de défense. Il est donc concevable, logique, ayant une empreinte psychologique si importante, qu'elle soit le « déversoir » du stress, en d'autres termes, l'une de ses cibles.

Certaines études ont tenté de voir ce que pouvait induire le stress au niveau de la cavité orale. Au moyen de stimulations répétées et intenses de sources variables (bruit, lumière, froid, privation de nourriture ou de sommeil, etc.) chez la souris gestante, on a ainsi pu induire la formation de fissures palatines chez les souriceaux.

On admet désormais que certaines maladies organiques, ou plus fréquemment fonctionnelles, puissent avoir une composante psychogénique, comme par exemple la glossodynie, les chéilites glandulaires ou certaines parodontites. L'hyposialie peut également être favorisée par des situations de stress, et avoir ainsi un rôle autodestructeur indirect, en accélérant le processus carieux.

Enfin, comme nous l'avons déjà développé dans les paragraphes consacrés aux parafonctions et leurs dérives vers l'automutilation, le stress est un élément prépondérant dans l'apparition ou la réapparition de tels comportements, aussi nocifs soient-ils.

De même, le stress a été souvent tenu responsable des désordres du système masticateur. Ce concept a soulevé des polémiques non encore résolues et donné lieu à de multiples controverses. L'influence du stress sur ce système se situerait à deux niveaux : le bruxisme et la dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire, incluant le syndrome myofacial.

Le **bruxisme** est caractérisé par des contractions inconscientes des muscles masticateurs, en dehors des fonctions physiologiques de mastication et de déglutition. Ce phénomène involontaire peut être de deux types (**Vilmus**, 1997) :

- Le **bruxisme excentré**, qui se manifeste essentiellement la nuit, avec des grincements et crissements, produits par le frottement des dents évoluant en occlusion centrée ou excentrée, avec des contraintes musculaires importantes, conduisant souvent au développement anarchique des muscles masséters. Ce type de bruxisme repose sur un fondement d'étiologie double : le stress psychique, et la présence de dysharmonies occlusales (contacts prématurés et interférences).

- Le **bruxisme centré**, qui correspond à un mécanisme de crispation anormale de l'ensemble de l'appareil manducateur, se traduisant par des micro-mouvements mandibulaires, cliniquement « indétectables ». Il est cependant difficile d'établir une séparation nette entre la crispation normale (action non fonctionnelle de crisper de manière passagère les dents en occlusion centrée lors d'un état de tension nerveuse ou physique intense), et la crispation anormale ou bruxisme centré, qui est l'action non fonctionnelle de serrer les dents, d'une façon plus ou moins persistante **en l'absence de tension nerveuse ou physique exceptionnelle**. Il faudra là aussi chercher une étiologie double : psychique (état de stress de « fond », et non aigu) et occlusale (instabilité occlusale au voisinage immédiat de l'occlusion centrée).

Le bruxisme correspond donc à une action non fonctionnelle, involontaire, occasionnelle ou habituelle, diurne ou nocturne, des muscles masticateurs, se traduisant par le grincement, la crispation, ou le claquement des dents. Il existe également une forme profondément établie de bruxisme, que l'on appelle brycose.

Quel que soit son type, le bruxisme a de multiples étiologies, qui peuvent être psychologique, musculaire et dentaire. Ces causes peuvent se rencontrer de manière isolée, mais sont, le plus souvent, en association. On considère parfois que serrer les dents ou les faire grincer, est un mécanisme de réduction de tension psychologique.

Il n'est pas toujours admis que la présence d'une interférence entraîne automatiquement un bruxisme ; cependant, il a été montré chez le singe, en plaçant sur des surfaces dentaires occlusales des plaques en polyacrylique, que ces interférences induisaient du bruxisme, et de plus une élévation du taux de cortisol urinaire chez cet animal, témoignant d'un certain état de stress « provoqué ».

Les **dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire**, sont elles souvent associées à des douleurs articulaires, et au syndrome myofacial, le tout étant regroupé sous le terme d'**Algo-Dysfonction de l'Appareil Manducateur** (ADAM). Ces troubles ont aussi fait l'objet d'études psychométriques. Il a été démontré que les patients qui souffrent de ce type de dysfonction présentent des scores d'anxiété plus élevés par rapport au groupe témoin. La concentration du cortisol urinaire, moyen relativement simple de quantifier le stress, est aussi plus élevée chez les groupes cibles. On note que le stress induit une hyperactivité musculaire, ce qui peut entraîner trismus et douleur. Les stress environnementaux ressentis sur une base

chronique semblent participer à l'étiologie des dysfonctions de l'ATM, en induisant également des variations neurochimiques, endocriniennes et kinésiologiques.

Un traitement pharmacologique améliore les symptômes subjectifs du syndrome, ce qui est un argument prouvant que le stress en est un facteur aggravant. Ce type de traitement semble toutefois inefficace pour en améliorer les symptômes objectifs.(**Fournier** et **Mascrès**, 1988)

3.4.2.3. L'automutilation comme échappatoire, face aux situations de stress intense : les lésions simulées

Les lésions simulées peuvent se manifester de façon variable, par des ulcérations, des bulles (par brûlures thermiques, agents caustiques, etc.), des abcès (lors de piqûres avec des aiguilles souillées, par injections de substances irritantes, etc.), ou encore par des chéilites squamo-croûteuses.

On les rencontre dans les milieux particuliers (militaires, prisonniers, vagabonds), où le stress menace la vie au quotidien. En créant eux-mêmes leurs lésions et en les entretenant, les sujets, parfaitement conscients, cherchent volontairement à tromper l'équipe médicale, dans un but précis (exemption de réforme, de corvée, etc.) ; autrement dit, à fuir toute situation qu'ils ne se sentent pas capables de subir ou d'assumer. Certains enfants, pour qui aller à l'école est une véritable épreuve (surtout les jours d'examens), utilisent également ce stratagème : par exemple en se grattant jusqu'au sang pour simuler une « maladie de peau »... Par ailleurs, les contraintes de la scolarité et de la vie professionnelle peuvent être responsables de maux divers dits « psychosomatiques », comme le célèbre « mal de ventre », les nausées, les céphalées (qui sont des symptômes fonctionnels), et même parfois des affections organiques, comme les ulcères gastriques.

L'attention est attirée sur l'aspect « bizarre », souvent linéaire des lésions, leur apparition soudaine et inexplicable, leur résistance aux traitements habituels, et par l'attitude revendicative du sujet. La surveillance, la ruse et parfois la crainte permettront de mettre en évidence la simulation et de la faire cesser.(**Kuffer**, 1990)

3.4.2.4. Le stress, l'anxiété et le syndrome dépressif ...vers l'autolyse

L'état dépressif est défini par Porot (cité par **Kuffer**, 1990), comme un « fléchissement du tonus neuropsychique ». Souvent d'origine psycho-traumatique (perte d'un proche, divorce, licenciement, accident, agression, etc.), il affecte néanmoins des personnes le plus souvent prédisposées psychiquement (vulnérabilité du tempérament). Il implique de multiples symptômes affectifs, comme une tristesse et un pessimisme permanents, des idées de mort, un désintérêt pour tout, l'absence « d'envie », et une certaine anesthésie affective.

A ce malaise affectif s'ajoutent des symptômes psychomoteurs, attribuant au patient un ralentissement, à la fois sur le plan psychomoteur et sur le plan cognitif. Les symptômes émotionnels sont basés sur un fond d'anxiété, qui est la manifestation majeure d'un état de stress intense. Parfois, l'anxiété s'exprime par

des raptus agressifs, conditionnant le risque suicidaire. Enfin, des symptômes végétatifs, comme une fatigue intense, des troubles du sommeil et de l'appétit, des troubles sexuels et des algies variées rendent la vie du patient encore plus pénible.

L'évolution des dépressions est extrêmement variable selon l'étiologie, la personnalité, le contexte socio-affectif, les interventions thérapeutiques. Les rechutes et récidives sont relativement fréquentes, et le risque de passage à la chronicité est important dans ce cas.

Certains patients, présentant un état dépressif de fond, se plaignent de paresthésies (reconnues d'origine psychogène) localisées aux lèvres (chéilodynie), à la langue (glossodynie) ou à la muqueuse bucco-pharyngée (stomatodynie). Souvent, ces troubles de la sensibilité sont associés à une hyperkinésie linguale ou labio-jugale, se manifestant par des contractions musculaires, des mouvements désordonnés et incessants de la langue et des lèvres, des tics de déglutition et de succion parfois audibles. Ces mouvements linguaux intempestifs peuvent être la cause de frottements exagérés sur les dents ou les prothèses, dont les bords sont parfois aigus et agressifs, d'où l'apparition de lésions inflammatoires chroniques de la muqueuse.

Les « pics » d'anxiété chez les personnes dépressives peuvent également être responsables d'actes consistant à se faire du mal à soi-même (« *self-harm syndrome* »). **Pattison** (1983) a d'ailleurs défini ce syndrome par les caractéristiques psychologiques suivantes :

- des impulsions soudaines et récurrentes à se faire mal (ou du mal)
- l'existence d'une situation que le sujet ne peut pas contrôler
- une anxiété croissante, avec agitation et colère
- un processus de constriction de la perception cognitive, telle que le sujet ramène tout à sa propre situation
- une sensation de soulagement psychique après s'être automutilé
- une humeur dépressive accompagnée parfois d'idées suicidaires
- un abus alcoolo-tabagique fréquent
- un support social parfois déficient

A côté de cela, des symptômes dépressifs ont été rapportés comme étant une conséquence de la honte et de la culpabilité accompagnant parfois l'automutilation (quelle qu'en soit la motivation), plutôt qu'une cause de ce comportement.

Malgré le risque de passage à l'acte existant chez les personnes dépressives, il est important de souligner que **le principe de l'automutilation est contraire à celui de l'autolyse**. En effet, l'automutilation est caractérisée par une certaine répétitivité, alors que le suicide, lui, n'est censé se produire qu'une seule fois.

Menninger, en 1938 (cité par **Pattison**), a introduit le concept de « suicide focal » pour désigner l'automutilation, et **Pattison** lui-même (1983), a parlé de dégradation corporelle à « basse létalité ». Ces deux expressions traduisent bien la volonté de l'individu d'en finir avec quelque chose, plus précisément avec le ou les éléments responsables de son mal-être, mais tout en conservant la vie.

Par ailleurs, certaines tentatives de suicide sont « calculées », de manière à échouer systématiquement (par exemple en ingurgitant des produits non comestibles mais faiblement ou non toxiques, ou encore en entaillant une corde préalablement pour que celle-ci se rompe sous le poids pendant la pendaison), et ce, dans un seul et unique but d'attirer l'attention de l'entourage, comme une sorte d'appel au secours. Ce type de comportement est observé plus particulièrement chez des personnes dépressives ou instables psychiquement (personnalités « *borderline* »), dépendantes aux autres, ayant peu confiance en elles et une estime d'elles-mêmes au plus bas. Ces tentatives de suicide « factices » correspondent à des comportements appris, dont le « faussaire » se sert lorsqu'il est en manque d'affection et /ou d'attention, afin de recentrer l'affection sur lui, et de combler ce manque. C'est le même type de comportement que l'on retrouve souvent chez les enfants, mais avec une gravité somme toute plus importante. En effet, même si l'échec est garanti par une stratégie bien réfléchie au préalable, ce sont tout de même des conduites à risque, où l'individu « joue avec la mort ».

3.4.3. L'automutilation et la douleur

La douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire actuelle ou potentielle, ou décrite dans les termes d'une telle lésion. Nous avons ici choisi de consacrer quelques paragraphes à la douleur, puisque celle-ci est un symptôme classiquement rapporté au titre des pathologies fonctionnelles, et que l'automutilation peut, paradoxalement, aider à l'apaiser.

En dehors des troubles de la sensibilité, le corps humain est capable de s'adapter plus ou moins à la douleur. Les trois mécanismes d'adaptation suivants permettent de comprendre dans quelle mesure l'automutilation peut être « utile » à certains patients pour atténuer leur douleur.

- <u>Le système opiacé du cerveau : un mécanisme de contrôle de la douleur par modulation centrale</u>

Les recherches biochimiques des dernières années peuvent être résumées en ces termes : lors de stimulations douloureuses, le cerveau produit des substances s'apparentant à la morphine (endorphines et enképhalines). Rappelons que la morphine a un effet à la fois analgésique et euphorisant.

L'automutilation serait une forme de stimulation douloureuse. En réponse à cette douleur, le cerveau produit les substances endogènes citées ci-dessus. Celles-ci sont issues du système nerveux autonome, fonctionnant sur base d'adrénaline et de noradrénaline. Or, ce système, appelé système adrénergique, serait en partie responsable des mouvements stéréotypés, dont on connaît le lien avec l'automutilation. Ces substances dérivées de la morphine élèvent le seuil de la douleur, c'est-à-dire que la tolérance à la douleur augmente tout en plaçant le sujet dans un état euphorisant. Le circuit se résumerait donc de la manière suivante : l'automutilation engendre, via le système adrénergique, la sécrétion de substances morphiniques, qui viennent elles-

mêmes favoriser la poursuite de ce comportement par leur effet analgésique et euphorisant. Le sujet peut alors être dans un état second, une sorte de « nirvâna biochimique », durant lequel il perd toute perception de l'environnement. La perception de la douleur dépend à la fois d'une expérience, et donc d'un apprentissage, et à la fois de conditions environnementales comme la réaction du soignant face aux blessures que s'inflige l'automutilant.(**Morelle**, 1995)

- Le système du portillon, ou « *gate control* »

Cette approche neurophysiologique met en avant la possibilité d'inhibition de la transmission douloureuse par des signaux tactiles, c'est-à-dire des stimulations de faible intensité. Ce principe est bien connu chez les chirurgiens-dentistes : on peut diminuer la sensation douloureuse liée à la pénétration de l'aiguille lors d'une anesthésie, en stimulant la sensibilité somesthésique d'une zone voisine, par exemple en pinçant simultanément légèrement la lèvre.

Les stimulations de faible intensité (non douloureuses) utilisent les fibres nerveuses tactiles de gros diamètre (Aα et β, contrairement aux informations douloureuses qui empruntent les fibres nerveuses de petit diamètre Aδ et C), qui activent la substance gélatineuse de Rolando (formée de neurones inhibiteurs au niveau du noyau spinal de la colonne nucléaire du trijumeau), et ainsi inhibent le circuit douloureux ; les stimulations douloureuses voisines s'en trouvent ainsi diminuées.

Ce mécanisme permet d'assurer un certain contrôle de la douleur. Il a lieu au niveau des centres segmentaires, et agit comme une sorte de filtre, d'où son nom de « portillon ». Il pourrait permettre d'expliquer que certaines douleurs intenses puissent pousser les patients à rechercher d'étranges moyens de stimulation, comme par exemple le fait de se taper la tête contre les bords du lit chez certains enfants atteints d'otites, le fait de serrer très fort les dents pendant un accouchement ; et quel dentiste n'a jamais entendu un patient se plaindre d'une rage de dents, « à se taper la tête contre le mur » ?

- L'altération des récepteurs sensitifs consécutive à l'automutilation

Le fait de s'automutiler implique une « nécessité » (sauf dans le cas des pathologies congénitales et des automutilations accidentelles) d'entretenir le phénomène, à la recherche d'un apaisement, d'un « mieux-être ». Il s'agit là de défenses dysfonctionnelles contre l'angoisse, mises en place par des sujets parfois gravement perturbés. Comme nous l'avons déjà expliqué, la douleur remplace alors l'angoisse (antécédents de maltraitance, d'abus sexuels, etc.) ou la culpabilité (douleur morale). C'est en localisant la douleur sur une partie du corps par le biais d'une automutilation bien ciblée que le sujet aura le sentiment de « réduire » son angoisse. L'effet est malheureusement éphémère, et lorsque la douleur disparaît, l'angoisse peut redevenir envahissante, d'où la compulsion de répétition. Certains patients, face à la répétition des lésions, détruisent progressivement leurs récepteurs sensitifs, avec comme conséquence une réduction de l'effet algique. Il s'ensuit une augmentation du seuil à la douleur : les patients étendent alors inconsciemment la surface de leurs lésions. Dans la mesure où ce phénomène fait apparaître une sorte de tolérance (nécessité d'augmenter les « doses »

pour obtenir le même effet), ces automutilations peuvent être considérées quelque part comme des addictions comportementales.

3.4.4. L'automutilation et la psychiatrie

3.4.4.1. L'automutilation à travers l'histoire de la psychiatrie (auteurs cités par **Morelle**, 1995)

Si la psychiatrie comme science n'est nommée qu'à partir de 1802, une pratique psychiatrique est déjà exercée sur l'île de Cos par l'école de médecine où Hippocrate acquit sa renommée dès le V^{ème} siècle avant notre ère. Mais il semble que la psychiatrie ne se soit intéressée à l'automutilation que fort tardivement. A la fin du XIX^{ème} siècle, on ne trouve encore que des descriptions sur des automutilations dans le monde animal (Scharbach, 1986). Il faudra attendre le XX^{ème} siècle pour qu'apparaissent des études spécifiques consacrées à l'automutilation chez l'homme.

En 1906, Blondel publie *Les automutilateurs - Etude psychopathologique et médico-légale*. Cet ouvrage, devenu référence pour tous les travaux de langue française sur l'automutilation, est le premier à en faire une vaste description. L'auteur y décrit la castration volontaire liée à une baisse de l'intelligence associée à la mélancolie, ainsi que des castrations liées à un délire religieux. Il constate que les « dégénérés et les débiles sont également sujet aux automutilations ».

Trois ans plus tard, Lorthiois (1909) publie une thèse de médecine intitulée : *De l'automutilation – Mutilations et suicides étranges*. Dans cette thèse, l'automutilation est définie comme « une atteinte portée à l'intégrité du corps », atteinte qui se différencie de l'acte suicidaire, comme nous l'avons déjà vu.

Dans la psychiatrie classique de ce siècle, dont les grandes tendances sont décrites dans le *Manuel de psychiatrie* de Ey et coll. (1967), l'automutilation est étudiée dans les perversions sexuelles amenant l'individu au plaisir de souffrir. Ce comportement pervers est mis en parallèle avec certains rituels sacrificiels, visant à obtenir le pardon de la divinité.

C'est surtout à partir de 1950 qu'apparaissent des études plus spécifiques sur le sujet, et notamment l'étude de ce symptôme dans le développement normal de l'enfant et chez l'enfant autiste. Le *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (Ajuriaguerra, 1980) décrit d'une part, « les automutilations évolutives » considérées comme des décharges motrices « normales », et d'autre part « l'auto-agressivité persistante ou d'apparition tardive ». Cette dernière se retrouve surtout chez les patients psychotiques et arriérés mentaux.

3.4.4.2. L'automutilation buccale et la psychiatrie

Comme nous l'avons déjà vu auparavant, les automutilations rapportées à la bouche ont souvent une signification et une symbolique bien particulières, qu'elles soient conscientes ou inconscientes. Dans les maladies psychiatriques, dont les manifestations s'originent le plus souvent au plus profond de l'inconscient des individus, la signification des actes utilisant la cavité buccale prend davantage d'importance.

Malgré la rareté relative du phénomène d'automutilation (de 4 à 5% en milieu psychiatrique, d'après **Carr**, 1977), ce trouble du comportement semble tout de même bien attirer l'attention des cliniciens, dans la mesure où il risque d'entraver le développement social et intellectuel normal de l'individu (même s'il est bénin au départ chez l'enfant), et surtout de menacer la vie (car rappelons que, quelque part, la bouche « maîtrise » la vie).

Il semble que l'automutilation concerne davantage de femmes que d'hommes, et des sujets plutôt jeunes, en milieu psychiatrique tout du moins. On constate que les malades mentaux utilisent le bruxisme de façon plus fréquente et plus intense que les personnes psychiquement « normales », afin de « se décharger consciemment ou inconsciemment ». En effet, sous l'influence de la nervosité surtout, les pulsions se révèlent extrêmement puissantes, et sont d'autant plus incontrôlables chez les personnes psychiquement « malades ». C'est, entre autres, chez les neuropsychopathes que l'on observe l'usure pathologique dentaire la plus conséquente.(**Ntumba** et **Sekele**, 1992)

3.4.4.3. Eléments étiologiques de l'automutilation en psychiatrie

De nombreux auteurs se sont penchés sur l'étiologie de l'automutilation et ont émis diverses hypothèses qui peuvent se regrouper selon les trois axes suivants :

- L'axe organique, où l'on épingle un dysfonctionnement cérébral suite à des lésions ou à des troubles du métabolisme, ainsi qu'à des problèmes organiques passagers.

- L'axe environnemental, où l'accent est mis sur le caractère « appris » de l'automutilation à partir de l'environnement même du sujet. Sur ce même axe se retrouvent les hypothèses qui mettent en évidence le manque de stimulation que peut connaître celui qui s'adonne à l'automutilation.

- L'axe psychodynamique, où se retrouve l'hypothèse psychogénétique ou développementale. Celle-ci peut se résumer ainsi : les actes automutilants sont la poursuite de comportements stéréotypés et/ou automutilants dits « normaux » de la petite enfance, comme les légers cognements de tête sur des surfaces dures, répondant à une recherche de stimulation. Sur cet axe se retrouvent aussi les hypothèses concernant la constitution du Moi, les privations précoces, les sentiments de culpabilité. On peut encore y associer les hypothèses psychanalytiques qui reprennent certaines données de l'axe

psychodynamique, en leur donnant une interprétation différente ou en approfondissant les voies tracées.

Il apparaît d'emblée que ces axes interfèrent les uns avec les autres, et qu'aucune hypothèse explicative ne pourra être satisfaisante par elle-même. (**Morelle**, 1995)

3.4.4.4. Les principales pathologies psychiatriques concernées par l'automutilation

L'automutilation est un symptôme qui peut être retrouvé dans la plupart des pathologies psychiatriques, comme en témoigne quotidiennement la clinique du névrosé. Ce symptôme atteint parfois un degré offensif tel que l'hospitalisation à court ou à long terme, voire le placement en institution, devient indispensable.

L'automutilation peut débuter à certains moments « vulnérables » dans la vie du patient atteint de maladie psychiatrique, même si la psychopathologie est depuis un certain temps endiguée par une médication appropriée, et relativement compatible avec une vie familiale ou sociale. Les moments les plus propices pour l'apparition de ce symptôme sont le plus souvent liés à l'environnement, comme par exemple un bouleversement soudain dans la famille (décès d'un parent, déménagement, etc.), favorisant ainsi la survenue de « crises ». On retrouve également l'automutilation comme symptôme à visée relationnelle, lorsque l'attention prêtée au malade est accentuée.

Les auteurs qui ont étudié l'automutilation chez des patients considérés comme atteints de troubles de la personnalité observent le plus fréquemment de telles conduites chez les patients psychotiques et « *borderline* », parfois avec de graves conséquences. Les automutilations légères se rencontrent, elles, davantage chez les névrosés, qui n'aboutiront pas nécessairement en hôpital psychiatrique, mais pourront être amenés à s'engager dans un processus psychothérapeutique en raison de ce symptôme.(**Morelle**, 1995)

Nous envisagerons ci-dessous les pathologies psychiatriques les plus « classiques », où l'automutilation est susceptible de se manifester.

3.4.4.4.1. Les addictions

Les addictions signifient « conduites de dépendance ». Elles prennent le plus souvent leur origine à l'adolescence. En effet, le fait de devoir s'autonomiser, se débarrasser des liens et des sécurités de l'enfance, est source d'anxiété pour l'enfant qui grandit. Il doit ainsi se confronter à l'incertitude, à l'acceptation des limites, à la nécessité des choix, et au renoncement de satisfactions immédiates. L'incapacité de l'adolescent à obtenir des réponses qu'il exige immédiates, à ses désirs et à ses envies, entraînent chez lui un certain « mal-être », dont il cherchera l'apaisement par les moyens qui se présenteront à lui.

C'est ainsi que le jeune adulte, s'il présente une certaine fragilité psychique (tempérament vulnérable), a un risque de remplacer ses dépendances infantiles (à ses parents) par des dépendances à certains produits (lorsqu'ils sont mis facilement à sa disposition), ou à certaines conduites qui lui seront appropriées. On note ainsi deux grands types d'addictions :

- les dépendances aux produits ou toxicomanies (alcool, tabac, drogues) ;

- les dépendances comportementales, dont les addictions alimentaires (anorexie, boulimie) et les conduites pathologiques (perversions sexuelles, jeu pathologique).

• Les toxicomanies (**Reynaud**, 1984)

Fouquet, à propos de l'alcoolisme, avait donné une définition lapidaire mais précise, qui paraît applicable, en la paraphrasant, à toutes les toxicomanies : « la toxicomanie, c'est la perte de la liberté de s'abstenir du toxique ». En d'autres termes, la toxicomanie est définie par la notion clé de **dépendance**. Cette notion a été particulièrement étudiée par l'OMS ; la définition retenue, en 1964, est la suivante :

La dépendance est un état psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, se caractérisant par des modifications du comportement et d'autres interactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique, afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de frustration :

- *Cet état peut s'accompagner ou non de dépendance*

- *Un même individu peut être dépendant à plusieurs produits.*

Cette définition phénoménologique souligne la nature essentiellement psychique de la dépendance, le caractère contraignant du désir ou du besoin de prendre le produit, l'éventualité du comportement d'escalade, et la spécificité de cette dépendance en fonction du produit qui l'engendre. On observe ainsi deux types de dépendances :

- La dépendance **psychique**, où la drogue produit un sentiment de satisfaction et une impulsion psychique qui exige une administration périodique ou continuelle de celle-ci pour produire un plaisir ou bien pour éviter un état dépressif.

- La dépendance **physique**, qui est un état d'adaptation se manifestant par des troubles physiques intenses quand l'administration de la drogue est suspendue.

Cette définition inclut éventuellement la notion de tolérance ; le processus d'adaptation d'un organisme à une substance se traduit par un affaiblissement progressif des effets de celle-ci, d'où la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets.

Il faut toutefois nuancer cette distinction, classique et opératoire, entre dépendance psychique et physique, qui illustre la vieille dichotomie entre le corps et l'esprit : la neurophysiologie et la neuropharmacologie moderne permettent de dépasser cette contradiction.

Les drogues dites toxicomanogènes sont celles qui entraînent justement une dépendance. Celle-ci se traduit par un comportement d'auto-administration et un développement de la tolérance. Ces caractères les distinguent des médicaments (en dehors des médicaments dits toxicomanogènes), dont la consommation s'arrête généralement spontanément, une fois le malaise symptomatique dissipé.

Parmi les produits impliquant une pharmacodépendance, on note :

- les produits illégaux : les dérivés du chanvre indien (Marie-Juana, hachisch et cannabis), les opiacés (opium, morphine, héroïne), les barbituriques, les amphétamines, la cocaïne et les hallucinogènes ;
- les produits légaux : les médicaments dits toxicomanogènes (essentiellement anxiolytiques et antiparkinsoniens), les solvants organiques (éther, colle à rustine), l'alcool, le tabac et la caféine.

Les toxicomanes peuvent être répartis schématiquement en deux groupes :

- les sujets ayant une personnalité antérieure apparemment normale ;
- les sujets présentant des troubles psychopathologiques repérables (névrose, psychose, états limites, etc.) avant de devenir toxicomanes.

Outre les répercussions générales des toxicomanies, comme les diverses complications neuropsychiatriques, cardiaques, respiratoires, cancéreuses, infectieuses, ces conduites ont également des conséquences bucco-dentaires non négligeables. C'est donc indirectement que l'on considérera les toxicomanies comme des moyens d'automutilation buccale.

On observe notamment chez ces personnes une explosion de l'activité carieuse, d'une part par action des produits qui diminuent la quantité et la qualité salivaire, et d'autre part par une certaine négligence au niveau de l'hygiène buccale. Les caries sont prédominantes au niveau des collets dentaires, zones les plus sujettes au dépôt de plaque dentaire. On voit également souvent des lésions dentaires traumatiques, essentiellement sous forme d'abrasions ; le bruxisme étant un moyen pour ces sujets d'extérioriser leur anxiété. Enfin, des parodontopathies sont tout aussi fréquemment

rapportées : elles sont favorisées par une diminution résultante de l'immunité générale, qui contribue par ailleurs au développement de lésions muqueuses par phénomène infectieux (candidose, herpès, papillome, etc.). Nous reverrons plus en détails en deuxième partie ces conséquences bucco-dentaires, illustrées par des cas cliniques.

- Les troubles du comportement alimentaire, ou dysorexies

Les dysorexies sont considérées comme des conduites pathologiques envers l'alimentation. Elles peuvent être de trois types :

- les conduites restrictives, comme l'anorexie mentale et les régimes restrictifs ;
- les hyperphagies, comme l'hyperorexie, la boulimie, etc. ;
- les conduites perverses, comme la géophagie, la coprophagie, ou le cannibalisme.

Ces pathologies sont actuellement en extension. Leur prise en charge est néanmoins toujours délicate et aléatoire. Elles sont relativement graves, dans la mesure où elles engagent souvent le pronostic vital. L'âge de début est variable, et il existe des formes chroniques pouvant perdurer toute la vie.

Compte tenu du rapport fonctionnel incontournable qu'il existe entre l'alimentation et la bouche, on comprend que des troubles du comportement alimentaire puissent avoir des répercussions bucco-dentaires, même si celles-ci en sont indirectes. On considérera donc ici ces pratiques comme des automutilations de la cavité buccale. Par ailleurs, seules l'anorexie et la boulimie seront introduites, les autres conduites de dépendance alimentaire en étant des formes dérivées, et aux conséquences similaires. Le cas des conduites perverses ne sera pas abordé non plus, puisqu'il est plus qu'exceptionnel.

- L'**anorexie** peut être définie comme une conduite pathologique caractérisée, dans sa phase initiale, par un refus d'alimentation et ses conséquences somatiques : un état d'amaigrissement et une aménorrhée constante. La dénomination d'anorexie est impropre, du moins au début, car il ne s'agit pas à proprement parler d'une absence d'appétit mais d'une conduite active de restriction alimentaire. Cette restriction alimentaire volontaire qualitative et quantitative prend souvent le masque d'un dégoût pour l'alimentation. L'anorexique nie la gravité de son état et contrôle rigoureusement sa prise de poids, soit de façon passive en limitant la nourriture ingérée (forme restrictive pure), soit de façon active par les vomissements provoqués (forme « vomisseuse »). D'autres pratiques viennent classiquement compléter ce tableau, comme la prise de diurétiques ou de laxatifs, ou encore l'exercice physique intense. De ce fait, c'est en général l'état cachectique de la patiente qui permet de faire le diagnostic d'anorexie : elle est caractérisée par un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 17,5. Les étiologies de cette maladie sont principalement biologiques (anormalité de l'axe hypothalamo-

hypophysaire, en réponse à un stress chronique), sociales (tendance actuelle de la beauté féminine, sous le signe de la minceur), familiales (souvent conflits multiples) et psychologiques (événement grave ou difficulté majeure). Bien souvent, les jeunes filles ou femmes anorexiques souffrent d'un trouble grave de leur propre estime : ce trouble du comportement alimentaire leur permet de maîtriser leur corps par le besoin vital qu'est la faim, et quelque part de « reprendre » le contrôle de leur vie.(**Alberti**, 2004)

Les répercussions bucco-dentaires de l'anorexie sont indirectes, bien que la forme « vomisseuse » donne un caractère « actif », direct à ce type d'automutilation. Elles se manifestent par des lésions carieuses et des érosions dentaires considérables : au niveau des faces dentaires palatines, qui sont les premières touchées par l'attaque acide induite lors des vomissements provoqués, et au niveau des faces dentaires vestibulaires lorsque l'ingestion de boissons acides est fréquente. A ces facteurs étiologiques viennent s'ajouter une modification de la composition salivaire, d'où une protection moindre contre les caries, et une tendance à la négligence de l'hygiène bucco-dentaire. Enfin, on note une fragilité dentaire accrue, liée aux carences alimentaires, et la présence classique de parodontopathies, pour la même raison.

- La **boulimie** est considérée, au départ, comme une conséquence ou une complication de l'anorexie, par échec dans l'effort de restriction calorique et dans les tentatives de maîtrise de la faim. Mais elle a été reconnue depuis peu comme une maladie à part entière sans être forcément liée à l'anorexie. Elle se définit par une alimentation normale à la base, mais ponctuée de crises se manifestant par des besoins intenses et irrésistibles de manger voire de boire à l'excès (besoin de « remplissage »), associées à des stratégies de contrôle de poids inadaptées (vomissements et /ou purgatifs), et une peur morbide de grossir. Elle affecte des malades plus âgés que dans le cas de l'anorexie. Elle s'en distingue par le maintien d'un poids proche de la normale (ou IMC supérieur à 17,5). Le diagnostic est plus tardif car la boulimique contrairement à l'anorexique ne présente pas de signes cliniques : elle conserve un poids relativement normal, ainsi que des menstruations. Plusieurs facteurs peuvent en être à l'origine, notamment des facteurs biologiques (puberté précoce, avec classiquement un régime débuté très tôt), familiaux (conflits, abus sexuels) et socio-culturels (engouement pour la minceur et pour les régimes).(**Alberti**, 2004)

Lorsque les comportements compensatoires de cette hyperphagie se manifestent par des vomissements provoqués, on retrouve en bouche le même genre de lésions que chez l'anorexique. Les carences alimentaires sont moins importantes, mais les prises alimentaires répétées accélèrent le phénomène carieux chez ces patientes.

- Enfin, une pratique assez rare, mais avec d'autant plus de répercussions nocives sur la cavité buccale, est le **mérycisme** : ce phénomène consiste à provoquer volontairement la régurgitation des aliments de l'estomac dans la bouche, de manière à les mastiquer à nouveau. Les lésions carieuses sont alors

spectaculaires (lorsqu'il reste encore des supports dentaires), puisque ce principe associe la persistance d'aliments en bouche pendant des heures, et l'acidité des régurgitations. Cette pratique serait plus fréquemment rencontrée chez les patients atteints de névrose obsessionnelle, dont l'une des caractéristiques est le collectionnisme à l'extrême, avec une certaine difficulté à abandonner ses objets.

3.4.4.4.2. Les troubles de la personnalité

3.4.4.4.2.1. Généralités

Les troubles de la personnalité sont définis comme des états permanents constitués par des déviations quantitatives par rapport à la personnalité dite normale. Ces états ne sont pas marqués par la présence de symptômes psychiques comme le sont les névroses ou les psychoses. Ils se caractérisent néanmoins par des modes de comportement, des styles de conduite considérés comme pathologiques, dans la mesure où ils entraînent une souffrance cliniquement significative. A cela s'ajoute une altération du fonctionnement social et professionnel, telle que la situation devient invivable, à la fois pour le patient et pour son entourage.

Les troubles de la personnalité sont classés en plusieurs catégories selon les traits de personnalité dominants, c'est-à-dire selon les mécanismes de défense utilisés de manière préférentielle contre l'angoisse.

Par exemple, dans la personnalité dépendante, on peut retrouver l'automutilation comme moyen d'attirer l'attention de l'entourage, dans l'optique désespérée de maintenir le contact avec autrui. L'individu éprouve un besoin général et excessif d'être pris en charge et appréhende les situations de séparation.

Dans la personnalité limite ou « *borderline* », les patients, instables psychiquement, établissent des relations interpersonnelles le plus souvent immatures. Leur identité est habituellement perturbée, et l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes est altérée. Leur humeur est également instable, et ils agissent essentiellement de manière impulsive.

La personnalité antisociale (ou psychopathique), quant à elle, repose sur un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui. Le psychopathe est incapable de se conformer aux normes sociales, et fait preuve d'impulsivité et d'agressivité dans la plupart de ses faits et gestes. Cette agressivité peut quelquefois se retourner contre lui-même sous forme d'automutilation ; mais compte tenu de l'extrême sensibilité à la douleur que montrent habituellement ces individus, le préjudice sera davantage porté aux autres.

3.4.4.4.2.2. Les pathomimies

C'est dans le cadre des troubles pathologiques de la personnalité que l'on retrouve le plus souvent des automutilations à type de lésions dites factices, artificielles, ou encore **pathomimies**. Ces lésions sont créées et entretenues à l'aide des dents, des ongles, ou d'instruments improvisés (pointe de couteau, pince à épiler, épingle, etc.), mais elles sont moins sophistiquées que celles des simulateurs.

Les sujets pathomimes sont le plus souvent des adultes jeunes ou des adolescents, avec une certaine prédominance féminine. Ces patients sont atteints de troubles psychiques, essentiellement de la personnalité, plus ou moins graves, très variés, et dont la pathomimie peut constituer la première manifestation. Ils ne cherchent pas à égarer consciemment le médecin (ou le chirurgien-dentiste), mais ne font aucun effort pour l'éclairer. Il est vain et même contre-indiqué de chercher à les faire « avouer ». Ils refusent habituellement toute consultation psychiatrique, la leur proposer provoquerait immédiatement leur fuite.(**Kuffer**, 1990)

La gencive semble être le tissu buccal le plus souvent ciblé dans ce type de comportement.(**Blanton** et coll., 1977)

Stewart et **Kernohan**, en 1972, ont établi une liste de caractéristiques propres aux lésions gingivales auto-infligées, qu'il s'agisse de lésions simulées ou de pathomimies :

- Les lésions observées ne correspondent à aucune entité retrouvée dans les maladies connues.

- Elles sont le plus souvent de configuration bizarre, avec des bords plutôt vifs, et un fond a priori normal.

- La distribution des lésions est inhabituelle, et concerne des zones cutanées ou muqueuses facilement accessibles aux mains du patient.

- Enfin, les lésions peuvent être uniques, mais elles sont le plus souvent multiples.

Il apparaît clair, pour le chirurgien-dentiste, que l'établissement d'un diagnostic face à de telles lésions s'apparente à un véritable challenge, d'autant plus que les patients ont tendance à être très « économiques » sur la qualité et la quantité de vérité qu'ils connaissent sur l'histoire de leur « maladie ».

Le plus souvent, c'est en « discutant » avec le patient d'autres choses, que le praticien va capter des informations et ainsi mettre en évidence des éléments pouvant suggérer un problème psychiatrique à l'origine (perturbations dans la vie familiale, professionnelle, événements marquants, etc.).

3.4.4.4.3. Le syndrome de Münchausen

Dans le même esprit de « création » de sa propre pathologie, mais encore plus grave, le syndrome de Münchausen est une entité psychiatrique à part entière. Ce syndrome a été décrit en 1951 par Asher, chez les malades couturés de cicatrices issues d'opérations chirurgicales, pratiquées au cours d'hospitalisations répétées pour des affections simulées, dramatiques et invraisemblables. Hospitalisations que ces malades, au comportement psychiatrique particulier, interrompent parfois d'eux-mêmes après altercations avec le personnel soignant, qui met d'ailleurs souvent un certain temps avant de comprendre l'origine du problème. C'est une forme chirurgicale de la pathomimie.(Dictionnaire **Garnier Delamare**, 1998)

Les caractéristiques classiques du syndrome sont les suivantes : tendances auto-destructrices, communication au praticien lors de la consultation de fausses mais convaincantes informations pour l'établissement de l'anamnèse, sollicitation des soignants pour des examens diagnostiques invasifs, ainsi que pour des procédures chirurgicales, multiples admissions dans différents hôpitaux, fréquente dépendance aux drogues, etc.; le tout sur une base de trouble grave de la personnalité.

La patientèle est le plus souvent féminine : les patientes souffrent en général de graves problèmes narcissiques. Le « stratagème » qu'elles élaborent leur permet de devenir une sorte de « vedette » dans le service hospitalier.

Asher divise ce syndrome en trois types : abdominal, hémorragique, et neurologique. Aujourd'hui, un nouveau type est également reconnu : le type cutané.(**Michalowski**, 1985)

Enfin, nous ne ferons que citer le « syndrome de Münchausen par procuration », où les mères mutilent volontairement leur(s) enfant(s), afin d'être reconnues par le personnel soignant comme des mères admirables, qui font tout pour leurs enfants, auxquels les médecins « ne comprennent rien ».

3.4.4.4.4. Les névroses et psychoses

- Les névroses

Le terme névrose désigne un groupe d'affections dont les symptômes indiquent un trouble dans le fonctionnement du système nerveux, sans que l'examen anatomique ne révèle de lésions appréciables des éléments de ce système, et sans qu'il existe d'altération de la personnalité (contrairement aux psychoses). Le malade est conscient du caractère pathologique de ses symptômes qui entravent son existence, mais ne peut s'en débarrasser. Les principaux états névrotiques sont : les névroses d'angoisse, phobiques, obsessionnelles et hystériques. La psychanalyse explique les névroses par la persistance de conflits non résolus et refoulés remontant à l'enfance (maltraitance, abus sexuels, etc.).(Dictionnaire **Garnier Delamare**, 1998)

Dans la névrose d'angoisse, on remarque un fond permanent d'anxiété, avec des crises paroxystiques : l'anxiété est sans rapport avec la réalité objective de la contrariété, mais est fonction de sa signification symbolique intérieure. La crise paroxystique se manifeste sur le plan psychique par une sensation de mort imminente, et sur le plan somatique par des troubles fonctionnels aigus, pouvant s'accompagner d'actes automutilants centrés sur la cavité buccale, lorsque la « bouche » est à l'origine des conflits inconscients impliqués dans la maladie.

Dans la névrose obsessionnelle, on observe parfois des tics et gestes focalisés sur une obsession de la propreté. Il a été rapporté en institution psychiatrique, quelques cas d'automutilations par incisions cutanées et de la muqueuse buccale, visant à faire « sortir les microbes dont le corps était, pour ces patients, infesté ». La notion de volonté dans la pratique de tels actes est controversée, car il n'est pas prouvé que la maladie permette aux patients de prendre librement leurs décisions, dans la mesure où ils sont dominés par des pulsions, des idées, des croyances, liées à la maladie elle-même.

La névrose hystérique concerne, elle, principalement des femmes. A l'origine, le complexe oedipien n'a jamais été résolu chez ces patientes, en raison de failles dans les images parentales, en faveur de celle du père, vu comme un séducteur par sa fille. L'angoisse est supprimée par un processus de déplacement sur le corps (conversion), se manifestant souvent sous forme de crises (syncope, tétanie...). Le besoin de prise en considération y est souvent présent (aide, protection, empathie, mise en valeur), le désir inconscient d'être malade en étant à la base. Face aux lésions d'automutilation qu'elles peuvent présenter (considérées comme des formes primitives de communication non verbale), les patientes montrent souvent une certaine indifférence, puisqu'elles sont convaincues de la nature organique de leurs souffrances.

Les lésions artificiellement provoquées présentent quatre caractéristiques spécifiques des mutilations hystériques, qui sont les suivantes :

- Le patient (ou plus couramment la patiente) pousse ses automutilations jusqu'à provoquer des lésions graves (jusqu'à l'auto-amputation), où l'intervention chirurgicale en tant que thérapeutique devient indispensable.

- L'hystérique dissimule l'origine de ses lésions, avec une certaine subtilité.

- Elle manifeste un sentiment de satisfaction, lors du succès de son stratagème, face à son environnement familial et médical.

- Enfin, il existe une étrange assurance dans le déni qu'elle a de son implication dans l'origine de ses lésions, et paraît indignée lorsqu'on l'en rend responsable, après confirmation du diagnostic.(**Reichart** et **Köster**, 1978)

Mais la plupart du temps, le névrosé a recours a des automutilations bénignes ou à des processus d'auto-destruction ne pouvant pas être définis comme automutilations au sens strict du terme, puisqu'ils n'ont pas nécessairement pour conséquence de lésions corporelles. Il faut ainsi évoquer ces multiples comportements automutilants de la vie quotidienne que sont certains grattages ou arrachages de la peau (s'apparentant plus à des tics) ou, de manière plus indirecte, les détériorations du corps dans le cas d'assuétudes à la drogue, à l'alcool, ou au tabac. On pourrait encore ajouter à ce tableau des attitudes internes de repli dépressif, ou des inhibitions qui, sans atteinte du corps propre, seraient en quelque sorte des automutilations psychiques. (**Morelle**, 1995)

- Les psychoses

Psychose est le nom générique donné à toutes les maladies mentales. Le sujet atteint de psychose n'est pas conscient du désordre de sa personnalité, contrairement à celui qui souffre de névrose et qui se rend compte du caractère pathologique de ses troubles.(Dictionnaire **Garnier Delamare**, 1998)

Parmi les états psychotiques, deux pathologies mentales sont susceptibles de manifester des conduites automutilantes : il s'agit de l'autisme psychotique et de la schizophrénie.

- L'autisme (**Armstrong** et **Matt**, 1999)

Pour la première fois décrite en 1943 par Kanner, cette maladie s'apparente à un désordre sévère dans le développement des comportements, qui se manifeste pendant l'enfance, et est caractérisé par des troubles du comportement, de la socialisation et de la communication. Certaines thérapies se révèlent efficaces pour enrayer la maladie pendant l'enfance, mais il existe des formes d'autisme « rebelles » aux traitements et persistant ainsi chez l'adulte sous forme de troubles résiduels.

Jusqu'à son identification, de nombreuses hypothèses ont été établies au sujet de l'autisme : déficit congénital, environnement parental inadéquat et anomalies biologiques variables. On imputait l'existence de ce trouble du comportement à la mère de l'enfant autiste, que l'on considérait incompétente en matière d'établissement relationnel. Mais les recherches ont finalement abouti à l'affirmation suivante : l'autisme a de multiples composantes, qui sont essentiellement génétiques (au moins 18 gènes impliqués), organiques (car l'autisme est présent dans un certain nombre d'affections organiques, comme la surdité par exemple), et environnementales (par le comportement inadapté de la mère, qui souvent se sent impuissante face à la maladie de son enfant). Les composantes organiques et génétiques sont les plus probables, compte tenu de la corrélation significative qu'il existe entre l'autisme, le retard mental et les crises convulsives. Mais l'actuelle hypothèse sur les causes de l'autisme reste

cependant controversée. Le diagnostic ne peut se faire qu'à partir d'une observation et d'une évaluation cliniques approfondies.

Les troubles du comportement qui caractérisent l'autisme incluent des troubles cognitifs dus à une anomalie de transmission et de hiérarchisation des informations reçues, d'où un défaut dans l'établissement des relations sociales réciproques, la restriction du répertoire d'activités de ces patients, et une déficience dans leurs capacités d'imagination et de communication verbale et non verbale. Les problèmes de communication dont souffrent ces patients sont souvent générateurs d'une anxiété intense, qui les rend vulnérables à la « psychotisation » : on parle alors d'**autisme psychotique**. Certains comportements sont caractéristiques du patient autiste, comme les comportements rituels et stéréotypés, tels que les battements de bras, ou encore le balancement incessant du tronc. Les autistes ont fréquemment des réponses anormales aux stimuli sensoriels, comme une apparente hyposensibilité aux stimuli douloureux. En conséquence, certains peuvent manifester de sérieux comportements d'automutilation.

Bien que cette pathologie soit aujourd'hui reconnue d'étiologie organique et neurologique, elle reste en majeure partie prise en charge en milieu psychiatrique. Il n'existe pas de thérapeutique propre à l'autisme : aucune pharmacothérapie n'est suffisamment efficace pour pouvoir en traiter ses caractéristiques primaires. La prise en charge consiste donc en une réhabilitation sociale, visant une certaine indépendance dans les activités quotidiennes, adjointe à une pharmacothérapie permettant de traiter les symptômes associés, comme par exemple les crises convulsives.

- La schizophrénie (**Altom** et **Diangelis**, 1989)

C'est le terme par lequel Bleuler (1911) désigne tous les états mentaux qui présentent comme caractère essentiel la dissociation et la discordance des fonctions psychiques (affectives, intellectuelles, et psycho-motrices) avec perte de l'unité de la personnalité, rupture du contact avec la réalité, délire et tendance à s'enfermer dans un monde intérieur. L'évolution, plus ou moins rapide, aboutit parfois à la démence.

Mac Lean et Robertson (1976) ont remarqué qu'une extrême dissociation des affects peut autoriser les schizophrènes à de sévères automutilations, sans éprouver pour autant la moindre douleur. De tels patients impliquent dans leurs croyances des idées étranges de culpabilité. La réalité est déformée, et leurs constantes allusions à des références bibliques supportent cette distorsion.

Malgré le fait que les automutilations chez les schizophrènes ne soient pas prévisibles, il a été remarqué que ces patients peuvent rapporter des idées les annonçant, sous forme d'hallucinations et d'idées délirantes, comme le fait de se sentir commandé par des forces extérieures. L'automutilation leur permet de se calmer, en répondant à ces « voix » par lesquelles ils entendent raison. Crowder et coll. (1979) ont également relevé que ces malades éprouvent un sentiment de soulagement après l'exécution de tels actes. De plus, ces auteurs ont pu identifier un profil type de ces patients : ils sont en général assez jeunes

(16 à 40 ans en moyenne), et expriment couramment de profondes convictions religieuses ou une grande préoccupation par le bien et le mal. Ils croient que la suppression d'une partie du corps qu'ils pensent « offensante », peut permettre l'expiation de « terribles » transgressions sexuelles. Ils montrent ainsi de nombreux conflits en rapport avec leur sexualité, et se soumettent à des forces surnaturelles qui leur font « payer » leurs « péchés », en commandant leur auto-destruction. La mutilation est donc vue par ces patients comme un moyen de se « nettoyer à l'intérieur ». Par un effort incroyable de « méditation », ils réussissent même à maîtriser la douleur associée à ces pratiques. Parfois, les automutilations rencontrées se manifestent par des auto-extractions, sans qu'il existe de facteur local prédisposant.

3.4.4.4.5. La maladie de Gilles de la Tourette

Décrite en 1885 par l'auteur qui lui a donné son nom, cette maladie est une affection rare, parfois familiale, de cause encore inconnue, débutant dans l'enfance ou dans l'adolescence, et caractérisée par la présence de tics moteurs multiples et d'au moins un tic sonore, variant en nature et en intensité, sur des périodes allant de plusieurs semaines à plusieurs mois. Des symptômes obsessionnels-compulsifs, une écholalie (imitations verbales), et une coprolalie (insultes obscènes involontaires) peuvent s'y ajouter. De nombreux sujets atteints ont aussi un trouble de l'attention avec hyperactivité.(Dictionnaire **Garnier Delamare**, 1998).

Les désordres dans les mouvements commencent souvent avec des tics incontrôlables de la face, s'aggravant au fur et à mesure. Presque tous les patients développent des tics moteurs et verbaux. Le tic peut impliquer n'importe quelle partie du corps, mais plus fréquemment les muscles de la face, du cou, des épaules et du tronc.

La cause de ce « syndrome du tic » n'est pas tout à fait élucidée, mais celui-ci pourrait a priori être interprété comme un moyen de « décharge motrice » des tensions psychogéniques. Les patients décrivent également un besoin compulsif de produire de soudains mouvements ou vocalises, et ressentent un soulagement de leurs tensions après leur exécution. Certains ont besoin de toucher des choses répétitivement, ou même parfois des autres personnes, plus particulièrement au niveau des parties intimes ; certains, même, se masturbent de manière pulsionnelle. Il a été suggéré qu'une hypersensibilité des récepteurs à la dopamine pourrait être impliquée dans des comportements exhibitionnistes chez ces patients.

Il a été également rapporté chez quelques uns de ces patients des conduites répétitives et compulsives s'apparentant à de l'auto-destruction, et leur permettant de relâcher leurs tensions. La manifestation la plus courante est l'onychophagie sévère, à tel point que les extrémités digitales demeurent parfois à vif. On observe même quelquefois de graves lésions d'auto-morsure de la langue, pouvant aller jusqu'à l'auto-amputation partielle de celle-ci. (**Lowe**, 1986)

3.4.4.4.6. Le retard mental

Les publications relatives à la déficience mentale naissent sous la poussée de la psychiatrie. D'abord placée avec les « fous », la personne présentant un retard mental reçoit une dénomination précise avec Dupré (1909) qui parle de « débile mental ». Cette débilité est entendue en termes de déficit, qui sera mesurable grâce à la notion d'âge mental établie par Binet et Simon, et complétée par le calcul du quotient intellectuel. Il faudra attendre encore une cinquantaine d'années pour que la débilité mentale soit étudiée dans un contexte clinique global et dynamique, associant la recherche fondamentale et la recherche clinique. On parlera alors d'« arriération mentale ». Le développement de la génétique, de la biochimie et de la physiologie lève progressivement le voile masquant les dysfonctionnements cérébraux se manifestant sous forme de retard mental.(auteurs cités par **Morelle**, 1995)

Le retard mental peut ainsi avoir diverses origines, notamment à type de pathologies congénitales organiques : par transmission génétique d'une anomalie chromosomique, ou par incident malformatif au cours de la grossesse. Certaines déficiences mentales sont idiopathiques, mais elles sont rares. Elles peuvent être isolées (retard mental non spécifique), ou associées à un handicap moteur, comme dans la trisomie 21 (ou syndrome de Down). Le handicap mental peut également être « acquis » : le plus souvent suite à un accident (de la voie publique, ou par chute grave), mais aussi suite à un accident vasculaire cérébral, ou encore à une intoxication affectant les structures cérébrales. La déficience mentale acquise présente les mêmes manifestations que lorsqu'elle est innée, mise à part l'absence en général du côté « appris » du comportement d'automutilation, qui là, n'a pas le temps de s'installer.

Il semblerait que le comportement d'automutilation soit présent chez ces patients avec une fréquence de 7 à 19%, tous âges confondus. Ce type de comportement n'est néanmoins pas spécifique des déficients mentaux, puisque beaucoup de patients s'automutilent sans pour autant montrer une quelconque déficience de leur intelligence. On compte notamment environ 15% de tels comportements (cognements de tête sur des surfaces dures par exemple), chez les enfants normaux, entre 19 et 32 mois.(De Lissovoy, 1961, cité par **Carr** en 1977)

L'étude la plus importante en langue française portant sur l'automutilation chez les arriérés mentaux est celle de Poussin (cité par **Morelle**), qui publie en 1978 une recherche sur *Les conduites automutilatrices* dans le cadre d'un hôpital psychiatrique. Depuis, des journées d'étude sont organisées, de plus en plus d'articles paraissent sur ce sujet, témoignant de l'intérêt neuf pour une réflexion psycho-clinique de l'arriéré mental.

Selon **Morelle**, les instituts psychiatriques accueillent des personnes arriérées mentales, dont le comportement perturbé ne permet pas le maintien dans des institutions prévues explicitement pour elles. Par le biais de l'automutilation, la personne arriérée mentale rejoint effectivement le contingent de la population dite psychiatrique.

La sévérité du retard mental semble être corrélée avec l'incidence de l'automutilation. Lorsqu'il n'y a pas de déficience biochimique ou enzymatique (comme dans le syndrome de Lesch-Nyhan), ni de déficience sensorielle (comme dans la dysautonomie familiale), la motivation essentielle de l'automutilation chez ces patients semble être la recherche d'attention : là encore, on pourra parler de symptôme à visée relationnelle.(**Denbesten** et **McIver**, 1984)

3.4.4.5. Autres significations de l'automutilation en psychiatrie

3.4.4.5.1. L'automutilation comme langage
(**Morelle**, 1995)

La plupart des auteurs ayant développé des hypothèses psychodynamiques quant à l'automutilation considèrent ce comportement comme un appel à autrui, un moyen de communication pour exprimer une frustration, une tristesse, un malaise physique, de la peur, ou encore pour décharger une tension, lorsque le langage comme moyen de communication privilégié est inaccessible, du moins dans sa forme active.

Poussin (1978) considère l'automutilation comme le seul moyen d'expression pour certains : « Elle peut avoir fonction de signe à valoir pour la communication (...) un des rares appels à autrui qu'il puisse encore exprimer ». Poussin fait de l'automutilation stéréotypée un symptôme, substitut d'une parole.

Les auteurs qui constatent cette substitution de la parole par le comportement automutilant soulignent la plupart du temps la non-acquisition du langage ou sa grande pauvreté chez les sujets gravement déficitaires. Le comportement stéréotypé et plus spécifiquement l'automutilation seraient une conséquence directe de ce déficit langagier et en seraient effectivement, comme le défend Poussin, un substitut.

L'automutilation ne peut faire office de langage que dans la mesure où il existe une personne à qui adresser un message, et qui est susceptible de l'intercepter et de le décoder. C'est à partir du moment où le comportement du patient fait signe à son entourage, l'interpelle, que le ou les sens en seront recherchés pour mener des tentatives thérapeutiques.

3.4.4.5.2. L'automutilation comme auto-stimulation
(auteurs cités par **Morelle**, 1995)

L'automutilation a déjà été étudiée selon des règles d'homéostasie et décrite sur l'axe environnemental, la plupart de ses défenseurs pouvant mettre l'accent sur la qualité ou la quantité de stimulations nécessaires à un individu et offertes par l'environnement.

L'hypothèse de l'automutilation entendue comme auto-stimulation est également reprise par les tenants du courant psychodynamique où l'accent est davantage porté sur la dynamique personnelle de celui qui s'automutile, que sur son environnement.

La plupart des tenants de l'axe psychodynamique soulignent « la faim de stimuli » (Carraz et Ehrhardt, 1973) dont témoigne l'automutilation. Ces auteurs parlent également de déficiences sensorielles, à l'origine d'un isolement « stimulatoire ».

Pour Chiland (1976), l'automutilation permet d'assurer « un continuum d'excitation en rupture avec, et en protection contre, des stimuli externes aléatoires, insuffisants, insécurisants. » L'automutilation apporte donc des stimuli qui permettent au sujet de se sentir exister, tout en le protégeant contre d'autres stimuli.

C'est en termes assez similaires que Scharbach (1984) analyse les « conduites auto-offensives » dont il observe l'apparition fréquente après le départ d'une personne « qui a suscité de par sa relation une excitation. En effet, chez ces sujets, l'objet absent est totalement perdu, et leur organisation mentale ne permet pas à une représentation suffisamment développée d'assurer la permanence de l'objet disparu : il y a alors nécessité d'**intensifier les autres stimuli** pour parer à l'angoisse d'anéantissement. » Il y a donc à la fois une perte de certains stimuli au sein d'une relation et un affect d'angoisse qui agirait comme stimulus à éviter lui aussi par une contre-stimulation.

L'auto-morsure est souvent utilisée comme moyen d'auto-stimulation, non seulement parce que c'est un moyen simple, rapide et efficace, mais également parce que les dents sont une arme de défense naturelle très puissante de l'homme, lui permettant en quelque sorte de contrôler sa vie, aussi bien de manière passive (refus de se nourrir), que de manière active (lésions par morsure). Cependant, ces actes peuvent dépasser le seuil de l'auto-stimulation, et aboutir à des lésions considérables, parfois très douloureuses. Mais en général, l'individu en cherchant l'auto-stimulation, sait « s'arrêter » : l'apparition de la douleur est un mécanisme de protection naturelle de l'organisme contre les agressions, et qui permet, par cette sensation désagréable d'en stopper spontanément l'origine.

3.4.4.5.3. Le cas particulier du masochisme (**Morelle**, 1995)

Le masochisme, dont le nom se rapporte au romancier allemand Sacher Masoch, a été défini par Krafft-Ebing en 1886, comme la perversion du sens génital chez l'homme, l'acte sexuel ne pouvant s'accomplir que sous l'action d'insultes, de flagellation ou de tous autres sévices.

Puis la pratique s'étend à la recherche de la douleur au moyen d'autres parties du corps, comme sources de plaisir, mais toujours rapportées à l'excitation sexuelle. En effet, Freud, dès 1915, développe l'idée qu'un sujet

peut, sous certaines conditions, rechercher la douleur comme source de plaisir : « Les sensations de douleur comme d'autres sensations de déplaisir, débordent sur le domaine de l'excitation sexuelle et provoquent un état de plaisir ; voilà pourquoi on peut aussi consentir au déplaisir de la douleur. »

Dans *Le problème économique du masochisme* (1924), ce psychanalyste lie le masochisme aux pulsions de mort, indissociables elles-mêmes du principe de plaisir, *éros*. Le plaisir de la douleur est présent dans chaque forme de masochisme. Freud introduit ainsi la question de la douleur et de la jouissance : « L'autodestruction de la personne ne peut se produire sans satisfaction libidinale ». Il s'explique, en citant trois principes fondamentaux du masochisme :

- « le principe de Nirvâna », attaché à la pulsion de mort ;

- « le principe de plaisir » qui « représente la revendication de la libido », et qui est du côté de la vie ;

- « le principe de réalité » qui « représente l'influence du monde extérieur ».

Ainsi, pulsions de vie et pulsions de mort se heurtent et s'associent. Ce type de masochisme est appelé « masochisme primaire érogène », ou « plaisir de la douleur ». Il serait « un témoin et un vestige de cette phase de formation dans laquelle s'est accompli cet alliage, si important pour la vie, de la pulsion de mort et d'Eros. »

Freud décrit également deux autres formes de masochisme : le « masochisme féminin » et le « masochisme moral ». Le *masochisme féminin* implique que le sujet se mette dans la position de « l'enfant en détresse » et « méchant », ou « dans une position caractéristique de la féminité » (castration, rapport sexuel, accouchement). Le *masochisme moral*, lui, situe le sujet dans une position telle qu'il cherche à maintenir une certaine quantité de souffrance.

3.5. Autres facteurs favorisant l'automutilation : les facteurs locaux

Les possibilités de facteurs locaux étant extrêmement nombreuses, nous n'en dresserons pas ici une liste exhaustive, mais en donnerons simplement quelques exemples.

3.5.1. Les facteurs locaux iatrogènes

Des prothèses (essentiellement amovibles) inadaptées, c'est-à-dire mal ajustées, avec des défauts de rétention, de stabilisation, ou de réglage occlusal (surcharges localisées), peuvent être responsables d'ulcérations buccales traumatiques involontaires chez le patient appareillé. Ces ulcérations (par exemple, botryomycomes) peuvent alors devenir source d'automutilation par mordillement, car elles représentent souvent une gêne dont le patient essaye de se débarrasser intuitivement.

De même, des reconstitutions coronaires débordantes (par prothèse conjointe ou matériaux d'obturation divers) peuvent être à la base de lésions parodontales localisées

(poches parodontales), pouvant être le siège de douleurs, d'œdème et de bourrage alimentaire, souvent soulagés par le patient au moyen de cure-dents ou d'instruments pointus divers qu'il aura à portée de main (pointe de couteau, tournevis, extrémité d'un trombone), et créant ainsi parfois davantage de dégâts (risque de surinfection ou d'inflammation chronique).

Les exemples sont nombreux ; c'est pour cette raison que l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste doit se rapprocher au mieux des règles de l'art, bien que ce ne soit pas toujours évident, nous en convenons.

3.5.2. Les facteurs locaux individuels

- L'occlusion dentaire

Un déséquilibre occlusal, observé souvent en cas d'édentement non compensé, peut aboutir à de multiples modifications au sein des arcades dentaires, comme par exemple des versions et migrations dentaires, ou des sur-occlusions. Les surcharges occlusales peuvent entraîner un mécanisme de bruxisme, lorsqu'elles sont associées à des états de tension psychique chez le patient.

Les versions, migrations dentaires et édentements conduisent à une perte de calage de l'occlusion, puis à une perte de dimension verticale de celle-ci. Cette perte de dimension verticale peut ensuite elle-même engendrer des lésions buccales, comme la perlèche (candidose des commissures labiales), ou encore des phénomènes de morsure des joues, des lèvres et de la langue.

- Les facteurs dentaires

Par exemple, des reliefs dentaires saillants peuvent être responsables de lésions muqueuses (des joues, ou de la langue) par coupure ou par morsure, et peuvent être entretenues involontairement tant que le facteur étiologique persistera.

Citons encore l'exemple des dyschromies : ces altérations de la teinte des dents peuvent inciter le patient au brossage intempestif, utilisant parfois des produits nocifs (jus de citron, bicarbonate de soude, etc.), en vue d'une amélioration esthétique.

- Les facteurs muqueux et reliefs préexistants

Il a été rapporté chez certains enfants des conduites d'automutilation, par grattage intensif utilisant les ongles, au niveau des sites muqueux d'éruptions dentaires en cours, vraisemblablement à l'origine de démangeaisons.

On différencie à ce sujet les gingivites dites artificielles mineures, essentiellement provoquées par grattage sur des sites gingivaux présentant une irritation locale préexistante, et les gingivites artificielles majeures, dans lesquelles l'habitude est ancrée plus profondément et dont les conséquences sont plus sérieuses.(Stewart, 1976, cité par **Sandhu** et coll. en 1997)

Par ailleurs, certaines pathologies ont des répercussions bucco-dentaires pouvant faire l'objet d'un mécanisme d'entretien par le patient, plus ou moins volontairement, plus ou moins consciemment, d'autant plus s'il existe un retard mental associé. Par exemple, l'existence de trisomie 21 peut favoriser la survenue de chéilites, qui seront facilement entretenues par mordillement, succion ou morsure des lèvres (classiquement charnues et fissurées chez ces patients), ou encore quelquefois être responsable d'une macroglossie, source de morsures récurrentes de cette langue qui se loge difficilement entre les arcades dentaires.

Enfin, en dermatologie périorale, la présence de lésions cutanées et muqueuses (labiales) préexistantes peut être à la base de tics de grattage, voire arrachage, ou encore de mordillements (boutons d'acné sur le pourtour buccal, croûtes herpétiques au niveau des commissures, pemphigus labial, etc.), exacerbant ainsi les lésions initiales. Ces comportements appelés par Corraze (1979) (cité par **Morelle**) « stéréotypies de grattage » peuvent receler une inhibition face à la manipulation d'objets. Ces stéréotypies peuvent également prendre l'aspect d'une auto-stimulation, là où le corps a été marqué par une irritation ou une inflammation provoquant des démangeaisons. Celles-ci sont répétées, voire « chronifiées », par l'effet du grattage au cours de la cicatrisation des excoriations. Corraze estime que certaines de ces excoriations sont de véritables automutilations, avec déplacement de l'agressivité sur le corps propre.

2ème PARTIE : Description illustrée des lésions d'automutilation buccales, et présentation de cas cliniques

1. Les lésions des mutilations cosmétiques

Les automutilations cosmétiques, qu'elles soient traditionnelles ou modernes, aboutissent habituellement plus à des modifications anatomiques qu'à des lésions à proprement parler. Cependant, elles peuvent parfois être lourdes de conséquences en termes de complications ou de séquelles. Mais ceux que ces pratiques intéressent ont une autre vision des choses : pour eux, le bénéfice esthétique ou symbolique, qu'il est difficile de débattre tant son évaluation est subjective, est privilégié par rapport à l'enjeu médical. Celui-ci est pourtant bien réel : de nombreux cas de complications (parfois même mettant en péril la vie de l'individu) ont été rapportés. C'est donc plus au sens des complications résultantes, locales et à distance, immédiates et tardives, que nous présenterons ici les lésions d'automutilation se rapportant aux pratiques cosmétiques intéressant la cavité buccale.

1.1. Les mutilations rituelles traditionnelles

1.1.1. Conséquences pathologiques des mutilations des tissus dentaires (auteurs cités par **Martin-Darrou**, 1995)

1.1.1.1. Conséquences des avulsions intentionnelles

- Liées à l'extraction elle-même

Outre la douleur atroce engendrée par ces techniques non médicales (réalisées sans anesthésie, et avec une technique relativement « barbare »), il existe des risques de fracture de l'os alvéolaire (en particulier lorsqu'il s'agit des canines), ou des apex, abandonnés ainsi dans le fond des alvéoles dentaires.(Baccaert, 1986)

- Conséquences locales

Les avulsions du bloc incisivo-canin peuvent provoquer des troubles de l'articulé dentaire assez importants (avec perte des guidages incisif et canin), des troubles de position (gression des dents adjacentes, extrusion des dents antagonistes), ainsi que des mobilités importantes des dents voisines. Tous ces troubles créent un terrain particulièrement favorable aux parodontopathies.

- Conséquences fonctionnelles

Les troubles fonctionnels engendrés sont essentiellement liés à l'absence de certaines dents, réduisant ainsi la fonction masticatoire de la personne. Mais on observe également des modifications de la fonction phonatoire, suite aux extractions des incisives. En effet, l'affaissement des lèvres résultant et l'impossibilité de prononcer les consonnes « dentales », perturbent considérablement la façon de parler. Ceci permet, entre autres, des variations de dialectes régionaux et tribaux.

- Conséquences d'ordre général

Ces pratiques étant réalisées sans aucune connaissance médicale, et surtout sans asepsie, les avulsions ainsi prodiguées peuvent induire des accidents généraux graves tels que des septicémies (parfois mortelles par surinfection tétanique), mais également des hémorragies.(Chrisment, 1983)

1.1.1.2. Conséquences des limages

- Conséquences immédiates

La douleur est présente dans tous les récits ethnologiques, même si certains « patients » essayent d'être moins réceptifs en absorbant préalablement des breuvages alcoolisés ou autres.

- Conséquences tardives

La mutilation par limage réalisée sans mise à nu de la pulpe provoque d'abord pendant quelques jours une hyperesthésie dentaire. Ensuite, la pulpe peut se mortifier : en effet, la taille de la dent par à-coups successifs provoque des microtraumatismes, entraînant à long terme une lésion, voire une rupture du paquet vasculo-nerveux apical.

Le processus carieux, par libre propagation des bactéries le long des canalicules dentinaires ouverts par la taille, ainsi que les chocs thermiques importants peuvent aboutir au même résultat. Puis, à plus ou moins longue échéance, abcès, kystes, granulomes et fistules peuvent survenir.

Parfois, la pulpe dentaire est mortifiée de façon directe par mise à nu accidentelle lors de la taille : ceci aboutit également à diverses pathologies péri-apicales.

Enfin, les modifications des rapports inter-dentaires résultant de la réduction de certaines surfaces lors des limages, créent des béances, des migrations dentaires, et des occlusions traumatisantes : le terrain devient alors favorable aux parodontopathies, avec essentiellement l'apparition de lyses osseuses verticales. (Cadot, 1984)

1.1.1.3. Conséquences du laquage des dents

1.1.1.3.1. Conséquences locales

- Pendant la préparation

L'usage de jus de citron et de vinaigre pendant la phase préliminaire n'est pas sans répercussion, tant sur les dents que sur les parties molles avoisinantes. Au bout de trois jours, les dents sont décalcifiées en surface, deviennent mobiles et sensibles

au moindre contact. L'irritation gingivale, desmodontale et muqueuse est tout aussi importante, et se manifeste par des sensations de prurit. Une fois l'application de la pâte de laquage terminée, tous ces symptômes disparaissent en général au bout d'une semaine.(Vu Ngoc Huynh, 1937)

- Après le laquage

Si l'on examine macroscopiquement une dent teintée, on s'aperçoit que seule la couronne dentaire est intéressée par le colorant noir, tandis que la surface radiculaire reste intacte.

Si l'on fait une étude histologique de la dent laquée, on remarque que l'imprégnation de substances colorées n'intéresse que la moitié la plus superficielle de la cuticule dentaire.

Les travaux de Lê, par des coupes dans le sens axial de plusieurs dents noires, montrent, de l'extérieur vers l'intérieur :

- une couche de teinture noire correspondant au complexe ferro-tanique, avec quelques infiltrations au niveau des fissures de l'émail ;
- une couche de teinture rouge : le « stick-lac » ;
- l'émail sous-jacent ;
- la jonction amélo-dentinaire.

Malgré les effets indésirables du laquage, notamment pendant la phase de préparation, cette pratique a été reconnue pour avoir des propriétés cariostatiques.

1.1.1.3.2. Conséquences générales

La plupart des techniques de laquage durent de 8 à 15 jours environ, et pendant cette période, la personne s'alimente peu. Elle perd du poids rapidement, d'où une moindre résistance de son organisme.

De plus, la plupart des produits utilisés sont toxiques, en particulier le sulfate ferrique, qui contient environ 1% de son poids en arsenic ; parfois, l'individu avale accidentellement la pâte pendant son sommeil, et de sérieuses complications arsenicales peuvent s'ensuivre, telles que des paralysies, ou des altérations intestinales graves.(Blet, 1984)

1.1.2. Conséquences pathologiques des mutilations des tissus mous (**Koffi-Malan**, 1999)

1.1.2.1. Conséquences de la perforation des lèvres

- Conséquences fonctionnelles

L'important volume des labrets utilisés est susceptible d'entraîner des conséquences importantes au niveau de toutes les fonctions de la cavité orale. On

songe en premier à la prise alimentaire, mais la phonation peut être handicapée également.

Selon Labouret (1931), les sons qui nécessitent un resserrement des lèvres se trouvent modifiés par le port de disques labiaux de grande taille. Il donne l'exemple suivant : dans le groupe voltaïque, sous-groupe Mossi, il existe trois dialectes très voisins l'un de l'autre (le Mossi, le Dagari et le Birifor). Dans les deux premières langues, de nombreux mots commencent par le phonème « Z », dont la prononciation (dans ces populations) se fait par l'émission d'un son obtenu par un « resserrement des lèvres qui ménage entre elles un passage étroit par où s'échappe l'air expiré ». Les Birifor, quant à eux, portent des plateaux plus volumineux, ce qui les gêne beaucoup pour prononcer le « Z ». La langue est ainsi contrainte de se placer à l'arrière des incisives centrales supérieures, et de ce fait l'émission du son « Z » est remplacée par « l'occlusive sonore médio-palatale donnant le son Dyi ».

En conséquence, cette transformation phonétique créée artificiellement par le port du plateau s'est généralisée dans toute la population Birifor, que les individus aient recours ou non à la perforation de leurs lèvres.

- Conséquences sur les tissus buccaux

- Le poids souvent exagéré des ornements provoque une distension des muscles labiaux et faciaux qui finissent par se rompre : les plateaux pendent alors entourés de chairs, laissant de la salive s'écouler de manière continue.

- Par ailleurs, le plateau tape sur les dents, ce qui par chocs répétés finit par les mobiliser. Ces femmes perdent ainsi précocement leurs dents antérieures (incisives, canines, et parfois prémolaires). Il s'ensuit un désordre dentaire avec des anté-versions des dents postérieures résiduelles, et la création de diastèmes. Les parodontopathies sont favorisées par ces changements de position des dents, d'où des édentations totales fréquentes, et une diminution du potentiel masticateur.

Bien entendu, les conditions d'asepsie dans lesquelles s'exercent ces pratiques étant quasiment inexistantes, les risques infectieux sont également très importants. Finalement, les complications de ces mutilations traditionnelles ne diffèrent guère de celles parfois rencontrées lors de la pratique du piercing dans nos sociétés actuelles.

1.1.2.2. Conséquences de la luettectomie

Il a été rapporté quelques cas d'infections graves, suite à l'ablation rituelle de la luette dans certaines tribus. De plus, il existe là aussi un risque hémorragique considérable.

1.2. Les mutilations cosmétiques modernes

1.2.1. La mode de la langue fendue et ses conséquences

Outre les complications inflammatoires, hémorragiques, infectieuses et nerveuses (par exemple par section accidentelle du nerf lingual), la technique de l'incision linguale engendre d'importantes conséquences au niveau fonctionnel.

L'irritation du nerf lingual peut être responsable de douleurs vives plus ou moins persistantes, lors des mouvements de protrusion et de latéralisation de la langue.

Mais l'altération de la parole est la conséquence la plus marquée, à la suite de ce type de mutilation. Après cette opération, la pointe de la langue, alors divisée en deux, se rétracte d'environ 7mm. Même si la conversation avec le « patient » reste intelligible, la phonation connaît quelques distorsions dans l'articulation de certains phonèmes.

D'après des études réalisées à partir de cas cliniques, à l'aide de techniques échographiques, il semblerait que la synergie des deux « demi-langues » reste toutefois inaltérée. Il a également été démontré que lors de la prononciation de certains sons, il existe un phénomène de compensation par augmentation de la compression médiale des parties disjointes de la langue, afin de permettre à celle-ci d'adapter ses nouvelles caractéristiques anatomiques à la phonation.(**Bressmann**, 2004)

Voyons maintenant l'étude d'un cas clinique : **cas clinique n°1 :**

Il s'agit d'une femme américaine, de type caucasien, âgée de 28 ans, dont le cas a été rapporté par **Benecke**, en 1999, dans le cadre de la recherche en médecine légale. La surveillance systématique de la vie quotidienne des individus étant pratiquement impossible, l'étude a été menée sur l'observation de plusieurs cas, essentiellement au niveau socioculturel.

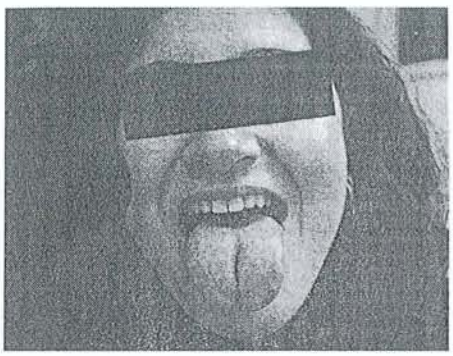
La patiente est issue d'une famille d'immigrants, de classe sociale moyenne, vivant aux Etats-Unis. Après avoir vécu une enfance et une adolescence tout à fait normales, elle a obtenu un baccalauréat en Art. Elle est actuellement employée à plein temps comme directrice de bureau. Jusque-là, sa vie semble extrêmement banale. Mais ses fréquentations et relations amicales paraissent être à l'origine de l'apparition d'un comportement pour le moins exceptionnel, chez cette femme : il y a douze ans environ, alors qu'elle n'en avait que seize à l'époque, elle avait commencé à se mutiler volontairement à différents endroits du corps, notamment par lacérations, multiples brûlures et entailles cutanées, sous forme de motifs particuliers, ainsi que par piercing à outrance (sur les seins et les parties génitales). Le fanatisme avec lequel elle se mutilait a même été jusqu'à l'auto-cannibalisme : il lui est arrivé en effet de manger ses propres lambeaux de peau ainsi finement « découpés ». Tout ceci, en faisant preuve d'une incroyable maîtrise de la douleur, puisqu' aucune anesthésie n'a été requise pour la réalisation de ces automutilations.

L'évaluation de son état mental a révélé une relative stabilité psychique, mais néanmoins un caractère très influençable. En effet, c'est vraisemblablement pour maintenir la relation avec ses amis - adeptes des modifications corporelles - qu'elle s'est

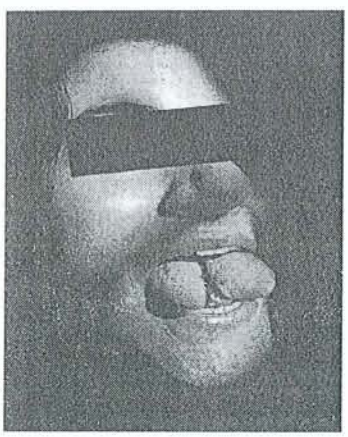
elle aussi adonnée à ces actes masochistes, alors qu'elle a affirmé n'y avoir aucun intérêt personnel. De plus, elle a expliqué avoir bien pris garde lors de ses scarifications aux poignets de ne pas blesser les vaisseaux sanguins : la recherche de la mort n'y était donc en aucun cas la motivation.

L'automutilation de sa langue a débuté il y a un an. Attirée par ce genre de modification corporelle, qu'elle avait découvert dans le récit d'une jeune femme ayant utilisé un hameçon et du fil de pêche pour scinder sa langue en deux, elle a consulté un chirurgien maxillo-facial, réputé pour réaliser ce genre d'interventions « cosmétiques ». Celui-ci l'a donc opérée à l'aide d'un laser : l'incision induite mesurait environ 4cm de longueur en partant de la pointe de la langue.

Mais après quelques semaines, les deux fragments linguaux ont commencé à cicatriser ensemble, à partir de la base de l'incision, comme le montre la photographie ci-dessous :



Le chirurgien a donc dû réaliser à deux reprises des opérations de « maintenance », afin de conserver la fente et de maintenir les deux parties séparées. Les plaies ont ensuite guéri en plusieurs jours. L'état actuel de la langue est présenté au moyen de la photographie suivante :



La patiente dit n'avoir ressenti (et ne toujours ressentir actuellement) aucune gêne pour parler ou manger, et s'être adaptée rapidement à cette surprenante modification corporelle.

Lorsqu' aucune aide professionnelle ne peut être trouvée ou accordée, les adeptes à de telles pratiques ont recours à l'auto-incision de leur langue. La maîtrise qu'ils ont alors sur leur corps en est d'autant plus confortée.

Enfin, malgré le fait que ce type d'opération soit réalisé par un professionnel de santé et par conséquent puisse diminuer largement les risques d'infection et d'effets indésirables, cela pose tout de même des problèmes d'éthique. Les chirurgiens concernés sont en effet confrontés au choix entre une pratique médicale exclusive, et une pratique « non médicale », mais de plus en plus populaire. Aux Etats-Unis, les pratiques médicales sont beaucoup plus libres qu'en France : la fantaisie qui anime certains individus peut bénéficier d'une « main d'œuvre médicale », dans des limites parfois difficilement concevables au niveau éthique, mais toutefois autorisées.

Il semblerait que ces pratiques permettent aux jeunes de « reconnecter » leurs émotions à leur propre corps, en s'infligeant des douleurs et en s'efforçant de les maîtriser. Mais en réalité, il est très difficile de savoir objectivement si les modifications corporelles peuvent représenter ou non une sorte d'« auto-thérapie ».

1.2.2. Le piercing et ses complications pathologiques

Compte tenu de la popularité grandissante que connaît actuellement le phénomène de piercing dans nos sociétés occidentales, le chirurgien-dentiste doit aujourd'hui savoir faire face aux éventuels problèmes posés par cette pratique, aussi bien en ce qui concerne les tissus mous que les tissus durs de la cavité buccale. Ainsi, au cours de l'exercice de sa profession, le praticien sera de plus en plus amené à devoir conseiller le patient (sur les principes d'hygiène, la nécessité d'une maintenance de ces dispositifs, etc.), mais également à en traiter certaines complications. En effet, l'installation d'ornement sur les lèvres ou sur la langue comporte certains risques médicaux pendant et après la perforation. Les « perceurs » n'ayant pour la plupart, pas de formation particulière, on peut s'interroger sur leurs principes d'hygiène, leurs moyens de prévention en ce qui concerne la transmission de pathologies infectieuses, comme le SIDA, l'hépatite, l'herpès, etc. A cela s'ajoutent d'autres problèmes tels que des allergies, hémorragies, répercussions nerveuses, mauvaises cicatrisations...autant de complications qui pourraient largement être limitées si les « perceurs » bénéficiaient d'une formation médicale adaptée à leur pratique.

1.2.2.1. Les complications infectieuses du piercing

La peau et les muqueuses constituent la première barrière et la plus efficace contre les micro-organismes qui peuplent notre environnement. En temps normal, la peau et les muqueuses saines portent des bactéries à leur surface, sans aucune conséquence symptomatique. Par contre, dans certaines circonstances, ces microbes peuvent proliférer et infecter notre organisme, à l'occasion d'une effraction cutanée ou muqueuse (par piqûre, coupure, brûlure ou blessure diverse, accidentelle ou intentionnelle). Cette dernière est alors susceptible d'engendrer une infection locale, qui peut parfois se disséminer et se généraliser, menaçant alors gravement la santé de l'individu.

L'inoculation de germes infectieux peut avoir lieu lorsque la préparation locale du site d'intervention n'est pas conforme aux règles d'asepsie : l'infection qui affecte le patient peut se développer chez lui à partir de ses propres germes, présents

initialement à l'état de flore naturelle, ou bien déjà sous forme d'une infection préexistante.

L'infection peut également être due à des micro-organismes présents sur le matériel utilisé, et pouvant provenir d'un client précédent : en effet, bien souvent, les conditions et techniques de travail des perceurs laissent à désirer. Beaucoup ne stérilisent pas correctement leur matériel, ou rompent la chaîne de l'asepsie indispensable au geste du piercing, par non-respect des règles d'hygiène fondamentales (port de gants, décontamination préopératoire du site à percer, etc.).

Quel que soit le type de piercing, les réactions paraissent être sensiblement les mêmes. Les complications potentielles des perforations intra-orales et péri-orales sont nombreuses. On estime qu'entre 10 et 30 % des piercings se compliquent d'une infection, contractée au cours du geste opératoire, ou bien secondairement.

Les infections les plus courantes se développent à partir du site d'intervention. Elles mettent surtout en jeu des bactéries telles que les Streptocoques, les Staphylocoques et parfois les *Pseudomonas*.

Perkins en 1997 (cité par **Orgelot**, 2002), a rapporté le cas d'un patient d'une vingtaine d'années présentant une angine de Ludwig, vraisemblablement consécutive à la pose de son piercing lingual. L'infection, locale au départ, a ensuite évolué en cellulite impliquant les espaces faciaux, submandibulaires, sublinguaux et submentaux bilatéraux, si bien qu'il a fallu réaliser chez ce jeune patient une intubation, afin de libérer ses voies aériennes, car la ventilation commençait à être sérieusement compromise par l'importance de l'inflammation.

En 2003, **Martinello** et **Cooney** ont décrit un cas clinique grave de complication d'un piercing buccal. Il s'agit d'une patiente âgée de 22 ans, chez qui le piercing lingual s'est compliqué en infection locale, dans les deux jours qui ont suivi l'intervention. Les symptômes locaux ont ensuite disparu assez rapidement après le retrait du bijou métallique. Mais après cinq semaines, l'état général de la patiente s'est aggravé : maux de tête intenses, nausées, vertiges... Compte tenu de l'apparition soudaine et inexpliquée de ces symptômes, elle a été hospitalisée rapidement : un examen cérébral a révélé une légère ataxie lors du test « talon-tibia », et un scanner cérébral a finalement mis en évidence une lésion au niveau de la partie droite du cerveau, associée à un œdème important, et interprétée comme abcès cérébral. Les suites opératoires ont été assez lourdes, puisqu'il a fallu réaliser chez cette patiente une craniotomie, afin de drainer l'abcès et d'aseptiser le foyer infectieux. Etant donné qu'aucune infection sinusale ni otogénique (qui sont habituellement les deux sources principales d'abcès cérébral) n'a pu être démontrée chez cette patiente, l'infection locale buccale développée à la suite de son piercing a été estimée en être la cause la plus probable, d'autant plus que d'autres cas de tels abcès ont déjà été rapportés à la suite d'infections dentaires.

Les complications générales graves du piercing buccal peuvent également être attribuées au risque réel de transmission d'infections virales, notamment hépatites (B et C le plus souvent), HIV et tétanos, ou encore, plus rarement herpès et papillomavirus. De Man et coll. (1999) (cités par **Orgelot**) ont étudié les cas de deux patients ayant été contaminés par le virus de l'hépatite B, après s'être faits poser des piercings dans le même salon. La relation entre les deux cas a été confortée par les

résultats de l'analyse moléculaire, demandée dans le cadre d'une expertise : une paire de pinces qui n'avait pas été stérilisée entre les deux clients a été incriminée. Suite à cette enquête, des mesures d'hygiène et de stérilisation ont été imposées au gérant du salon en question, sous peine de liquidation de son établissement.

Par ailleurs, de nombreuses maladies chroniques sont connues pour affecter les défenses immunitaires de l'organisme, et ainsi favoriser la survenue d'infections. C'est le cas des cancers, de certaines maladies du sang, du diabète, du SIDA, ou encore de certaines maladies génétiques. L'utilisation prolongée de certains médicaments, comme les corticoïdes et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, peut également entraîner une baisse des capacités de défense de l'organisme. Dans ces situations, le piercing, comme tout autre geste de modification corporelle impliquant une effraction cutanée ou muqueuse, est un acte à haut risque infectieux, et devrait par conséquent être discuté préalablement avec le médecin traitant du patient concerné.(**Orgelot**, 2002)

Dans le cadre des patients dits « à risque », il a été rapporté un cas d'endocardite, suite à un piercing lingual. Le patient avait subi une valvuloplastie aortique huit ans auparavant, afin de traiter mécaniquement une sténose congénitale de sa valve aortique. Ainsi considéré à « haut risque d'endocardite », celui-ci avait fait l'objet de soins dentaires, toujours sous antibioprophylaxie, compte tenu de la forte implication de germes de type buccal dans une telle infection. Mais concernant l'acte du piercing, le patient n'a pas jugé utile de consulter préalablement son médecin, ni d'ailleurs d'avoir recours à une antibiothérapie « flash » comme il le faisait régulièrement pour les soins dentaires. Cette « erreur » de la part du patient, parfaitement informé et conscient des risques qu'il encourait, aurait pu mettre sa vie en péril. Heureusement pour lui, il a été pris en charge très rapidement en cardiologie, et l'antibiothérapie « d'attaque » qui lui a été dispensée a finalement mis sa vie hors de danger.(**Akhondi** et **Rahimi**, 2002)

1.2.2.2. L'inflammation liée au piercing et ses conséquences

Comme nous venons de le voir, le piercing peut être responsable d'infections locales et systémiques, parfois graves. Mais la réaction inflammatoire locale peut être tout aussi menaçante pour la vie de l'individu en question. En effet, une inflammation linguale importante, lorsqu'elle s'étend à la base de la langue, est susceptible d'entraîner une obturation des voies aériennes, d'où le risque vital. Dans ces conditions extrêmes, l'intubation est souvent requise, mais il est également indispensable de retirer le bijou à l'origine de cette inflammation.

Keogh et **O'Leary**, en 2001, ont rapporté un cas de glossite aiguë, consécutive à un piercing lingual chez un jeune homme de 18 ans. Celui-ci s'est plaint, au service des urgences médicales, d'une langue devenue douloureuse et gonflée, environ deux jours après la pose de son bijou. Le volume important de sa langue lui causait des difficultés pour respirer, déglutir et parler. A l'examen clinique, le patient se montrait anxieux, assis les épaules vers l'avant, et était incapable de fermer sa bouche, laissant ainsi de la salive s'écouler. Il présentait une légère hyperthermie (38.2°C), et l'examen oral a démontré la présence d'une langue très volumineuse, avec une barre métallique centrale, qui a alors été retirée avec

difficulté. Une endoscopie nasale a confirmé l'œdème généralisé de la langue, avec une obstruction partielle du conduit pharyngé. Au vu des troubles ventilatoires qu'il présentait, le patient a reçu rapidement une antibiothérapie à large spectre ainsi qu'une corticothérapie, par voie intraveineuse, et a été admis en soins intensifs, afin de contrôler sa ventilation. La réponse au traitement a été relativement rapide, puisque les symptômes se sont résolus en 24 heures, si bien que le jeune homme a été autorisé à sortir de l'hôpital trois jours après son admission, mais dépourvu de sa barre linguale.

Parfois, en cas d'œdème important, les patients sont incapables de retirer le matériel. Le souci majeur est que la plupart des médecins urgentistes (non spécialisés en piercing en principe) ne savent pas les retirer ; on imagine alors assez bien l'état de panique dans lequel peut être plongée l'équipe médicale, lorsque le patient est inconscient et déficient respiratoire (suite à l'œdème pharyngé) et que ses minutes sont ainsi « comptées ».

L'idéal, pour pallier ces désagréments, serait que les « perceurs » professionnels aient une formation médicale minimum adaptée, et que les professionnels médicaux aient, en contrepartie, une formation incluant les risques médicaux des piercings, d'autant plus que cette mode « contamine » de plus en plus de jeunes.

Selon une enquête récente réalisée en Grande-Bretagne où, tout comme en France, il n'existe aucune réglementation concernant les piercings, 95% des médecins de famille disent avoir eu à traiter au cours de leur exercice professionnel des complications de cette pratique.(**Orgelot**, 2002)

1.2.2.3. Les allergies en rapport avec le piercing (auteurs cités par **Orgelot**, 2002)

Il peut apparaître des plaques érythémateuses, des démangeaisons ou des irritations, suite à la pose d'un piercing. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la plupart des réactions allergiques ne sont pas liées au métal du bijou, mais plus souvent aux produits utilisés pour la désinfection du matériel, ou pour l'asepsie du site buccal. Les symptômes les plus courants sont des réactions urticantes au niveau de la peau, ou un assèchement brutal de la peau ou de la muqueuse concernée.

Kerosuo et coll. (1996) ont réalisé une étude sur la fréquence de l'hypersensibilité au nickel chez les adolescents. Il apparaît, paradoxalement, que les boucles d'oreilles qui en contiennent augmentent cette hypersensibilité, alors que les appareils orthodontiques comportant ce même métal la diminuent.

Van Hoogstraten et coll. (1991) ajoutent que s'il y a un contact oral prolongé avec du nickel avant un piercing d'oreille, alors l'hypersensibilité à ce métal baisse. Or, la perforation d'oreille (souvent réalisée pendant l'enfance, selon le souhait des parents) est pratiquée la plupart du temps avant la perforation buccale : l'hypersensibilité au nickel s'en trouve ainsi augmentée.

1.2.2.4. Les risques hémorragiques du piercing (**Orgelot**, 2002)

Les artères de la langue sont essentiellement des ramifications de l'artère linguale. Cette dernière donne à la langue une branche collatérale, l'artère dorsale de la langue, et une de ses branches terminales, l'artère ranine. La langue reçoit encore quelques ramifications de l'artère palatine inférieure, branche de l'artère faciale, et de l'artère pharyngienne ascendante. Le sang veineux quant à lui, s'écoule dans les veines linguales profondes, satellites de l'artère linguale, et surtout dans les veines linguales principales ou ranines.(Rouvière, 1997)

La langue étant un organe musculaire richement vascularisé, le saignement sera souvent intense lors de sa perforation, et pourra être prolongé, donnant ainsi une hémorragie, si des vaisseaux essentiels y sont impliqués. En cas de fluidité anormale du sang (traitement anticoagulant en cours, prise d'aspirine dans les jours précédant le geste, défaut de plaquettes sanguines, etc.), le risque hémorragique sera d'autant plus à considérer. De plus, la langue étant en activité constante, le processus de cicatrisation est plus lent qu'au niveau des autres sites muqueux. Les perceurs pensent toujours réussir à tarir le saignement à l'aide d'une pince hémostatique ; mais il existe parfois un risque d'hémorragie dite « retardée », c'est-à-dire qui se manifeste une fois le patient rentré chez lui, et dans les heures suivant la pose du piercing. Bethke et Reichart (1999) soulignent la gravité de ce type d'hémorragie.

Hardee et coll. (2000) ont par ailleurs signalé un cas de collapsus vasculaire suite à une hémorragie importante, engendrée par un piercing lingual.

Les autres sites le plus souvent mis à contribution pour le piercing buccal sont les lèvres, supérieure ou inférieure. La muqueuse labiale étant également fortement vascularisée, on comprend qu'une perforation des lèvres puisse induire d'importants saignements, même si le risque hémorragique reste inférieur à celui concernant la langue.

1.2.2.5. Les répercussions du piercing sur la dent et le parodonte (**Orgelot**, 2002)

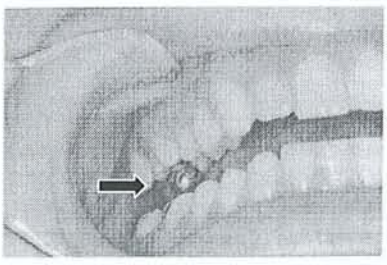
L'altération des dents ou des restaurations dentaires par un piercing buccal est due à différents traumatismes par contact entre le bijou métallique et les dents : chocs répétés lors de la mastication ou de l'élocution, frottement ludique contre les dents, insertion violente du bijou juste après la perforation, blocage accidentel du bijou entre les dents, etc.(Ram, 2000)

Le Dr Kniter, chirurgien-dentiste à Los Angeles, déclare dans le *Dental Health*, en 2000, qu'il lui est de plus en plus fréquent de voir des patients qui ont endommagé leurs dents, en tapotant régulièrement leur bijou lingual contre celles-ci. Ce traumatisme répété entraîne, selon lui, de petites fêlures et fractures de l'émail, ou plus profondément de la dentine, pouvant donner des sensibilités dentaires accrues aux variations de température, et parfois au contact des aliments lors de la mastication. Il préconise de traiter ces microfractures en prescrivant aux patients concernés des bains de bouche fluorés d'utilisation quotidienne, ou dans le cas

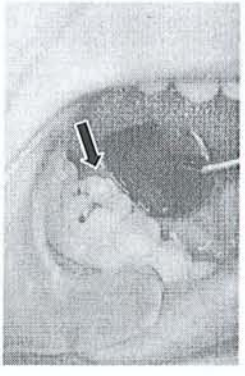
extrême (lorsque les douleurs dentaires deviennent insupportables et /ou persistantes), de recouvrir les dents avec des couronnes prothétiques. Il ajoute que les prémolaires sont les dents qui sont le plus souvent impliquées dans ce processus. Il termine en signalant qu'il est très difficile de faire perdre ces mauvaises habitudes aux patients car elles sont aussi pour eux, un moyen d'évacuer le stress, au même titre que les parafonctions classiques.

Botchway et **Kuc** (1998) ont réalisé une étude de cas, ayant pour objet de sensibiliser sur l'incidence de plus en plus fréquente des fractures dentaires résultant du traumatisme occasionné lors de l'insertion de la barre linguale, suite au piercing de la langue. Ces auteurs ont également rapporté en 1998, le cas d'un jeune homme de 23 ans qui présentait un piercing lingual en « fer à cheval », ainsi que de multiples fractures amélo-dentinaires, au niveau des ses incisives et de ses molaires. Ce dernier a raconté avoir pour habitude de « frotter » sa langue contre ses dents, comme une sorte de tic, lui permettant de soulager un peu son stress. En le questionnant sur les causes possibles de ses fractures dentaires, ce dernier a indiqué avoir fait poser son « *barbell* » huit mois auparavant, et avoir eu des difficultés à s'y adapter : les premières fractures des dents seraient apparues dès le premier mois de port du bijou. Il a également ajouté qu'il dormait en laissant ce bijou en place. La pièce métallique a donc été rendue responsable des traumatismes dentaires, de manière continue, le jour par l'intermédiaire des tics de tapotement de celle-ci sur les dents, et la nuit, par un phénomène involontaire de bruxisme associé.

Les photographies suivantes donnent un exemple du type de fracture dentaire que l'on peut rencontrer chez les patients qui « jouent » avec leur bijou lingual, en le mordant (lorsqu'il s'agit d'une barre), ou en le tapotant contre les dents (**Maibaum** et **Margherita**, 1997) :



Tic de mordillement sur la barre linguale



Fracture de la cuspide disto-linguale de la dent 46 en résultant

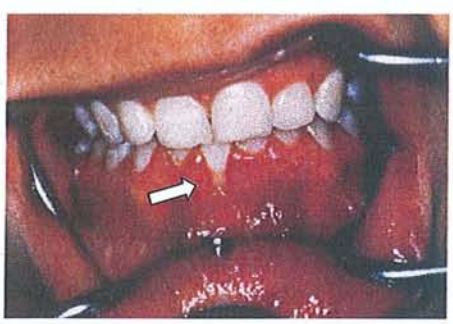
A côté des lésions dentaires que nous venons de voir, les piercings buccaux sont également impliqués dans certaines lésions parodontales. En 2000, **Er** et coll. ont rapporté un cas de piercing oral multiple, qui fera ici l'objet de la présentation de notre **cas clinique n°2** :

Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans, de type caucasien, étudiante à l'université, et qui est allée consulter le service de parodontologie d'une faculté de chirurgie dentaire en Turquie, pour une récession gingivale progressive localisée.

A l'examen extra-oral, l'opérateur a relevé immédiatement la présence chez cette patiente de deux piercings apparents : l'un au niveau du nombril, et l'autre au niveau de la lèvre inférieure. La patiente disait ne présenter aucune pathologie extra-orale, et les nodules lymphatiques cervicaux ne montraient aucune sensibilité particulière.

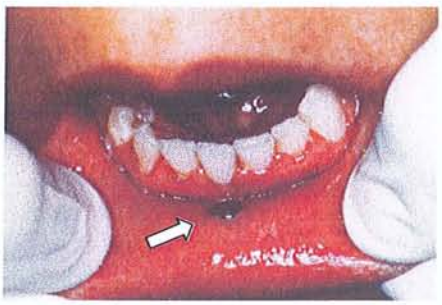
A l'examen oral, il a été noté la présence d'un deuxième piercing buccal : sous forme de barre (ou « *barbell* ») transfixant la langue, comme le montre la photographie suivante :

Au niveau parodontal, l'incisive centrale inférieure droite présentait effectivement une récession gingivale localisée, assez importante, puisqu'elle atteignait la ligne muco-gingivale :



Cette récession gingivale ne concernait que la partie vestibulaire de la gencive attachée de la dent 41. L'examen parodontal a par ailleurs révélé une santé et une hygiène parodontales correctes, avec des profondeurs de poche et un aspect radiographique de l'os alvéolaire tout à fait normaux, à l'exception d'une inflammation prédominante au niveau du site gingival marginal adjacent à la récession.

Aucun signe de douleur, ni d'œdème, ni d'infection, ni de sensibilité particulière n'avait été rapporté par la patiente. Elle portait ces bijoux depuis six mois, et était consciente de la progression de la récession gingivale depuis quatre mois environ. Elle a indiqué que cette dernière était apparue suite à la pose du piercing de la lèvre inférieure. La photographie suivante montre effectivement l'étroite proximité entre la récession gingivale et la partie intra-orale du piercing labial en étant à l'origine, par effet de traction mécanique :



Elle a affirmé avoir réalisé ces piercings chez un praticien « non médical », et n'avoir reçu aucune information de type médical ou dentaire au préalable. Pourtant, après mise en contact avec son médecin traitant, l'opérateur a pu recueillir des informations primordiales sur l'état de santé de cette jeune patiente : elle fut en effet fort surprise d'apprendre par ce chirurgien-dentiste qu'elle présentait de manière congénitale un prolapsus de la valve mitrale, et qu'elle devrait être suivie depuis longtemps par un cardiologue.

Le piercing buccal représentait ainsi chez elle un double risque : celui de la récession gingivale, auquel elle n'a pas échappé, par manque d'information préalable sur son état parodontal qui était certes sain mais fragile, mais également, et encore plus grave, celui de l'endocardite infectieuse, compte tenu de sa pathologie cardiaque, encore pour elle inconnue.

Ainsi, les auteurs de cet article soulignent l'importance d'une consultation dentaire préalable : non pas pour empêcher le patient de se faire « percer », puisque c'est à lui, bien évidemment, que revient la décision, mais pour l'informer des complications éventuelles générales et individuelles qu'il encourt, en fonction de la « qualité » de ses gencives, et donc de leur résistance potentielle aux traumatismes générés par un piercing buccal ; mais également en fonction de ses risques médicaux personnels, sur lesquels un avis est toujours souhaitable, et qui peut être sollicité aussi bien auprès de son médecin traitant que de son chirurgien-dentiste, ou mieux auprès des deux.

1.2.2.6. Les altérations neurologiques liées au piercing

Comme nous l'avons déjà vu dans le paragraphe sur les troubles acquis de la motricité et de la sensibilité, si un nerf est lésé pendant l'acte de perforation, le patient risque de présenter des séquelles neurologiques à vie. Le risque le plus conséquent lors de la réalisation d'un piercing buccal est l'atteinte nerveuse de la langue.

Rappelons que le nerf lingual assure toute l'innervation sensitive du dos et des bords de la langue jusqu'au « V » lingual, c'est-à-dire qu'il transmet comme tout nerf sensitif les sensations de pression, de tact, de chaud, de froid et de douleur. Ce même nerf a également un contingent sensoriel : par emprunt de fibres terminales au nerf facial, responsables de la fonction gustative pour les 2/3 antérieurs de la langue. Enfin, la motricité de la langue est assurée exclusivement par le nerf hypoglosse, qui donne de multiples ramifications, dans toute l'épaisseur de la langue. Ainsi, lors du geste de perforation linguale, ces trois nerfs peuvent être éventuellement lésés, le plus souvent au niveau de leurs ramifications, et ainsi aboutir à des troubles nerveux variables, tels que :

- troubles de la sensibilité, c'est-à-dire sous forme d'hyperesthésies (douleurs intenses), d'hypoesthésies (sensibilité moindre aux stimuli, par exemple douloureux), ou encore d'anesthésie (suppression totale de la sensibilité) ;

- troubles sensoriels, à type de modification des sensations gustatives, voire suppression totale de la perception de certaines saveurs ;

- et enfin troubles de la motricité linguale, avec d'importantes conséquences sur l'élocution, la mastication et la déglutition.

Ces divers troubles neurologiques peuvent céder au bout de quelques semaines, parfois de quelques mois, ou plus rarement, persister à vie, car la régénération nerveuse spontanée est quasiment impossible. La récupération de la sensibilité, le plus souvent partielle, est permise généralement par mise à contribution des voies nerveuses locales dites de « suppléance ».

Au niveau des lèvres, le risque le plus fréquent est l'altération de la motricité, par lésion des ramifications nerveuses du nerf facial (responsable de toute la motricité faciale), dispersées dans l'épaisseur des lèvres. Les conséquences peuvent être très pénibles à vivre pour le patient, puisqu'il peut s'ensuivre une perte d'étanchéité labiale par chute de la commissure labiale, du côté concerné (ou parfois des deux côtés), avec écoulement de salive en permanence.

La sensibilité des lèvres peut elle rarement être atteinte, dans la mesure où elle est sous le contrôle du nerf trigéminal, non concerné en principe par les sites habituels de piercing buccal. La seule branche dérivant de ce nerf pouvant être lésée éventuellement pendant une perforation labiale est le nerf mentonnier, qui émerge de la branche horizontale de la mandibule par le foramen du même nom (entre les apex des 1ères et 2èmes prémolaires inférieures), pour se ramifier ensuite dans l'épaisseur de la muqueuse péri-labiale et labiale inférieure : lors de l'effraction de l'une de ses branches au cours de la perforation labiale, la sensibilité de la lèvre inférieure pourra ainsi effectivement être perturbée.

1.2.2.7. Les autres problèmes posés par le piercing buccal
(**Orgelot**, 2002)

- Les piercings linguaux peuvent entraîner une halitose. En effet, les bijoux sont rétenteurs de plaque, et la cavité liée à la perforation fournit un milieu de colonisation idéal pour les bactéries buccales. La formation de tartre sur ces pièces métalliques est également inévitable si elles ne sont pas souvent retirées et nettoyées.

- Au niveau fonctionnel, le piercing buccal peut entraîner des difficultés à la mastication, à l'élocution et à la gustation. Il peut être également responsable d'une hypersialie, expliquant un « bavage » fréquent chez les individus percés.

- De Moor et coll. (2000) décrivent un cas de courant galvanique induit par la présence permanente d'un tel bijou en bouche : celui-ci peut être à l'origine de sensations désagréables semblables à des « coups de jus », lors de l'entrée en contact du bijou avec d'autres éléments métalliques présents en bouche (appareil orthodontique, couronnes dentaires métalliques, amalgames, etc.).

- Certaines personnes développent des cicatrices chéloïdes (bourrelets fibreux, dus à la prolifération de cellules et de fibres du tissu conjonctif). Il s'agit d'un phénomène non prévisible qui peut amener ces individus à retirer définitivement leur piercing si aucun traitement ne s'avère efficace. Cela peut être lié à la forme ou à la taille du bijou, auquel cas la personne peut tenter de le remplacer par un autre ; mais il s'agit plus généralement d'une mauvaise réaction de l'organisme contre ce corps étranger.

- Enfin, le piercing peut présenter d'autres risques plus graves, mais heureusement moins fréquents, lors d'accidents divers tels que : aspiration ou ingestion du bijou par inadvertance, délabrement des muqueuses lors d'une chute accidentelle ou d'un accident de voiture, etc.

  Les cas de graves séquelles sont fort heureusement rares pour le moment, mais l'extension actuelle de la pratique du « *body-piercing* » laisse à penser que nous risquons de rencontrer, au cours de notre exercice professionnel, mais également au sein de notre propre entourage, de plus en plus de patients devant subir les conséquences d'une telle mutilation.

2. Les lésions d'automutilation liées au stress

2.1. Les lésions caractéristiques du bruxisme

Comme nous l'avons déjà vu en première partie, le bruxisme est défini par des contractions inconscientes des muscles masticateurs, en dehors des fonctions physiologiques de mastication et de déglutition. Son apparition est indiscutablement liée à l'état de tension psychique de l'individu : cette « tension » peut en être le facteur déclenchant. C'est ainsi que chez les étudiants, ce phénomène est notoirement accentué durant les périodes d'examens ; chez l'automobiliste, la conduite à grande vitesse ou dans des conditions de circulation difficiles, entraîne également un niveau de contraction musculaire élevé.

De même durant les moments d'ennui, d'attente ou de travail intellectuel et minutieux : pour Pourre, ce phénomène se rapproche du syndrome d'agitation hyposensoriel décrit par Heron (cités par **Vilmus**), soulignant le fait que l'absence de stimulation conduit à l'hypervigilance, ou que l'ennui est générateur d'excitation.

La **brycose**, quant à elle, est une sorte de « bruxisme acharné », où les réflexes proprioceptifs censés protéger l'organisme du patient semblent inhibés : on parle alors de dérèglement profond du fonctionnement des circuits réflexes, le patient incorporant son « tic » dans un nouveau schéma de fonctionnement. Les facteurs occlusaux ne suffisent plus à justifier un tel mécanisme : il faut alors plutôt s'orienter vers la recherche d'une pulsion profonde insatiable, irrésistible, qui conduit à ce comportement automutilant. On en revient ainsi au mécanisme de retournement des pulsions agressives contre soi-même, dont nous avons déjà expliqué l'origine.(**Vilmus**, 1997)

Au niveau clinique, et plus particulièrement au sein de la cavité buccale, le bruxisme a plusieurs répercussions, qui se manifestent :

- Au niveau des dents, par :

  - **Les facettes d'usure**

    Celles-ci vont toujours par deux : une facette d'usure implique toujours l'implication de la dent antagoniste. La concordance des deux facettes d'usure peut nous renseigner sur la position du bruxisme (c'est-à-dire centrée ou excentrée). En général, la première dent concernée est la canine.

    Les facettes d'usure de bruxisme sont situées en dehors des zones de contacts dento-dentaires fonctionnelles. Elles sont la preuve physique de contacts ou de pressions en excès entre les dents en question.

    Le mécanisme qui en est à l'origine est un processus d'abrasion. En effet, celui-ci se produit dès que les dents entrent en contact avec leurs antagonistes. C'est la friction des surfaces coronaires entre elles ou avec des corps étrangers (en dehors des aliments) qui produit leur usure, et il est évident que le type et le degré d'abrasion dentaire varient en fonction de l'individu, de l'état de sa denture, de son occlusion et de son état de tension psychique.

    Plus brièvement, l'abrasion correspond à la destruction lente et progressive des tissus dentaires, déterminée par la friction, mais sans l'intervention de la mastication. Ce qui est à différencier du mécanisme d'attrition, qui est défini comme un phénomène normal et naturel d'usure, impliquant la disparition lente et progressive des tissus durs de la dent, et dû aux agents physiques et physiologiques de la mastication des aliments. L'abrasion dentaire est, en somme, le même phénomène, mais à allure rapide et anormale.(**Pissis**, 1982)

La photographie suivante montre un cas d'abrasion localisée aux incisives supérieures, chez un sujet adulte (**Héritier**, 1989) :

- **Les hypersensibilités dentaires**

L'hypersensibilité dentaire se rencontre dans les cas d'abrasions liées au bruxisme (ou à tout autre comportement impliquant le frottement répété d'un corps étranger sur les dents), qui atteignent en profondeur la dentine, voire la zone juxta-pulpaire. La profondeur des lésions est parfois telle que le patient souffre de douleurs incessantes et lancinantes de type « pulpite chronique », sur l'ensemble des dents abrasées, ravivées au moindre contact avec les aliments, ou tout simplement au froid.

- **Les fractures, fissures et fêlures dentaires**

Ce sont également des répercussions dentaires possibles du bruxisme : elles sont observées notamment au niveau de l'émail, là où sa couche s'amincit, c'est-à-dire plus particulièrement au niveau des faces occlusales des dents. La profondeur (et le trajet) de ce type d'altération, le plus souvent concernant l'émail, peut être objectivée en utilisant une lampe à photopolymériser, placée contre la dent examinée.

- **La nécrose pulpaire, ou mortification des dents**

Le bruxisme peut être responsable de certaines mortifications pulpaires, notamment au niveau des incisives, qui sont caractérisées par une chambre pulpaire relativement proche du bord incisif. On observe souvent une « tache » brunâtre au centre de la face occlusale abrasée : ceci correspond à la calcification du tissu pulpaire périphérique et à l'infiltration microbienne résultante dans les canalicules dentinaires sous-jacents, donnant l'impression d'une fuite de la pulpe en direction apicale, comme si elle se protégeait ainsi spontanément des pressions occlusales excessives. Ce mécanisme est naturel et fréquent, il permet de repousser l'échéance de la mortification pulpaire (résultant de ces microtraumatismes circulatoires transmis par pression excessive au niveau de l'apex), mais connaît des limites : en cas de pression occlusale extrême et /ou d'usure très profonde, la vitalité finit par céder, et la dent se nécrose irréversiblement.

- Au niveau du parodonte, par :

  - **L'épaississement de l'os alvéolaire**

Il semblerait que les pressions excessives exercées sur les dents puissent se répercuter au niveau de l'os alvéolaire sous forme d'hyperostoses : la présence simultanée de l'usure des faces occlusales liée au bruxisme, et de ces hyperostoses a été observée chez de nombreux patients qui disent être extrêmement stressés. L'implication de forces occlusales intenses dans l'apparition de telles lésions osseuses a ainsi été admise, même si aujourd'hui on ne connaît pas bien le mécanisme histologique qui en est à l'origine. Il semblerait que l'hyperproduction d'os néoformé dans la zone de gencive attachée soit un moyen de défense du parodonte, en réponse aux pressions trop importantes, transmises par la ou les racines des dents impliquées.

  - **L'épaississement de l'espace desmodontal**

Des observations histologiques prouvent l'existence de ce type de modification tissulaire, également liée aux surpressions, et se traduisant par un épaississement des fibres de collagène, ainsi que par un développement accru de l'attache cémentaire. Là encore, ce sont des adaptations tissulaires qui se mettent en place naturellement, vraisemblablement pour permettre au parodonte de se protéger des forces excessives, par un renforcement des structures d'amortissement de la dent.

  - **La mobilité dentaire**

La mobilité dentaire est souvent signe de souffrance parodontale, le plus souvent par présence d'un traumatisme occlusal. Chez les bruxomanes, le traumatisme occlusal peut exister sous différentes formes, notamment de : pressions appliquées sur des cuspides dont la résultante est dirigée en dehors du polygone de sustentation, de long bras de levier (rapport couronne clinique /racine trop important), d'interférences sévères, de charges protrusives réparties sur un nombre insuffisant de dents, ou de bruxisme centré. De plus, une dent mobile représente toujours un site favori de « jeu » pour la langue : celle-ci est en effet en quête perpétuelle d'informations nouvelles sur les éléments de la cavité buccale ; ainsi, dans les moments d'ennui ou de stress, le patient se prêtera facilement à ce genre de tic, consistant à mobiliser sa dent de plus en plus amplement avec la langue, jusqu'à l'irréversibilité ou parfois la chute spontanée de la dent en question.

  - **Les déplacements dentaires secondaires**

Ils sont en général la conséquence d'une parodontolyse. Le traumatisme occlusal a certes un rôle important à jouer dans l'apparition des parodontites,

mais, associé à une mauvaise hygiène bucco-dentaire et à un mauvais contrôle de plaque, il les aggrave. C'est ainsi que la parodontite simple (à alvéolyse horizontale) peut évoluer vers une parodontite complexe (à alvéolyse verticale), avec approfondissement des poches parodontales, aggravation de l'inflammation parodontale dans les sites de surpressions, d'où des conditions favorables aux migrations dentaires, selon des axes qui leur permettront de se soustraire à ces forces excessives.

On notera également des répercussions du bruxisme :

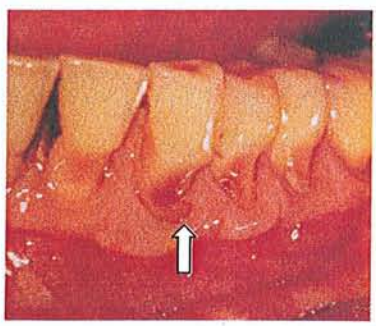
- au niveau des muscles masticateurs masséters et temporaux essentiellement : sous forme d'hypertonie musculaire (parfois responsable de morsures accidentelles de la langue, des joues et des lèvres, par contraction réflexe), de spasmes douloureux, ou d'hypertrophie musculaire (pouvant interférer dans le développement de la mandibule, et entraîner une asymétrie faciale) ;

- au niveau des articulations temporo-mandibulaires (ATM) : où l'on retrouve la trilogie classique de l'A.D.A.M. avec notamment, une limitation des mouvements mandibulaires, des bruits articulaires et des algies d'intensité variable.(**Geny**, 1985)

2.2. Les lésions liées au brossage traumatisant et à d'autres comportements nocifs, sans implication psychiatrique

L'abrasion dentaire, qui, comme nous venons de le voir, est une usure pathologique des tissus durs dentaires, peut avoir d'autres étiologies comportementales que le bruxisme. L'abrasion peut alors prendre une forme beaucoup plus irrégulière, et aboutir parfois à la constitution d'un biseau aux dépens des tissus coronaires.

L'hygiène buccale « excessive » est souvent liée à une méconnaissance des techniques de brossage adaptées, associée à un état de stress variable en fonction des personnes. Certaines montrent même une véritable obsession à l'idée « d'avoir des caries » ou bien de « finir » comme un parent édenté précocement à la suite de problèmes parodontaux. Pour d'autres, le brossage dentaire acharné (parfois avec l'utilisation de produits abrasifs, tels que le bicarbonate de soude) est un moyen efficace pour garder des dents « bien blanches ». Efficace, oui, mais ces patients ne semblent pas en connaître les effets indésirables (du moins ceux qui n'en ressentent pas de douleur consécutive). En effet, l'utilisation d'une brosse à dents trop dure, associée à un brossage trop énergique, ou une fréquence (ou durée) excessive, aboutit le plus souvent à des lésions sous forme de lacunes ou d'entailles cunéiformes, situées au collet des dents. Cette entaille présente une surface dure et polie, parfois légèrement colorée en brun, comme le montre la photographie qui suit :



Cette usure abrasive, appelée mylolyse, peut affecter un groupe de dents, mais aussi être généralisée à tous les collets vestibulaires de la denture. Même si certains auteurs ont attribué ces lésions à un mécanisme de précipitation et de décharge minérale consécutive, lié aux forces occlusales excessives, elles sont néanmoins presque toujours dues à une mauvaise utilisation de la brosse à dents.

Ensuite, en dehors des lésions affectant les tissus durs dentaires, le brossage traumatisant a également des répercussions sur la gencive, d'autant plus lorsque celle-ci est fine et festonnée. Les lésions le plus souvent rapportées sont des récessions gingivales, avec migration apicale de la gencive pouvant dénuder une bonne partie de la racine dentaire, et parfois être à l'origine de mobilité dentaire par perte de support parodontal. Souvent, à ce stade, les patients se rendent compte des « dégâts » engendrés : des douleurs sont souvent présentes, qu'elles soient liées à l'abrasion dentaire (mylolyses pouvant parfois atteindre la zone juxta-pulpaire), ou aux récessions gingivales (zones hypersensibles par dénudation radiculaire).

Plusieurs cas « d'automutilation à la brosse à dents » ont été rapportés : la plupart sont liés à une mauvaise compréhension des instructions de brossage données au patient par son chirurgien-dentiste. Le cas clinique suivant en fait justement l'illustration :

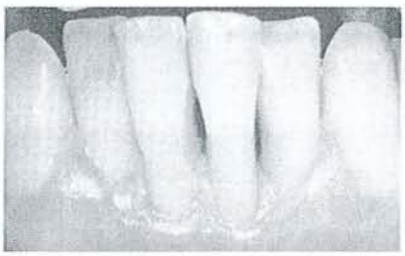
Cas clinique n°3 :

Il s'agit d'un homme américain, âgé de 25 ans, venant consulter un service de parodontologie pour récession gingivale et mobilité dentaire dans la zone incisive mandibulaire. Lors de l'interrogatoire médical, aucune pathologie générale connue n'a été rapportée. Il venait seulement de subir quelques perturbations dans ses habitudes de vie (qui selon lui étaient sources d'anxiété) : il avait déménagé six mois auparavant et était au chômage, au moment de la consultation.

Son passé dentaire a révélé, par contre, plusieurs facteurs pouvant expliquer son état parodontal. Déjà à l'âge de 8 ans, il avait commencé à manifester quelques symptômes, tels qu'une sensibilité gingivale, des saignements et récessions dans la zone incisive mandibulaire. Cela lui avait semblé jusque-là « normal », compte tenu des problèmes parodontaux que son père présentait au même moment. Il avait ainsi été admis par déduction dans cette famille que l'affection était héréditaire. De plus, lors de la consultation, le jeune homme a dénié avoir une quelconque habitude nocive pouvant expliquer ses lésions, ainsi que toute implication volontaire de sa part.

A l'examen initial, il présentait une gingivite généralisée, légère à modérée, avec des profondeurs de poches parodontales tolérables (2 à 4mm). De la plaque dentaire ainsi que des dépôts de tartre étaient présents, mais en quantité minime. Dans la région antérieure mandibulaire, cependant, il existait une destruction parodontale sévère, avec mobilité des incisives : une perte osseuse horizontale importante a alors été mise en évidence par radiographie dentaire.

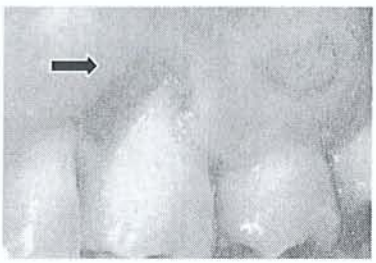
La gencive papillaire et marginale était ulcérée, hémorragique et rétractée, comme le montre la photographie suivante :



Le patient a affirmé que cet état n'avait fait qu'empirer depuis l'âge de 8 ans, mais ne lui avait procuré jusque-là qu'une gêne modérée.

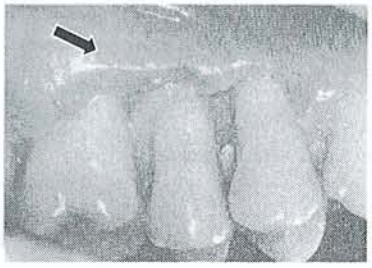
Des instructions d'hygiène lui ont alors été données : il lui a été conseillé d'effectuer un brossage cervical, à l'aide d'une brosse à poils souples, d'utiliser du fil dentaire et une brossette interproximale, uniquement pour les embrasures des incisives inférieures. Un détartrage a également été réalisé, ainsi qu'un polissage des surfaces dentaires. Puis une contention intracoronaire a été fixée sur les quatre incisives inférieures, afin d'en réduire la mobilité.

Après un mois, le patient est retourné dans ce service pour réévaluation de son état gingival : la zone incisive inférieure ne présentait plus d'ulcération et paraissait saine, tandis que la zone gingivale postérieure supérieure gauche présentait l'aspect ulcéré et hémorragique suivant :



Ceci semblait inquiéter le patient, pensant que le phénomène s'étendait. Il lui a alors été demandé de faire une « démonstration » de sa technique usuelle de brossage, laquelle s'est révélée tout à fait correcte. Compte tenu de l'apparition de cette nouvelle lésion localisée, parallèlement à l'amélioration de l'état parodontal des incisives inférieures, on a simplement conseillé au patient de continuer à nettoyer soigneusement ses dents, et de revenir deux semaines plus tard pour une réévaluation. Au rendez-vous suivant, la zone gingivale incisive inférieure était entièrement réépithélialisée, tandis que l'ulcération et la récession gingivale postérieures s'étaient aggravées. Pour tenter d'avancer dans le diagnostic, une biopsie de cette zone gingivale a été réalisée, pour ne finalement révéler qu'une ulcération non spécifique, avec hyperplasie fibrovasculaire inflammatoire.

Quelques semaines plus tard, d'autres zones d'ulcérations hémorragiques s'étaient développées, cette fois-ci du côté maxillaire droit ; elles intéressaient aussi bien la gencive papillaire que la gencive marginale :

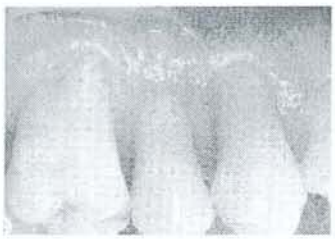


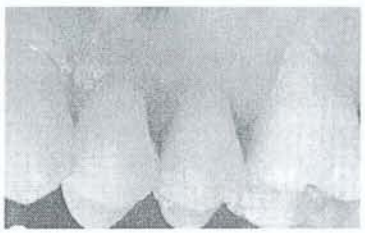
L'étendue des lésions devenait ainsi de plus en plus typique d'un brossage traumatisant. Il a alors été demandé au patient combien de temps il consacrait quotidiennement à son hygiène buccale : celui-ci a précisé que depuis son enfance, il se brossait les dents, comme on le lui avait suggéré, c'est-à-dire deux fois par jour, avec des « séances » de 20 à 30 minutes chacune. Et comme il assistait impuissant à l'aggravation de son état parodontal depuis des années, il se brossait maintenant les dents, vigoureusement trois fois par jour, à raison de 30 minutes à chaque fois, et passait la brossette interdentaire dans toutes les embrasures, parfois en force.

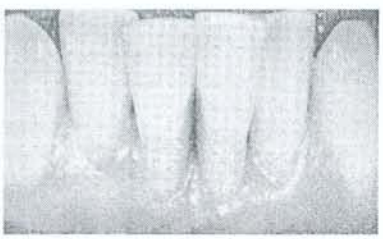
Il est alors apparu clair que ses lésions gingivales étaient le fruit d'un brossage acharné, en rapport avec l'angoisse qu'il éprouvait, de « perdre ses dents comme son père ». Il lui a alors été conseillé de poursuivre un brossage minutieux, mais à raison de trois fois 5 minutes par jour au maximum, avec moins d'énergie, et de ne passer la brossette interdentaire qu'entre les incisives mandibulaires. Au rendez-vous suivant, deux semaines plus tard, toutes les lésions gingivales avaient cicatrisé. Il s'est ensuite présenté à tous ses rendez-vous de contrôle, pendant cinq ans, tous les six mois : malgré le caractère irréversible des récessions gingivales, celles-ci avaient fini par s'atténuer par néoformation gingivale, la santé des gencives était retrouvée et maintenue, sans aucune récurrence de ces lésions qu'il croyait incurables.

Les photographies suivantes montrent l'état gingival de ce patient, à l'issue des cinq années de maintenance parodontale (**Pattison**, 1983) :

Zones postérieures supérieures : droite et gauche







Zone incisive inférieure

La conclusion que l'on peut tirer de ce cas clinique est que l'interrogatoire est d'une importance capitale pour pouvoir établir un diagnostic : non seulement en ce qui concerne l'historique médical, mais aussi sur les habitudes quotidiennes, en l'occurrence ici sur l'hygiène buccale. Face à des lésions gingivales sous forme d'ulcérations hémorragiques, dont la cause est difficile à trouver, le chirurgien-dentiste doit penser à un brossage traumatisant, d'autant plus si la plaque dentaire et le tartre sont quasiment absents. En dehors des situations psychiatriques (où le patient peut créer ses lésions intentionnellement et les entretenir, quelle qu'en soit la motivation), les lésions gingivales traumatiques doivent cicatriser en une à deux semaines, après correction des mauvaises habitudes de brossage et d'hygiène buccale. Dans les cas où aucune amélioration ne peut être constatée sous plusieurs semaines, il ne peut alors s'agir que :

- d'un oubli de la part du patient de confier une information primordiale sur ses habitudes ;
- d'une pathologie sous-jacente inconnue du patient, qu'il conviendra de rechercher biologiquement ;
- ou enfin d'une simulation du patient (dans l'attente d'un gain secondaire) ou de pathomimie (avec implication psychiatrique).

Enfin, en dehors des techniques de brossage, mais toujours dans le cadre des habitudes d'hygiène buccale nocives, d'autres cas d'automutilation non intentionnelle ont été rapportés, tels que :

1) Des pratiques d'hygiène interdentaires mutilantes (hormis les gestes compulsifs retrouvés dans certaines pathologies psychiatriques) : par utilisation de cure-dents en bois, laissant parfois dans les espaces interdentaires de minuscules échardes, ou de tout autre instrument pointu se trouvant à portée de main, tel que la pointe d'un couteau ou de ciseaux, pour tenter de soulager un bourrage alimentaire, ou encore des douleurs liées à la présence d'une poche parodontale. Bien souvent hélas, les patients ne s'en rendent pas compte, mais ils aggravent leur état parodontal, car les « instruments interdentaires » utilisés (qui ne sont évidemment pas stériles) sont fréquemment sources d'accidents inflammatoires, parfois même infectieux par surinfection.

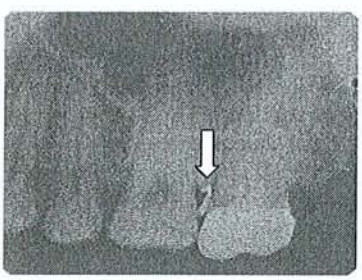
Le cas clinique suivant présente justement une forme d'« auto-traitement » d'un bourrage alimentaire, par utilisation d'un instrument pointu « improvisé » :

Cas clinique n°4 :

Il s'agit d'une femme Coréenne, qui passait ses vacances aux Etats-Unis, et qui s'est rendue au service des urgences médicales, se plaignant de douleurs dentaires intenses depuis quatre jours, plus précisément au niveau des 1ère et 2ème molaires supérieures gauches.

A l'examen clinique, la gencive attachée adjacente à la zone dentaire « 26-27 » présentait une abrasion, avec une inflammation importante, mais sans oedème fluctuant. La dent 27, restaurée par une couronne métallique, montrait une certaine sensibilité à la pression. La papille interdentaire était également enflammée, et saignait au sondage. Il a alors semblé qu'un point de contact insuffisant pouvait être à l'origine d'un phénomène de bourrage alimentaire entre les deux dents en question. Un corps dur était également palpable à la sonde, assez profondément logé dans cet espace interdentaire.

A l'examen radiographique, un « *bitewing* » ainsi que d'autres radiographies différemment orientées ont révélé la présence de deux corps radio-opaques dans cette zone ; l'un avait l'air courbe, l'autre était extrêmement pointu :

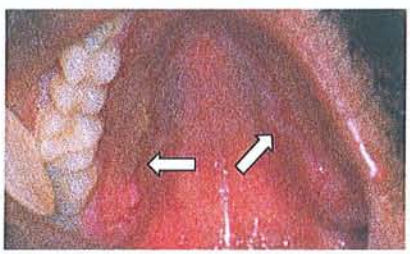


Après avoir longuement questionné la patiente, celle-ci a finalement admis, un peu embarrassée, avoir inséré une aiguille de couture entre ses dents, pour essayer de

soulager une sensation de pression douloureuse, semble-t-il liée à un bourrage alimentaire. L'aiguille aurait alors cassé une première fois au niveau du chat, et afin de récupérer le fragment cassé, la patiente aurait utilisé l'autre extrémité de l'aiguille, la brisant une seconde fois, au niveau de l'extrémité la plus pointue.

Basé sur l'observation clinique locale et radiographique, le diagnostic de parodontite périradiculaire aiguë a ainsi été posé. Une première tentative de retrait des fragments à l'aide d'une sonde sous anesthésie locale a d'abord échoué. La visibilité étant médiocre, et les fragments enfoncés profondément dans l'espace parodontal, il a fallu lever des lambeaux de faible étendue en vestibulaire et en palatin, afin de pouvoir enfin localiser précisément les deux morceaux d'aiguille, entre la crête osseuse et la paroi mésiale de la dent 27, après quoi il a été plus facile de les déloger avec un excavateur. Des radiographies post-opératoires ont été réalisées, afin de s'assurer qu'aucun fragment n'avait été oublié, et les lambeaux ont été suturés. Seul un traitement antalgique a été prescrit, et il a été conseillé à la jeune femme d'aller consulter son chirurgien-dentiste dès son retour en Corée, afin de faire restaurer un point de contact correct entre les deux dents en question, et d'éviter ainsi d'autres incidents similaires.(**Harper**, 2002)

2) L'utilisation intempestive de solutions de bains de bouche : par application locale sur une zone gingivale douloureuse d'une solution antiseptique alcoolisée, provoquant ainsi une aggravation de l'inflammation par brûlure superficielle ; ou également par utilisation d'une solution pure (normalement à diluer), induisant de même des brûlures étendues de la muqueuse buccale, comme le montre la photographie suivante, centrée sur le palais :



Ces lésions auto-provoquées, mais non intentionnelles (en dehors des cas psychiatriques) s'apparentent à des ulcérations diffuses parsemées de squames blanchâtres, sur un fond érythémateux, et sont très douloureuses au moindre contact (tactile, alimentaire, etc.). Ces lésions peuvent également se compliquer d'une colonisation micro-organique, le plus souvent de type candidosique : l'utilisation trop fréquente (plus de 3 fois/jour) ou trop longue (pendant plusieurs semaines sans interruption) d'une solution antiseptique élimine progressivement la flore bactérienne buccale naturelle, et la cavité buccale devient ainsi moins résistante aux invasions microbiennes, notamment fongiques.

2.3. Les lésions liées aux tics et mauvaises habitudes professionnelles

La concentration demandée par certaines professions peut parfois favoriser l'apparition de comportements dits « riches en stimulations », mais néanmoins nocifs pour la cavité buccale. En effet, il semblerait que le fait de faire fonctionner certains muscles, comme les muscles manducateurs, lors de la mastication d'un chewing-gum par exemple, stimule certains circuits neuronaux et augmente la concentration intellectuelle.

Outre l'utilisation « volontaire » de gomme à mâcher, ce mécanisme recrute spontanément des moyens automatiques de stimulation neuronale, tels que certains tics buccaux. Ces comportements seront d'autant plus énergiques que l'individu sera stressé par son travail. Par exemple, la secrétaire a tendance à « mâchouiller » son stylo, ou le dessinateur ses crayons, etc. L'intensité de ce mâchonnement sera encore plus grande si le professionnel travaille sous la contrainte (délais à respecter, monotonie des tâches à accomplir, etc.).

Ces tics ont le plus souvent des répercussions sur les tissus durs dentaires, sous forme de fissures ou fêlures d'émail, ou de petites écailles, notamment au niveau du bord incisif des dents antérieures.

A côté de ces tics, il existe des habitudes professionnelles qui se révèlent d'une certaine utilité. Par exemple, les tailleurs et les couturières tiennent leurs épingles entre les dents, le temps de régler la hauteur d'un ourlet, ou coupent le fil avec leurs dents, etc. De même les tapissiers et les cordonniers ont souvent l'habitude de tenir les clous avec leurs dents. Ces habitudes représentent pour ces professionnels un certain gain de temps. Les lésions engendrées sont généralement bénignes, avec en principe une atteinte limitée à l'émail dentaire, par la présence d'encoches, plus ou moins accentuées sur le bord incisif des dents antérieures, donnant un aspect caractéristique en dents de scie.

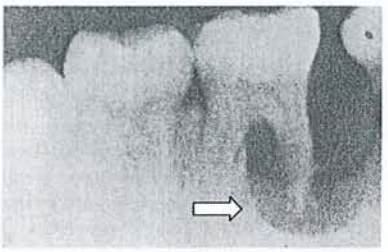
D'autres professions impliquent le contact étroit d'un objet avec les dents, responsable d'une usure dentaire particulière comme chez les souffleurs de verre, les agents de police (car certains ont effectivement tendance à mordiller longuement leur sifflet), et les musiciens qui pratiquent un instrument à vent. On observe alors habituellement des encoches au niveau de la face vestibulaire des dents antérieures, ainsi qu'une usure anormale du bord incisif.

Toutes ces lésions d'origine professionnelle, qu'elles soient engendrées ou simplement favorisées par le travail en question (stress, concentration), sont considérées à la limite de l'automutilation, car elles sont le plus souvent très discrètes. Les encoches et abrasions des surfaces dentaires ainsi engendrées ne sont pas aussi marquées et « stylisées » que celles qui sont réalisées de façon intentionnelle. Enfin, quelques cas de répercussions parodontales (mobilité dentaire), musculaires (spasmes, fatigue, douleurs) ont été rapportés à ce genre d'habitudes professionnelles. Il semblerait de plus que la crispation musculaire induite lors de ces tics ait tendance à se prolonger inconsciemment une fois le travail terminé. Le stress et la tension subis par les muscles au cours d'une journée de travail pourraient bouleverser les réflexes proprioceptifs et ainsi favoriser l'apparition de bruxisme chez certaines personnes prédisposées.(**Vilmus**, 1997)

Le cas clinique suivant présente des lésions induites par un tic professionnel bien particulier : **cas clinique n°5 :**

Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, dont la plainte principale était une impaction de nourriture provoquant une gêne au niveau de la 1ère molaire inférieure droite.

A l'examen clinique, il a été mis en évidence une lésion parodontale dite « en cratère », d'environ 1.2cm de diamètre, autour de la racine mésiale de la dent en question (46). Une perte osseuse de plus d'1cm existait au niveau des lames corticales vestibulaire et linguale, et le cratère était délimité par une gencive inflammatoire. La racine mésiale de la dent était totalement dénudée, et suspendue au centre du cratère. Cette racine était également recouverte sur toute sa hauteur de tartre et de débris alimentaires. Malgré la sévérité de la perte osseuse, la dent montrait une mobilité inférieure à 1mm dans le sens vestibulo-lingual. L'os alvéolaire et la gencive avoisinant la racine distale de cette molaire paraissaient normaux, et une poche parodontale de profondeur modérée (4mm) était présente en distal :

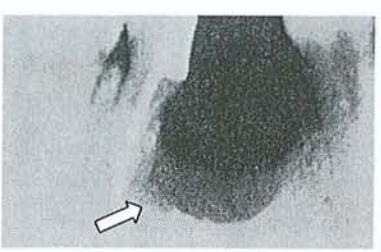


La denture était complète, et aucune dent ne paraissait avoir subi d'occlusion traumatique. Aucune restauration n'était présente en bouche, et il semblait n'y avoir aucune activité carieuse. Hormis une légère gingivite marginale généralisée, l'état parodontal antagoniste et controlatéral semblait tout à fait correct. La dent 46, sévèrement affectée au niveau de son parodonte, ne montrait plus aucun signe de vitalité suite au test électrique réalisé : un test de forage a alors permis de mettre en évidence une nécrose pulpaire certaine de cette dent.

Le patient, qui travaillait dans une plantation de cannes à sucre, a révélé avoir pour habitude de mastiquer ces tiges à longueur de journée, depuis 22 ans. En insérant la tige entre ses molaires du côté droit, il pouvait ainsi la tordre jusqu'à en briser les fibres, afin d'en récupérer le jus.

Le traitement de la dent a donc consisté en une conservation partielle : la racine mésiale a été amputée, et la racine distale a été conservée sur le site, obturée, et la portion coronaire a été restaurée à l'amalgame. Un lambeau a également été réalisé, en vue d'un curetage minutieux de la zone parodontale affectée.

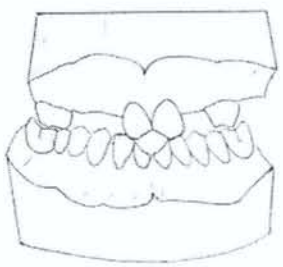
Celle-ci a ensuite cicatrisé sans incident, comme le montre la photographie suivante (**Mendel**, 1976) :



2.4. Les lésions provenant d'autres tics et habitudes nocives

On inclut dans cette catégorie tous les comportements et habitudes considérés comme nocifs pour la cavité buccale, autres que le bruxisme, l'hygiène buccale excessive, et les tics professionnels.

On parlera par exemple des gens qui ont pour habitude de fumer la pipe (auteurs cités par **Pissis**, 1982). En plus des effets carcinogènes du tabac sur la muqueuse buccale (que nous reverrons plus tard dans le paragraphe consacré aux addictions), Glickman (1974) explique que « le fait de tenir la pipe au même endroit peut provoquer une abrasion dentaire avec formation d'un espace elliptique entre les dents, déplacement et intrusion des dents, et transformations traumatiques dans les tissus de soutien parodontaux ». Le croquis suivant représente une usure des incisives centrales, liée à l'utilisation d'une pipe en terre, toujours à cet endroit :



Selon Détruit (1973), les auteurs allemands donnent le nom de « Pfeifenloch » à l'usure produite et limitée à deux ou trois dents. « Au bout de quelque temps, le fumeur est obligé de déplacer sa pipe qui ne tient plus dans le trou formé. Il choisit une nouvelle place et forme ainsi un nouveau « Pfeifenloch ». C'est ainsi qu'on peut en retrouver deux ou trois les uns à côté des autres, chez les vieux fumeurs ».

Ces « mauvaises » habitudes sont également connues pour engendrer parfois des pulpites, nécroses et desmodontites.

Pour Glickman, « l'ensemble des tissus de soutien de la dent réagit souvent favorablement à une fonction accrue par un épaississement du ligament alvéolo-dentaire et une augmentation de la densité de l'os alvéolaire. Toutefois, la crispation peut blesser le parodonte en le privant des périodes de repos qui lui sont nécessaires pour une récupération normale ».

Selon Ramfjord et Ash (1975), il en résulterait un accroissement de la mobilité dû à l'épaississement du desmodonte, associé à la résorption de l'os alvéolaire et à la substitution des fibres de collagène denses du desmodonte par du tissu de granulation ; ceci peut facilement être apprécié par une altération de la sonorité à la percussion des dents, habituellement claire et franche.

Nous pouvons également classer ici toutes les habitudes consistant à utiliser les dents comme des ustensiles, comme par exemple pour décapsuler des canettes, casser des coquilles (noix, noisettes), couper des fils rigides, etc. Certaines personnes le font spontanément sans réfléchir, et sans en connaître les conséquences ; d'autres, par contre, en connaissent les répercussions, mais estiment avoir des dents suffisamment résistantes.

Tous ces exemples donnent lieu à des lésions dentaires typiques, à type de fêlures et fissures d'émail, encoches au niveau du bord incisif, et même parfois fracture d'un bord libre ou d'un angle incisif. Hormis les fractures coronaires, qui peuvent être à l'origine de douleurs dentaires, la plupart des lésions ainsi produites vont passer inaperçues, ce qui n'incitera pas la personne à cesser ses mauvaises habitudes.

2.5. Les tics buccaux typiques des états de nervosité

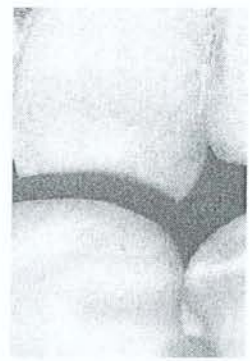
2.5.1. L'onychophagie et l'onychotillomanie (**Rozencweig**, 1975)

2.5.1.1. L'onychophagie

L'onychophagie est définie comme l'habitude qu'ont certains individus, de ronger leurs ongles. C'est le comportement automutilateur le plus fréquent durant l'enfance, comme d'ailleurs chez l'adulte. Il ne débute qu'après l'âge de deux ans, et se rencontre avec une fréquence variant de 10 à 30% selon Ajuriaguerra (1980), la fréquence maximale se situant entre 11 et 13 ans.

Cette habitude peut réduire les ongles à des moignons plus ou moins étroits, parfois recouverts par un bourrelet constitué par la pulpe du doigt, comme le montre la photographie suivante :

Les dents, le parodonte et l'articulation temporo-mandibulaire sont directement intéressés par cette manie. Les lésions rencontrées sont comparables à celles qui sont décrites lors du bruxisme, avec cependant une localisation plus marquée au secteur antérieur. On remarque sur la photographie ci-dessous que la forme de la lésion intéressant le bord incisif de l'incisive centrale supérieure gauche (du patient dont le doigt est présenté ci-dessus) est homologue à la destruction de l'ongle :



L'onychophagie est néanmoins différente du bruxisme, car elle est essentiellement diurne. Ses manifestations sont généralement apparentes pour l'entourage, et souvent directement perceptibles par le maniaque, tant à l'examen des doigts, qu'à la présence en bouche de particules d'ongle détachées. En outre, l'occlusion en est rarement une cause déclenchante.

Souvent pratiquée selon un mode compulsif, l'onychophagie s'observe la plupart du temps chez l'individu lorsqu'il est soumis à des irritations extérieures, ou lorsque le milieu social, professionnel ou familial, comporte des éléments tensionnels accrus : l'activité maniaque, qui cède ainsi à une envie irrésistible, peut alors s'accentuer, redoubler de fébrilité, et parfois même de violence. En effet, cette usure symbolique de « la griffe par la dent » est une réponse négative aux agressions reçues. La dent et l'ongle restent inconsciemment tout au long de la vie de l'homme des armes naturelles, des instruments d'agression, dont celui-ci a « appris » à en restreindre l'utilisation, de par son éducation, tout en essayant de contrôler ses pulsions. Mais la conscience morale, fruit de l'éducation, n'efface pas les désirs : elle les canalise, ce qui n'empêche pas cependant leur réapparition dans certains moments propices, notamment lors de tension neuropsychique intense.

En outre, la bouche et la main étant des organes lourdement chargés de signification libidinale, ces tics, comme tout ce qui participe aux fonctions orales et digitales, ne peuvent être entièrement dégagés de la participation inconsciente des instincts sexuels.

En psychiatrie infantile, ce comportement est généralement interprété en termes d'anxiété, celle-ci étant liée à des situations conflictuelles non résolues. Ce symptôme prendrait ainsi sa source dans des tentatives de résolution du complexe d'Oedipe et pourrait se développer, avec assiduité parfois, dans le contexte scolaire. Cette manie diminue ou disparaît en général lorsque l'enfant ou l'adolescent réussit à mieux faire face aux contraintes de la vie scolaire ou aux tensions familiales, ou bien lorsqu'il a pu résoudre, du moins partiellement, certains conflits d'origine oedipienne. Ce tic peut cependant réapparaître chez l'adulte, épisodiquement ou de manière constante, selon les situations conflictuelles qu'il peut rencontrer.(**Morelle**, 1995)

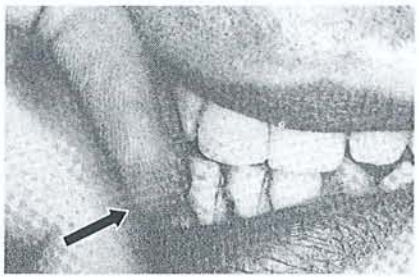
Rozencweig, en 1975, s'est intéressé à un cas sévère d'onychophagie. Celui-ci fera ici l'objet de notre **cas clinique n°6 :**

Il s'agit d'un homme, âgé de 30 ans, dessinateur de profession, et consultant pour des douleurs temporales, apparues à la suite d'une subluxation de l'ATM gauche.

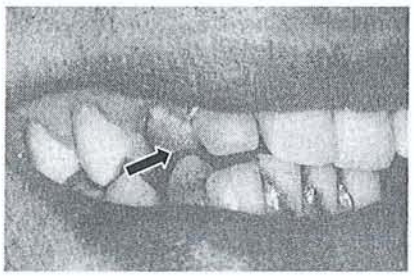
L'examen occlusal a révélé une déviation mandibulaire gauche, en occlusion d'intercuspidation. Une usure suspecte de la région canine droite a également attiré l'attention de l'opérateur. L'intérêt s'est alors porté sur les ongles du patient : ceux-ci étaient tellement rongés qu'on les soupçonnait plus qu'on ne les voyait.

De toute évidence, l'acharnement dans la pratique de l'onychophagie était à l'origine de la mauvaise position mandibulaire, et par voie de conséquence, de l'accident douloureux objet de la consultation.

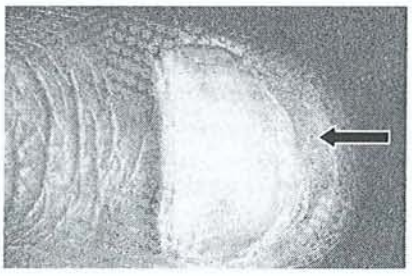
Les trois photographies suivantes résument assez bien les points caractéristiques de l'observation clinique chez ce patient :



Aspect technique du « tic onychophagique »



Usure de la canine supérieure droite, résultant de cette manie



Usure unguéale correspondante

Une gouttière occlusale a aidé au rétablissement d'une occlusion en relation centrée. En même temps, celle-ci a également permis d'entraver l'assouvissement de la manie, tout en remplaçant prothétiquement les systèmes de sécurité ou réflexes de protection, qui ne semblaient plus jouer lors de ces gestes compulsifs.

Compte tenu des facteurs psychologiques sous-jacents, si intenses soient-ils, il est intéressant de souligner que les courants instinctuels moteurs ne sont pas si faciles à inhiber, et qu'il faut ainsi se garder de les entraver sans en avoir demandé préalablement l'avis à un neuropsychiatre, sous peine de voir apparaître chez ces patients d'autres tics ou d'autres comportements « nerveux », parfois encore plus agressifs.

2.5.1.2. L'onychotillomanie

Cette manie est « cousine » de l'onychophagie : elle consiste en un déchirement des ongles et de leur pourtour cutané (appelé les « envies »). Elle est souvent rencontrée chez les onychophages. Les érosions traumatiques du repli sus-unguéal ou des replis latéraux, restent fixées à la peau sous la forme d'un éperon corné. Elles sont douloureuses et susceptibles de s'enflammer secondairement. Il semble que de nombreux individus en soient atteints. Ces habitudes auto-destructrices se manifestent avec plus ou moins de constance, et une fréquence, une intensité parfois étonnantes.

2.5.2. Les tics de succion des tissus mous buccaux

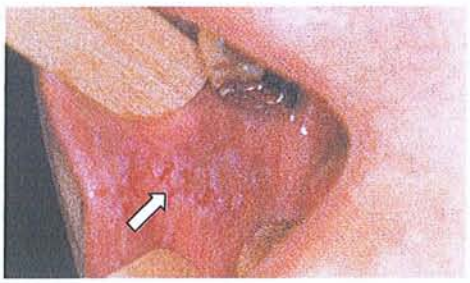
2.5.2.1. Le « Morsicatio Buccarum » (**Kuffer**, 1990)

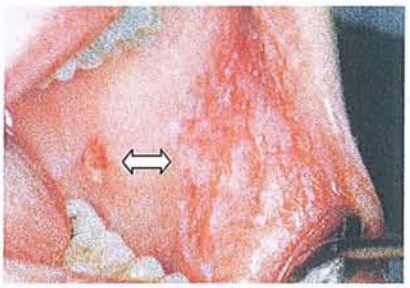
Les lésions de Morsicatio Buccarum et Labiorum (ou encore paréiophagie et chéilophagie) décrites par Schuermann (1966), sont dues à un tic de mordillement de la muqueuse observé le plus souvent chez des adolescents ou des adultes jeunes au tempérament « nerveux », au sommeil agité et à l'activité onirique importante.

Il s'agit de placards plus ou moins étendus et mal limités, où la muqueuse prend un aspect irrégulier, raboteux, parfois un peu épaissi, associant des petits lambeaux flottants opalins ou blanchâtres formés par l'arrachement des couches épithéliales superficielles, à des plages rouges et granitées, et parfois à de minuscules érosions superficielles. Pour les chirurgiens-dentistes expérimentés, l'aspect histologique de ces lésions est dit pathognomonique : par la révélation systématique, en microscopie optique, d'une érosion superficielle et d'une fragmentation irrégulière de l'épithélium de surface. La couche épithéliale sous-jacente est nécrotique, et les kératinocytes sont hypertrophiés.

Les lésions intéressent fréquemment la muqueuse de la lèvre inférieure, plus rarement celle de la lèvre supérieure, respectant la demi-muqueuse, ou parfois sont associées à une chéilite squameuse par irritation mécanique. Elles sont particulièrement marquées sur la zone rétro-commissurale des lèvres, et se prolongent souvent en arrière sur la muqueuse jugale, en bande le long de la linea alba, mais n'atteignent jamais le fond des culs-de-sac vestibulaires.

Les photographies suivantes en donnent quelques illustrations :





Certains sujets présentent des lésions analogues sur les bords de la langue (*morsicatio linguae*, ou glossophagie).

Ces lésions sont souvent découvertes fortuitement, mais parfois les patients s'inquiètent et consultent de leur propre chef. Pressés de questions, ils reconnaissent sans difficulté l'existence de leur tic, alors qu'ils n'en parlent jamais spontanément. L'activité de mordillement est intermittente, parfois nocturne, plus ou moins machinale, et de caractère compulsif. Elle semble leur procurer une sensation à la fois douloureuse et voluptueuse. Elle se déclenche ou s'accroît dans les périodes de perplexité et de rumination morose. Par ailleurs, le sujet percevant avec sa langue la rugosité de sa muqueuse, tente d'y remédier en la raclant avec les dents et en s'efforçant d'en arracher les lambeaux flottants, ce qui crée un cercle vicieux. On peut essayer de traiter le *Morsicatio* par psychothérapie, en s'aidant d'un anxiolytique par exemple. Mais le plus souvent, ces tentatives sont vouées à l'échec, et le traitement se révèle inutile, le tic finissant par disparaître spontanément à long terme. Le risque principal réside en une erreur de diagnostic : en effet, ce type de lésion peut être confondu avec un lichen plan, une candidose, une kératose congénitale ou tabagique, voire une dysplasie ou une leucoplasie villeuse, entraînant alors des recherches et des traitements invasifs inutiles.

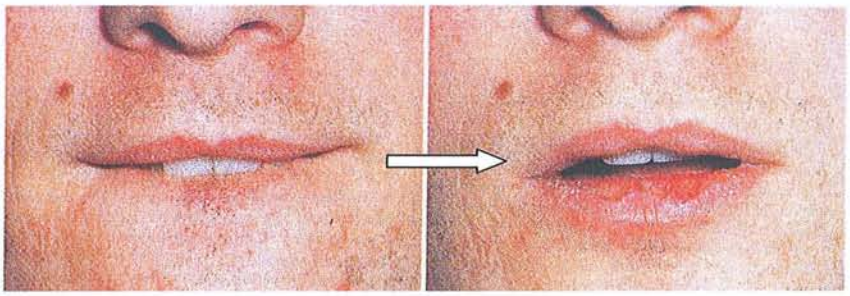
Cependant, bien souvent, l'entretien « soignant-soigné » lors de la consultation initiale permet de « capter » des informations relatives à un état de tension particulier du patient, pouvant éventuellement expliquer ces lésions auto-provoquées. Si celui-ci est sincère et ne cherche pas à dissimuler sa « participation », il reconnaîtra assez rapidement son tic, à condition que le praticien lui pose la question avec tact et sans préjugé.

2.5.2.2. Autres lésions liées à des tics labiaux

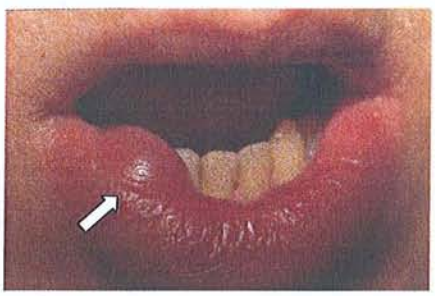
Les tics de grattage et de mordillement des lèvres s'apparentent aux dermatomanies. Non satisfaits de ronger seulement leurs ongles, certains onychophages grattent en outre leur muqueuse, provoquant des excoriations labiales, voire des ulcérations étendues et « bizarres » des joues, de la langue ou des gencives, à la limite d'une pathomimie.

Le grattage compulsif des lèvres, apparaissant ou augmentant en période de tension nerveuse, peut cependant être isolé et non accompagné d'onychophagie.

Le tic de mordillement des lèvres se traduit par une chéilite squameuse ou érythémo-squameuse avec empreinte des dents, comme le montrent les photographies suivantes :

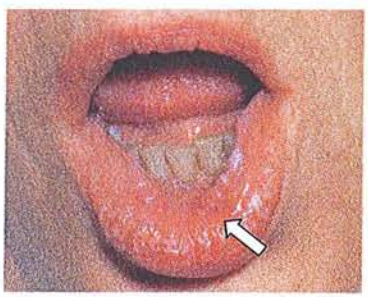


Il arrive parfois que les tics de mordillement soient par moments plus énergiques, et aient de ce fait des répercussions plus conséquentes. Ils peuvent notamment aboutir à la section accidentelle d'un canal salivaire excrétoire : on observe alors une inflammation locale, ainsi qu'un œdème impressionnant de la zone muqueuse labiale (de la lèvre inférieure le plus souvent), sous forme d'un pseudo-kyste salivaire (ou mucocèle), classiquement en regard d'une canine, comme nous pouvons le voir au moyen de la photographie ci-dessous :



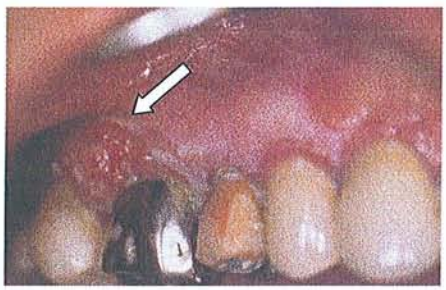
Le traitement de ce genre de lésion est chirurgical : il consiste à enlever la poche kystique et la glande responsable.

Il existe également chez certaines personnes des tics d'aspiration-succion des lèvres, encore une fois relatifs à un état d'anxiété. Les lésions engendrées peuvent avoir l'aspect suivant :



Le traitement de ces diverses lésions labiales, hormis le cas de mucocèle, repose essentiellement sur la psychothérapie, à laquelle on peut éventuellement adjoindre un traitement médicamenteux (anxiolytique mineur et application locale de corps gras type vaseline salicylée), ainsi qu'une mise en état de la denture. (**Kuffer**, 1990)

Enfin, il est important de garder à l'esprit que, même si ces lésions provoquées et entretenues par des tics divers ont une apparence bénigne, il réside tout de même un risque de transformation maligne. L'apparition d'une lésion cancéreuse sur une base inflammatoire est relativement rare, mais le risque est néanmoins à prendre en considération. La plupart du temps, cette cancérisation est liée au passage à la chronicité, par entretien mécanique et traumatique des lésions. La photographie suivante illustre la complication cancéreuse d'une plaie traumatique à l'origine :



Il est également important de souligner qu'une consommation abusive de tabac et /ou d'alcool est susceptible de précipiter ce phénomène de cancérisation de lésions initialement bénignes.

3. Les lésions d'automutilation buccale liées aux pathologies organiques

3.1. Les lésions des maladies organiques congénitales

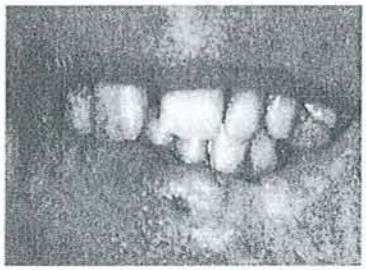
Nous avons déjà, en première partie, détaillé les pathologies organiques congénitales les plus impliquées dans le phénomène d'automutilation buccale. Voyons-en maintenant quelques illustrations au moyen de cas cliniques, concernant majoritairement des enfants.

- Le syndrome de Lesh-Nyhan : **cas clinique n°7 :**

Il s'agit d'un petit patient âgé de 12 ans, décrit par **Scully** en 1981, au sein du département de médecine orale de l'hôpital dentaire de Glasgow.

A l'examen oral, l'élément le plus frappant que présentait cet enfant était une perte tissulaire importante au niveau de l'hémi-lèvre inférieure gauche. Le patient a été observé pendant un certain moment, attrapant sa lèvre à plusieurs reprises avec les dents, afin de la mordiller.

L'état résultant de cette lèvre est représenté sur cette photographie :



Sa denture était parfaitement établie pour son âge : toutes ses dents définitives étaient en place sur les arcades, hormis les dents de sagesse. Mises à part une carie minime au niveau de la face occlusale de la dent 36 et une parodontite chronique liée vraisemblablement à une hygiène buccale difficile (compte tenu du sévère retard mental lié à la maladie), aucune autre lésion n'a pu être mise en évidence en bouche. L'examen radiographique n'a, entre autres, pas pu être réalisé.

Ce patient a été adressé à un hygiéniste pour une prophylaxie dentaire personnalisée, et les aides-soignantes de son institution ont été formées pour instaurer chez lui une hygiène buccale appropriée, utilisant un gel à base de chlorhexidine et de gluconate. L'unique carie a également pu être restaurée à l'amalgame sous anesthésie locale.

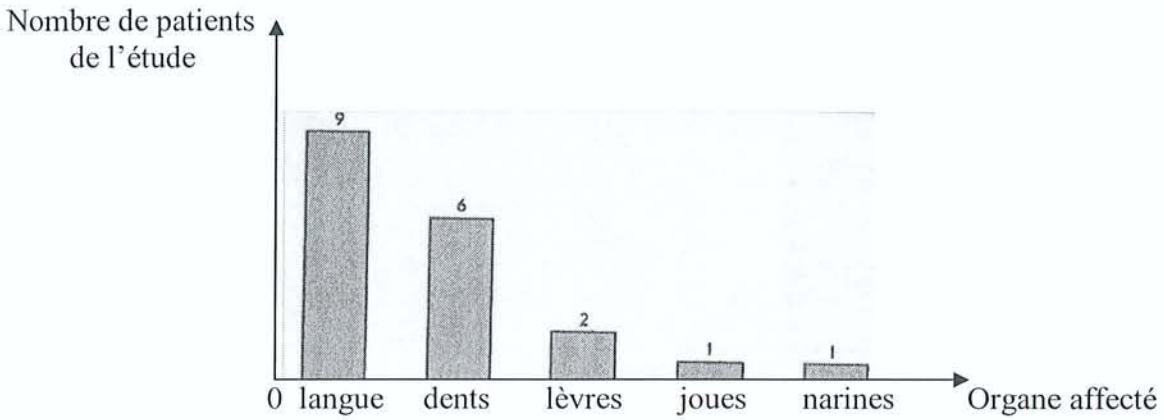
Il a été rapporté chez ces patients une prévalence relativement importante d'hypoplasies de l'émail, mais il est aujourd'hui difficile de se prononcer sur leur cause exacte : en effet, plusieurs facteurs peuvent jouer, comme l'hygiène défectueuse, l'action d'une décalcification amélaire progressive liée au relargage d'acide urique dans la salive, ou bien ces deux facteurs combinés. Tout comme pour l'origine exacte des comportements d'automutilation chez ces patients, des études complémentaires seraient à envisager à propos de cette maladie aux répercussions si dramatiques.

La photographie suivante montre un état avancé d'automutilation labiale chez un enfant de 14 ans, présenté par **Nyhan** lui-même en 1972 :

- La dysautonomie familiale

Une étude a été menée, en 1993, sur 38 patients présentant la maladie, au sein des départements de dentisterie pédiatrique et de neurologie de l'université de Tel Aviv, par **Mass** et **Gadoth**. Ces sujets d'étude ont été suivis de 1980 à 1992. On comptait parmi eux 23 garçons et 15 filles, avec une moyenne d'âge de 9 ans et 10 mois à la première consultation. Au cours de cette étude, 4 d'entre eux sont décédés d'affection pulmonaire grave.

L'automutilation bucco-dentaire a été étudiée chez chaque patient. Les résultats obtenus sont répertoriés dans le graphique suivant :



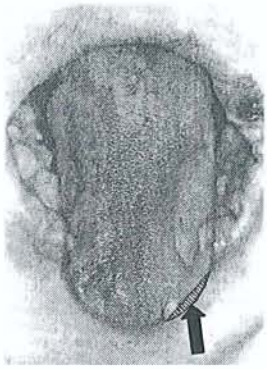
Sur les 38 patients initialement à l'étude, environ 50% ont manifesté des lésions d'automutilation, de manière épisodique. Parmi 16% d'entre eux, on a retrouvé des dents « auto-extraites », dont la moitié concernait la denture lactéale. Les lésions d'automutilation répertoriées ne l'ont été qu'occasionnellement durant les visites de contrôle successives à la clinique. Parfois, aucune lésion ne pouvait être observée, et les parents n'avaient rapporté aucun comportement automutilant dans l'intervalle.

Pour les 50% des patients qui ne semblaient pas concernés par ce genre de comportement, les parents ont été appelés à les observer scrupuleusement, afin d'en déceler le moindre trouble du comportement.

La langue est le site le plus fréquent d'automutilation chez ces patients. Durant la petite enfance, les lésions linguales sont localisées en regard des bords saillants des dents lactéales en éruption.

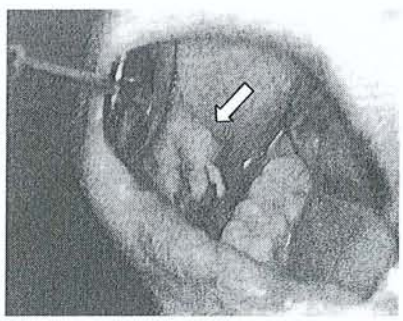
Chez les enfants et les adolescents, le mâchonnement compulsif de la langue produit des lésions à types de tumeurs, d'ulcérations superficielles ou de pertes tissulaires.

La photographie suivante illustre ce type de lésions, et plus précisément au moyen d'une zone hachurée la perte de tissu lingual, chez une patiente de 17 ans :

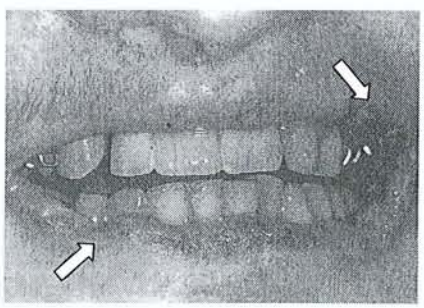


L'auto-extraction rapportée dans cette étude a souvent été non-intentionnelle. Chez trois petits patients, ce phénomène a été observé alors qu'ils étaient en train de jouer : en tenant les jouets entre les dents et en tirant dessus involontairement, quelques dents lactéales ont été ainsi exfoliées.

Chez un des sujets, les morsures des lèvres et des joues dues à une activité compulsive persistante ont abouti à de sévères ulcérations, comme le montrent les deux photographies suivantes (il s'agit de la patiente dont la langue ulcérée a déjà été présentée ci-dessus) :



Ulcérations jugales



Ulcérations labiales

Mais il a été reconnu qu'il n'existe pas de corrélation significative entre la sévérité de la maladie et celle de l'automutilation, qui serait, elle, a priori liée à un phénomène purement comportemental.

Chez trois patients très jeunes, le traitement a consisté en une prévention du phénomène de morsure linguale et jugale par un meulage minutieux des cuspides saillantes des dents de lait, avec de bons résultats. Chez une jeune femme de 19 ans, un appareil en résine souple moulé sur les dents a été confectionné, afin de protéger les muqueuses des faces triturantes des dents et d'éviter la formation d'ulcérations ; mais celui-ci n'a pas été accepté par la patiente, tout comme l'aide psychiatrique qui lui avait été proposée.

- Le syndrome de Down

La macroglossie, ou augmentation anormale du volume de la langue, peut avoir diverses origines : chez l'enfant, dans les cas de lymphangiome, d'hémangiome, ou de neurofibromatose ; chez l'adulte, dans le cas d'amyloïdose.

Le cas décrit ici ajoute une étiologie supplémentaire à ce type de déformation secondaire : **cas clinique n°8 :**

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, atteint du syndrome de Down. L'automutilation buccale n'est pas une caractéristique reconnue de cette pathologie, mais elle peut effectivement être favorisée chez ces patients.

Le sujet avait fait une chute sur le visage quelques jours auparavant, provoquant une lésion traumatique importante au niveau de la partie médiane de sa langue. Des premiers soins ont immédiatement été prodigués, notamment une détersion de la plaie et une administration antibiotique.

Mais malgré la prescription antibiotique visant à prévenir le risque de surinfection de la plaie, la langue a évolué vers la macroglossie, à tel point que le jeune homme en question ne pouvait plus fermer la bouche, comme le montre la photographie suivante :

Les 2/3 antérieurs de la langue avaient considérablement augmenté de volume, et la plaie transversale initiale (environ de 4cm) s'était surinfectée. De plus, du fait de son important volume, la langue « raclait » en permanence le bord incisif des incisives inférieures, ajoutant ainsi d'autres blessures inflammatoires sur sa face ventrale. La base linguale n'était pas atteinte par l'extension du processus inflammatoire, ce qui permettait au patient de conserver une ventilation nasale normale ; mais l'alimentation par voie orale, n'était elle, plus possible.

Un traitement conservateur a été mis en place dans un premier temps, consistant en : une alimentation par sonde gastrique, une médication à base d'antibiotiques et de corticoïdes, et des soins locaux antiseptiques par bains de bouche. Il en a résulté une lente résorption du volume lingual, mais une fois l'inflammation éliminée, la langue restait tout de même excessivement volumineuse. Un deuxième temps thérapeutique par chirurgie reconstructrice a donc été nécessaire : une excision cunéiforme a été réalisée afin de réduire la langue d'environ 1/3 de son volume.

La photographie suivante montre cette étape de l'intervention :

Ce traitement chirurgical a pu enfin permettre au patient de retrouver un volume lingual normal, et surtout compatible avec les différentes fonctions orales élémentaires que sont la mastication, la déglutition et la phonation, qui étaient jusqu'alors difficiles, voire impossibles.

Le syndrome de Down est reconnu pour être parfois associé à une macroglossie, par hypertrophie caractéristique des faisceaux musculaires de la langue ; mais cette observation, ainsi que les phénomènes d'automutilation consécutifs ne sont pas systématiques. En l'occurrence ici, seul le traumatisme qui a engendré par la suite une surinfection de la plaie linguale, semble avoir été à l'origine de cette déformation secondaire impressionnante de la langue, même si l'on soupçonne tout de même chez ce genre de patient une certaine prédisposition à de tels phénomènes.(**Zöllner** et coll., 1980)

3.2. Les lésions des maladies organiques acquises

Comme pour les maladies congénitales, nous allons ici illustrer quelques cas d'automutilation favorisée par certaines maladies organiques acquises.

- Les morsures consécutives à l'anesthésie

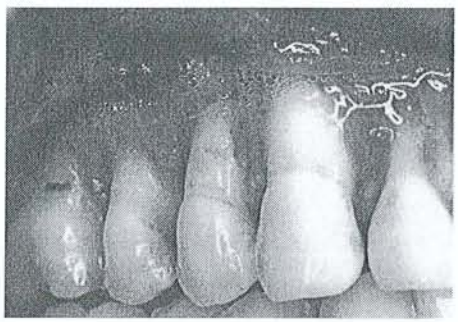
A la suite de soins dentaires ayant nécessité une anesthésie locale ou locorégionale, il arrive que le patient se morde la langue, la lèvre ou la joue, accidentellement. Ce phénomène, compte tenu de son caractère fortuit et souvent unique, sort du cadre de l'automutilation buccale. Par contre, les anesthésies ou les paresthésies consécutives à la lésion d'un nerf (nerf mandibulaire, mentonnier ou lingual), qui peuvent perdurer plusieurs semaines à plusieurs mois, voire définitivement, sont elles souvent responsables de morsures buccales répétées, considérées alors comme lésions d'automutilation involontaire. La photographie suivante montre l'importance des ulcérations que l'on peut observer suite à ce phénomène, au niveau de la langue :

Voyons maintenant la présentation d'un cas clinique d'automutilation bien particulier, relatif à une anesthésie topique : **cas clinique n°9 :**

Il s'agit d'un homme âgé de 34 ans, adressé par son chirurgien-dentiste traitant au service de parodontologie de l'université de Minneapolis, et rapporté par **Raab** et **Young** en 1991. Ce patient se plaignait essentiellement de gencives devenues extrêmement sensibles et hémorragiques depuis environ deux mois. Il avait déjà connu de tels épisodes symptomatiques trois et six ans auparavant, durant plusieurs semaines à chaque reprise, et cédant après une cure de corticoïdes. Mais lors de cette troisième récurrence, les symptômes ne cédaient pas à ce traitement jusque-là efficace, et le phénomène semblait même prendre de plus en plus d'importance.

L'historique médical de ce patient ne faisait apparaître aucune pathologie pouvant être soupçonnée à l'origine de ses lésions : il présentait, entre autres, des antécédents d'asthme, d'allergie à la pénicilline, et un psoriasis.

L'examen clinique révélait une récession gingivale généralisée très marquée, une inflammation ainsi que des ulcérations sévères de la gencive attachée en secteur vestibulaire, plus particulièrement au niveau du quadrant maxillaire droit, comme le montre la photographie suivante :



Malgré une perte de hauteur des tissus gingivaux et osseux dans les secteurs interproximaux, il n'existait pas de poche parodontale de profondeur anormale. Les lésions observées n'étaient pas compatibles avec des manifestations orales du psoriasis. Les radiographies dentaires ne montraient pas non plus d'anomalie particulière. Le contrôle de plaque était correct chez ce patient, qui avait pour habitude d'utiliser une brosse à dents à poils souples.

Un diagnostic différentiel a été établi, afin d'infirmer l'existence de pathologies telles que : un érythème multiforme, un lichen plan, une neutropénie cyclique, une parodontite liée à une infection à HIV et enfin une gingivite atypique. Un prélèvement sanguin a été réalisé, afin de vérifier les constantes biologiques, ainsi qu'une biopsie du site en question. Les résultats sanguins ont révélé des valeurs tout à fait normales, et ceux de la biopsie ont rapporté une inflammation généralisée, ulcérée, avec un épithélium hyperplasique, hyperparakératinisé et acanthosique : aucune pathologie à répercussion buccale n'a pu être mise en évidence.

Il semblait donc impossible, compte tenu des résultats obtenus, d'établir un diagnostic définitif, relatif aux lésions observées. Il a par conséquent été suggéré au patient de poursuivre des mesures d'hygiène palliatives (brossage doux, bains de bouche avec une solution antiseptique non alcoolisée), jusqu'à ce que l'état de ses gencives

s'améliore, et de revenir quelques semaines plus tard en consultation pour une réévaluation.

Le patient semblait fortement déçu qu'aucun diagnostic n'ait pu être établi, mais il n'y avait pas d'autre solution. Juste avant qu'il ne reparte, son historique médical et dentaire a été revu scrupuleusement par les opérateurs, préoccupés par la complexité de ce cas. C'est ainsi qu'une seule question supplémentaire a permis d'éclaircir « l'affaire » : il a été demandé au patient s'il avait trouvé une quelconque façon de calmer les douleurs liées à ses lésions. Il a alors avoué que lors du premier épisode, six ans auparavant, il lui avait été prescrit un tube de xylocaïne visqueuse. Depuis, il utilisait ce produit régulièrement afin d'anesthésier en surface les zones muqueuses douloureuses, pour pouvoir ainsi continuer à brosser vigoureusement les « zones infectées ». Ce protocole lui apportait un soulagement d'une heure environ, avant que d'intenses douleurs ne réapparaissent.

Après le prélèvement de la biopsie, il avait continué cette pratique, en plus des recommandations palliatives qui lui avaient été faites. Le patient a également avoué qu'après le second épisode, trois ans auparavant, il avait utilisé une brosse à dents dure « comme de la laine d'acier ». Ce n'était que depuis cette troisième récurrence qu'il employait une brosse souple. La découverte de ces informations a ainsi permis de dévoiler l'origine factice de ses blessures. Il lui a alors été conseillé de se séparer de son tube de xylocaïne, et de cesser ses mesures d'hygiènes traumatisantes. Seuls des rinçages de bouche à base de chlorhexidine lui ont été autorisés, à raison de 2 fois/jour.

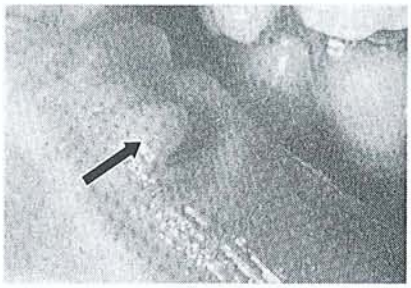
Une semaine plus tard, le site de la biopsie avait bien cicatrisé et la lésion inflammatoire initiale également. Il a été recommandé au patient de reprendre une hygiène mécanique, par un brossage sulculaire à l'aide d'une brosse souple. Il a également été informé qu'une éventuelle greffe gingivale pourrait être réalisée, si le défaut mucogingival ne permettait plus une hygiène adéquate. Le patient a accepté le suivi sans la moindre opposition.

- L'automutilation liée à l'encéphalite : **cas clinique n°10 :**

Il s'agit d'une adolescente de 15 ans, présentée par **Finger** et **Duperon** en 1991, à la section dentaire pédiatrique de l'université de Los Angeles.

L'historique médical de cette patiente ne révélait rien d'anormal, jusqu'à ce qu'elle développe une forte poussée de fièvre : c'est pour cette raison qu'elle avait consulté son médecin, et le diagnostic de fièvre aiguë liée à un syndrome viral avait aussitôt été établi. Elle a ensuite été admise à l'hôpital, car, alors que la fièvre diminuait, la patiente commençait à manifester des crises convulsives. Comme les crises ne s'atténuaient pas, elle a été transférée dans un centre médical plus spécialisé. Tandis que sa température restait élevée et stable, la jeune femme a perdu conscience. Après examen médical complet, un diagnostic d'encéphalite viral a été émis avec supposition, mais les investigations entreprises n'ont pas pu en révéler l'étiologie exacte.

Ensuite, une consultation auprès d'un chirurgien-dentiste pédiatrique a été requise, afin de trouver une solution thérapeutique aux ulcérations buccales qu'elle s'était provoquées par morsures répétées de sa lèvre inférieure, et qui sont présentées sur la photographie ci-dessous :



Une gouttière de protection muqueuse a été réalisée, et des instructions d'hygiène orale ainsi que des conseils techniques de pose et dépose de la gouttière ont été donnés aux infirmières s'occupant de cette jeune patiente. Malheureusement, son état s'est aggravé : souffrant d'une fièvre importante, d'hypertension et d'infiltrations pulmonaires, elle a dû subir une trachéotomie.

Après avoir été déposée puis remise plusieurs fois en place, la gouttière a un jour été retrouvée cassée en plusieurs morceaux. Une pièce n'a pas pu être retrouvée ; une radiographie pulmonaire a été réalisée, afin de rechercher le morceau manquant, mais sans succès. La jeune femme a finalement succombé quelques semaines plus tard, aux multiples complications de sa maladie.

- L'automutilation liée à la paralysie bulbaire progressive : **cas clinique n°11 :**

Il s'agit d'un homme âgé de 64 ans, admis à l'hôpital, suite à un diagnostic de paralysie bulbaire progressive, qui l'invalidait totalement. Son historique médical montrait en plus une thrombophlébite de la jambe gauche, traitée par anticoagulants, ainsi qu'un antécédent de dépression.

Quelques mois après son admission, une consultation a été requise au sein du service dentaire pour un avis sur l'état de sa lèvre inférieure, qui était ulcérée et légèrement œdèmatiée. L'équipe soignante avait relevé l'apparition de cette lésion labiale deux jours auparavant, et avait noté son aggravation progressive. L'examen oral a été très difficile car le patient serrait ses dents et contractait ses lèvres dès qu'on en approchait.

La lésion mesurait environ 1cm par 1.5cm, et présentait des bords irréguliers, ainsi qu'une exsudation purulente. Une injection d'antibiotique (érythromycine) a été réalisée par voie intraveineuse, afin de traiter au plus vite l'infection locale. Au bout de 48 heures, l'état de cette zone s'est considérablement amélioré, et l'antibiothérapie a été poursuivie pendant 3 jours.

Une semaine après le premier examen oral, l'équipe infirmière a pu noter que le patient mâchonnait de manière répétitive sa lèvre inférieure au niveau de la zone précédemment infectée. Au fur et à mesure, la lésion est réapparue, confirmant alors le diagnostic de lésion traumatique, considérée d'automutilation involontaire.

Cependant, l'état général du patient s'est progressivement aggravé, remettant ainsi en cause la plupart des solutions thérapeutiques utilisées classiquement pour traiter ce genre de problème. Les extractions des dents à l'origine du traumatisme ont, entre autres, été exclues, compte tenu du traitement anticoagulant indispensable chez ce patient et du risque hémorragique subséquent. L'utilisation d'un matériau à empreintes, dans le but de réaliser une gouttière de protection était impossible à cause du réflexe de fermeture buccale brutale (ou « *bulldog reflex* ») que le sujet présentait à l'introduction de n'importe quel corps dans sa bouche, et d'un risque potentiel d'ingurgitation de pâte au cours de cette manipulation. La seule solution qui a pu être mise en œuvre par l'équipe de chirurgiens-dentistes était palliative : il a en effet été confectionné une sorte de « bouclier » vestibulaire, afin de séparer les dents des lèvres et ainsi d'éviter d'autres lésions labiales d'auto-morsure.(**Rover** et **Morgano**, 1988)

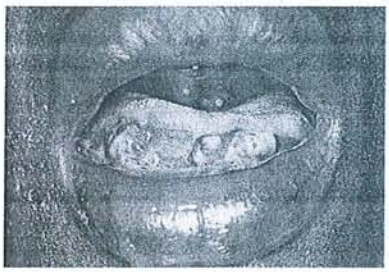
- L'automutilation liée au syndrome extrapyramidal : **cas clinique n°12 :**

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, retardé mental depuis la naissance, qui a dû être interné à cause d'un comportement devenu inadapté à la vie familiale. Il manifestait, entre autres, des symptômes psychotiques, qui ont été traités à l'institut psychiatrique par une injection intramusculaire de flupenthixol (antipsychotique), ainsi que par une administration quotidienne de diazépam (anxiolytique) par voie orale.

Trois jours après le début de son internement, il a commencé à mâchonner sa langue de manière permanente. Comme ce comportement ne cessait pas, et que sa langue prenait du volume par réaction inflammatoire, il a dû être hospitalisé. Son passé médical ne montrait pourtant aucun antécédent de comportement automutilant. Il n'avait jamais été traité par des psychotropes, ni par aucun autre médicament, avant cet incident.

A l'examen clinique, on observait chez lui des mouvements répétitifs de morsure linguale, en intermittence avec des épisodes brefs de protrusion linguale : un diagnostic de syndrome parkinsonien secondaire à la prise d'antipsychotiques a alors été posé. Sa langue saignait de par les multiples ulcérations engendrées, et était très œdèmatiée, à tel point que ses voies respiratoires en étaient menacées. Le patient était totalement conscient, calme, et ne montrait aucune gêne en rapport avec ses lésions. Afin de prévenir le risque de surinfection des plaies, des antibiotiques ainsi que des anxiolytiques et du bipéridène (antiparkinsonien) lui ont été administrés par voie intraveineuse, et le sujet est resté sous étroite surveillance médicale. Les morsures et les mouvements de protrusion linguale ont cessé environ deux heures après cette administration, et ne sont pas réapparus.

Mais deux jours après son admission, la langue du patient s'est nécrosée sur sa partie distale (au niveau de la pointe), comme le montre la photographie qui suit :



Le patient est devenu fébrile, et incapable de déglutir. Des antibiotiques ont été réadministrés par voie intraveineuse, ainsi que du bipéridène, et une sonde d'alimentation. Quelques jours plus tard, le tiers distal de sa langue est tombé : on a alors considéré ce cas d'« auto-amputation » involontaire. Puis, la fièvre a baissé, et la déglutition ainsi que l'alimentation par voie orale sont redevenues possibles.

Le patient a été autorisé à sortir deux semaines après son admission. Puis, lors des rendez-vous de contrôle suivants, il a été noté que la langue avait bien cicatrisé, sans complication.(**Pantanowitz** et **Berk**, 1999)

- L'automutilation buccale relative à l'état comateux : **cas clinique n°13 :**

Lors de notre stage effectué cette année au service dentaire de l'hôpital Bonsecours à Metz, nous avons eu l'occasion de prendre en charge les problèmes buccaux présentés par une patiente hospitalisée dans ce centre.

Celle-ci, âgée de 53 ans, avait tenté de mettre fin à ses jours, en s'administrant une quantité excessive d'antalgiques (Diantalvic®). La patiente a été secourue à temps, mais elle est restée plongée dans un coma de stade 2.

A l'examen clinique, ses yeux restaient béants, elle ne répondait pas quand on lui parlait, mais elle conservait une capacité motrice de ses membres, et bougeait de temps en temps sa tête.

Les opérateurs du service dentaire ont été sollicités car cette patiente s'est mise à mordre et à mâchonner sa lèvre inférieure (ce qui semblait d'ailleurs favorisé par la prognathie maxillaire qu'elle présentait), provoquant des ulcérations sévères de cette zone, comme le montre la photographie suivante (Dr Moizan) :

La muqueuse labiale était très inflammatoire, indurée et sanguinolente. La simple manipulation de la lèvre, nécessaire pour prendre des photographies, semblait très douloureuse pour la patiente : elle fronçait aussitôt les sourcils et contractait très fort ses muscles faciaux, comme pour résister à un effort pénible.

La prise en charge de cette femme a été difficile, qu'il s'agisse des soins locaux antiseptiques, ou des étapes de réalisation d'une gouttière pour la protection des lèvres. Certains actes ont même dû être réalisés sous anesthésie générale, comme les empreintes (car elles nécessitaient une assistance respiratoire particulière, au cas où le matériau fuse dans l'arrière-gorge), ou encore la biopsie du site labial, pour confirmer l'origine traumatique de la lésion. Après le prélèvement, la muqueuse labiale avait l'aspect suivant :

Tout ce qui a été tenté en matière d'appareil de protection s'est révélé vain. L'extraction des dents en cause (notamment du bloc incisivo-canin supérieur) s'est alors avérée être la meilleure solution. Mais compte tenu de l'aggravation progressive de l'état de la patiente, avec l'apparition de troubles respiratoires, cette solution a été abandonnée. Seule une prise en charge de la douleur plus ciblée et renforcée a été retenue, afin d'atténuer les souffrances de cette femme.

4. Les lésions liées aux pathologies psychiatriques

4.1. Les lésions liées aux addictions

Les dépendances, qu'elles concernent une substance ou un comportement nocifs pour la cavité buccale, sont considérées comme des comportements d'automutilation buccale, dans la mesure où elles induisent une répétitivité du phénomène, responsable de l'apparition de lésions bucco-dentaires secondaires. Ainsi, une consommation modérée d'alcool ou de tabac, ou encore un comportement alimentaire dit de « laisser-aller », ne sont pas considérés comme des comportements automutilants. Par contre, dès lors que la consommation d'une substance ou l'irrésistibilité d'un comportement nocif fait naître un état de dépendance, on peut alors véritablement parler d'automutilation. Nous allons étudier spécifiquement ici les lésions provoquées par certains troubles du comportement alimentaire, notamment l'anorexie et la boulimie, puis celles qui sont secondaires à une consommation excessive de substances dites toxiques.

4.1.1. Les lésions liées aux troubles du comportement alimentaire

- Les érosions

Dans les cas d'anorexie et de boulimie, on observe des érosions dentaires caractéristiques de ces pathologies, qui peuvent amener le chirurgien-dentiste à diagnostiquer un trouble du comportement alimentaire. Ces érosions ont été nommées au départ « perimolysis » ou « perimylolysis ». L'érosion dentaire est définie comme une perte de tissu dur dentaire par un processus chimique n'incriminant pas de bactérie, et qui atteint préférentiellement les surfaces dentaires exemptes de plaque dentaire.

Ce type de lésion dentaire concerne les faces linguales, les faces occlusales des dents postérieures et les bords incisifs du bloc incisivo-canin. Parfois, le cingulum des dents antérieures disparaît totalement, comme s'il « fondait » sous l'acidité. Les dents mandibulaires, elles, sont très peu atteintes par les érosions car elles sont protégées par la langue lors des vomissements provoqués. D'une manière générale, l'exposition aux boissons acides, fréquente chez l'anorexique, altère en premier les faces vestibulaires des dents antérieures, alors que les régurgitations acides (chez l'anorexique « vomisseuse » et chez la patiente boulimique) altèrent d'abord les faces palatines des dents.

Les deux photographies suivantes témoignent de l'importance des lésions dentaires induites secondairement chez des patients anorexiques et boulimiques :

Erosions vestibulaires dues à l'exposition fréquente aux boissons acides

Perte d'émail totale sur les incisives maxillaires, liée aux vomissements provoqués

En général, ces érosions ne correspondent pas à des zones de contact impliquées pendant la mastication, ni dans les mouvements de latéralité, et la bruxomanie est rarement causale dans ce type de lésions. Pour Scheutzel (cité par **Alberti**), les érosions ont toujours le même aspect quelle qu'en soit l'origine, mais quand elles sont dues à l'acidité, on peut observer une mince zone intacte à la lisière de la gencive. C'est ce qui permet de faire la différence avec une abrasion ou une attrition.

Les érosions présentes chez les anorexiques et les boulimiques ont deux étiologies distinctes : les actions mécaniques et chimiques des régurgitations accrues par les mouvements linguaux, et la consommation d'aliments et de boissons acides.

Lorsqu'elles prennent de l'importance, ces lésions peuvent entraîner une diminution de la hauteur coronaire avec : au niveau des dents antérieures, un préjudice esthétique non négligeable ainsi que des difficultés en ce qui concerne la restauration coronaire, et, au niveau des dents postérieures, une perte de dimension verticale,

pouvant être la cause d'une occlusion traumatique avec des prématurités et des troubles de l'ATM.

Les atteintes peuvent aller jusqu'à l'exposition pulpaire. L'hypersensibilité dentinaire (aux variations thermiques, aux substances acides et même au contact, notamment lors du brossage) ainsi induite par l'ouverture des tubulis est proportionnelle à l'importance des érosions.

Enfin, elles peuvent également entraîner la formation de diastèmes, ainsi que des fractures des bords incisifs des dents maxillaires par amincissement progressif des tissus amélo-dentinaires. Toutes ces répercussions bucco-dentaires peuvent chez certaines personnes devenir un facteur de pérennité des problèmes psychologiques, et ainsi entretenir le processus psychopathologique qui en est à l'origine.(**Alberti**, 2004)

- Les caries

L'accroissement du risque carieux chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire est sujet à de nombreuses controverses. Burke (cité par **Alberti**) pense qu'une augmentation du taux de caries est possible chez les patients atteints de boulimie.

Pour certains auteurs, les résultats contradictoires concernant la prévalence accrue de lésions carieuses chez les patients anorexiques ou boulimiques, sont dus à des variations individuelles de la sensibilité à la carie. Celle-ci dépend en effet d'un grand nombre de facteurs : cariogénicité de l'alimentation, malnutrition, prédispositions génétiques, apports de fluor excessifs au cours de la période de formation dentaire, et médicaments ayant pour effets secondaires une altération du flux salivaire.

Par ailleurs, les antidépresseurs, prescrits dans ce type de pathologies, peuvent induire une xérostomie, à l'origine d'une plus grande sensibilité aux caries cervicales.

Les anorexiques absorbent une très faible quantité de nourriture dans laquelle la proportion d'hydrates de carbone (sucres), par rapport aux protéines et aux lipides, est plus importante que dans une alimentation habituelle. Les boulimiques, quant à eux, consomment une quantité normale de protéines et de lipides mais en plus, ingèrent de très grandes quantités de glucides pendant leurs crises. Ces sucres augmentent la production acide buccale, et donc le risque carieux.

L'augmentation du nombre de caries apparaît le plus souvent chez des patients qui ont une mauvaise hygiène buccale. Celle-ci est en général insuffisante voire inexistante chez les anorexiques, ce qui est souvent le reflet du dégoût de leur propre corps. Les anorexiques s'intéressent très peu à leur santé buccale : l'image négative et perturbée qu'ils ont d'eux-mêmes explique ce désintéressement. Les boulimiques, par contre, ont une perception de leur corps plus réaliste. Ils sont conscients des effets néfastes des vomissements sur leur denture et sont plus enclins à prendre soin de leurs dents par une hygiène correcte, et un suivi dentaire régulier chez leur praticien.(**Alberti**, 2004)

- Les parodontopathies

Les avis sont également partagés en ce qui concerne une plus forte incidence des parodontopathies chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire. La plupart des patients sont relativement jeunes, et, même si l'on retrouve fréquemment des gingivites, des pathologies avancées du parodonte sont rarement diagnostiquées. Ces problèmes parodontaux sont extrêmement liés à l'hygiène buccale (par présence de plaque, tartre, infections dentaires, etc.) qui, comme nous l'avons déjà expliqué, est meilleure chez les patients boulimiques que chez les anorexiques.

Par ailleurs, les carences alimentaires ont souvent des répercussions au niveau de la muqueuse buccale, par diminution des défenses immunitaires. L'ostéoporose, qui est typique de la carence alimentaire en calcium, peut par exemple rendre les maxillaires plus sensibles aux parodontopathies.(**Alberti**, 2004)

- Les lésions des muqueuses buccales

La langue et le palais mou peuvent présenter des hématomes, des abrasions, ou des lacérations, séquelles des actions mécaniques des vomissements. En effet, l'introduction de doigts ou d'objets (brosse à dents, cuillère, etc.) pour provoquer les vomissements est susceptible d'entraîner des blessures des muqueuses du palais et de l'oro-pharynx ; mais ces lésions d'automutilation sont relativement rares. Par contre, il est très fréquent d'observer chez ces patients une certaine sécheresse labiale, des crevasses, ainsi que des gerçures, qui sont liées à l'acidité des vomissements, mais également aux carences alimentaires, notamment en vitamines.

Selon Burke, la dénutrition peut entraîner des glossites, des chéilites des commissures labiales et des ulcérations muqueuses ; les comportements boulimiques, eux, entraînent plutôt des glossodynies, des halitoses, des disgueusies, des maux de gorge et des dysphagies. Les anorexiques, eux, présentent souvent une atrophie généralisée des muqueuses buccales.

Enfin, nous citerons le cas d'une anorexique, chez qui la formation d'un abcès lingual par dissémination d'un abcès d'origine dentaire (abcès péri-apical au niveau d'une molaire mandibulaire), semble avoir été favorisée par une immunodéficience secondaire à la dénutrition.(**Alberti**, 2004)

4.1.2. Les lésions liées à la consommation excessive de toxiques

4.1.2.1. Les répercussions bucco-dentaires du tabac et de l'alcool

- Les effets du tabac sur la cavité buccale

D'une part, il existe chez le fumeur une action mécanique liée à l'usage de la pipe, d'un fume-cigarette, ou d'une simple cigarette, qu'il place toujours au même endroit et qu'il a tendance à mordiller. Il s'ensuit la formation de fêlures, abrasions dentaires, voire de déplacements dentaires.

D'autre part, la coloration des dents du fumeur est caractéristique. L'importance et la répartition du dépôt brun noirâtre (à base de goudron et de nicotine) dépendent de la quantité et du type de tabac fumé. Elles dépendent aussi de l'hygiène du patient car la plaque dentaire et le tartre absorbent et retiennent les produits de combustion du tabac. Les collets, les espaces interdentaires et les faces palatines et linguales des dents sont les plus touchés en raison de leur accès plus difficile au brossage. La photographie qui suit illustre ce genre de dyschromie dentaire caractéristique chez le fumeur, associée à une coloration des gencives (mélanose), elle aussi liée au tabac :

Mais c'est au niveau de la gencive que le tabac a le plus de répercussions : le parodonte réagit au tabac de la même façon que la muqueuse des bronches ou de la trachée. Au départ, l'inflammation se manifeste par une simple gingivite érythémateuse caractérisée par des agacements au niveau des gencives et de petites hémorragies. A l'examen clinique, on remarque le plus souvent une hypersalivation (responsable d'une formation accrue de tartre par précipitation d'un plus grand nombre d'ions basiques salivaires), une haleine fétide et des ulcérations des papilles interdentaires. Cet état est la conséquence de trois phénomènes : le manque d'hygiène chez le « gros fumeur », l'attaque directe des irritants contenus dans la fumée (acroléine, formol, arsenic) qui lèsent la gencive, et l'irritation mécanique provoquée par des dépôts de tartre et de goudron au niveau des collets.

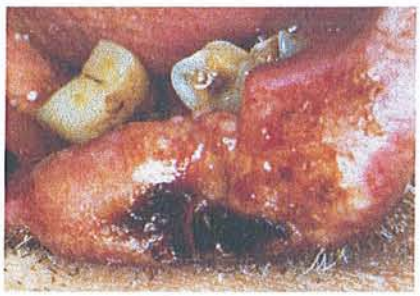
On retrouve également au niveau des muqueuses buccales un certain nombre de lésions caractéristiques chez le « gros fumeur », notamment :

- des candidoses ;
- des brûlures : au niveau de la langue et de la lèvre principalement, formant parfois des lésions kératosiques (kératose thermique) ;
- des lésions précancéreuses : stomatite nicotinique, lichen plan, leucoplasie, kératose du fumeur (ou chique du tabac) dont voici une illustration photographique :

- des lésions cancéreuses : carcinome *in situ* ou épithélioma, carcinome épidermoïde, carcinome verruqueux, papillomatose orale floride, mélanose de Dubreuilh, mélanome malin, etc.

Sur le plan de la carcinogenèse, il n'est cependant pas question d'imputer les tumeurs néoplasiques de la muqueuse buccale au seul tabac, mais on peut aujourd'hui affirmer que celui-ci joue un rôle de promoteur et peut aggraver une situation préexistante. En fait, il constitue un « déclic » au développement d'un cancer buccal.(**Bichet**, 1993)

La photographie suivante montre le développement d'une lésion cancéreuse (épithélioma) chez un fumeur ayant pour habitude de laisser reposer sa cigarette allumée contre le rebord de sa lèvre inférieure (**Héritier**, 1989) :



- Les effets de l'alcool sur la cavité buccale

Contrairement au fumeur, on retrouve chez l'alcoolique chronique un nombre de caries plus élevé que dans la moyenne. Ceci s'explique par trois facteurs principaux : une alimentation riche en glucides, en plus des sucres (fermentés) contenus en quantités considérables dans différents types d'alcool (eau de vie, alcools forts), un cortège carentiel attribué à l'alcoolisme chronique, modifiant la sécrétion salivaire en quantité et qualité, et une négligence certaine de l'hygiène bucco-dentaire, chez le patient alcoolique, qui en général a d'autres préoccupations.

Par contre, en ce qui concerne les atteintes de la muqueuse buccale, les répercussions de l'alcool sont similaires à celles du tabac : l'alcool agit directement sur la muqueuse comme irritant local et favorise l'apparition de kératoses, sous forme de plaques leucoplasiques, localisées surtout sur la face dorsale, la partie antérieure et la pointe de la langue, mais aussi au niveau des commissures labiales et de la face interne des joues. On retrouve également d'autres types de lésions précancéreuses, pouvant évoluer vers la lésion maligne, notamment en cas de lichen plan de type érosif. Les troubles nutritionnels et les manifestations digestives et hépatiques de l'alcoolisme jouent un rôle prédominant dans l'apparition de ces lésions buccales.(**Jeambaire**, 1984)

Les mécanismes par lesquels l'alcool et le tabac combinent leur action sont complexes, ils varient d'une localisation à l'autre, et le rôle respectif joué par chacun soit séparément, soit en association, pose un problème encore non résolu. Une des hypothèses serait que l'alcool pourrait agir comme solvant favorisant au niveau des épithéliums la pénétration de certains carcinogènes liés au tabac.

Kissin en 1975 (cité par **Reynaud**, 1984), a émis l'opinion que le tabac jouerait un rôle plus important au niveau du palais, du naso-pharynx, du larynx et des poumons, où il se trouve en contact étroit avec la muqueuse, tandis que l'alcool en contact plus direct avec les muqueuses du plancher de bouche, de l'hypo-pharynx et de l'œsophage contribuerait davantage au mécanisme de cancérisation de celles-ci.

4.1.2.2. Les répercussions bucco-dentaires des drogues diverses

On parlera ici de « drogues » au sens usuel du terme, c'est-à-dire de substances considérées comme illicites, caractérisées pour être plus nocives que le tabac et l'alcool, dans certaines limites bien évidemment. On considérera également de « toxicomanes » les individus consommant régulièrement ces substances, bien qu'à l'origine, le tabac et l'alcool, qui sont aussi des substances induisant une dépendance, fassent partie des produits impliqués dans les toxicomanies.

La cavité buccale est considérée comme le miroir de l'état de santé général. Aussi, quand ce dernier est altéré, comme c'est souvent le cas chez le toxicomane (déficiences immunitaires, infections, troubles cardio-vasculaires, etc.), la cavité buccale peut montrer de nombreuses pathologies, secondaires à ce comportement considéré alors comme automutilant.

Tout d'abord, les soins d'hygiène buccale sont rares ou très succincts. Le toxicomane, s'il n'est pas encore intellectuellement amoindri, a pour principal souci la quête d'un nouveau plaisir et sa bouche ne l'inquiète guère. Ce manque d'hygiène, associé à une hyposialie, se combine souvent à un apport glucidique important. Ainsi, se trouvent réunis chez ces patients tous les éléments de base de la pathologie bucco-dentaire.

De plus, la microflore serait augmentée dans sa pathogénicité, parallèlement à une diminution des électrolytes salivaires et des immunoglobulines. Enfin, les toxicomanes montrent une augmentation de la concentration calcique, et une diminution de celle en phosphates, ce qui semble être un facteur supplémentaire pouvant expliquer la facilité des caries à se développer chez ces individus.

Les lésions carieuses sont assez spécifiques de ce type de comportement : elles intéressent préférentiellement le collet des dents, s'élargissant aux dépens de l'émail vers le bord incisif, comme le montre la photographie suivante, ciblée sur le bloc incisivo-canin supérieur :

Ces caries types présentent en général un fond noir et assez dur au sondage. Leur investigation est en principe indolore, ainsi que leur exérèse qui s'effectue d'emblée, livrant un fond de cavité dentinaire dur et propre.

En dehors des caries, d'autres lésions dentaires peuvent être observées, comme des usures et des fractures. Les usures sont liées au bruxisme pour lequel le stress n'est pas étranger, et les fractures résulteraient de l'usure et de l'évolution des caries.

Le parodonte est aussi généralement affecté, notamment, à cause des facteurs suivants :

- l'accumulation de plaque dentaire ;
- la baisse de l'immunité générale ;
- les carences nutritionnelles ;
- les caries de collet ;
- les traumatismes engendrés par le bruxisme.

Le toxicomane est également prédisposé à l'apparition de gingivites ulcéro-nécrotiques aiguës (ou G.U.N.A), par association de facteurs locaux et généraux.

Les atteintes de la muqueuse buccale ne sont pas spécifiques comme l'est la lésion carieuse. Les « chiqueurs » de bétel, sont eux, connus pour présenter des affections parodontales avancées : on observe chez eux des parodontoses presque généralisées, liées à une présence excessive et prématurée de tartre au niveau du bloc incisivo-canin inférieur. Ceci s'explique par le fait que cette pratique sollicite la sécrétion salivaire, favorisant un apport excessif de carbonate de calcium, responsable d'un dépôt important de tartre sur les dents, en plus d'une hygiène bucco-dentaire généralement carencée.

La plupart des pathologies de la muqueuse buccale du toxicomane ont une étiologie fongique. On relève ainsi chez ces patients une prévalence importante de candidose, de perlèche et de muguet buccal.

D'autres lésions comme des leucokératoses et des leucoplasies cataloguées comme suspectes ont été rapportées par Scheutz et Di Cugno (1981) (cités par **Brunel** et coll.). Des manifestations bulleuses sont également fréquemment rencontrées, comme les aphtes et l'herpès.

Enfin, la langue peut présenter de profondes fissures, mais lorsque le tabac s'ajoute à la drogue et au manque d'hygiène, un enduit vient classiquement la recouvrir. La carence en vitamines et l'immunodépression s'expriment aussi par des pathologies linguales, le plus souvent à type de glossites exfoliatrices marginales.(**Brunel** et coll., 1994)

Il paraîtrait que certains toxicomanes se mutilent volontairement en incisant leurs gencives à l'aide d'instruments tranchants, afin de disposer d'un effet plus rapide de certaines drogues (sous forme de poudres) : en tamponnant la substance directement sur les plaies, l'absorption de celle-ci est ainsi quasi-instantanée par voie sanguine. Il s'agit là d'un type d'automutilation buccale directe.

Enfin, nous terminerons par la présentation d'un cas particulier de toxicomanie : **cas clinique n°14 :**

Il s'agit d'une adolescente de 16 ans, présentée à l'hôpital général du Sud de Glasgow, avec une plaie hémorragique au niveau du côté droit de sa lèvre inférieure.

La patiente avait bénéficié de soins dentaires chez son praticien traitant le jour même : sa 1ère molaire inférieure droite avait été extraite sous anesthésie locorégionale.

Elle a rapporté qu'au cours de la journée, sa lèvre étant toujours engourdie, elle se l'était mordue accidentellement, assez fortement pour en déchiqueter un morceau, qu'elle avait ensuite avalé par inadvertance.

L'examen clinique a révélé une perte tissulaire impressionnante, impliquant la peau, le bord du vermillon, la musculature labiale, et la muqueuse, comme le montrent les photographies suivantes :

Vue générale de la face

Vue agrandie de la lésion labiale

L'aspect plutôt étrange de son récit, son comportement lors de la consultation et son apparent désintérêt vis-à-vis des séquelles de sa mutilation ont soulevé l'idée que la patiente éprouvait des difficultés d'adaptation sociale. Les opérateurs ont alors pensé à l'utilisation éventuelle d'une drogue, pouvant expliquer l'origine d'une telle mutilation.

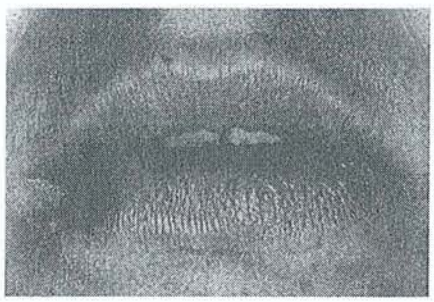
L'utilisation de solvants organiques est en effet très fréquente parmi les jeunes gens de certains quartiers de Glasgow. Lorsque cette éventualité lui a été suggérée, la jeune fille a changé aussitôt de comportement, comme si elle se sentait traquée : elle s'est tout de suite justifiée sur deux épisodes d'overdose qu'elle avait vécus l'année précédente, lesquels avaient nécessité un lavage gastrique. Elle a ajouté que, malgré l'incessante sollicitation qu'elle recevait de ses amis « sniffeurs de glue », elle n'y avait jamais touché.

La blessure a été provisoirement suturée, afin d'assurer l'hémostase du site, et il a été décidé d'une intervention chirurgicale de reconstruction labiale sous anesthésie générale, le lendemain. Lors de ladite intervention, le défaut a été difficile

à combler : il a fallu réaliser des sutures sur plusieurs couches tissulaires, afin de rapprocher les berges le plus étroitement possible.

Un prélèvement sanguin a également été réalisé le lendemain de l'intervention : celui-ci a effectivement révélé la présence de toluène dans le sang de la jeune fille. Après une période d'hospitalisation de 48 heures, ce taux a permis de confirmer les doutes émis sur la consommation de solvants, ayant incité la patiente, pour une raison encore inconnue, à se « manger » la lèvre.

Par la suite, l'état de la lésion s'est amélioré sans complication : la photographie suivante en montre les résultats obtenus six semaines plus tard (**Gilmour** et coll., 1984) :



4.2. Les lésions simulées et les lésions factices

Comme nous l'avons déjà vu en première partie, ces deux types de lésions diffèrent quelque peu par leur motivation :

1) Les lésions simulées visent, elles, un gain secondaire : l'individu qui s'y adonne n'est pas forcément atteint de psychopathologie. C'est souvent pour échapper à une situation contraignante à son sens qu'il va s'automutiler afin de simuler une lésion, et ainsi « gagner » une prise en charge médicale (consultation aux urgences, voire parfois hospitalisation), le sortant de son contexte. Bien sûr, le principe de se porter préjudice pour échapper à une situation indésirable est discutable : l'enjeu en est extrêmement subjectif. Souvent, le sujet en question présente une majorité de traits de personnalité « évitante », et souffre d'un fond d'anxiété intense.

Voyons ici la description d'un cas bien particulier de simulation :

Cas clinique n°15 :

Il s'agit d'un homme âgé de 31 ans, ancien toxicomane atteint d'Hépatite C, incarcéré dans un centre pénitencier, et présenté à l'hôpital universitaire de Madrid, pour un œdème cervicofacial apparu soudainement, accompagné de douleurs pulmonaires.

Au cours de l'anamnèse, le patient a indiqué avoir ressenti ces douleurs après avoir mangé du poisson, la veille. A l'examen médical initial, un emphysème cervicofacial a été diagnostiqué. La radiographie pulmonaire a révélé un important

emphysème sous-cutané, ayant diffusé jusqu'à avoir engendré un pneumomédiastin (épanchement d'air dans les espaces celluleux du médiastin). Cependant, les résultats de l'examen oto-laryngologique et de la bronchoscopie effectués aux urgences n'ont rien révélé d'anormal. Puis au cours des jours suivants, l'état du patient s'est amélioré considérablement, avec une résolution presque totale de l'emphysème cervical et de l'épanchement médiastinal.

La formation d'un pneumomédiastin consécutive à un emphysème de la région cervicofaciale est relativement rare. Cela a tout de même été rapporté à la suite d'extractions dentaires, d'actes de chirurgie de la tête et du cou, et de traumatismes craniofaciaux, dans lesquels l'air passe assez facilement en sous-cutané au niveau des voies aériennes terminales (orales, nasales et pharyngées), puis progressivement des espaces viscéraux du cou jusqu'au médiastin. Ainsi, lors d'une extraction de molaire inférieure (dont les racines communiquent directement avec les espaces sublinguaux et submandibulaires), les muqueuses étant ouvertes, de l'air peut s'infiltrer en sous-cutané, et progresser, s'il est soumis à une certaine pression, dans les espaces tissulaires, jusqu'aux poumons. Le sang, le pus et l'air entrés par ces espaces peuvent migrer à travers le médiastin ; et à l'inverse, l'air peut remonter de l'espace médiastinal jusqu'à la racine du cou, produisant ainsi un emphysème sous-cutané.

Initialement, le patient a déni s'être automutilé. Mais il a finalement admis avoir créé une effraction intentionnelle au niveau de la muqueuse de son plancher de bouche à l'aide d'arrêtes de poisson. Puis, il a ajouté avoir effectué la manœuvre de Valsalva (utilisée habituellement pour détecter une éventuelle communication bucco-sinusienne après extraction d'une dent sinusale, ou bien encore en médecine générale pour aider au diagnostic de souffle au cœur), consistant à créer une surpression en soufflant par le nez, celui-ci étant bouché, et la bouche fermée. Ceci a pu ainsi expliquer la diffusion d'air à travers les espaces sous-cutanés, et les symptômes qu'il présentait.

L'aspect « calculé » de ce stratagème a aussitôt suggéré l'éventualité d'une complicité entre plusieurs détenus (car d'autres ont été transportés aux urgences pour les mêmes raisons médicales, au même moment), et leur plan d'évasion a ainsi pu être découvert.(**Lopez-Pelaez** et coll., 2001)

Par ailleurs, tout en restant dans le cadre des simulations, plusieurs cas d'automutilation par brûlure (thermique ou caustique) des muqueuses ont été rapportés. La photographie suivante illustre justement le type de lésions provoquées par utilisation d'un produit ménager caustique, laissé volontairement au contact de la muqueuse buccale :

2) Les lésions factices, ou pathomimies, n'ont elles pas pour but de « tromper » le corps médical, mais soulèvent une situation d'exclusion sous-tendue par un contexte psychiatrique. Il s'agit toujours de sujets au psychisme particulier, émotifs, anxieux, phobiques et parfois agressifs.(**Kuffer**, 1990)

La motivation reste généralement inexpliquée, et les problèmes esthétiques engendrés ne semblent pas préoccuper les patients. **Crotty** et **Dicken** (1981) ont constaté chez quelques uns de leurs patients pathomimes une dépendance anormale par rapport au milieu social et professionnel. Une dépendance totale vis-à-vis des parents, ainsi qu'une difficulté à assumer les responsabilités sociales et professionnelles, ont également été rapportées. On retrouve ainsi ce genre de lésions chez les individus présentant des troubles de la personnalité, notamment en cas de personnalité « *borderline* », ou encore de personnalité « dépendante », sollicitant toujours l'attention des autres.

Le cas suivant de chéilite squamo-croûteuse factice a été rapporté par **Jeanmougin** et coll. en 1984 : **cas clinique n°16 :**

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 22 ans, atteinte depuis l'âge de 10 ans d'une fissure médiane de la lèvre inférieure, se reproduisant tous les 4 mois et durant environ 15 jours à chaque épisode. Depuis l'âge de 18 ans, les poussées sont devenues plus fréquentes, formant des croûtes de plus en plus épaisses et étendues, qui s'éliminaient en bloc. L'enduit croûteux ainsi produit était très épais, noirâtre (avec sérosité sanguinolente), formant une coque ostréacée. Au-dessus de la croûte, la muqueuse était simplement érodée. Cet enduit se reconstituait curieusement en quelques heures après chaque élimination, comme le montre la photographie suivante, où un impressionnant morceau de cette croûte venait d'être retiré :

Le caractère récidivant et cyclique a fait envisager une forme très particulière d'herpès. Plusieurs examens histologiques ont montré une intense hyperkératose et une hyperplasie du corps muqueux. La découverte de nombreux *Candida Albicans* dans la croûte et à la surface de l'épiderme érodé a justifié la nécessité d'un traitement antibiotique, à base de nystatine et d'amphotéricine B, mais sans aucun résultat clinique.

En l'absence d'autre étiologie plausible, l'état psychique très particulier de la patiente a fait poser le diagnostic de pathomimie, comme en témoigne le fait qu'elle ne paraissait pas très gênée par ses lésions pourtant fort disgracieuses.

4.3. Les lésions liées à de grandes pathologies psychiatriques

Nous allons illustrer ici quelques uns des cas psychiatriques cités dans la première partie.

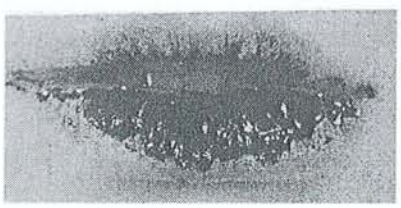
4.3.1. Présentation d'un cas à répercussion buccale du syndrome de Münchausen

Cas clinique n°17 :

Dans le cadre du type « hémorragique » de cette maladie, il a été décrit en 1985, par **Michalowski**, un cas de chéilorrhagie (ou hémorragie labiale) auto-provoquée. Il s'agit d'une jeune femme âgée de 20 ans, qui a rapporté avoir des saignements importants au niveau de sa lèvre inférieure depuis l'âge de 7 ans. Son passé médical indiquait des pathologies « banales » de l'enfance, comme une rougeole, quelques angines, ainsi que de fréquentes bronchites. L'anamnèse familiale n'apportait pas d'élément utile pour le diagnostic.

La patiente a affirmé qu'elle présentait, entre autres, une thrombocytopénie, et qu'en rapport avec cette pathologie, elle avait été hospitalisée dans douze hôpitaux, dont cinq fois dans le même, et deux fois dans chacun des autres, en 4 ans. Elle a ensuite ajouté souffrir de ménorragies (règles menstruelles hémorragiques), durant plus de vingt jours à chaque cycle. Pour ce problème de « coagulation », elle prenait un corticoïde en traitement de fond.

Sur les bords de la membrane muqueuse, le long du grand axe de la lèvre inférieure, il existait une croûte de sang séché, de 1 à 3mm d'épaisseur. Sa surface était lisse, avec de nombreuses fissures transversales. Une autre croûte, plus petite, due au contact avec la lèvre inférieure a également pu être observée à la surface de la lèvre supérieure. La photographie suivante illustre l'état initial des lèvres de cette patiente :

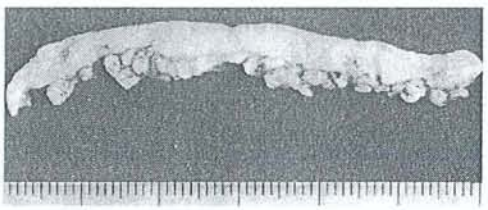


A proximité de la zone de Klein, du côté interne de la muqueuse labiale, l'existence d'une vingtaine de petits points sombres a été notée. En pressant ceux-ci entre les doigts, l'opérateur a pu remarquer que quelques gouttes de salive en exsudaient. A la palpation, de petits nodules sous-muqueux ont été mis en évidence à cet endroit.

Il a alors été réalisé de nombreuses investigations biologiques, incluant une analyse d'urines et un bilan sanguin complet (avec numération sanguine, temps de saignement, protéines plasmatiques, glycémie, acide urique, etc.). Mais aucun de ces tests n'a révélé d'anomalie, ni la moindre trace de thrombocytopénie. L'étude histologique a montré l'existence d'une profonde fissure au sein de l'épithélium labial, bordée de nombreux érythrocytes. De nombreuses glandes salivaires hétérotypiques (correspondant aux points sombres décrits) ont été retrouvées dans le tissu conjonctif sous-jacent, lui-même présentant un léger infiltrat inflammatoire. Les autres examens complémentaires (radiographie thoracique et évaluation psychiatrique) se sont également avérés normaux. Jusque-là, aucune motivation psychologique de la patiente n'avait pu être mise en évidence.

Faute d'avoir pu établir un diagnostic étiologique concordant, il a été mis en place un traitement symptomatique consistant à nettoyer les croûtes et à assurer l'hémostase de la zone. Une glandulectomie partielle de la lèvre inférieure a été réalisée, afin de s'assurer que l'hétérotypie de ces glandes n'était pas à l'origine du phénomène inflammatoire.

La photographie suivante montre l'étendue du lambeau muqueux contenant les glandes retirées :



Les plaies ont ensuite cicatrisé sans complication et le phénomène hémorragique a cessé pendant quelques jours. Mais trois jours après l'intervention, de nouvelles lésions hémorragiques sont réapparues, là encore sans qu'on puisse en donner une explication.

La cause de ce phénomène est enfin devenue évidente lorsqu'un membre du personnel soignant a aperçu la patiente en train de cisailler sa lèvre avec du fil. Son stratagème ayant été découvert, la patiente a préféré quitter rapidement l'établissement sans donner d'explication, ce qui a permis de justifier son comportement au titre du syndrome de Münchausen.

4.3.2. Présentation de cas d'automutilation buccale liée à des états psychotiques

- L'autisme : **cas clinique n°18 :**

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, qui a consulté le service dentaire de l'hôpital Hermann de Houston, et dont le cas a été rapporté par **Armstrong** et **Matt** en 1999.

D'après la mère du patient, celui-ci se plaignait de douleurs dentaires. La femme, en sortant un sac contenant sept dents permanentes, toutes intactes, a indiqué que son fils se les était « arrachées » tout seul, au fil des mois précédents. Le passé médical du patient était sans grande particularité, mis à part un autisme résiduel, pour lequel il ne prenait aucun traitement.

L'examen clinique global a révélé un homme de corpulence normale pour son âge. Pendant toute l'évaluation initiale, celui-ci s'est montré très opposant. Compte tenu de son manque de coopération, il n'a pu être réalisé qu'un examen intra-oral succinct.

L'étude de sa radiographie panoramique dentaire a révélé des pertes dentaires multiples, notamment celles des incisives et canines supérieures, et de l'incisive latérale inférieure gauche. En dehors des sites d'auto-extractions, la radiographie ne mettait pas en évidence de perte osseuse significative.

Afin d'éviter de passer à côté de plaies éventuellement infectées ou de toute autre complication de ces mutilations, et puisque le patient ne se laissait pas du tout examiner, il a été décidé d'un bilan bucco-dentaire complet sous anesthésie générale.

Les examens clinique et radiographique ont alors pu être réalisés sans difficulté. L'hygiène buccale semblait mauvaise, et il a été noté la présence d'ulcères muqueux à proximité du frein médian supérieur et de la région prémolaire /molaire supérieure droite. Il a également été relevé une mobilité moyenne des incisives centrales inférieures ainsi qu'une perte osseuse modérée de la région correspondante, et de multiples caries.

Les opérateurs ont profité de l'anesthésie générale pour effectuer un détartrage soigneux, des soins prophylactiques, ainsi que les restaurations dentaires nécessaires. Compte tenu des pertes de support parodontal associées à quelques dents, celles-ci (notamment les incisives centrales inférieures et les prémolaires supérieures droites) ont été extraites, sans complication, ainsi que les quatre dents de sagesse.

La cicatrisation buccale s'est faite sans incident. Compte tenu des troubles comportementaux du patient, il n'a pu être réalisé de prothèse pour remplacer les dents absentes. Afin d'assurer son suivi bucco-dentaire, des rendez-vous ont été planifiés, en espérant que la sédation (par inhalation ou injection intraveineuse) serait suffisante pour des soins ultérieurs éventuels.

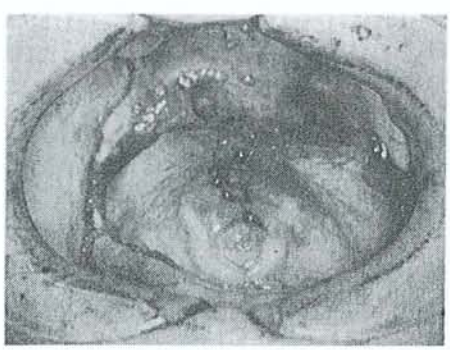
- La schizophrénie : **cas clinique n°19 :**

En 1970, **Tenzer** et **Orozco** ont rapporté le cas surprenant d'une patiente, âgée de 46 ans, transportée en urgence à l'hôpital de St Luke, pour une hémorragie buccale.

Cette femme avait connu précédemment plusieurs admissions à l'hôpital psychiatrique d'Allentown, suite à des accès schizophréniques de type catatonique. Puis elle avait rejoint le domicile sur autorisation du chef de service, quand elle s'est mise à entendre la voix « de Dieu, lui ordonnant de se couper la langue ». Et c'est donc ce qu'elle avait tenté de faire, à l'aide d'une lame de rasoir.

Au service des urgences, la patiente ne paraissait nullement affolée. Sa tension et son pouls étaient normaux, et l'examen clinique général n'a rien montré d'anormal.

L'examen oral, quant à lui, a révélé une bouche totalement édentée, avec de sévères plaies au niveau de la langue, comme le montre la photographie suivante :



Un vaccin anti-tétanique a aussitôt été administré. Une perfusion de solution de Ringer a également été mise en place afin de compenser les pertes ioniques dues à l'hémorragie. Le sang de la patiente a été analysé, et elle a été transférée au bloc opératoire afin de suturer ses blessures. Sur la table d'intervention, le chirurgien a pu visualiser correctement l'étendue des lésions. Une glossoscopie a révélé dans le même temps une perte totale des papilles linguales. Des débris tissulaires incluant des paquets de fibres musculaires linguales ont également été retrouvés dispersés dans la cavité orale. Des lacérations ont aussi pu être observées dans l'hypo-pharynx au niveau de l'épiglotte.

Après nettoyage soigneux des plaies et hémostase, le plancher de bouche a été suturé. Une sonde gastrique a été mise en place afin de faciliter l'alimentation durant la période post-opératoire. Pour maintenir une ventilation suffisante, compte tenu de l'inflammation pharyngée consécutive à l'intervention, une trachéotomie a aussi été réalisée.

Puis le suivi post-opératoire de la patiente s'est déroulé sans incident : des antibiotiques ont été administrés pendant cinq jours (pénicilline et streptomycine), le tube de ventilation trachéale a été retiré au bout de trois jours et la sonde gastrique au bout d'une semaine, après quoi la déglutition et l'alimentation orale sont redevenues possibles. Par contre, la perte d'un fragment de langue liée à sa mutilation a beaucoup affecté la phonation, mais celle-ci restait tout de même audible et compréhensible. La patiente a ensuite été retransférée à l'hôpital psychiatrique, pour une prise en charge « renforcée ».

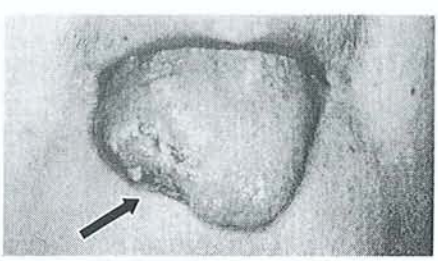
4.3.3. Présentation d'un cas à répercussion buccale de la maladie de Tourette

Cas clinique n°20 :

Il s'agit d'un adolescent de 16 ans, de type hispanique, qui a été admis à la clinique de L'Espérance à Duarte (Espagne), pour un comportement compulsif de morsure linguale, secondaire à sa maladie de Tourette.

Les morsures de langue et de joue sont apparues chez ce jeune patient à l'âge de 13 ans. Afin de contrôler ses tics, il lui a été prescrit de l'halopéridol (neuroleptique). C'est l'apparition de ce comportement étrange qui a permis d'établir chez lui le diagnostic de la maladie.

A l'examen clinique, il présentait une perte tissulaire latérale au niveau de l'hémi-langue droite, engendrée par morsures répétées de celle-ci, comme le montre la photographie suivante :



Parfois, le patient criait de douleur après s'être mordu la langue, mais il ne pouvait s'empêcher de s'automutiler, car selon lui, ce tic lui permettait d'« alléger ses tensions ».

Il a alors été décidé par le médecin d'augmenter les doses d'halopéridol, jusqu'à ce que des effets secondaires apparaissent, ou que le phénomène de morsure disparaisse.

Mais au cours de son hospitalisation, le patient montrait une fréquence de plus en plus importante de morsure linguale. Le traitement neuroleptique a donc été suspecté, et sa posologie diminuée. Une consultation dentaire a été requise pour la fabrication d'un appareil de protection linguale.

Puis entre temps, des adénopathies sous-mandibulaires sont apparues, et la langue s'est infectée. Le patient a alors été mis sous antibiotiques.

Finalement, la première étape d'empreintes bucco-dentaires pour la réalisation de cet appareil a dû être effectuée sous anesthésie générale, après de multiples échecs au fauteuil. Après une difficile période d'adaptation, ayant nécessité un appui psychologique et un traitement médicamenteux incluant de la morphine, le patient a fini par accepter sa gouttière de protection. Au bout de huit semaines, la langue avait bien cicatrisé, et le jeune homme avait complètement cessé de se mordre.(**Lowe**, 1986)

L'appareil avait semble-t-il joué un rôle de déprogrammation du schéma moteur suivi par son tic, grâce à la modification radicale du type de stimulation sensitive au niveau de la langue, par l'insertion de cette gouttière de protection.

3ème PARTIE : Attitude thérapeutique du chirurgien-dentiste face à ces automutilations

Nous allons maintenant étudier les différentes possibilités thérapeutiques qui s'offrent au chirurgien-dentiste face à ces lésions d'automutilation, puis nous dresserons en fin de partie un tableau récapitulatif.

1. Diagnostics positif et différentiel

La notion de traitement concernant les lésions observées implique bien évidemment la nécessité d'établir un diagnostic préalable, qui comme nous avons pu le laisser entendre s'apparente parfois à un véritable « casse-tête » pour le chirurgien-dentiste. Contrairement aux automutilations dites cosmétiques, qui font en général toute la fierté des personnes qui les portent, les autres types d'automutilations, conscientes ou inconscientes, volontaires ou non, font rarement apparaître clairement leur étiologie. Le praticien est alors confronté à deux genres d'appréciations possibles, concernant les lésions présentées :

1) soit celles-ci ont une configuration bizarre, et aucun élément n'aide à leur explication dans l'anamnèse : il se pose alors le problème de l'établissement d'un diagnostic positif ;

2) soit la lésion est comparable cliniquement et macroscopiquement à une lésion spécifique, se rapportant à une maladie particulière, mais le patient n'a pas connaissance de cette maladie : le doute fait alors apparaître la nécessité d'établir un diagnostic différentiel, visant à confirmer ou à infirmer la présence d'une telle pathologie.

Quoi qu'il en soit, à moins que le patient présente un état psychiatrique avéré pouvant expliquer l'origine « autogène » de ses lésions ou bien encore un contexte facilement identifiable (comme c'est le cas pour le bruxisme par exemple), l'automutilation est rarement suspectée d'emblée. C'est souvent en dernier ressort, après avoir réalisé de multiples examens complémentaires, ne révélant finalement aucune anomalie, qu'il vient à l'esprit du praticien cette éventualité d'origine « autogène ».

1.1. Le diagnostic positif

L'aspect des lésions a été décrit précédemment tout au long de la deuxième partie, et nous avons pu voir qu'il est spécifique à chaque étiologie. En dehors des lésions que l'on peut observer et diagnostiquer fréquemment, comme celles manifestées lors du bruxisme, le praticien est parfois confronté à des lésions dentaires ou muqueuses, d'aspect « bizarre » et qu'il ne réussit pas à expliquer, de par leur situation et leur importance. Quand aucun élément de l'anamnèse ne permet d'« ouvrir une piste », l'opérateur reste souvent bien perplexe quant à leur étiologie et ne pense pas en premier lieu à des automutilations. C'est souvent à l'issue d'un certain nombre d'investigations comme des analyses sanguines, des biopsies et dépistages divers, tous situant le patient dans la normalité, que le praticien, faute d'avoir pu établir un diagnostic clinique concordant, pense en vain à des blessures auto-provoquées. A ce stade, si le patient admet avoir un certain tic ou certaines habitudes (dont il ne se rend pas toujours compte : il faut parfois le lui suggérer) compatibles avec l'aspect des lésions, le diagnostic pourra enfin être établi

définitivement. Par contre, si le patient tait volontairement l'origine de ses lésions, le diagnostic de lésions automutilantes ne pourra être que provisoire, en attendant d'autres éléments diagnostiques pertinents.

Dans le cadre spécifique des lésions créées artificiellement, c'est-à-dire d'origine psychiatrique, les gingivites et les chéilites sont celles qui sont le plus souvent rapportées. **Pattison**, en 1983, a adressé aux praticiens confrontés à des lésions inhabituelles et douteuses, quelques *guidelines* pour aider à l'établissement du diagnostic. Celles-ci sont les suivantes :

1) Evaluer le caractère suspect des lésions, en se basant sur les quatre caractéristiques cliniques définies par **Stewart** et **Kernohan** (1972), que nous pouvons rappeler brièvement ici :

- Les lésions observées ne correspondent à aucune entité retrouvée dans les maladies connues.
- Elles sont le plus souvent de configuration bizarre, avec des bords plutôt vifs, et un fond a priori normal.
- La distribution des lésions est inhabituelle, et concerne des zones cutanées ou muqueuses facilement accessibles aux mains du patient.
- Enfin, les lésions peuvent être uniques, mais elles sont le plus souvent multiples.

2) Dresser une anamnèse complète et un interrogatoire incluant : les habitudes d'hygiène orale (technique, fréquence et durée de brossage, etc.), les éventuels antécédents de lésions similaires, l'interprétation et la cohérence qu'il donne lui-même sur l'apparition de ses lésions, et surtout l'évaluation de son état émotionnel actuel. Rappelons que certains patients préfèrent « garder » leurs soucis pour eux et auront du mal à se livrer à leur chirurgien-dentiste. C'est parfois en détournant le sujet que l'on peut faire émerger certains éléments clés pour le diagnostic.

3) Enfin, si le diagnostic positif de « lésion artificielle » ne peut toujours pas être établi à la suite de ces deux étapes, une troisième va permettre la plupart du temps d'éclaircir la situation :

a. En essayant une thérapie palliative, par des soins locaux (antiseptiques, antibiotiques, anti-inflammatoires) : si aucune amélioration n'est observée, alors les soupçons pourront se concrétiser ;

b. En réalisant une biopsie du site en question : si la microscopie révèle une « ulcération non spécifique », la lésion pourra être définitivement classée comme factice.

Il faut dans ce cas agir avec tact, même si l'on soupçonne le patient de simuler et de mentir : il ne faut en aucun cas le frustrer et le faire culpabiliser. D'ailleurs, le célèbre philosophe Spinoza semblait déjà au XVII^{ème} siècle vouloir montrer l'exemple en énonçant : « Ne vous moquez pas des faits et gestes d'autrui, ne les déplorez pas, ne les jugez pas, mais essayez de les comprendre. »

Parfois même, il faut savoir utiliser la ruse : il a été décrit un cas d'ulcérations gingivales sévères et persistantes chez une jeune femme, qu'aucun examen biologique (par microbiologie, cytologie, immunofluorescence, etc.) n'a pu expliquer. Tous les traitements parodontaux qui ont été entrepris ont d'ailleurs échoué. Après plusieurs mois sans aucune amélioration par traitement palliatif, les opérateurs se sont doutés que les lésions étaient factices. Ils ont alors mis en place un « traitement placebo » pour tester les réactions de la patiente : en simulant une biopsie (dite elle aussi placebo) sous anesthésie locale, et en recouvrant le site en question d'un pansement chirurgical. Le résultat attendu s'est vérifié une semaine plus tard : sous le « faux pansement », la lésion avait effectivement totalement disparu, ce qui était la preuve que la patiente l'avait créée et entretenue elle-même.(**Kotansky** et coll., 1995)

1.2. Le diagnostic différentiel

Dans les lésions des tissus durs, quelle qu'en soit la forme, le facteur traumatisant est en général rapidement identifié (mordillement de stylo, bruxisme, etc.) et confirmé par le patient. Le diagnostic est relativement simple car les fêlures, fractures et abrasions dentaires en sont des vestiges locaux. Hormis les lésions qui mettent en péril la vitalité pulpaire ou celles qui induisent des pertes de hauteur d'occlusion considérables, il n'y a en principe pas lieu de s'inquiéter : des traitements relativement simples pourront être rapidement mis en place pour y remédier. Ce qui n'est pas le cas des lésions muqueuses, qui sont beaucoup plus inquiétantes, car elles peuvent être la manifestation buccale d'un certain nombre de pathologies générales, parfois graves, et surtout être source de complications, notamment par carcinogenèse.

Ainsi, lorsque des lésions muqueuses s'apparentent à des manifestations buccales types de certaines maladies, il convient de s'investir dans des examens complémentaires, afin d'en confirmer ou d'en infirmer l'existence. Rappelons que les lésions muqueuses « auto-provoquées » se présentent la plupart du temps sous forme d'ulcérations, associées à une base inflammatoire érythémateuse non indurée, à un œdème périphérique et sous-jacent. Par contre, hormis les cas de surinfection de plaies, il est rare d'observer des adénopathies satellites du site en question. Nous allons ainsi décrire et illustrer quelques unes des pathologies où les répercussions buccales ont un aspect macroscopique similaire à celui des lésions d'automutilation. Pour chacune d'elle, nous préciserons le ou les moyens diagnostiques nécessaires afin d'établir le diagnostic différentiel (photographies de **Ben Slama**, 2003).

1) La gingivite d'origine bactérienne

Elle correspond au type de gingivite le plus classique. Elle se caractérise par un liseré érythémateux au pourtour des dents, suivant le feston gingival, comme le montre la photographie ci-dessous :

C'est entre autres la présence d'un dépôt de plaque bactérienne abondant au collet des dents qui permet de faire le diagnostic différentiel avec une gingivite factice.

2) Les chéilites d'origines diverses

- La chéilite du rouge

Elle est due à l'emploi d'un produit cosmétique nouveau ou inhabituel et se déclenche 12 à 24 heures après l'application de celui-ci. Après un épisode érythémateux violent qui provoque une sensation de brûlure, les lèvres se couvrent de microphlyctènes qui crèvent en laissant sourdre une substance séreuse. La photographie qui suit en montre l'aspect typique :

Le diagnostic différentiel avec une chéilite factice se fera aisément à l'aide d'un interrogatoire pertinent : la relation avec l'usage d'un rouge à lèvres est en général facile à établir.

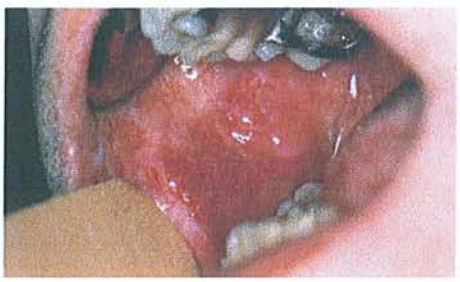
- La chéilite solaire

Elle intéresse précocement des sujets particulièrement sensibles à la lumière solaire, mais peut affecter également des sujets normaux qui s'exposent aux rayons très actifs de la montagne et de la mer. Là aussi lors de l'examen clinique, l'interrogatoire est primordial : le praticien doit penser à ce genre de facteur étiologique.

3) Les candidoses aiguës

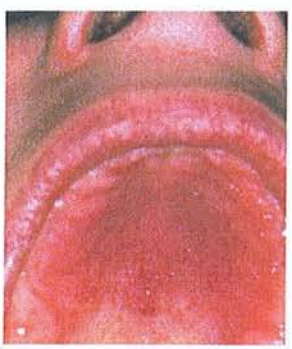
A l'inverse des candidoses chroniques qui se présentent habituellement sous forme de plaques blanchâtres, les candidoses aiguës sont elles, érythémateuses, c'est-à-dire formant des plaques rouges. Elles peuvent avoir différentes localisations, comme :

- la face interne des joues :



- la face dorsale de la langue (glossite losangique médiane) :

- ou encore la muqueuse palatine (ouranite) :



Le diagnostic de candidose est clinique : on peut en détacher assez facilement des pseudomembranes en grattant la lésion à l'aide d'un abaisse-langue. Cependant, il peut être nécessaire de réaliser un prélèvement mycologique (ou frottis), afin de confirmer la présence de nombreuses colonies de *Candida Albicans*, et ainsi d'établir un diagnostic différentiel avec des lésions artificielles.

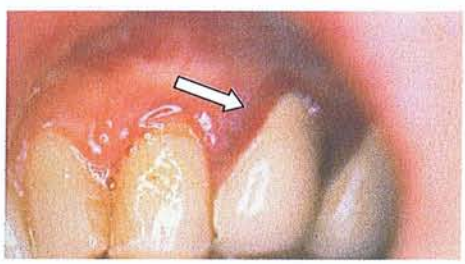
4) Le lichen plan érythémateux

Le lichen plan est une maladie inflammatoire chronique, généralement bénigne, pouvant atteindre la peau, les phanères, et les muqueuses malpighiennes (buccale, génitale et anale). Chez les malades présentant un lichen plan buccal, une atteinte cutanée est retrouvée dans 20% des cas, alors que chez les patients atteints de lichen plan cutané, des lésions buccales sont présentes une fois sur deux.

Outre les formes hyperkératosiques fréquentes que peut prendre le lichen plan (et qui ne nous concernent pas ici car leur aspect macroscopique est clairement différentiable des lésions artificielles), il existe également une forme érythémateuse, qui elle, peut être confondue à l'examen clinique avec une lésion auto-provoquée. L'érythème peut être :

- Diffus :

- Ou localisé :



En plus d'une éventuelle atteinte cutanée qui est un élément pertinent pour l'établissement du diagnostic différentiel, la biopsie est souvent requise. Elle permet de confirmer le diagnostic dans les cas difficiles, mais aussi d'évaluer l'activité et le retentissement du lichen plan buccal dans un but thérapeutique.

5) Les maladies bulleuses

Les maladies bulleuses auto-immunes chroniques telles que le pemphigus vulgaire, la pemphigoïde bulleuse et la pemphigoïde cicatricielle, concernent la peau et les muqueuses. Les lésions buccales, érythème et /ou bulles avec décollement épithélial sont associées avec des fréquences variables. La pemphigoïde cicatricielle est la forme qui atteint le plus souvent la muqueuse buccale, avec une prévalence plus importante chez les femmes de plus de 60 ans. Les lésions érythémateuses et /ou bulleuses siègent

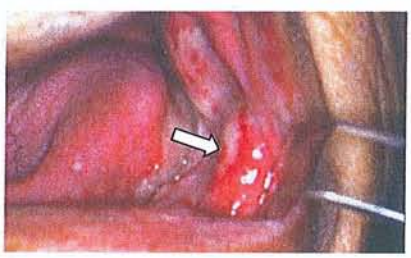
de façon préférentielle au niveau de la gencive attachée, comme le montre la photographie ci-dessous :

Le diagnostic de maladie bulleuse repose sur un examen histologique, par biopsie d'une bulle récente. Il précise le niveau intra ou sous-épithélial du clivage, sa morphologie et le type de réaction cellulaire. L'immunofluorescence directe sur une biopsie de peau ou de muqueuse péri-bulleuse recherche des dépôts d'anticorps ; l'immunofluorescence indirecte décèle des anticorps anti-épidermiques pathologiques dans le sérum du patient. Dans les cas difficiles, des examens immunologiques plus sophistiqués peuvent confirmer le diagnostic.

6) La stomatite post-radique

La radiothérapie de la cavité buccale est largement utilisée, seule ou en association avec la chirurgie ou la chimiothérapie, pour le traitement des tumeurs de la sphère oro-pharyngo-laryngée. La radiomucite ou stomatite post-radique est une réaction aiguë d'installation rapide. L'intensité de la réaction est fonction de la dose totale de rayons, de la dose quotidienne, du volume cible, de l'âge, de la présence en bouche de prothèse métallique et de la prise de substances radio-sensibilisantes (inhibiteurs calciques par exemple).

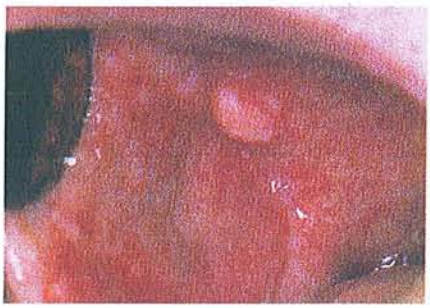
Les ulcérations sont sévères, difficiles à cicatriser. La photographie suivante en montre l'aspect caractéristique :



L'élément clé permettant ici de faire le diagnostic différentiel est bien entendu l'intervention d'une radiothérapie, qui doit figurer en tête de l'anamnèse médicale.

7) La carence en vitamine B12 et /ou en acide folique (vitamine B9)

Une carence en ces deux types de vitamines peut être suspectée sur l'aspect de plages érythémateuses buccales disséminées et chroniques. La numération formule sanguine (NFS) oriente le diagnostic. Le dosage de la vitamine B12 est réalisé devant toute lésion de la muqueuse buccale érythémateuse ou ulcérée, associée à une anémie normochrome normocytaire. La photographie suivante présente le type de lésions rencontrées lors de ces perturbations hématologiques :



Une carence spécifique en vitamine B12 peut signifier la présence d'une anémie mégaloblastique de Biermer. La glossite de Hunter fait partie de la description classique de cette maladie, mais son observation est devenue exceptionnelle : langue érythémateuse, lisse, dépapillée avec un aspect vernissé et brillant. Dans ce cas, un myélogramme permet d'affirmer l'existence d'une mégaloblastose médullaire. La fibroscopie gastrique, avec biopsie, permet quant à elle de confirmer le diagnostic et ainsi de mettre en place un traitement adapté.

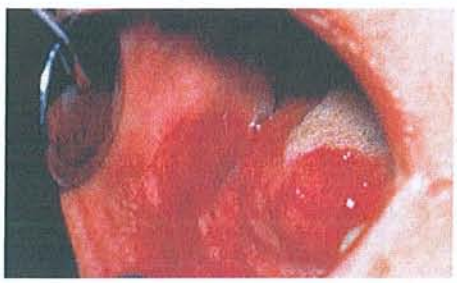
8) Le lupus érythémateux

Il atteint la muqueuse buccale dans 15 à 25% des cas et prédomine au niveau de la partie moyenne de la face interne de la joue et des lèvres. L'atteinte muqueuse est signe de poussée aiguë de la maladie. Les lésions peuvent se présenter sous forme de papules érythémateuses ou de zones atrophiques à bordure blanche constituées de fines stries à disposition radiée et mêlées de télangiectasies, comme le montre la photographie ci-dessous :

Le diagnostic différentiel repose essentiellement sur l'histologie. L'immunofluorescence permet entre autres de le distinguer du lichen plan buccal dont les aspects cliniques et histologiques sont très proches.

9) Les érythroplasies

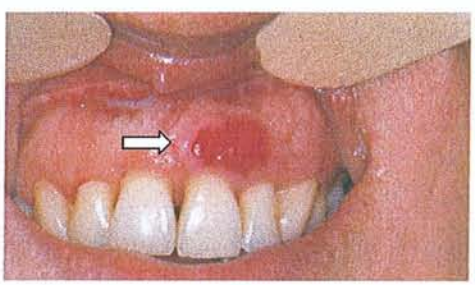
L'érythroplasie, qui correspond à une affection précancéreuse des muqueuses, est assimilée à l'érythroplasie de Queyrat, siégeant habituellement au niveau de la muqueuse génitale. On peut la retrouver cependant au niveau de la muqueuse buccale, avec l'aspect clinique suivant : plage veloutée, rouge brillant, souvent très étendue mais ayant des limites nettes, ce qui la distingue des érythèmes inflammatoires. La photographie suivante illustre cet état clinique :



L'aspect clinique étant peu spécifique, le diagnostic histologique par biopsie est indispensable. La quasi-totalité des cas d'érythroplasie présente histologiquement des dysplasies de sévérité variable, avec parfois des carcinomes in situ : le traitement et le pronostic dépendent de ces caractéristiques histologiques.

10) L'hémangiome du palais

Les angiomes ou hémangiomes capillaires, proliférations non encapsulées de petits vaisseaux capillaires et les hémangiomes caverneux, de volume plus important, peuvent siéger n'importe où dans la cavité buccale, réalisant, au début de leur évolution, des plages ou plaques érythémateuses, comme sur la photographie ci-dessous :



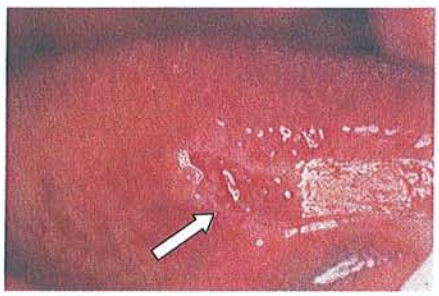
Ces lésions sont d'origine congénitale, ce qui permet le plus souvent de faire le diagnostic différentiel avec des lésions factices, en interrogeant simplement le patient. Cependant, l'établissement du diagnostic peut se compliquer, lorsque l'existence de la lésion est ignorée par le patient.

11) Les lésions cancéreuses débutantes

En règle général, les lésions cancéreuses se développent sur des muqueuses apparemment saines. Dans 10% des cas seulement, elles sont précédées de lésions précancéreuses, essentiellement à type de leucoplasies d'origine tabagique.

La forme ulcéreuse en est la plus fréquente. L'ulcération cancéreuse, unique, présente des caractéristiques spécifiques qui permettent de la différencier d'une ulcération traumatique : le doigt qui glisse sur la muqueuse saine bute sur le bord de l'ulcération et rencontre une zone d'induration sous-jacente, qui témoigne du caractère infiltrant de la tumeur. L'infiltration peut être profonde, entraînant la fixité des tissus voisins, ou être très limitée, donnant une simple impression de raideur à la muqueuse. Dans tous les cas, elle déborde l'ulcération visible.

La photographie suivante montre l'aspect ulcéré d'un cancer débutant au niveau de la langue :



Afin de confirmer le diagnostic, une biopsie est bien évidemment indispensable.

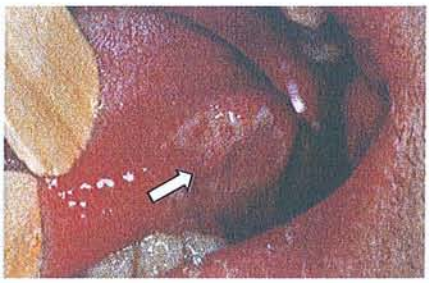
12) La syphilis primaire

Le chancre syphilitique d'inoculation apparaît trois semaines après la contamination : c'est une érosion indolore localisée surtout au niveau de la lèvre ou de la langue, propre et bien délimitée, à bords réguliers, avec parfois un halo érythémateux. Le fond est plat et lisse avec un exsudat gris, comme nous pouvons l'observer sur la photographie ci-dessous :

L'induration de la base est peu épaisse. La présence d'une adénopathie satellite est constante. Le diagnostic est confirmé par l'examen du frottis au microscope à fond noir et par le séro-diagnostic FTA, puis par des tests spécifiques (TPHA et VDRL).

13) La tuberculose

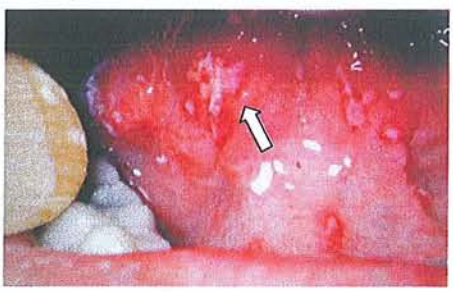
L'ulcération buccale tuberculeuse, très douloureuse, siège le plus souvent au niveau de la langue. Le contour, comme le bord de la lésion, est irrégulier, et l'ensemble est d'aspect jaunâtre, comme nous pouvons le voir sur la photographie suivante :



La base est empâtée, ferme, mais non indurée. La présence d'une adénopathie est constante. Les réactions tuberculiniques sont très significativement positives, et les lésions pulmonaires sont souvent évidentes à la radiographie, ce qui permet de confirmer le diagnostic.

14) L'herpès

Une gingivostomatite aiguë s'observe dans 10% des primo-infections herpétiques. L'incubation est silencieuse, et suivie par une poussée de fièvre, des douleurs pharyngées et gingivales. Secondairement, apparaissent des vésicules rapidement remplacées par des érosions ou des ulcérations. Ces érosions, parfois confluentes, sont nombreuses et siégent en tout point de la muqueuse buccale (joues, langue, gencives, palais). Des adénopathies cervicales sont habituelles. L'infection herpétique peut également être récurrente, par réactivation du virus : dans ce cas, elle siège plutôt au niveau de la muqueuse labiale, sous forme de « bouton de fièvre ». La photographie suivante montre l'aspect habituel des lésions intra-buccales herpétiques :



En cas de doute, l'isolement du virus est obtenu par culture d'un prélèvement, ce qui permet d'établir le diagnostic avec certitude.

15) Le zona

Le zona est lié à la résurgence du virus de la varicelle (VZV), chez l'adulte essentiellement. Au niveau de la cavité orale, des vésicules apparaissent sur des plaques érythémateuses, puis se rompent facilement laissant des érosions ou des ulcérations. Au niveau des lèvres, le diagnostic différentiel est à faire avec des chéilites factices. La photographie suivante illustre l'aspect classique des lésions buccales typiques du zona :

Les douleurs provoquées par ces lésions sont connues pour être extrêmement violentes : elles donnent des sensations de brûlures insupportables. Une adénopathie satellite sensible est généralement associée. Enfin, le diagnostic peut être confirmé par prélèvement (frottis) et isolement du virus.

16) L'érythème polymorphe

L'érythème polymorphe est une entité différente du syndrome de Stevens-Johnson, même si ces deux affections sont responsables de lésions intra-buccales similaires. Ces dernières se présentent sous la forme d'érosions ou d'ulcérations, recouvertes ou non d'un enduit pseudo-menbraneux. Elles prédominent au niveau antérieur, avec une atteinte très fréquente des lèvres. La photographie suivante montre les lésions buccales présentées par un patient atteint du syndrome de Stevens- Johnson :

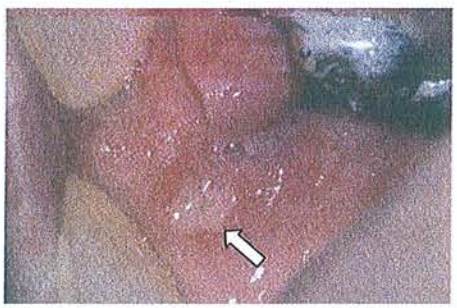
L'érythème polymorphe, lui, se manifeste en plus par des lésions cutanées s'apparentant à des cocardes. La récurrence herpétique en est la cause la plus fréquente.

17) Les ulcérations neutropéniques

La neutropénie correspond à une diminution anormale du nombre de polynucléaires neutrophiles ou granuleux dans le sang. Leur absence totale définit l'agranulocytose.

Les ulcérations neutropéniques sont couramment rencontrées dans les leucémies, les insuffisances globulaires, les agranulocytoses pures, toxiques ou médicamenteuses, et surtout comme effet secondaire des chimiothérapies antimitotiques.

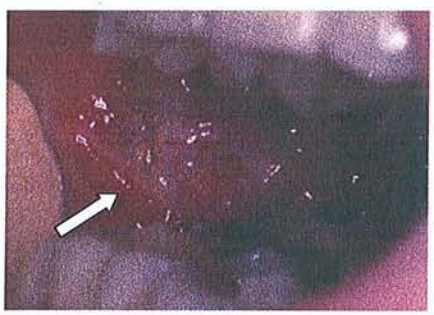
Les ulcérations sont dues à la virulence non contrôlée des germes saprophytes de la cavité buccale. Elles sont extensives en surface et en profondeur, nécrosant parfois l'os sous-jacent. Elles ont le plus souvent l'aspect suivant :



Le diagnostic différentiel est donc établi sur prélèvement et analyse de sang (NFS), bien que la plupart du temps, la connaissance de la pathologie neutropénique qui en est à l'origine soit suffisante.

18) La maladie de Crohn

Les manifestations buccales de cette pathologie s'apparentent à des ulcérations profondes, souvent localisées au niveau de la langue, comme nous pouvons le voir ci-dessous :



D'autres lésions similaires à des aphtes sont assez caractéristiques de la maladie. Le diagnostic repose sur la mise en évidence histologique d'un granulome tuberculoïde. Souvent, des signes digestifs associés (douleurs abdominales, diarrhées, etc.) orientent d'emblée le diagnostic.

Enfin, nous ajouterons que la plupart de ces lésions s'observent assez fréquemment chez les patients immunodéprimés, notamment en cas de maladie de Hodgkin, de traitement immunosuppresseur (corticothérapie lourde, chimiothérapie), ou encore d'infection HIV : tous ces antécédents médicaux majeurs doivent figurer en tête de l'anamnèse, afin d'orienter le diagnostic le plus rapidement possible, et de mettre en place au plus vite un traitement adapté.

2. Les possibilités thérapeutiques

2.1. Le traitement des lésions « cosmétiques » (**Orgelot**, 2002)

Les mutilations cosmétiques tribales ou rituelles étant rencontrées qu'exceptionnellement dans nos sociétés (chez des patients immigrants notamment), le chirurgien-dentiste exerçant en métropole a très peu de chances de devoir un jour faire face à d'éventuelles complications de ces pratiques. Par contre, le phénomène du piercing, qui lui est en pleine expansion, est amené à concerner de plus en plus l'odontologiste dans sa pratique au quotidien ; le piercing buccal fera donc ici l'objet de quelques instructions thérapeutiques.

2.1.1. Comment dissuader ?

Face à des patients, jeunes en général, décidés à se faire percer la langue ou toute autre partie de la bouche, il est du devoir du chirurgien-dentiste de les éclairer sur les dangers et les contraintes éventuelles que cette technique peut engendrer, en les amenant à réfléchir au moyen de questions et de propos percutants. Le plus souvent, ils savent que le corps médical est opposé à de telles pratiques : il convient de leur en exposer les raisons.

Nous pouvons par exemple mettre en avant que :

- Les piercings buccaux sont souvent la cause d'une mauvaise haleine ;
- Il existe souvent des problèmes de cicatrisation, ainsi que des risques d'infection locale, voire générale ;
- La technique comporte des risques médicaux, notamment : une contamination virale (SIDA, hépatites), une hémorragie linguale, etc. ;
- La mise en place d'un bijou sur la langue risque de perturber considérablement la façon de parler ;
- La présence d'un bijou en bouche est souvent à l'origine de l'apparition de tics ou parafonctions néfastes pour les fonctions buccales ;
- La parodontose est inévitable en regard d'un piercing labial, etc.

En général, ce sont les arguments qui touchent leur vie relationnelle (halitose, perturbation de la phonation) qui ont pour ces jeunes, le plus de sens. Ils ne se préoccupent guère des risques médicaux, en pensant le plus souvent que « ça n'arrive qu'aux autres ».

Quoi qu'il en soit, le praticien doit se montrer bienveillant, et surtout non méprisant face à ce genre de pratique. Il doit éviter de condamner les patients « percés » afin de ne pas leur donner l'impression que le corps médical n'a que des idées reçues. La décision n'appartient bien évidemment qu'au patient, ce qui n'empêche pas le dentiste de lui faire part de son avis, d'autant plus lorsque le patient présente une pathologie à risque (risque oslérien, diabète, parodonte peu résistant, etc.).

2.1.2. Les soins préventifs

Le piercing ne doit être enlevé que pendant une durée très courte, et uniquement après la période de cicatrisation (une à deux semaines après la perforation), sinon l'orifice commence à se refermer dès les premières minutes. Dans les premiers jours suivant l'acte de perforation, il est conseillé de :

- dormir avec la tête légèrement surélevée, ce qui diminue les appuis éventuels sur le site en question, et ainsi le risque d'oedème associé ;
- manger lentement, et si possible des aliments relativement mous et froids ;
- ne pas « s'amuser » avec le bijou, pour éviter la formation d'un tissu cicatriciel anarchique ;
- éviter tout contact avec un fluide corporel étranger (salive, sang, sperme) ;
- contrôler deux fois par jour, avec des mains propres, si les embouts du bijou sont bien vissés ;
- appliquer quotidiennement une solution antiseptique à base de chlorhexidine, à l'aide d'un coton-tige, sur les bords de la plaie, puis rincer au sérum physiologique. Ce protocole de détersion doit être poursuivi pendant 7 à 10 jours, sans retirer le bijou.

Au bout de deux semaines de cicatrisation, le bijou peut être retiré quotidiennement, afin de le nettoyer correctement, ainsi que la « plaie » béante.

En ce qui concerne la **face cutanée** des piercings (des lèvres essentiellement), la procédure recommandée est la suivante :

- Retirer le bijou.
- Nettoyer l'endroit de la perforation en éliminant les résidus secs et agglutinés autour, à l'eau tiède et avec un peu de savon, à l'aide d'une compresse ou d'un coton-tige. Le geste doit être doux et non traumatisant.
- Débarrasser également le bijou des résidus secs et agglutinés à sa surface (tartre, plaque, etc.), à l'aide d'un coton-tige imbibé de solution antiseptique.
- Rincer l'orifice avec du sérum physiologique.

- Sécher la zone à l'aide d'un linge propre ou d'un essuie-mains en papier absorbant, afin d'éviter toute macération de la plaie favorisant l'infection.

- Le bijou peut ensuite être remis en place : il doit pouvoir coulisser facilement dans l'orifice.

Pour une détersion efficace de la **face muqueuse** du piercing buccal, des bains de bouche à base de chlorhexidine peuvent être prescrits, à raison de deux à trois fois par jour, pendant une semaine.

2.1.3. Que faire face à une infection du site percé ?

Richardson, en 2000 (cité par **Orgelot),** préconise de retirer le piercing avant toute autre attitude thérapeutique. D'autres auteurs préfèrent laisser le bijou en place pour favoriser un « drainage de la perforation par l'intérieur ». Il est tout de même préférable de traiter l'infection locale en l'absence du bijou, car celui-ci est quoi qu'il en soit un corps étranger pour l'organisme, et donc ne peut qu'aggraver la situation par sa présence. Si le patient refuse de l'ôter, il faut lui expliquer clairement que l'infection risque de perdurer.

Si malgré notre persévérance, le patient ne veut décidément pas suivre nos conseils, des soins locaux assidus et une prescription antibiotique seront indispensables, mais ne garantiront pas l'élimination totale de l'infection.

Il faut également avertir le patient que si le processus infectieux persiste, il n'aura plus le choix et devra retirer définitivement son bijou, sous peine de développer d'autres infections plus sérieuses mettant sa santé en péril.

En conclusion, si la médicalisation systématique de l'acte du piercing à proprement parler n'est pas concevable, il n'en demeure pas moins que les professionnels de santé ont un rôle à jouer en termes de santé publique, face à l'émergence de cette pratique. Le chirurgien-dentiste a, entre autres, un devoir d'information et d'aide, qui passe par une éducation à la santé. Ce n'est pas uniquement suite à la demande d'un patient qui souffre que le praticien doit intervenir, mais il est nécessaire qu'il agisse également en protégeant ceux qui ne viendront jamais le consulter en cas de problème, tout simplement en donnant une priorité à la prévention.

2.2. Le traitement des lésions liées au stress

2.2.1. Traitement étiologique

2.2.1.1. Thérapeutiques du stress

2.2.1.1.1. La stratégie anti-stress : quelques méthodes hygièno-diététiques

Le stress ne s'efface pas, ne se gomme pas, ne se nie pas purement et simplement : la « politique de l'autruche » n'a jamais été une bonne stratégie. C'est pourtant de nos jours une attitude assez répandue. Il est néanmoins indispensable de s'exercer à la lucidité pour lutter contre le stress, l'éviter chaque fois que c'est possible, adopter l'attitude la moins auto-destructrice et préserver son équilibre. Ainsi, la bonne stratégie anti-stress repose sur quelques principes simples, qui sont autant de règles pour apprendre à mieux vivre. En voici quelques unes :

1) Identifier le stress

Pour se battre, encore faut-il connaître son ennemi. Mais les stress sont souvent insignifiants en apparence, ou si habituels que l'on n'y fait même plus attention : ce prêt qu'on a du mal à rembourser, cette habitude de quitter le travail toujours trop tard, etc.

Il faut pourtant les identifier, car c'est seulement alors que l'on pourra agir pour éviter ou neutraliser l'« agresseur ». La démarche n'est pas simple, car le stress vient aussi et souvent de nous, de notre manière de faire, d'agir, et même de penser. Il faut bien du courage pour prendre conscience que son propre comportement est lui-même générateur de stress : cette auto-analyse est difficile en tout point, mais la victoire est à ce prix.

2) Eliminer les stress inutiles

Lorsque l'on a identifié les causes du ou des stress qui rongent notre vie, l'idéal serait évidemment de pouvoir les éliminer. Plus facile à dire qu'à faire. Mais on peut au moins agir sur ce qui dépend de soi, se débarrasser de certains stress inutiles. Par exemple, on peut éviter des obligations inutiles ou futiles, refuser d'écouter les lamentations de tout un chacun, ne pas attendre la dernière minute pour faire ce que l'on a à faire, etc. Avec un peu de volonté et de réflexion, on peut ainsi s'épargner de subir ce qui n'est pas indispensable, on peut choisir de tirer profit de chaque situation, ou tout simplement être soi-même.

3) Interpréter ses stress pour les positiver

Le stress en lui-même étant moins important que le sens qu'on lui donne, il faut, à défaut de pouvoir l'éviter, tenter de l'interpréter le plus positivement possible. Il faut apprendre à réagir à l'instant même où l'on est « agressé », analyser l'agression pour la neutraliser, et filtrer les messages qui parviennent à notre conscience. Cela suppose évidemment que chacun sache identifier ce qui, pour lui, est agressif et ne l'est pas. Il suffit d'être à l'écoute de soi pour identifier ce qui est stressant ou non, réagir dès que ce qui se passe est perçu comme tel, et éviter ainsi que l'agression ne se prolonge. Notre cerveau « conscient et intelligent » prendra toujours le pas sur notre cerveau « émotionnel et instinctif ».

4) Adapter ses comportements

Le stress provient souvent d'une inadaptation du comportement à l'environnement, à la relation humaine, aux changements continuels et inévitables. Nos comportements sont le reflet de notre compréhension de la situation et de notre état d'esprit ; ils sont également les conséquences de nos capacités d'adaptation. Mais ils déterminent à leur tour, s'ils sont mal ajustés, un état de stress générateur d'anxiété et de troubles psychosomatiques. Si bien que, tout comme il faut savoir analyser ses stress, il faut également savoir éviter certains comportements générateurs de stress, comme :

- l'agressivité excessive et gratuite ne correspondant pas à un besoin nécessaire de défense ;
- la passivité qui nous fait subir la domination et l'agressivité de l'autre ;
- les remords et la rumination ;
- la réaction spontanée et irréfléchie ;
- le perfectionnisme et l'exigence qui engendrent une irritabilité et une insatisfaction continuelles.

La solution, qui est souvent dans le juste milieu, passe par la réflexion, l'analyse et la patience.

5) Décharger ses émotions et son agressivité

A chaque stress, l'organisme se charge en émotion et en tension nerveuse, qui s'additionnent et s'accumulent au fur et à mesure. Dans la vie quotidienne, on trouve souvent des palliatifs sous forme de boucs émissaires : le mari bafoué qui est odieux au bureau, celui qui se « venge » verbalement sur sa famille en rentrant le soir, ou encore, puisque c'est ici le sujet, celui qui retourne ce besoin de défoulement contre lui-même en s'automutilant

(onychophagie, bruxisme, tics nocifs, etc.). En fait, décharger son émotion ne soulage totalement que si cette réaction est dirigée contre la bonne personne ; encore faut-il qu'il existe un tiers responsable de cet état de tension... Il est malsain pour le corps et l'esprit de garder pour soi ce que l'on a « sur le cœur » : montrer et dire ce que l'on ressent sans retenue est la meilleure façon de décharger ses tensions, à l'image d'une soupape de cocotte-minute qui libère la pression emmagasinée. Mais bien souvent, la nécessité de se « plier » au contexte social (comme la hiérarchie professionnelle par exemple) dresse d'emblée des limites à ce besoin de rébellion. Il faudra alors trouver des alternatives à ce moyen d'évacuation du stress, comme nous le suggérons dans le paragraphe suivant.

6) Autres conseils « anti-stress »

Il existe d'autres façons de lutter contre le stress, comme par exemple :

- Décompresser grâce au sport : le meilleur exutoire lorsque la tension est trop forte est la pratique d'une activité sportive. Cette constatation permet de rendre compte que psychologie et biologie sont intimement liées.

- Se faire plaisir pour compenser ses stress : on peut essayer de compenser les « mauvais » par les « bons stress ». Pour cela, il faut agir : l'action positive et gratifiante est le meilleur antidote du stress.

- Savoir s'économiser. Pour échapper à la saturation, au surmenage, on doit introduire dans son emploi du temps et ses activités quotidiennes des « zones de stabilité », des temps de désaturation, des faits et gestes habituels qui ne demandent aucun effort d'adaptation et permettent d'éviter le « trop-plein ». On économise ainsi beaucoup plus d'énergie qu'on ne peut le penser.

- Se créer un réseau de soutien, car la solitude est le malheur de l'homme : ce dernier a besoin de soutien moral et affectif, ne serait-ce que pour se confier, être aidé et compris par les autres.

- Adopter la « diététique anti-stress ». Notre état nutritionnel est un des facteurs majeurs de la qualité de notre réponse au stress. Une alimentation équilibrée renforce nos défenses ; à l'inverse, une mauvaise alimentation nous rend non seulement plus vulnérables, mais constitue aussi en elle-même un véritable stress.(**Bensabat**, 1989)

2.2.1.1.2. Traitement médicamenteux

Il y a sans doute de l'utopie à vouloir à tout prix trouver dans la chimie un remède aux inadaptations, et une réponse à la question « existe-t-il une pilule anti-stress ? ». Bien évidemment, la réponse est non. La pilule magique qui nous permettrait en toute circonstance de voir le noir en rose, ou de maîtriser la situation, de l'analyser positivement et de réagir avec calme, n'est pas encore inventée.

Les tranquillisants, préconisés par certains, agissent sur l'anxiété et l'angoisse produites par le stress et les troubles psychosomatiques qui en résultent. Mais ils n'ont aucune action sur le processus intime du stress, ni sur les sécrétions hormonales et les désordres qu'il déclenche. Et s'ils peuvent être un palliatif dans les situations pénibles (séparation, deuil, échec, etc.), ils n'ont d'autre rôle que d'aider à passer un cap difficile.

Message mal reçu dans la pratique, puisque les Français consomment chaque année des tonnes de tranquillisants et anxiolytiques, calmant ainsi peut-être certains effets du stress mais non ses causes. Victimes de l'inévitable phénomène d'accoutumance, ils entrent dans le cycle infernal de l'escalade thérapeutique ; sans autre résultat qu'un autre stress, moins visible, mais autrement plus lourd de conséquences.

Outre les anxiolytiques et tranquillisants divers, il existe d'autres substances censées agir contre les symptômes dus au stress, mais elles sont aujourd'hui encore peu utilisées. Parmi elles, les β-bloquants agissent en inhibant l'action des catécholamines (essentiellement l'adrénaline) au niveau des organes sur lesquels elles agissent (cœur, artères, bronches, tube digestif), en intervenant sur les récepteurs β-adrénergiques. Habituellement utilisés dans le traitement des affections cardio-vasculaires, de l'hypertension artérielle, des troubles du rythme cardiaque et des affections coronariennes, les β-bloquants réduisent la fréquence et le débit cardiaques, et ont ainsi une certaine utilité dans le traitement symptomatique du stress. Les sujets traités se sentent moins agressifs, plus sociables, moins tendus. Cette nouvelle conception thérapeutique du stress, ou plutôt des effets du stress, peut ainsi ouvrir des voies de traitement intéressantes, qui méritent aujourd'hui d'être exploitées. (**Bensabat**, 1989)

Rappelons enfin que tout traitement médicamenteux de « fond » destiné à traiter les symptômes dus au stress sort du cadre des prescriptions autorisées par le chirurgien-dentiste, dans la mesure où il n'y a pas de rapport direct avec l'exercice de sa profession, ni avec la cavité buccale. Eventuellement, le patient pourra être prémédiqué par des anxiolytiques si les séances de soins dentaires envisagées le nécessitent.

2.2.2. Traitement interceptif des tics buccaux et parafonctions

2.2.2.1. Description de trois méthodes de rééducation (**Vilmus**, 1997)

Toute thérapie touchant aux comportements de l'individu ne peut évidemment pas être considérée comme une science exacte. C'est pourquoi il existe de nombreuses méthodes de rééducation, parfois dérivées les unes des autres, ou s'appuyant sur des théories proches ; d'autres par contre sont plus originales. Les techniques de rééducation décrites brièvement ci-après entrent donc dans le cadre de la résolution des problèmes liés aux parafonctions et aux « A.D.A.M. », en tant que thérapies comportementales.

2.2.2.1.1. Le training autogène de Schultz

Le terme de relaxation est très utilisé de nos jours : il signifie une certaine aspiration à la détente, au repos, ou encore la délivrance psychique intellectuelle ou morale d'une contrainte. Le Dr Schultz a eu l'idée au début du XX^{ème} siècle, d'utiliser l'hypno-sophrologie comme moyen thérapeutique : c'est ce que l'on appelle le « *training autogène de Schultz* ». Ce dernier signale « pour les patients cultivés, la possibilité d'aboutir à une auto-hypnose, et d'en retirer les bénéfices d'ordre général, par exemple une augmentation des possibilités d'auto-observation » ; l'hypnose étant une forme de relaxation consistant, dans un état proche du sommeil, à focaliser son attention sur ses sensations internes, et nécessitant habituellement le recours à un professionnel. Cette technique est donc à classer parmi les méthodes de relaxation générales, à point de départ psychothérapeutique. Elle repose d'une part, sur une conception globale de la personnalité, et d'autre part sur une méthode de décontraction musculaire et viscérale, visant une certaine « détente mentale ».

Rappelons que c'est bien souvent le stress qui est à l'origine de l'apparition et de l'entretien des parafonctions. Ces phénomènes tensionnels de la vie de relation ou de la vie végétative qui perturbent le tonus se répercutent sur des éléments associés au névraxe. Ainsi, tensions musculaire et psychique sont deux termes d'une même pulsion énergétique ; Schultz dit d'ailleurs qu'il travaille avec le « myopsyché » de ses patients.

Son but est donc, grâce à cette « déconnexion », d'équilibrer la formule tonique du patient, c'est-à-dire de la faire passer de la paratonie (coexistence de zones de tension et de zones plus relâchées) à l'eutonie (régulation optimale du tonus).

2.2.2.1.2. La technique de Lader

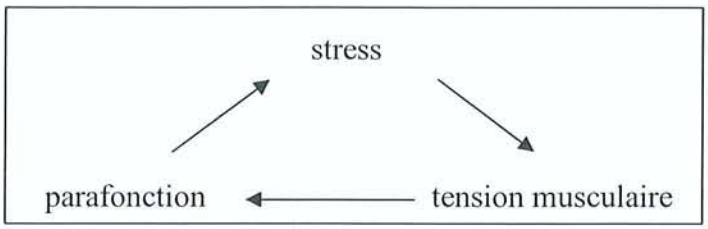
Cette technique de rééducation, datant de 1983, s'inscrit dans la vague des médecines douces. L'auteur qualifie lui-même sa méthode d'action préventive contre l'apparition d'A.D.A.M., ou d'un palliatif à des traitements médicamenteux ou plus invasifs.

Il recherche avant toute chose la source du problème (le plus souvent le stress et l'anxiété), en relevant les différentes origines du stress et son rôle dans l'apparition des douleurs. Il termine son interrogatoire par un questionnaire d'auto-évaluation. Enfin, il propose un guide de conseils alimentaires, un protocole d'exercices musculaires de rééducation, ainsi que quelques conseils se rapportant à la posture corporelle et à la respiration.

2.2.2.1.3. La technique de Taddey

Publiée en 1990, cette technique a pour point de départ un livre intitulé « *T.M.J. : the self-help program* », pouvant se traduire en français par « A.D.A.M. : un programme d'auto-traitement ». Cet ouvrage constitue à la fois une source d'informations sur l'A.D.A.M., destinée à sensibiliser le patient sur la fréquence actuelle de cette pathologie, et un programme de traitement des problèmes de l'A.T.M.

Le stress constitue selon l'auteur, le facteur le plus important et le plus dommageable, car il entraîne non seulement un processus pathologique qui pousse le patient à serrer, grincer des dents, se ronger les ongles ou mordre frénétiquement son stylo, mais également une diminution du seuil d'excitabilité musculaire et l'entretien du cercle vicieux :



Taddey précise que le masséter est, comme les muscles céphaliques impliqués dans la posture, un des plus sensibles aux variations émotionnelles, et que, si tout le monde est sujet au stress, certaines personnes plus que d'autres l'accumulent, et finissent par développer des comportements pathogènes. Il fait donc de la gestion du stress, le fer de lance de sa méthode de rééducation, et accompagne cette méthode de conseils visant à améliorer l'hygiène de vie du patient. Il expose également, de façon complémentaire, d'autres méthodes de gestion du stress, comme :

- La relaxation

L'auteur propose en fait l'apprentissage d'une technique de relaxation similaire à la technique de Jacobson, qui est une « méthode analytique à point de départ physiologique, issue de recherches sur la physiologie neuromusculaire et dont la première étape vise à obtenir une relaxation musculaire, par une succession de phases de contractions musculaires fortes suivies de phases de contractions de plus en plus faibles jusqu'à la détente complète ».

Ces exercices sont associés à des mouvements respiratoires amples et détendus, dans une atmosphère calme et apaisante.

- Le « *biofeedback* »

Cette technique qui consiste, grâce à un appareillage électronique, en une mesure de l'activité musculaire, a une action double. Elle permet dans un premier temps une prise de conscience par le patient de son hyper-activité musculaire, et dans un second temps une rééducation en apprenant au patient à mettre ses muscles au repos.

- Une qualité de vie saine

Nous venons de voir trois techniques originales qui permettent de lutter contre les effets pathogènes du stress, mais il existe d'autres astuces ou comportements à adopter, notamment :

- un régime alimentaire adapté ;
- une quantité de sommeil suffisante ;
- la pratique régulière d'un sport non violent (cyclisme, marche à pied, natation, etc.) ;
- faire des pauses au travail ;
- éviter les postures ou les activités traumatisantes pour les muscles de la tête et du cou.

Enfin, nous ne saurions trop insister sur l'effet bénéfique de techniques de relaxation telles que le yoga ou autres pratiques transcendantales, et de la détente sous toutes ses formes (marche à pied, natation, etc.), qui permettent de compenser les tensions psychiques de la vie quotidienne.(**Geny**, 1985)

2.2.2.2. Correction des tics oraux

Comme nous l'avons déjà vu, les tics oraux dits « archaïques » ou encore auto-érotiques, qui sont indispensables au jeune enfant comme moyens de défense contre l'angoisse, sont pourtant susceptibles d'engendrer des effets néfastes lorsqu'ils perdurent : d'une part, à type de déformations dento-faciales, et d'autre part à type de lésions dites automutilantes, lorsqu'ils glissent vers l'auto-agressivité.

Ces tics se manifestent essentiellement par une succion persistante chez les enfants, intéressant aussi bien les doigts que les lèvres. Ils ne concernent en général pas les adultes, qui auront eux depuis le temps trouvé d'autres moyens de décharger leurs tensions, souvent par habitudes nocives de toutes sortes. De même chez les adolescents, les mauvaises habitudes s'apparenteront plus à des parafonctions (comme l'onychophagie) qu'à des tics auto-érotiques. Les adultes et les adolescents feront donc plutôt l'objet de thérapeutiques ciblées sur la gestion du stress.

Chez l'enfant, lorsque ces comportements nocifs persistent, voire s'aggravent (automutilation), l'intervention du praticien devient indispensable afin de les intercepter, à condition de mettre en place parallèlement une prise en charge sur le plan psychoaffectif.

2.2.2.2.1. Nécessité de prise de conscience de la nocivité du comportement par le patient

L'attitude première sera d'évoquer devant l'enfant et ses parents, avec tact et simplicité, l'éventualité de telles pratiques fonctionnelles, face à des lésions ou déformations observables en bouche, dont l'étiologie ne semble pas d'emblée évidente. Le patient sera invité à s'observer sans contrainte, comme à une découverte qui ne devrait pas être culpabilisante. Toute la difficulté est là.

Le praticien peut expliciter et banaliser à la fois ces pratiques, afin de ne pas obnubiler le patient sur ce qui pourrait être perçu comme un délit. Chez les enfants, les parents ont souvent marqué de leur interdit ou de leur menace les conduites auto-érotiques, qui se sont renforcées du fait de leur répression, et ont ainsi favorisé le glissement de l'auto-érotisme vers une parafonction, voire une automutilation. Chez les adultes, il y a comme une sorte de méconnaissance de tout ce qui concerne la bouche et les dents, et le fait est particulièrement remarquable lorsqu'il s'agit de parafonctions.

Une dénonciation maladroite de la part du praticien risque toujours de prendre valeur d'accusation parentale. C'est dire combien la prudence s'impose et combien les mots employés devraient pouvoir présenter ces conduites comme concevables. Le but recherché est de convaincre de la possibilité de leur réduction par une aide à choisir en commun accord.

N'oublions pas que tout symptôme est un compromis qui permet de sauvegarder un équilibre ; mais il est en même temps une expression et a valeur d'appel. La difficulté pour le praticien est de pouvoir tolérer ce qui se cache derrière ce symptôme, pour un patient à chaque fois différent. Cela dépend du temps dont il dispose, de sa propre disponibilité du moment, et aussi de ce que le patient suscite en lui de contre-attitude. Reconnaissons que certaines thérapeutiques réussissent mieux que d'autres, sans aucun doute grâce à la compétence du praticien, mais tout autant grâce à la qualité de la relation que celui-ci a su ou pu instaurer. Si l'investigation est menée avec tact et sensibilité, le patient reviendra confiant en consultation, intéressé par ce qu'il aura découvert.

Pour un enfant, cette investigation doit également et surtout porter sur sa personnalité. L'histoire depuis sa naissance permet d'évaluer sa configuration familiale : les parents, la fratrie et leur interaction avec l'enfant en question, le climat dans lequel il a évolué et dans lequel il vit actuellement. Le discours des parents - par la sollicitude ou l'accusation qui en émane - en dit long sur leur intention ou non de déléguer au chirurgien-dentiste les pleins pouvoirs de « redressement ». Enfin, le praticien décidera lui-même si des rééducations psychomotrices et /ou orthophoniques s'imposent.

Notre pouvoir en tant que thérapeute est grand, mais nous devons nous garder d'en abuser. Nous pouvons faire beaucoup de mal sans le savoir, à des êtres fragiles, par des attitudes rigides, qu'elles soient techniques ou intellectuelles. D'abord **comprendre**, puis **aider à percevoir**, avec tact et subtilité : « tout thérapeute ne devrait pas se contenter de soigner ses patients, il devrait aussi les enseigner ».(**Ruel-Kellermann**, 1983)

2.2.2.2.2. La méthode sophrologique
(Margaillan-Fiammengo, 1975)

Cette méthode nous paraît préférable à d'autres, d'une part parce qu'elle aborde les problèmes de l'enfant sur un plan psychosomatique, et d'autre part parce qu'elle sous-entend une relation praticien-patient de haute qualité. Elle se distingue d'un simple reconditionnement en ce qu'elle s'appuie essentiellement sur l'effacement préalable de l'angoisse et plonge l'enfant dans un véritable « bain de sécurité ».

La prudence, que notre intervention exige, nous amène à ne pas attaquer de front le problème délicat de la succion et à porter nos efforts sur la rééducation de la déglutition infantile. Cette rééducation sera conduite sans hâte, dans une perspective maturative, et s'aidera de tout ce qui peut dynamiser l'enfant et favoriser son autonomie.

Nous distinguons deux phases dans la progression thérapeutique :

- la correction par la sophrologie à l'état vigil ;
- la correction sous sophronisation, qui complète éventuellement la première.

1) **La correction par la sophrologie à l'état vigil** doit amener des résultats dans la plupart des cas : elle développe entre l'enfant et le praticien un dialogue continu dans un climat de compréhension réciproque et de confiance. Le praticien, qui s'efforce de toujours mieux connaître l'enfant et ses problèmes, le guide avec beaucoup de patience, l'encourage, le soutient. La rééducation de la déglutition archaïque porte sur des points particuliers, tous importants pour la maturation de l'enfant, et qui convergent vers l'intégration de la déglutition adulte.

• La rééducation de la déglutition doit faire prendre conscience à l'enfant, « dans son corps », des mouvements qu'implique le nouveau mode d'avaler. On l'aide à percevoir de façon tactile le mouvement des muscles mis en jeu, au niveau du cou, des maxillaires et des lèvres dans son propre mode de déglutition, et dans le mode adulte.

• La rééducation s'appuie sur une gymnastique de la langue qui tend à la porter en haut et en arrière, mais aussi à la délier.

• Une rééducation « phonétique », par l'articulation de certains phonèmes, de mots et de phrases soigneusement choisis, contribue à

intégrer les enchaînements neuromusculaires qui débouchent sur l'adoption de la déglutition adulte.

- La myothérapie labio-maxillo-thoracique tonifie les sangles musculaires, dynamise l'enfant sur le plan général et affine son schéma perceptivo-moteur.

Cette rééducation, qui mobilise énergiquement les efforts du patient, n'alourdit pas le traitement orthopédique si elle est définie avec précision et rigoureusement programmée. Elle peut éventuellement être déléguée à un orthophoniste. La coopération des parents qu'elle exige est déterminante pour les progrès de l'enfant et le succès de la correction.

2) La correction sous sophronisation ne doit intervenir que si la rééducation par la méthode sophrologique vigile n'a pas apporté l'intégration de la déglutition adulte et ses automatismes. Elle sous-entend cependant que l'assimilation de ces nouveaux enchaînements neuromusculaires est près d'aboutir.

Cette méthode de correction ne sera tentée que si l'examen psychométrique de l'enfant ne révèle pas de tendances névrotiques sérieuses. Il est préférable, même si le chirurgien-dentiste a des connaissances suffisamment solides pour le faire, qu'il confie l'investigation psychologique à un psychothérapeute.

De tout façon l'incapacité de l'enfant à franchir l'étape maturative qui rendra le tic archaïque inutile, dénonce des problèmes affectifs et relationnels qu'il est sage de ne pas ignorer. Elle souligne généralement l'hésitation de l'enfant sur la voie de l'autonomie et son appréhension à se lancer vers l'avenir.

La sophronisation, qui s'appuie sur une relaxation légère, plongera l'enfant dans ce « bain de sécurité » où il puisera une confiance et un dynamisme suffisants pour accepter de grandir.

Les sophronisations, pour la correction des tics archaïques, ne doivent pas être multipliées : après deux échecs, il paraît raisonnable d'orienter l'enfant vers une psychothérapie. Ces cas d'insuccès sont rares, et ils sont liés à des problèmes psychoaffectifs que nous n'avons pas à résoudre, mais à essayer de comprendre.

2.2.3. Elimination des facteurs étiologiques locaux

Nous venons de le voir chez l'enfant, mais cela reste vrai chez l'adulte : il faut tout d'abord que celui-ci prenne conscience de sa mauvaise habitude, et surtout des dégâts qu'elle est susceptible d'engendrer. Il sera plus difficile de faire perdre une mauvaise habitude à un adulte qu'à un enfant, car le comportement de l'enfant est beaucoup plus « malléable ». Mais en général, le gain de maturité permet à l'adulte de mieux appréhender les risques, et la nécessité de s'en préserver.

Cette prise de conscience de la nocivité des comportements automutilants, ainsi que la volonté de régler au préalable les problèmes psychiques, sont indispensables mais insuffisants : ils doivent impérativement être associés à une réhabilitation bucco-dentaire. Les parafonctions, en effet, naissent la plupart du temps de problèmes physiques locaux, souvent sous forme d'anomalies occlusales ou de gênes diverses au sein de la cavité buccale, comme les reliefs muqueux inhabituels par exemple. Les facteurs psychiques, notamment le stress, ravivent en quelque sorte un problème initialement local, et en font ainsi un phénomène chronique.

Une réhabilitation bucco-dentaire globale doit donc être envisagée dans le traitement de toute automutilation buccale, parallèlement à une prise en charge psychique. Cette « remise en état » de la cavité buccale peut concerner différentes disciplines odontologiques, qui sont en interrelation, et feront l'objet d'un plan de traitement global :

- **La chirurgie buccale** : par suppression des reliefs muqueux gênants ou suspects, comme par exemple des tumeurs bénignes muqueuses (botryomycome, diapneusie, épulis, etc.), par l'extraction des dents délabrées qui perturbent l'occlusion, par chirurgie osseuse (élimination d'épines irritatives, régularisation de crête), etc.

- **La parodontie** : par correction chirurgicale des récessions parodontales pour éviter leur aggravation, par suppression des poches parodontales pour remédier à un problème de bourrage alimentaire suscitant une utilisation acharnée de cures-dents…

- **L'odontologie conservatrice** : par restauration de points de contact corrects, harmonisation occlusale des restaurations par coronoplastie, polissage des reliefs dentaires saillants, etc.

- **L'endodontie**, après évaluation de la coopération du patient : par exemple, éviter de laisser une dent ouverte pour faciliter le drainage d'une infection apicale si le patient n'est absolument pas motivé, car en l'absence de suivi adéquat, la situation locale risque de s'aggraver, et d'inciter le patient à drainer lui-même l'infection par la voie canalaire laissée béante en utilisant des instruments pointus de son choix, ce qui n'est bien sûr pas sans conséquence.

- **L'occlusodontie** :

  - le meulage sélectif : il est réalisé après un « essai » sur moulages montés sur articulateur. Son but est d'obtenir une intercuspidation stable, approchant la relation centrée, pour un apaisement global du système manducateur.

  - les gouttières occlusales : elles ont pour but de faire disparaître les réflexes posturaux conditionnés, de « déprogrammer » la mémoire neuromusculaire à l'origine des contractures et douleurs, et empêcher l'usure dentaire généralement associée. On les utilise aussi comme gouttières de protection « anti-bruxisme » à port nocturne.

- **La prothèse** : lorsque la dimension verticale d'occlusion est très réduite, et /ou les dents trop usées, les restaurations prothétiques assurent la réhabilitation et l'intégrité des arcades dentaires, fonctionnellement et esthétiquement. Elles sont également indispensables pour remplacer d'éventuelles dents manquantes sur l'arcade, évitant ainsi des déplacements dentaires parasites aggravant l'occlusion.

- **L'orthodontie** : chez l'adulte, cette discipline se limite essentiellement à des modifications de l'axe des dents, dans le sens horizontal ou transversal. Bien souvent, elle sera précédée d'autres traitements, faisant appel à la prothèse ou à la parodontie par exemple.(**Geny**, 1985)

Enfin, lorsque la douleur est à l'origine du comportement d'automutilation (qui apparaît souvent inconsciemment pour la soulager), son origine doit être au plus vite diagnostiquée et traitée, afin que l'automutilation ne rentre pas dans un processus chronique.

Certaines médications peuvent être délivrées par le chirurgien-dentiste pour aider au soulagement d'une douleur, en plus d'un traitement étiologique (drainage, alésage canalaire, etc.), comme par exemple des antalgiques, des anti-inflammatoires, ou encore des myorelaxants. Mais le praticien doit se limiter aux prescriptions directement en rapport avec l'exercice de sa profession ; il ne doit pas hésiter à adresser son patient à un confrère plus « spécialisé » s'il juge sa prise en charge hors de ses compétences.

2.2.4. Traitement symptomatique des lésions liées au stress

En ce qui concerne les lésions des tissus mous liées au stress, essentiellement les chéilites mécaniques (tic de mordillement) et le *Morsicatio Buccarum*, le traitement consistera principalement en une surveillance régulière, car même si le risque de cancérisation de ces lésions est minime, il est tout de même à considérer. Il est également assez rare que ce type de lésions, qui sont plutôt des érosions de surface, comporte un risque de surinfection. Mais par précaution, dans certains cas, on préconisera une antibiothérapie par application topique. Le risque hémorragique, quant à lui, est quasiment inexistant à ce niveau. Pour les lésions parodontales, telles que les récessions induites par des tics divers, le traitement découlera tout simplement de la discipline en question.

Ensuite, pour les lésions des tissus durs dentaires, rapportées le plus souvent à type d'abrasion (dans les cas les plus fréquents : bruxisme, onychophagie, mordillement de stylos ou autres objets), le traitement consistera en différentes techniques de reconstitution coronaire. Le praticien, en fonction de la sévérité des lésions, pourra avoir recours à l'odontologie conservatrice (reconstitutions avec des matériaux conventionnels), à l'endodontie (dans les cas où les lésions atteindront la pulpe), ou encore à la prothèse quand les tissus dentaires résiduels seront évalués insuffisants pour de simples reconstitutions coronaires. Nous ajouterons que, dans le cas spécifique du traitement symptomatique de la brycose, compte tenu de son caractère très délabrant et de son origine névrotique, il sera préférable de conseiller à notre patient une prise en charge neuropsychiatrique préalable, sans l'aide de laquelle une simple réhabilitation dentaire courrait à l'échec.(**Vilmus**, 1997)

Ainsi, l'ensemble des lésions buccales liées au stress nécessite une prise en charge multiple : d'abord un traitement étiologique par gestion du stress, puis un traitement symptomatique consacré à la reconstitution pour les tissus durs et à la surveillance pour les tissus mous. Chez l'enfant ou l'adolescent, ces manifestations ne sont cependant pas réellement attribuées au stress : c'est plus dans un contexte de « mal-être », de « mauvaises périodes » par difficultés d'adaptation ou tout simplement par ennui, que ces tics vont survenir. La prise en charge va alors dépendre de l'importance des tics : il peut simplement suffire aux parents d'en parler avec leur enfant afin de comprendre les raisons de cet état de « tension », par exemple en essayant de régler des soucis familiaux ou scolaires. Certains parents ont expérimenté des solutions coercitives, comme par exemple dans le cas de l'onychophagie, en appliquant des substances amères sur les ongles afin de dissuader l'enfant de se les ronger. Mais si le problème n'est pas pris en charge à la base, c'est-à-dire au niveau psychologique, ces méthodes risquent tout simplement de le déplacer, faisant apparaître d'autres tics à d'autres endroits, parfois même accentués par la frustration. Enfin, lorsque les tics prennent trop d'importance, jusqu'à nuire à l'entourage, et à « gâcher » la vie du patient, il pourra être intéressant pour celui-ci d'avoir recours à une aide psychologique.

2.3. Le traitement des lésions liées aux troubles du système nerveux

2.3.1. Prévention des morsures post-anesthésiques

Comme nous l'avons déjà vu, l'administration d'un anesthésique local pour des soins dentaires est souvent responsable de morsures involontaires post-opératoires, survenant la plupart du temps dans les trois premières heures suivant l'injection. Ce genre d'effet indésirable devient encore plus problématique lorsqu'il a lieu chez des patients déficients mentaux, ou présentant des troubles neuromusculaires (handicap moteur, mouvements involontaires, etc.) : les lésions de morsure sont souvent plus sérieuses et leur apparition déclenche inconsciemment leur mâchonnement, ce qui les entretient et les aggrave davantage. Les morsures des lèvres et de la langue sont les plus fréquemment rapportées, notamment lorsque l'anesthésie est effectuée à l'épine de Spix. Plusieurs conseils peuvent alors être suivis pour prévenir ces désagréments :

- Chez les patients sans psychopathologie caractérisée, et sans trouble neuromusculaire, les principes de prévention sont relativement simples. Par exemple, le praticien peut utiliser préférentiellement un anesthésique local à courte

durée d'action lorsque les soins envisagés sont relativement simples, placer un rouleau de coton salivaire dans le sillon vestibulaire (jugal ou labial) qui sera à conserver en prévention d'éventuelles morsures par le patient pendant une à deux heures après les soins, et surtout lui donner quelques instructions post-opératoires, comme de s'abstenir de manger et de boire jusqu'à la levée de l'anesthésie.

- Chez les patients déficients mentaux, il est difficile de compter sur des instructions post-opératoires car elles ne seront souvent pas bien comprises. Chez les patients présentant des troubles neuromusculaires, elles pourront être assimilées, mais le plus souvent elles ne pourront pas être suivies, compte tenu du caractère incontrôlable de certains de leurs mouvements. Dans ces deux cas, il est préférable de prévenir systématiquement les morsures post-anesthésiques, surtout lorsqu'il existe des antécédents de telles complications. Une gouttière occlusale peut être réalisée de façon relativement simple et rapide pour empêcher l'apparition de lésions de morsure, ou encore l'aggravation de lésions préexistantes. On préférera alors une gouttière en résine souple thermoformée, que l'on placera au niveau de l'arcade dentaire inférieure. Un modèle classique de gouttière est présenté au moyen de la photographie suivante :

L'interposition d'un matériau souple entre les dents empêchera ainsi la lacération des tissus mous. Il est conseillé également de donner au personnel soignant s'occupant du patient en question quelques instructions quant à la pose et à la dépose de la gouttière, afin que celle-ci puisse être réutilisée ultérieurement dans des circonstances similaires.(**Crespi** et **Friedman**, 1986)

2.3.2. Prévention des morsures et lacérations muqueuses liées à des troubles neurologiques organiques

2.3.2.1. Les méthodes dites « conservatrices »

Nous l'avons déjà expliqué, plusieurs pathologies organiques neurologiques peuvent être responsables de troubles de la sensibilité au niveau de la cavité buccale. Les tumeurs oro-faciales, associées ou non à une chirurgie de la tête ou du cou, la lésion ou la rupture accidentelle d'un nerf oro-facial, et la dysautonomie familiale comptent parmi les affections les plus fréquemment rapportées quant à l'analgésie régionale qu'elles engendrent.

A côté de ces troubles de la sensibilité, d'autres pathologies, également organiques, favorisent l'apparition de lésions buccales d'auto-morsure, par un mécanisme différent, que nous avons déjà expliqué et qui concerne les troubles dyskinésiques. On retrouve parmi les principales affections à l'origine : l'épilepsie (notamment lors des crises), l'encéphalite, le syndrome parkinsonien, ainsi que les

états comateux. Les troubles dyskinésiques de certaines de ces pathologies peuvent être limités par traitement médicamenteux : par exemple par traitement antiépileptique pour réduire la fréquence de survenue des crises, ou par traitement anti-parkinsonien dans le cas d'un syndrome secondaire à la prise de neuroleptiques.

Cependant, compte tenu de l'aspect chronique du phénomène et du risque d'aggravation des plaies existant en bouche (par cancérisation ou surinfection), la réalisation d'un dispositif prothétique de protection des muqueuses s'avère souvent nécessaire. Parfois, il faudra en essayer plusieurs types, car des éléments propres au patient peuvent intervenir et aboutir à l'échec successif de différents appareillages. Nous allons ainsi établir une sorte de catalogue des différents dispositifs utilisés actuellement, ce qui permettra au chirurgien-dentiste de choisir de manière appropriée un certain type de prothèse, tout en sachant qu'il devra parfois en combiner plusieurs pour répondre de manière adaptée au cas clinique qui se présente à lui.

D'une manière générale, on devra opter pour un dispositif qui ait à la fois suffisamment de rétention pour contrer les pressions musculaires buccales (langue, lèvres, joues), éviter le délogement et l'ingestion accidentelle de l'appareil, qui soit résistant aux forces occlusales importantes, et surtout qui soit atraumatique, afin de ne pas aggraver la situation ou d'engendrer d'autres lésions.

Dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, deux praticiens (cités ci-dessous, par **Shapira** et coll.) ont expérimenté des dispositifs de protection fixes. Budnick, en 1969, a conçu un appareil constitué de plaques de résine scellées en occlusal au niveau des molaires, et associées à un système créant intentionnellement une béance antérieure. Mais ce type d'appareil a été abandonné rapidement, car l'extrusion subséquente des dents antagonistes annulait ainsi l'effet recherché. Dicks, en 1982, a lui créé un « *lip-plumper* » : ce dispositif, fixé aux molaires par des bagues scellées, était destiné à combler le vestibule buccal par un matériau résine, en vue de maintenir la lèvre inférieure éloignée des dents antérieures. Aujourd'hui, ces appareils fixes ne sont plus utilisés car d'une part ils représentaient une entrave à l'hygiène bucco-dentaire (déjà difficile à maintenir pour ce groupe de patients), et d'autre part, ils cédaient trop facilement aux forces occlusales excessives.

L'appareil « idéal » sera donc amovible (pour un entretien quotidien) et conçu de la manière la plus simple possible. Actuellement, il existe trois grands types de dispositifs, qui sont les suivants :

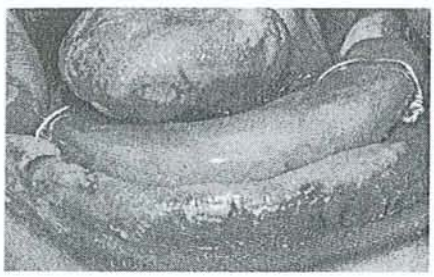
1) <u>Les gouttières occlusales</u>

Elles sont utilisées pour recouvrir les faces occlusales des dents postérieures et les bords incisifs des dents antérieures, afin d'empêcher l'interposition et la lacération subséquente par morsure des tissus mous voisins. Elles peuvent être confectionnées de deux façons :

a. **En résine souple, thermoformée**. La flexibilité de ce matériau permet d'obtenir des gouttières fidèlement adaptées au terrain, et de ce fait une meilleure rétention, par l'existence de contre-dépouilles naturelles (embrasures

interdentaires, région cervicale des dents). Elles peuvent être réalisées à l'arcade supérieure, inférieure, ou aux deux simultanément. Leur conception au laboratoire est relativement rapide, et ne nécessite que de simples empreintes réalisées à l'alginate (éventuellement accompagnées d'une cire d'occlusion) : le dispositif est similaire à celui décrit précédemment pour la prévention des morsures post-anesthésiques. La rétention peut se faire naturellement par l'existence de contre-dépouilles dentaires, en prolongeant les contours de la gouttière jusqu'au tiers environ de la hauteur gingivale ; mais lorsque les moyens naturels de rétention sont insuffisants, on peut y adjoindre des crochets boules ou circonférentiels. Ce type de dispositif est un des mieux tolérés par les patients, compte tenu de la souplesse du matériau et de sa faible épaisseur. Il a en plus l'avantage de pouvoir servir de « réservoir » de fluor : une application hebdomadaire de gel fluoré au sein de la gouttière permet de réduire le risque carieux, lorsque l'hygiène buccale est rendue difficile, notamment chez les patients handicapés. Ce type d'appareil est donc indiqué pour une prévention à long terme des morsures involontaires, particulièrement en cas : d'épilepsie « non contrôlée », de syndrome de Lesch-Nyhan, d'encéphalite ou de coma profond. Cependant, un de ses rares inconvénients est la faible résistance du matériau : une mauvaise utilisation (torsion, mise en place incorrecte en bouche, etc.) ou des forces occlusales excessives peuvent induire des déchirements de la gouttière. Mais son faible coût et sa rapidité de fabrication permettent une réfection régulière du dispositif.

b. **En résine acrylique**. Ce type de gouttière peut également être réalisé au laboratoire assez rapidement, à partir de simples empreintes d'arcades. Il est le plus souvent conçu au niveau de l'arcade mandibulaire, et recouvre uniquement les surfaces dentaires : il ne doit pas descendre sous le collet des dents, ni être traumatisant pour les gencives. La rigidité de ce type de résine rend nécessaire l'évidemment de l'intrados, afin de faciliter l'insertion et la désinsertion de la gouttière. La rétention est donc plus difficile, c'est pourquoi un moyen rétentif doit y être associé. Pour garantir la tenue de la gouttière sur l'arcade en question, on peut réaliser de manière extemporanée une contention dite circonférentielle interproximale : en insérant un fil de cuivre (de type orthodontique) dans les espaces intermolaires, venant bloquer la gouttière de manière bilatérale, comme le montre la photographie ci-dessous :



Cependant, l'insertion du fil de contention en interdentaire peut être légèrement douloureuse, elle se fera donc préférentiellement sous anesthésie locale. En général, l'extrados de ce genre de gouttière est plat (à la manière d'un porte-empreinte individuel), de façon à ne pas créer d'interférences occlusales iatrogènes. La mise en place de ce dispositif étant plus délicate que celle de la gouttière en résine souple, on préfèrera l'utiliser de manière transitoire, c'est-à-dire dans le cas où l'état du patient suggère une amélioration sous plusieurs semaines : la gouttière sera ainsi gardée en bouche sans dépose pendant 6 à 8 semaines. L'indication principale concerne essentiellement les états comateux de « bon pronostic ». L'hygiène buccale sera rendue plus difficile jusqu'à la dépose du dispositif, mais une fois celui-ci mis en place, le patient sera ainsi protégé des morsures involontaires. Eventuellement, des crochets boules pourront être adjoints comme moyens de rétention : ils seront moins traumatisants pour les papilles interdentaires que le fil de contention, mais la tenue prothétique en sera réduite. L'inconvénient majeur de ce type d'appareillage est lié à la tendance à l'usure de la résine, et à ses risques de fracture en cas de forces occlusales excessives (et bien évidemment au risque d'ingestion accidentelle des fragments par le patient). Dans ce cas, on pourra envisager l'incorporation d'un fil de renfort au sein de la base résine. Parfois même, on devra réaliser un châssis métallique (en chrome / cobalt), afin de bénéficier d'une résistance optimale contre les forces occlusales, et ainsi d'une plus grande sécurité.

Qu'il s'agisse d'une gouttière en résine souple ou « dure », chaque dispositif peut ensuite être personnalisé, en fonction du patient, mais également en fonction des convictions du praticien : il lui est tout à fait libre de concevoir un prototype. Par exemple, **Piercell** et coll., en 1974, ont conçu un type de gouttière bien particulier, destiné à empêcher l'aggravation des lésions de morsures linguales chez un patient semi-comateux. La particularité vient d'une méthode de « contention linguale », réalisée au moyen d'une gouttière mandibulaire pleine , perforée en son centre pour permettre à la langue de conserver un minimum de sensations proprioceptives et en même temps de rester sous le plan occlusal pour ainsi être protégée des morsures.

Cependant, on préfère aujourd'hui éviter de « bloquer » la langue dans une position restreinte. Les enveloppes linguales nocturnes, qui sont indiquées en premier lieu chez les enfants pour rééduquer la posture linguale (considérées comme des « boites à langue »), peuvent également être utilisées ici pour prévenir les morsures linguales involontaires : la langue est alors guidée dans une position non forcée, et protégée par les remparts latéraux du dispositif.

2) Les prothèses amovibles

Confectionnées en résine acrylique, comme les prothèses dentaires basiques, leur rétention est couramment assurée par des crochets classiques (façonnés manuellement), de type boules ou encore circonférentiels. Elles présentent l'avantage d'une conception relativement simple, et de pouvoir être essayées en bouche avant leur polymérisation, à l'état de cire : la zone où l'on

recherche une protection muqueuse peut ainsi être ajustée par addition extemporanée de cire. Le dispositif présenté sur la photographie suivante a été réalisé pour protéger la lèvre inférieure des morsures involontaires chez un patient atteint d'une paralysie faciale :

L'utilisation de ce type de prothèse est à proscrire chez les patients comateux ou handicapés mentaux, car la rétention est médiocre, ce qui facilite le délogement de l'appareil et augmente ses risques d'ingestion accidentelle. Il est donc préférentiellement indiqué pour prévenir les risques de morsures muqueuses, dans les troubles de la sensibilité chez les patients capables mentalement et ne présentant pas de mouvements involontaires à type de dyskinésies. Il présente, en plus, un avantage esthétique, car il peut être utilisé comme prothèse dentaire « classique » : en remplaçant d'éventuelles dents manquantes, mais également en rééquilibrant les volumes péri-buccaux, rendus disproportionnés par l'effondrement labial classiquement observé par exemple en cas de paralysie faciale unilatérale.(**Hatjigiorgis** et **Martin**, 1988)

Actuellement, qu'il s'agisse de gouttière occlusale ou de prothèse amovible « classique », la tendance est à la réalisation de dispositifs les plus simples et les moins traumatisants possibles. Les dispositifs contraignant la langue en position basse ont été ainsi abandonnés, tout comme les systèmes de contention inter-maxillaire.

Le matériau de base sera choisi en fonction de plusieurs critères, comme la tolérance et la coopération du patient, la durée estimée d'utilisation de la prothèse, la fréquence et la force des mouvements involontaires. Les moyens de rétention associés seront également fonction de critères individuels liés au patient, comme l'état de sa denture, ses pathologies (état vigil ou non), etc.

Certains praticiens adjoignent des éléments en silicone aux dispositifs en résine, par exemple pour écarter la lèvre inférieure des dents, en prévention des morsures. Cet appareillage est appelé aujourd'hui « *lip-bumper* ». La silicone est un matériau relativement bien toléré par les tissus mous du fait de sa souplesse. Mais son utilisation doit rester temporaire car elle se déforme assez facilement, ce qui lui fait perdre progressivement ses capacités d'adaptation aux éléments anatomiques buccaux. De plus, du fait de sa texture poreuse, elle se salit rapidement par infiltration, et est plutôt difficile à entretenir.

Nous l'avons vu, tous ces dispositifs ne nécessitent en général que de simples empreintes réalisées à l'alginate, et éventuellement une cire d'occlusion en cas d'édentement perturbant l'occlusion. Dans certains cas de neuropathologies (états comateux, « *bulldog reflex* » des dyskinésies, troubles du comportement, difficultés d'ouverture buccale, etc.), la prise d'empreintes ne pourra être effectuée que sous anesthésie générale, sous extrême surveillance, et avec beaucoup de précautions (par exemple l'utilisation d'un « *packing* » pharyngé pour éviter que le matériau fuse vers les voies pharyngées). Il est donc indispensable, en milieu hospitalier, d'envisager la prise en charge de l'automutilation du patient en coopération avec d'autres professionnels médicaux, comme les neurochirurgiens par exemple. Il est tout à fait compréhensible (sur le plan médical, mais également éthique) que la programmation d'une anesthésie générale pour une simple prise d'empreintes dentaires puisse susciter des controverses : c'est pour cette raison qu'il est recommandé de travailler en coordination avec d'autres services, par exemple pour profiter d'une anesthésie générale initialement prévue pour diverses interventions, comme pour une gastrostomie ou une trachéotomie. Nous ajouterons qu'il est parfois possible de réaliser des empreintes au « lit » des patients trachéotomisés : cette voie de ventilation artificielle leur permet de continuer à respirer librement pendant la prise du matériau, mais il faut bien évidemment s'assurer que celui-ci ne fuse pas vers les voies pharyngées.

En conclusion, la réalisation du dispositif doit être bien réfléchie de manière globale. C'est parfois après plusieurs échecs successifs (rétention insuffisante, fractures répétées du dispositif, etc.) que le praticien parviendra à concevoir la prothèse la mieux adaptée à son patient. Il lui faudra pour cela persévérer, ne pas hésiter à innover, tout en restant humble dans l'exécution son travail.

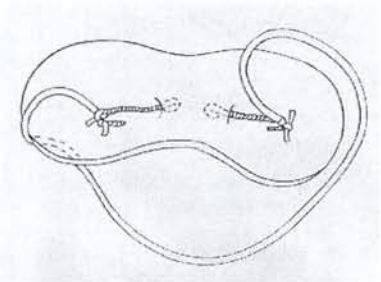
3) Les « boucliers » ou écrans vestibulaires

Lorsque, pour une raison bien définie, il est impossible de prendre des empreintes chez un patient nécessitant un dispositif de protection des lèvres (par exemple en cas de troubles sévères du comportement associés à une contre-indication absolue à l'anesthésie générale), le praticien peut opter pour la réalisation d'un dispositif appelé « bouclier » vestibulaire. Il s'agit d'une pièce de résine souple, intercalée entre la denture et les lèvres, et maintenue en place à l'aide d'une sangle extra-buccale, passant derrière la tête. Son utilisation est essentiellement nocturne puisqu'elle empêche toute communication verbale et également toute prise alimentaire.

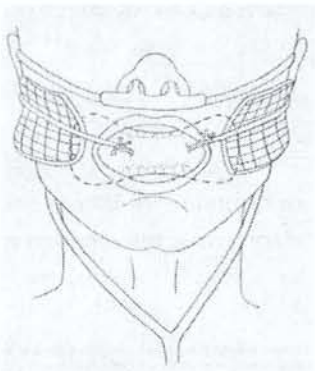
Le système a l'avantage d'être relativement bien toléré par les patients, et de pouvoir s'insérer et se désinsérer facilement, grâce à sa flexibilité. Il peut néanmoins se salir et se déformer avec le temps, mais il sera refait facilement, et à moindre coût.

La première étape de réalisation se fait de manière extemporanée : le praticien découpe dans une feuille de polyvinyle un patron, de dimensions suffisantes pour éviter que le bouclier ne se déloge à chaque ouverture buccale.

La pièce préformée extérieurement est ensuite essayée et ajustée en bouche : les freins et brides musculaires sont libérés, les surextensions éliminées. L'emplacement de deux futurs crochets métalliques est marqué sur le patron, à environ 3 mm en dedans des commissures, dans l'espace inter-labial. Ces deux crochets serviront à fixer la sangle, comme le montre le croquis ci-dessous :



La finition du dispositif est ensuite effectuée au laboratoire. Une fois terminé, il doit être essayé, retouché en bouche, et les moyens d'ancrage extra-oraux doivent être réglés de manière à ce que le bouclier tienne en place, sans exercer de pression excessive. Le dessin suivant représente un bouclier mis en place chez un patient intubé par les voies nasales (**Rover** et **Morgano**, 1988) :



Nous ajouterons que, quel que soit le type de dispositif utilisé (gouttière, prothèse ou écran vestibulaire), dans les cas de pathologies mentales avérées ou de coma, il est indispensable d'adjoindre au dispositif un système de sécurité supplémentaire pour empêcher son ingestion accidentelle : il peut s'agir tout simplement d'un cordonnet fixé par une extrémité au dispositif, et par l'autre à un élément d'ancrage extra-buccal, comme par exemple au système de ventilation artificielle pour les patients trachéotomisés.

2.3.2.2. Une méthode « non conservatrice » : les avulsions dentaires

Lorsqu' aucun dispositif conservateur ne convient, le seul moyen de protéger le patient de mutilations plus conséquentes, comme l'auto-amputation des doigts, est de songer à l'extraction des dents. Cette solution ultime s'avère malheureusement parfois indispensable, chez les patients présentant des troubles sévères du

comportement, ne tolérant aucun système prothétique de protection comme ceux décrits précédemment, et où des techniques plus invasives comme la chirurgie orthognathique sont contre-indiquées.

La pathologie la plus fréquemment concernée par ce moyen thérapeutique est la maladie de Lesch-Nyhan, où tout dispositif buccal représente un stress pour le patient, induisant parfois un redoublement d'agressivité dans son comportement.

L'échéance des extractions dentaires est toujours repoussée au maximum, jusqu'à ce que cette thérapie devienne la seule issue. Bien sûr, cette solution radicale ne peut être décidée que sur accord du patient s'il est mentalement capable (ce qui est rare quand l'automutilation en arrive à ce stade), ou de son tuteur légal dans le cas contraire. La décision est toujours délicate à prendre, surtout lorsqu'elle concerne des enfants, puisqu'il est question d'édentement définitif.

Parfois, on procède d'abord aux extractions des dents antérieures, ce qui réduit de manière significative les morsures des lèvres, des doigts et d'autres parties du corps. Lorsque cela ne suffit pas, c'est-à-dire que le patient utilise ses dents postérieures pour poursuivre ses automutilations, les avulsions devront être étendues à la denture complète. Bien entendu, il n'est pas concevable d'appareiller le patient avec des dents prothétiques, car cela ne ferait que relancer le processus compulsif.

En prévention d'éventuels problèmes de tassement au niveau des ATM par perte de dimension verticale consécutive à l'édentation, et autres troubles musculaires associés, la réalisation de gouttières rehaussant cette dimension verticale (similaires à des porte-empreintes individuels en résine) peut toujours être tentée ; mais celles-ci risquent d'être très vite rejetées par le patient. Enfin, pour éviter de devoir réaliser les avulsions dans de mauvaises conditions, compte tenu de l'extrême hostilité dont font preuve certains patients en période de « crise », il sera souvent indispensable de prévoir l'intervention sous anesthésie générale, et là encore en coordination avec le service de neurochirurgie.

2.3.3. Traitement des plaies buccales liées aux morsures involontaires

Il existe trois grands risques se rapportant à l'existence de plaies des muqueuses buccales :

- le risque hémorragique
- le risque infectieux
- le risque carcinogène

Les lésions à risque hémorragique concernent principalement la langue, puisque c'est l'organe le plus vascularisé de la cavité buccale. Ce risque est néanmoins assez rare : les plaies peuvent être profondes, parfois allant jusqu'à l'amputation partielle de la langue, mais en dehors des cas pathologiques où la coagulation est perturbée, elles n'entraînent pas de saignement grave. Cependant, le saignement peut inquiéter par son caractère intarissable : le praticien devra alors veiller à trouver l'endroit exact de la plaie muqueuse, afin de pouvoir l'aseptiser et la suturer, sous anesthésie locale ou générale en fonction de l'état du patient. Si malgré les sutures, le saignement devient hémorragique

(par son débit d'écoulement ou son caractère incoercible), le patient devra être adressé d'urgence à l'hôpital.

Ensuite, comme au niveau du revêtement cutané, toute plaie ouverte de la muqueuse buccale comporte un risque de surinfection. En général, la composition naturelle antibactérienne de la salive lui permet de lutter contre beaucoup de micro-organismes, mais lorsque ceux-ci deviennent trop nombreux ou trop « pathogènes » par rapport aux capacités de défense immunitaires de l'organisme, la moindre lésion est susceptible d'être colonisée et de se surinfecter. Ce risque de surinfection peut être prévenu par l'administration d'antibiotiques à large spectre comme l'amoxicilline, associée des rinçages de bouche antiseptiques à base de chlorhexidine, dans la mesure du possible (pour les patients comateux par exemple, l'antiseptique local sera appliqué à l'aide d'une compresse). En cas d'infection sévère, avec écoulement purulent ou extension d'inflammation obstruant les voies pharyngées, le patient devra être conduit à l'hôpital, pour un drainage chirurgical de l'infection et une antibiothérapie systémique le plus rapidement possible.

Enfin, lorsque les lésions buccales muqueuses sont entretenues mécaniquement par mâchonnement ou morsures répétées, de manière chronique, il reste à craindre un phénomène de cancérisation, d'autant plus si le patient est (ou était) grand consommateur d'alcool et /ou de tabac. Le praticien sera alors amené à surveiller régulièrement l'éventuelle évolution de ces blessures. Le premier signe qui doit alarmer est l'apparition d'une induration de la base, avec un épaississement irrégulier des bords de la lésion, et éventuellement l'apparition d'adénopathies dures et indolores du côté homolatéral. Devant tout soupçon, le chirurgien-dentiste peut réaliser lui-même, ou faire réaliser par un confrère spécialisé, une biopsie du site lésionnel en question. L'analyse anapathologique permettra alors de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de transformation cancéreuse.

2.4. Prise en charge des comportements et traitement des lésions d'automutilation d'origine psychiatrique

2.4.1. Dépistage des lésions autogènes et du contexte psychiatrique associé

Comme nous l'avons déjà vu, le diagnostic de lésions auto-provoquées est souvent difficile à établir. La simulation et le caractère artificiel de ces actes ne s'affichent en général pas d'emblée. C'est en analysant consciencieusement les comportements et réactions du patient que des éléments clés pourront éventuellement mettre le praticien sur la voie, comme par exemple une attitude compulsive, une labilité émotionnelle, une indifférence à l'égard de lésions disgracieuses, etc. Mais certains patients savent bien « cacher leur jeu », et ce n'est qu'en dernier ressort, lorsque tous les autres diagnostics différentiels auront été infirmés par toutes les investigations possibles et imaginables, que l'origine factice des lésions pourra enfin être suggérée. Le praticien devra alors procéder avec tact et prudence, et tout en restant bienveillant laisser progressivement entendre qu'il n'est pas dupe.(**Kuffer**, 1990)

Une fois les causes organiques et infectieuses éliminées, pour confirmer l'origine psychiatrique des automutilations de son patient, le chirurgien-dentiste devra adresser celui-ci pour une évaluation psychiatrique et une éventuelle psychothérapie. Il faut

garder à l'esprit que, même si finalement les lésions sont « moins graves » que celles que l'on aurait pu diagnostiquer au départ (lésion cancéreuse, manifestation buccale d'une maladie infectieuse grave, etc.), les comportements d'automutilation qui en sont à l'origine représentent « la forme de psychopathologie chronique la plus dramatique ». (**Carr**, 1977)

Car, souvent découverte de façon fortuite, l'automutilation peut rester silencieuse pendant longtemps, témoignant d'une souffrance mentale chronique, et peut à tout moment rendre l'individu dangereux, aussi bien pour lui que pour son entourage.

Il est rare cependant que le patient ou sa famille accepte une prise en charge psychiatrique dans l'immédiat. Il est donc important de veiller à instaurer un climat de confiance entre le soignant et le soigné avant de suggérer avec tact cette solution thérapeutique. Le malade doit pouvoir parler, en toute confiance, sans dissimulation. Il lui faut pour cela un interlocuteur qui l'écoute et le comprenne, tout en se gardant bien sûr de redoubler d'attention envers lui, au risque d'accentuer le phénomène. Il est clair également que les attitudes réprobatrices et moralisantes seront inopportunes si l'on veut mener à bien la prise en charge du patient, en maintenant un climat de confiance.

2.4.2. Traitement symptomatique des lésions buccales : une approche psychologique particulière

Face à des lésions bucco-dentaires auto-provoquées, les priorités thérapeutiques restent les mêmes que dans le cadre des lésions de morsures neuropathologiques, c'est-à-dire : prévention du risque hémorragique, couverture du risque infectieux et surveillance des lésions. A ceci près que la prise en charge de patients atteints de psychopathologies caractérisées avec troubles du comportement est souvent difficile au niveau relationnel, si bien qu'un simple examen clinique peut s'avérer un véritable échec pour le praticien.

Souvent comme chez les enfants, c'est l'impression des « 10 premières minutes » que donne le chirurgien-dentiste, qui va guider le déroulement de la consultation et des séances de soins suivantes : de l'issue de cette rencontre se joue l'avenir de la relation.

Dès le premier temps de la relation thérapeutique, le praticien doit : accueillir, écouter, rassurer. **Ecouter**, car il y a demande d'aide, de service ; mais écouter avec tous les sens en éveil, avec réceptivité et vigilance. **Rassurer**, car il y a aussi inquiétude. Rassurer par l'organisation de l'accueil, mais également par le geste, qui prend souvent là une signification plus « magique » que « technique », car le patient à ce stade est dans une situation comparable à un face à face. Ce temps doit nous permettre de focaliser l'espace relationnel, et ce, progressivement vers le site de notre intervention. Les gestes du praticien visent à ramener tous les sens du patient dans cette « bulle » définie par le couple soignant-soigné.

L'espace relationnel est fait d'échanges verbaux, mais aussi de bien d'autres signaux de communication, tels que le regard, l'intonation, les gestes, les réactions toniques, etc. Dès lors, l'objectif du soignant est de réduire cet espace, jusqu'à la zone d'intervention. Sur le plan symbolique, intervenir **sur** la bouche, puis **dans** la bouche,

nécessite une stratégie d'approche, qui interprète tous les signaux de communication émis, contrôlés ou non par le patient.

Le praticien n'a pour repères que les réactions corporelles du patient : tics, mimiques, postures, réactions toniques. Il est fondamental qu'il maîtrise déjà les gestes élémentaires techniques de son art et de ses automatismes professionnels. Une fois ces derniers acquis, le praticien disposera d'une plus grande disponibilité, d'une plus grande vigilance, et d'une meilleure écoute des choses qui ne peuvent pas être dites par le patient. Il est également recommandé pour le soignant, outre l'acquisition d'une certaine expérience, d'avoir reçu une formation spécifique quant à la gestion de problèmes comportementaux chez les patients atteints de psychopathologies.

Cependant, la régression du patient est fréquente. On voit souvent des moments régressifs discontinus et inconstants qu'il faut savoir percevoir. Trop de régression est parfois mal supporté par certains patients, ce qui entraîne des réactions brutales incontrôlées, comme des manifestations de colère, des pleurs, des cris, voire parfois des pertes de connaissance en cas de crises d'angoisses aiguës. Trop de contrôle peut également gêner le déroulement des soins : hypertonie défensive, fermeture volontaire de la bouche, opposition à la poursuite des soins, etc. A chaque patient correspond un équilibre qui lui est propre, par rapport à une situation, et à un praticien donnés. Cet équilibre n'est malheureusement pas constant, ni au cours d'une même séance, ni au cours de séances successives. Dans la recherche de cet équilibre, le chirurgien-dentiste devra respecter le rythme et les « rites » de son patient, comme par exemple le laisser s'installer confortablement, ou se rincer la bouche plusieurs fois, même si cela prend du temps. Il vaut mieux dans ce cas prévoir plus de temps pour l'aspect relationnel que pour la technique. S'il y a non respect de ces données, les défenses habituelles du patient, déjà perturbées au départ par l'existence de sa psychopathologie, s'en retrouvent submergées ; il y a rupture et montée brusque de l'angoisse, cet élément dépassant les possibilités d'adaptation du sujet à la situation, menant ainsi la relation à l'échec.

Lorsque toutefois l'établissement d'une relation adaptée est réussi, et que la coopération du patient s'avère suffisante, les soins relatifs aux lésions d'automutilation buccale pourront être envisagés en premier lieu au fauteuil, de manière traditionnelle, avec ou sans prescription anxiolytique préalable.

Dans le cas particulier des psychopathologies de type addictions, notamment en cas d'anorexie, boulimie ou toxicomanie, le traitement symptomatique s'effectuera le plus souvent au fauteuil, en milieu ordinaire. La priorité sera donnée à la reconstitution des dents délabrées (par odontologie conservatrice ou prothèse), et dans la mesure du possible (en fonction de la coopération du patient) à des mesures préventives, telles que des applications fluorées au fauteuil ou encore la réalisation de gouttières de fluoration pour un traitement ambulatoire.

Les patients atteints de psychopathologies sévères sont en général pris en charge en institution, dans la mesure où leur comportement est incompatible avec une vie de relation familiale adaptée. Leurs soins bucco-dentaires sont effectués le plus souvent en milieu hospitalier. Devant une absence totale de coopération, le praticien hospitalier peut programmer les soins sous sédation consciente, ou même dans certains cas sous anesthésie générale.

2.4.3. Les moyens psychothérapeutiques contre l'automutilation

Même si la mise en œuvre de moyens psychothérapeutiques dépasse la compétence du chirurgien-dentiste, nous pensons que celui-ci doit avoir au moins connaissance des techniques thérapeutiques actuelles dont disposent les psychiatres pour traiter l'automutilation. Pour assurer une prise en charge efficace de son patient, le praticien doit être en mesure de l'orienter vers un psychothérapeute, et de lui en expliquer (ou à sa famille) la nécessité, ainsi que les bénéfices escomptés.

2.4.3.1. Les traitements pharmacologiques

Nous nous tiendrons ici aux traitements médicamenteux du seul symptôme « automutilation » rencontré dans les psychopathologies. Ces médicaments peuvent être prescrits dans la poursuite de plusieurs buts (**Morelle**, 1995) :

1) Chercher à soigner des éléments somatiques susceptibles d'enclencher l'automutilation, comme des troubles digestifs, une otite ou toute autre souffrance physique. L'administration d'analgésiques permet, dans certains cas, de faire un diagnostic différentiel quant à l'origine réelle de la praxie automutilante.

2) Viser à interférer dans la biochimie d'un individu pour agir sur tel déficit ou tel excès de neuromodulateurs. Dans le syndrome de Lesch-Nyhan par exemple, le traitement médicamenteux à base d'allopurinol, vise à réduire certains effets de la perturbation du métabolisme des purines. On peut également épingler l'action de l'endorphine qui, par son pouvoir analgésique, pourrait être responsable de l'entretien de certaines automutilations. Une des thérapeutiques préconisées est destinée à rompre le cercle vicieux de la production d'endorphines, secondaire à la douleur provoquée par l'automutilation, en injectant une substance antagoniste comme la naloxone.

3) Enfin, avoir une action plus générale, en réduisant l'angoisse ou la tension, et en calmant le patient par des sédatifs. Classiquement, les neuroleptiques sont à la base de la chimiothérapie utilisée contre l'automutilation, compte tenu de son origine souvent psychotique. Lorsque l'anxiété et /ou les symptômes dépressifs font partie du contexte étiologique (ou en sont parfois les conséquences) de l'automutilation, on pourra éventuellement adjoindre aux neuroleptiques des anxiolytiques ou encore des antidépresseurs.

Il a été démontré que le succès d'un traitement est rarement garanti à l'issue d'une psychothérapie seule. Il s'avère maintenant clair qu'une psychothérapie, quelle qu'en soit la technique (justement choisie par le psychothérapeute, comme la psychanalyse, l'hypnose, etc.), a plus de chances de réussir si elle est associée à un traitement chimiothérapique. Cette observation a pu être expliquée par le fait que le traitement médicamenteux correspond davantage à une prise en charge médicale de la maladie et de ses symptômes, d'où une plus grande volonté d'investissement et de persévérance de la part du patient. De plus, en allégeant les symptômes comme l'anxiété, l'hostilité, la dépression, le traitement médicamenteux permet une plus grande disposition du patient à suivre une psychothérapie.(**Van Moffaert**, 1989)

2.4.3.2. Les thérapies comportementales

La personne handicapée mentale automutilante est un patient de choix pour les thérapies comportementales, qui visent à changer ses réactions négatives par un conditionnement appelé « conditionnement opérant » ou en anglais, « *learning theory* ». Cette thérapie « behavioriste » s'est particulièrement attachée au problème de l'automutilation qui a pu résister à d'autres moyens thérapeutiques comme les traitements médicamenteux ou les psychothérapies classiques. Elle semble d'ailleurs aujourd'hui être la technique la plus efficace contre ce trouble du comportement si particulier, d'autant plus lorsqu'elle est associée à une chimiothérapie.

Les publications sur la thérapie comportementale (ou « *behavior therapy* ») sont très nombreuses dans la littérature anglo-saxonne. Elles se centrent sur deux formes d'intervention : le **renforcement positif** par encouragement et récompense face aux comportements désirables, et le **renforcement négatif** par punition ou baisse de l'attention face à des comportements considérés comme indésirables. Ces deux modes d'intervention sont souvent utilisés consécutivement chez un même patient.

Décrivons ici brièvement quelques uns des modes d'intervention les plus couramment utilisés :

- **Le renforcement positif** : on renforce, par récompense ou attention privilégiée, soit un comportement autre que l'automutilation, soit un comportement qui, non seulement est différent, mais en plus est incompatible avec le mouvement automutilant (comme le fait par exemple d'applaudir et de se mordre les mains simultanément). Les comportements renforcés sont propres à chaque patient, en fonction de ses intérêts personnels et de son mode d'automutilation. Le comportement alternatif fait généralement partie du répertoire comportemental, ce qui permet de parler effectivement de renforcement. Mais il peut s'agir d'un nouveau comportement nécessitant une période d'apprentissage.

- **Le renforcement négatif**, ou **procédures punitives directes** : le comportement automutilant est puni par une intervention sur le corps du patient à chaque fois que l'automutilation apparaît. La punition peut être de faire respirer de l'ammoniaque, faire avaler des substances amères, appliquer du jus de citron sur des plaies buccales auto-provoquées, envoyer de l'eau au visage, etc. Ces interventions sont appelées stimuli aversifs. Les auteurs décrivant ce type de procédure s'en justifient en soulignant la rapidité de l'amélioration générale du patient. Mais il est clair que ces techniques soulèvent beaucoup de questions éthiques. Avant de les mettre en œuvre, le thérapeute doit juger de leur caractère indispensable. Le fait de punir directement le patient, de provoquer chez lui une certaine douleur, doit pouvoir se justifier devant l'importance de l'automutilation ; en d'autres termes, la punition doit être « méritée ». Les punitions considérées comme « légères », comme le fait de taper sur la main, de cacher la face du patient, seront plus adéquates devant des automutilations « minimes », comme par exemple le mordillement des doigts. Par contre, dans les cas d'automutilation sévère, où le patient met véritablement sa santé en péril, la punition devra être plus « à la hauteur » de la gravité de la situation. Ce type d'intervention sera donc le plus souvent mis en place dans l'urgence, et préférentiellement utilisé à court terme. Enfin, certaines techniques, jugées trop « brutales » comme les chocs électriques, ont aujourd'hui été abandonnées.

L'électro-convulsivo-thérapie (E.C.T.) est, depuis les années 1970, réservée au traitement de certaines pathologies psychiatriques, comme les états dépressifs ou maniaques graves, ou encore les troubles délirants aigus résistants à la chimiothérapie, où il existe un risque important de suicide durant une période de 3 à 4 semaines suivant la mise en place d'un traitement antidépresseur (ou neuroleptique), avant que celui-ci ne révèle efficacement ses effets. Elle est donc réalisée uniquement dans un but thérapeutique, sous anesthésie générale et curarisation : devenue totalement indolore, elle ne doit plus être utilisée comme méthode punitive.

- **Les procédures punitives indirectes** : ces méthodes sont essentiellement le « *time-out* » et « *l'extinction* ». Le premier implique l'isolement du patient, le deuxième un simple retrait de stimulations positives. L'impact du « *time-out* » dépend de la manière dont le patient vit ses relations à autrui et, par conséquent, du ou des sens dont son symptôme est porteur. L'« *extinction* » est un retrait d'attention ou de stimuli positifs, sans isoler le patient. Cette technique est d'autant plus efficace qu'elle agit sur les éventuels renforçateurs de l'automutilation. Ne plus procurer de l'attention au patient chaque fois qu'il s'automutile n'est utile que si l'automutilation semble renforcée par l'attention. Mais cette pratique fait courir le risque d'une augmentation de l'automutilation pour arriver à ses fins, c'est-à-dire capter l'attention de l'éducateur. C'est une méthode qui est généralement couplée à une autre, comme le renforcement positif d'un comportement adéquat.

- **La contention** : cette méthode semble être un outil préventif de l'automutilation, mais qui peut avoir parallèlement d'autres effets comme celui de réduire l'anxiété chez certains patients ou parmi l'équipe soignante. Elle est composée d'un matériel mis au point individuellement de telle sorte que le mouvement automutilant est rendu impossible ou fortement entravé. Il peut également s'agir d'une protection permettant d'éviter les blessures. Ceux qui se frappent avec les mains pourront être maintenus par un tablier attachant les mains derrière le dos, ou par des coudières entravant la pliure des avant-bras. Le port de moufles est utilisé pour les patients qui se griffent ou se mordent les mains. La tête peut être protégée par un casque avec ou sans visière, en fonction de la nécessité de protéger les yeux. La contention est fréquemment utilisée après un épisode d'automutilation. Mais si le sujet est plus détendu avec celle-ci, elle peut paradoxalement en devenir un renforçateur. Si par contre le sujet supporte mal la contention, celle-ci peut avoir un rôle punitif et contribuer à réduire l'automutilation. Ce n'est qu'après avoir expérimenté cette méthode que le thérapeute pourra en conclure les effets, à savoir un rôle punitif donc suppresseur, ou au contraire renforçateur de l'automutilation. Il est néanmoins évident qu'appliquer un moyen de contention lorsque l'automutilation s'aggrave est de toute façon favorable, dans la mesure où cela prévient des lésions irréversibles. Dans ce cas, la contention offre des limites au sujet qui n'arrive pas à s'en donner lui-même, elle réduit son angoisse et peut-être aussi sa propension à s'automutiler. Elle joue également un rôle sur l'équipe soignante (ou l'entourage du patient) qui sera soulagée d'une surveillance intensive. Enfin, la contention apparaît comme un outil indispensable dans un contexte donné, avant d'avoir mis en place un traitement permettant de contrôler l'automutilation. Mais à longue échéance, elle peut se révéler nocive pour le patient : elle peut provoquer des malformations, aggraver le retard mental et /ou moteur, et réduire ses capacités d'interaction sociale, dans la mesure où il est socialement

écarté de ses activités. De plus, elle peut susciter la recherche de nouvelles formes d'automutilation.(**Morelle**, 1995)

Pour conclure sur ces techniques comportementales, nous retiendrons que les techniques punitives directes peuvent être relativement efficaces à court terme, mais elles devront être justifiées et utilisées uniquement en cas d'« urgence ». Le renforcement positif, qui lui est beaucoup moins coercitif, et soulève de ce fait moins de questions éthiques, sera utilisé préférentiellement à long terme. Ce renforcement positif, qui est reconnu comme la méthode la plus efficace, devra d'ailleurs toujours être privilégié ; ce qui n'empêche pas bien sûr de pouvoir l'alterner avec des phases de renforcement négatif en période de « crises ». Dans le cas spécifique de l'automutilation chez les enfants, ces techniques visant à agir sur leur comportement, doivent au préalable concerner les parents : c'est là le rôle du psychothérapeute de les « rééduquer » - sans toutefois les amener à culpabiliser - afin qu'ils acquièrent plus de facilité à prendre en charge leurs enfants.

2.5. La chirurgie maxillo-faciale comme moyen thérapeutique

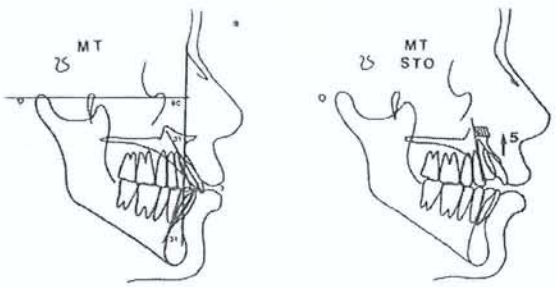
Là encore, nous sortons du cadre de la compétence du chirurgien-dentiste en ce qui concerne le traitement des automutilations buccales, mais il nous semble important de connaître quelques unes des possibilités thérapeutiques actuelles, tout du moins leurs principes d'application, en rapport avec cette spécialité médicale.

2.5.1. La chirurgie orthognatique en prévention des morsures labiales (**Macpherson** et coll., 1992)

Cette technique a été utilisée pour la première fois par Wolford, vers la fin des années 1970. Elle consiste en une ostéotomie du maxillaire ou de la mandibule, destinée à créer une béance antérieure, évitant ainsi les morsures labiales. En permettant la conservation des dents pour la fonction et l'esthétique, ce principe s'avère être une solution alternative aux extractions dentaires dites « préventives ». Le chirurgien maxillo-facial peut avoir recours à différentes techniques, qui sont les suivantes :

- ostéotomie maxillaire antérieure pour repositionner le bloc incisivo-canin supérieurement ;
- ostéotomie mandibulaire sous-apicale pour repositionner le bloc incisivo-canin inférieurement ;
- ostéotomies bilatérales du corps mandibulaire pour repositionner le bloc incisivo-canin inférieur et le menton vers le bas ;
- ostéotomie de Lefort 1 pour déplacer le bloc incisivo-canin supérieur vers le haut et les dents postérieures supérieures vers le bas, en plusieurs segments. Cette technique est, entre autres, déconseillée chez patients bruxomanes ;
- ostéotomie bilatérale des branches mandibulaires pour réaliser une rotation de la portion antérieure de la mandibule vers le bas. Cette technique est également déconseillée chez les patients qui grincent ou serrent des dents.

Le schéma suivant illustre l'analyse céphalométrique préalable et indispensable à la réalisation d'une ostéotomie, ici concernant le secteur antérieur maxillaire, et permettant un déplacement de 5 mm du bloc incisivo-canin supérieur vers le haut :



Le résultat obtenu en termes de béance antérieure, un an après l'intervention, est représenté par la photographie ci-dessous (molaires en occlusion) :

Afin de ne pas interférer sur la croissance des os faciaux, l'indication de cette technique sera limitée aux patients adultes (en dehors de quelques exceptions). Les procédures les plus utilisées sont celles qui permettent une conservation de l'occlusion postérieure. Celles qui se confinent aux arcades antérieures assureront une meilleure stabilité chirurgicale, d'autant plus si les patients ont tendance à « bruxer ». En contention post-opératoire, on préfère aujourd'hui les dispositifs de fixation rigides aux fixations inter-maxillaires, car ils réduisent la morbidité post-opératoire et améliorent la stabilité des résultats.

Ce type d'intervention doit être justifié médicalement car il comporte des risques lourds, liés non seulement à l'anesthésie générale requise, mais aussi au type d'intervention lui-même, dans la mesure où il concerne des structures faciales « nobles ». Il doit être réservé à quelques cas bien précis d'automutilation labiale, où tout autre dispositif de protection a échoué, et où les extractions dentaires ne sont pas souhaitées, ni par la famille, ni par le patient, ni par le praticien. En cas d'automutilation par morsures ciblant d'autres parties du corps que les lèvres, notamment les mains ou les doigts, ce moyen thérapeutique n'aura guère d'utilité.

Par ailleurs, il repose sur un plan de traitement complexe, qui implique notamment une analyse céphalométrique rigoureuse, ainsi que le respect impératif des consignes se rapportant au suivi post-opératoire. Ce plan de traitement doit être discuté en coopération, entre le médecin traitant, le chirurgien maxillo-facial et éventuellement un orthodontiste, afin que toutes les précautions nécessaires soient prises.

Enfin, il existe un certain nombre de contre-indications à ce type de moyen thérapeutique « préventif », qu'elles soient d'ordre général (notamment en cas de risque hémorragique, infectieux, etc.), ou d'ordre local (état des dents ne suscitant pas la nécessité de les conserver, forces occlusales excessives et incompatibles avec les dispositifs de contention requis, etc.).

2.5.2. La chirurgie maxillo-faciale comme moyen de réparation des lésions graves d'automutilation buccale

Lorsque les pertes tissulaires engendrées par l'automutilation (morsures, lacérations, excoriations profondes) sont conséquentes, la réparation par chirurgie maxillo-faciale est souvent indispensable.

Rees et **Daniller** ont rapporté, en 1969, quelques cas d'automutilation par lacérations cutanées, au niveau de la face et des lèvres. Pour la plupart, le préjudice était purement esthétique. L'aspect fonctionnel des structures affectées n'étant pas mis en jeu, les deux précédents auteurs ont souligné l'importance d'une prise en charge psychiatrique préalable à toute intervention chirurgicale dite plastique.

C'est donc uniquement lorsque le patient sera jugé « stabilisé psychologiquement » par le psychothérapeute, qu'il pourra faire l'objet d'une intervention chirurgicale. La chirurgie plastique consistera en général en l'excision des cicatrices cutanées, suivie d'une régularisation par dermabrasion.

Dans le cas spécifique des morsures labiales, la perte de tissu peut être très variable : elle peut aller d'une simple abrasion muqueuse à une atteinte profonde incluant la peau, les muscles labiaux et la muqueuse, et perturbant la motricité labiale (difficultés à la phonation, à la prise alimentaire, bavage incessant, etc.).

Les plaies labiales profondes étant considérées à haut risque de surinfection, les chirurgiens maxillo-faciaux préconisent en général d'attendre une cicatrisation spontanée du site avant de prévoir une intervention de reconstruction. C'est donc le plus souvent par traitement anti-infectieux que le patient sera traité d'emblée, pour favoriser cette cicatrisation primaire : les plaies pourront être soigneusement nettoyées avec de l'eau oxygénée (H_2O_2) à 10%, puis protégées par un pansement étanche. Un traitement antibiotique à large spectre (comme l'ampicilline) sera mis en place le plus tôt possible par voie orale, associé à des rinçages de bouche antiseptiques.

Cette étape de cicatrisation « préopératoire » durera en moyenne 3 mois, afin d'obtenir une résolution complète de l'œdème et de l'induration cutanés, avant l'intervention chirurgicale. Dans certains cas où la perte tissulaire est uniquement muqueuse et de faible étendue, la cicatrisation peut ne laisser qu'un défaut minime et insuffisant pour requérir une correction chirurgicale.

Nous pouvons citer brièvement quelques unes des techniques chirurgicales utilisées dans les cas de pertes tissulaires profondes (**Iregbulem**, 1979) :

- **Le déplacement muqueux** : cette technique consiste en la réalisation et le déplacement consécutif d'un lambeau muqueux pour combler la perte de tissu labial. Elle est indiquée lorsque le défaut est principalement muqueux et que l'épaisseur résiduelle est suffisante.

- **La suture directe ou « *Z-plasty* »** : lorsque le défaut de pleine épaisseur est trop large ou trop proche de la ligne médiane des lèvres, celui-ci peut être comblé par suture directe du site, après excision en « V » au niveau des bords de la plaie. Cette suture sera associée à une plastie en forme de « Z », afin de libérer au maximum la tension tissulaire et de prévenir les limitations de mobilité labiale.

- **Le lambeau de rotation** : lorsque la quantité de tissu labial résiduel le permet, on peut envisager la réalisation d'un lambeau cutané de pleine épaisseur, pédiculé à la base d'une lèvre ou d'une joue, déplacé ensuite en rotation, et suturé au niveau de la ligne médiane.

- **Le lambeau naso-labial** : cette technique sera de choix pour la réparation des lésions profondes latérales de la lèvre inférieure. On réalisera pour cela un lambeau de pleine épaisseur au niveau de l'aire cutanée naso-labiale ; celui-ci sera pédiculé à proximité d'un angle buccal, et déplacé en rotation par-dessus la lèvre supérieure, jusqu'au site labial inférieur receveur. Pour une reconstitution esthétique du vermillon, on pourra éventuellement y adjoindre le déplacement d'un petit lambeau muqueux.

Toutes ces techniques donnent en général des résultats acceptables en termes de fonction orbiculaire labiale. Néanmoins, certains cas peuvent nécessiter une seconde intervention de « recorrection » plastique.

Nous pouvons voir sur les photographies suivantes les résultats esthétiques obtenus chez une patiente après chirurgie réparatrice :

Avant chirurgie

Après chirurgie

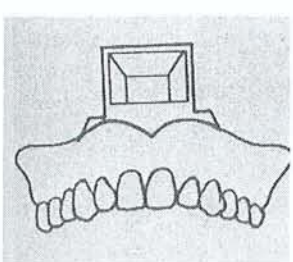
Par ailleurs, dans certains cas, le chirurgien-dentiste peut être amené à travailler en coopération avec un chirurgien maxillo-facial. Le cas clinique suivant, décrit en 1968 par **Gigliotti** et **Waring**, propose justement un type de travail associant prothèse dentaire et prothèse maxillo-faciale. Il s'agit d'une patiente psychotique, âgée de 61 ans, présentant un édentement total. L'automutilation rapportée chez cette femme (lacérations réalisées avec ses ongles) a été considérée grave puisqu'elle a abouti à la perte de l'intégralité de ses structures nasales, ainsi que d'une partie du plancher de ses fosses nasales, laissant un large pertuis au niveau du palais dur, comme le montrent les photographies suivantes :

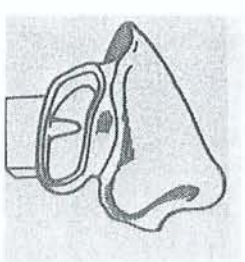
Face

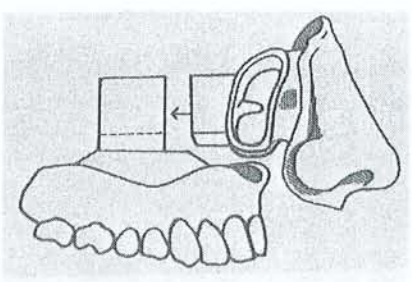
Profil

Lors de la consultation, la patiente a affirmé être plus gênée par les inconvénients de la prise alimentaire – car tous les aliments qu'elle ingurgitait étaient refoulés par les voies nasales – que par le préjudice esthétique en lui-même. La prise en charge a ainsi été décidée conjointement entre un chirurgien maxillo-facial pour la régularisation chirurgicale du pertuis et la réalisation d'une épithèse nasale, et un chirurgien-dentiste pour la réfection d'une prothèse dentaire complète maxillaire, en apposition avec la prothèse nasale. La patiente a également été adressée chez un psychiatre, une fois la prothèse terminée, pour un traitement psychothérapique.

En ce qui concerne la prothèse en question, les étapes de réalisation de la prothèse dentaire ont été suivies classiquement jusqu'à l'essayage de la maquette en cire. Puis, une pièce magnétique de forme rectangulaire a été adjointe au niveau de l'intrados. L'ensemble a été polymérisé en résine classique. La prothèse nasale, quant à elle, a été confectionnée en résine souple pour sa partie externe et en résine dure pour sa partie interne, intégrant un dispositif en apposition directe avec l'élément magnétique de la prothèse dentaire, comme nous pouvons le voir sur le croquis ci-dessous :







La confection associée d'une prothèse dentaire et d'une prothèse nasale a permis une réhabilitation à la fois esthétique et fonctionnelle (en particulier pour la prise alimentaire et la phonation), ainsi qu'une rétention supplémentaire pour l'un et l'autre des deux types d'appareils. Cette prise en charge multidisciplinaire a de ce fait contribué à améliorer considérablement la personnalité de cette patiente, ainsi que sa vie relationnelle.

Enfin, il existe d'autres types d'automutilation pouvant être pris en charge en chirurgie maxillo-faciale, comme par exemple l'auto-amputation de la langue. Face aux pertes tissulaires importantes de la langue, c'est le risque hémorragique qui est le plus à craindre. Ce risque sera contré par la réalisation de sutures soigneusement disposées, bien que le rapprochement des berges soit difficile dans ce cas. La plupart du temps, le nettoyage des débris linguaux, ainsi qu'une correction plastique éventuelle s'effectueront sous anesthésie générale. On pourra également envisager la mise en place d'une sonde gastrique, pour pallier aux difficultés des prises alimentaires post-opératoires. Parfois même, en prévention d'un œdème post-opératoire de la base de langue et des problèmes de ventilation subséquents, une trachéotomie sera indispensable. Quoi qu'il en soit, une amputation linguale laissera le plus souvent des séquelles fonctionnelles à vie, à savoir une perturbation de la déglutition, de la phonation, de la mastication, et de la gustation.

Ainsi, la prise en charge des automutilations buccales sévères peut s'avérer très complexe : elle nécessitera d'autant plus de coopération entre le chirurgien-dentiste et divers spécialistes médicaux, comme les psychothérapeutes, les chirurgiens maxillo-faciaux ou encore les neurochirurgiens.

3. Tableau récapitulatif des moyens thérapeutiques rapportés au type étiologique d'automutilation

Le tableau présenté à la page suivante nous montre que le traitement peut être à la fois préventif, interceptif ou curatif, en fonctions des différentes étiologies possibles de l'automutilation.

Il est destiné à tout chirurgien-dentiste à qui se présente un cas diagnostiqué d'automutilation buccale, de manière à l'orienter plus facilement vers une solution thérapeutique adaptée.

Nous ajouterons enfin que ce tableau n'est pas censé donner une liste exhaustive des possibilités thérapeutiques déjà citées, mais plutôt une vue d'ensemble plus « synthétique ».

ETIOLOGIES	Traitement **PREVENTIF**	Traitement **INTERCEPTIF**	Traitement **CURATIF**
Lésions « cosmétiques »	Efforts de dissuasion Soins préventifs Informations, conseils		Traitement de l'infection, local ou systémique
Stress	Règles hygiéno-diététiques		Traitement médicamenteux (anxiolytiques)
Tics et parafonctions		Dialogue soignant-soigné Rééducation (Schultz, Lader, Taddey) Hypno-sophrologie	Elimination des facteurs étiologiques locaux
Lésions : * tissus mous	Surveillance		Traitement des surinfections
* tissus durs	Gouttière anti-bruxisme		Reconstitutions coronaires ou prothétiques
Lésions liées aux troubles organiques neurologiques	**Prévention** des morsures post-anesthésiques : instructions post-opératoires, gouttière thermoformée **Prévention** des morsures des troubles organiques : * <u>Conservatrice</u> : gouttière occlusale, prothèse amovible, écran vestibulaire **Prévention** des risques hémorragique, infectieux, carcinogène		Chirurgie orthognatique * <u>Non conservatrice</u> : avulsions dentaires
Lésions d'origine psychiatrique	Abord spécifique au cabinet dentaire Mesures préventives (fluorations) Dispositifs de protection	Traitement médicamenteux spécifique Psychothérapies Thérapies comportementales	Reconstitutions coronaires Traitement d'urgence des surinfections et hémorragies Edentation totale Réparation : chirurgie et /ou prothèse maxillo-faciale

CONCLUSION

Nous avons ainsi pu découvrir tout au long de cette présentation que l'automutilation buccale est un phénomène bien particulier, qui a cependant tendance à se généraliser et à devenir moins conséquent en termes de lésions résultantes. Nous avons tous, autour de nous, quelqu'un qui se mutile ou s'est déjà mutilé, au sens où nous l'entendons ici. Ce symptôme, quel que soit son degré de gravité est donc amené à concerner de plus en plus le chirurgien-dentiste dans sa pratique au quotidien, que ce soit en cabinet d'exercice privé ou en pratique hospitalière.

Celui-ci sera souvent confronté à un problème de diagnostic, mais il pourra plus facilement l'appréhender au cours de son expérience professionnelle.

Il devra la plupart du temps faire appel à d'autres praticiens de diverses spécialités médicales, notamment psychiatres, chirurgiens maxillo-faciaux, neurochirurgiens, ou simplement médecin traitant du patient. Ainsi, le problème posé par l'automutilation buccale, aussi bien pour l'établissement de son diagnostic que pour sa prise en charge, est habituellement trop complexe pour pouvoir être résolu par le chirurgien-dentiste seul.

Par ailleurs, quelles que soient les méthodes de traitement envisagées, le risque est grand de se focaliser sur le comportement automutilant plutôt que sur la personne qui en vient à s'automutiler : afin que l'automutilation puisse être traitée comme il se doit en tant que trouble médical, il est primordial de prendre d'abord en considération le patient en tant que « personne ».

Nous avons ici décrit plusieurs cas cliniques recueillis dans la littérature, mais il est important de garder à l'esprit qu'il en existe beaucoup d'autres, qui restent « dans l'ombre » et qui nécessiteraient une prise en charge médico-psychiatrique. Le chirurgien-dentiste joue donc un rôle majeur dans le dépistage de l'automutilation.

Enfin, nous terminerons par cette citation de Spinoza déjà employée, mais qu'il nous semble intéressant de réintroduire ici pour conclure : « Ne vous moquez pas des faits et gestes d'autrui, ne les déplorez pas, ne les jugez pas, mais essayez de les comprendre » ; ce modèle de conduite exemplaire face à l'automutilation, étant destiné aussi bien à l'entourage de « l'être automutilant » qu'au personnel soignant dans son ensemble.

BIBLIOGRAPHIE

1) **AKHONDI H., RAHIMI A.R.**
Haemophilus aphrophilus endocarditis after tongue piercing.
Emerg. Infect. Dis., 2002, 8, 8, 850-851

2) **ALBERTI, Nadège**
Anorexie mentale et boulimie : étude clinique des répercussions bucco-dento-faciales dans une population d'enfants et d'adolescents suivis en pédopsychiatrie.-123 f.
Th : Chir. Dent. : Nancy 1 : 2004 ; 6

3) **ALTOM R.L, DIANGELIS A.J.**
Multiple autoextractions : oral self-mutilation reviewed.
Oral Surg., 1989, 67, 271-274

4) **ARMSTRONG D., MATT M.K.**
Autoextraction in an autistic dental patient : a case report.
Spec. Care Dentist., 1999, 19, 2, 72-74

5) **AYER W.A., LEVIN M.P.**
Self-mutilating behaviors involving the oral cavity.
J. Oral Med., 1974, 29, 1, 4-7

6) **BACHMAN J.A.**
Self-injurious behavior : a behavioral analysis.
J. Abnorm. Psychol., 1972, 80, 211-224

7) **BARETT A.P., BUCKLEY D.J.**
Covert self-mutilation of oral tissues and skin by mechanical and chemical means.
Oral Surg., 1988, 65, 685-688

8) **BENECKE M.**
First report of non psychotic self-cannibalism (autophagy), tongue splitting, and scar patterns (scarification) as an extreme form of cultural body modification in a western civilization.
Am. J. Forensic Med. Pathol., 1999, 20, 3, 281-285

9) **BENSABAT S.**
Le stress, c'est la vie.
Paris : Fixot, 1989.-210 p.

10) **BEN SLAMA L.**
Panorama des principales affections de la muqueuse buccale.
Paris : laboratoire Aventis, 2003.-184 p.

11) **BICHET, Isabelle**
Le tabac : conséquences en odonto-stomatologie.-172 f.
Th : Chir. Dent. : Nancy 1 : 1993 ; 53

12) **BLANTON P.L., HURT W.C., LARGENT M.D.**
Oral factitious injuries.
J. Periodontol., 1977, 48, 1, 33-37

13) **BOTCHWAY C., KUC I.**
Tongue piercing and associated tooth fracture.
J. Can. Dent. Assoc., 1998, 64, 803-805

14) **BRESSMANN T.**
Self-inflicted cosmetic tongue split : a case report.
J. Can. Dent. Assoc., 2004, 70, 3, 156-157

15) **BRUNEL G., SAUVEUR G., WIERZBA C.B.**
Pathologies générales et bucco-dentaires chez le toxicomane.
Rev. Odonto. Stomatol., 1994, 23, 6, 461-477

16) **BRYSON Y., SAKATI N., NYHAN W.L., FISH C.H.**
Self-mutilative behavior in the Cornelia de Lange syndrome.
Am. J. Ment. Defic., 1971, 76, 319-324

17) **BUTTERWORTH T., LEONI E.P., BEERMAN H., GRAY WOOD M., STREAN L.P.**
Cheilitis of mongolism.
J. Invest. Dermatol., 1960, 35, 347-351

18) **CARR E.G.**
The motivation of self-injurious behavior : a review of some hypotheses.
Psychol. Bull., 1977, 84, 800-816

19) **CRESPI P.V., FRIEDMAN R.B.**
Prevention of postanesthetic oral self-mutilation.
Spec. Care Dentist., 1986, 6, 2, 68-69

20) **CRISTOBAL M.C., AGUILAR A., URBINA F., GUERRA P., SANCHEZ DE PAZ F., GARCIA-PEREZ A., AVELLANOSA I.**
Self-inflicted tongue ulcer : an unusual form of factitious disorder.
J. Am. Acad. Dermatol., 1987, 17, 2, 339-341

21) **CROTTY C.P., DICKEN C.H.**
Factitious lip crusting.
Arch. Dermatol., 1981, 117, 338-340

22) **DENBESTEN P.K., Mc IVER F.T.**
Oral self-mutilation in a child with congenital toxoplasmosis : a clinical report.
Pediatr. Dent., 1984, 6, 98-101

23) **DIAB M.**
Self-inflicted orodental injury in a child with Leigh disease.
Int. J. Paediatr. Dent., 2004, 14, 73-77

24) **DROZ D.**
Cours d'odontologie pédiatrique de 5ème année.
Faculté de Chirurgie Dentaire, Nancy, 2004

25) **ER N., OZKAVAF A., BERBEROGLU A., YAMALIK A.**
An unusual cause of gingival recession : oral piercing.
J. Periodontol., 2000, 71, 11, 1767-1769

26) **FINGER S.T., DUPERON D.F.**
The management of self-inflicted oral trauma secondary to encephalitis : a clinical report.
ASDC J. Dent. Child., 1991, 58, 1, 60-63

27) **FOURNIER C., MASCRES C.**
L'influence du stress sur les tissus bucco-dentaires.
J. Dent. Que., 1988, 25, 701-706

28) **GENY, Jacques**
Les influences des habitudes nocives sur la cavité buccale.-75 f.
Th : Chir. Dent. : Nancy 1 : 1985 ; 86

29) **GIGLIOTTI R., WARING H.G.**
Self-inflicted destruction of nose and palate: report of case.
J. Am. Dent. Assoc., 1968, 76, 3, 593-596

30) **GILMOUR A.G., CRAVEN C.M., CHUSTECKI A.M.**
Self-mutilation under combined inferior dental block and solvent intoxication ?
Br. Dent. J., 1984, 156, 12, 438-439

31) **GLASS L.F., MAIZE J.C.**
Morsicatio buccarum and labiorum (excessive cheek and lip biting).
Am. J. Dermatopathol., 1991, 13, 3, 271-274

32) **GOLDEN S., CHOSACK A.**
Oral manifestations of a psychological problem.
J. Periodontol., 1964, 35, 349-350

33) **GOUILLOU, Philippe** (page Internet consultée le 9/09/2004)
FAQ Automutilation intellectuelle.
http : // www.douance.org.

34) **HANSON G.E.**
Letter : prevention of self-inflicted trauma.
J. Oral Surg., 1975, 33, 3, 167

35) **HARPER K.A.**
Double fracture and wedging of a sewing needle interdentally in an attempt at self-treatment : a case report.
Dent. Update., 2002, 29, 2, 78-79

36) **HASLER J.F., SCHULTZ W.F.**
Factitial gingival traumatism.
J. Periodontol., 1968, 39, 362-363

37) **HATJIGIORGIS C.G., MARTIN J.W.**
An interim prosthesis to prevent lip and cheek biting.
J. Prosthet. Dent., 1988, 59, 2, 250-252

38) **HAYWARD J.R., TREFZ B.R., ROBERT R.C., YELLICH G.M.**
Soft plastic mouthguards for use in prevention of self-inflicted oral trauma.
J. Hosp. Dent. Pract., 1979, 13, 36-37

39) **HERITIER M.**
Anatomie pathologique des dents et de la muqueuse buccale.
Paris : Masson, 1989.-108 p.

40) **HJORTING-HANSEN E., HOLST E.**
Morsicatio mucosae oris and suctio mucosae oris.
An analysis of oral mucosal changes due to biting and sucking habits.
Scand. J. Dent. Res., 1970, 78, 6, 492-499

41) **IREGBULEM L.M.**
Human bite losses of the lower lip.
Plast. Reconstr. Surg., 1979, 64, 811-814

42) **JEAMBAIRE, Roger**
Aspects cliniques de l'alcoolisme chronique : incidences au cabinet dentaire.-136 f.
Th : Chir. Dent. : Nancy 1 : 1984 ; 79

43) **JEAMMET P., REYNAUD M., CONSOLI S.**
Psychologie médicale.
Paris : Masson, 2ème édition, 1996.-394 p.

44) **JEANMOUGIN M., CIVATTE J., BERTAIL M.A.**
Chéilites squamo-croûteuses factices.
Ann. Dermatol. Venereol., 1984, 111, 1007-1011

45) **JONDET G.**
Autodestruction du système masticateur et parafonctions.
Inf. Dentaire, 1961, 49, 1811-1815

46) **KEOGH I.J., O'LEARY G.**
Serious complication of tongue piercing.
J. Laryngol. Otol., 2001, 115, 3, 233-234

47) **KOCH A., KANE J.F., JOCHMUS I., KANE G., WILHELMSTROOP-MEYER A.**
Treatment of auto-aggression based on learning theory.
Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr., 1979, 28, 3, 83-91

48) **KOFFI-MALAN, Nadège**
Les altérations dento-bucco-faciales en Afrique Noire : mutilation ou esthétique ?-84 f.
Th : Chir. Dent. : Nancy 1 : 1999 ; 2

49) **KOTANSKY K., GOLDBERG M., TENENBAUM H.C., MOCK D.**
Factitious injury of the oral mucosa : a case series.
J. Periodontol., 1995, 66, 241-245

50) **KUFFER R.**
Chéilites et lésions des lèvres artificiellement provoquées.
Ann. Dermatol. Venereol., 1990, 117, 6-7, 477-486

51) **LAMEY P.J., Mc NAB L., GIBB R.**
Orofacial artefactual disease.
Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1994, 77, 131-134

52) **LANGER A.**
Chemopsychotherapy and its role in prosthodontic failures in elderly patients.
J. Prosthet. Dent., 1984, 52, 1, 14-19

53) **LOPEZ-PELAEZ M.F., ROLDAN J., MATEO S.**
Cervical emphysema, pneumomediastinum, and pneumothorax following self-induced oral injury.
Chest., 2001, 120, 306-309

54) **LOWE O.**
Tourette's syndrome : management of oral complications.
J. Dent. Child., 1986, 53, 456-460

55) **MACPHERSON D.W., WOLFORD L.M., KORTEBEIN M.J.**
Orthognathic surgery for the treatment of chronic self-mutilization of the lips.
Int. J. Oral Maxillofac. Surg., 1992, 21, 3, 133-136

56) **MAIBAUM W.W., MARGHERITA V.A.**
Tongue piercing : a concern for the dentist.
Gen. Dent., 1997, 45, 5, 495-497

57) **MARGAILLAN-FIAMMENGO L.**
Les tics oraux archaïques et leur correction par la sophrologie.
Inf. Dent., 1975, 57, 23-28

58) **MARTIN-DARROU, Séverine**
Histoire des mutilations dentaires intentionnelles dans le monde.-231 f.
Th : Chir. Dent. : Nancy 1: 1995 ; 58

59) **MARTINELLO R.A., COONEY E.L.**
Cerebellar brain abscess associated with tongue piercing.
Clin. Infect. Dis., 2003, 36, 2, 32-34

60) **MASS E., GADOTH N.**
Oro-dental self-mutilation in familial dysautonomia.
J. Oral Pathol. Med., 1994, 23, 273-276

61) **MEIGEL W., BRAUN-FALCO O.**
Automutilation der Unterlippe, verbunden mit Athetose und Oligophrenic ohne Purinstoffwechselstörung („ Pseudo Lesch-Nyhan Syndrome „).
Hautarzt., 1973, 24, 158-160

62) **MENDEL R.W.**
Self-inflicted injury to teeth and supporting structures associated with an occupational habit.
J. Ky. Dent. Assoc., 1976, 28, 3, 15-18

63) **MICHALOWSKI R.**
Münchausen's syndrome : a new variety of bleeding type self-inflicted cheilorrhagia and cheilitis glandularis.
Dermatologica., 1985, 170, 94-97

64) **MORELLE C.**
Le corps blessé : automutilation, psychiatrie et psychanalyse.
Paris : Masson, 1995.-182 p.

65) **NTUMBA M.K., SEKELE I.**
L'incidence des troubles neuro-psycho-pathologiques sur l'état bucco-dentaire.
Odonto. Stomatol. Trop., 1992, 15, 2, 5-9

66) **NYHAN W. L.**
Clinical features of the Lesch-Nyhan syndrome.
Arch. Intern. Med., 1972, 130, 186-192

67) **OLIVER R.**
An unusual case of self-treatment.
Br. Dent. J., 2000, 188, 2, 60

68) **ORGELOT, Jean-Pierre et Alexandre**
Mutilations volontaires actuelles au niveau de la bouche (attitudes du chirurgien-dentiste face à ces mutilations).-165 f.
Th : Chir. Dent. : Nancy 1: 2002 ; 42-43

69) **PANTANOWITZ L., BERK M.**
Auto-amputation of the tongue associated with flupenthixol induced extrapyramidal symptoms.
Int. Clin. Psychopharmacol., 1999, 14, 2, 129-131

70) **PATTISON G.L.**
Self-inflicted gingival injuries : literature review and case report.
J. Periodontol., 1983, 54, 299-303

71) **PEARLMAN B.A.**
A mistaken health belief resulting in gingival injury : a case report.
J. Periodontol., 1994, 65, 284-286

72) **PETERS T.E., BLAIR A.E., FREEMAN R.G.**
Prevention of self-inflicted trauma in comatose patients.
Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1984, 57, 4, 367-370

73) **PIERCELL M.P., WAITE D.E., NELSON R.**
Prevention of self-inflicted trauma in semicomatose patients.
J. Oral Surg., 1974, 32, 903-905

74) **PISSIS, Patrick**
L'abrasion dentaire due à l'habitude de fumer la pipe et quelques conséquences de cette parafonction d'après une courte étude clinique.-45 f.
Th : Chir. Dent. : Paris : 1982

75) **RAAB F.J., YOUNG L.L.**
Episodic factitious gingival injury secondary to topical anesthesia.
J. Periodontol., 1991, 62, 402-406

76) **READE P.C., SIM R.**
Exfoliative cheilitis : a factitious disorder ?
Int. J. Oral Maxillofac. Surg., 1986, 15, 313-317

77) **REES T.D., DANILLER A.**
Self-mutilation : some problems in reconstruction.
Plast. Reconstr. Surg., 1969, 43, 300-303

78) **REICHART P., KOSTER J.**
Selbstinduzierte Gingivamutilationen : ein diagnostisches und therapeutisches Problem.
Dtsch. Zahnarztl. Z., 1978, 33, 1, 93-95

79) **REYNAUD M.**
Les toxicomanies : alcool, tabac, médicaments, drogues.
Paris : Maloine, 1984.-509 p.

80) **ROVER B.C., MORGANO S.M.**
Prevention of self-inflicted trauma : dental intervention to prevent chronic lip chewing by a patient with a diagnosis of progressive bulbar palsy.
Spec. Care Dentist., 1988, 8, 37-39

81) **ROZENCWEIG D.**
L'onychophagie : un danger pour les dents et le parodonte.
Rev. Odonto. Stomatol., 1975, 4, 335-338

82) **RUEL-KELLERMANN M.**
Des auto-érotismes aux parafonctions.
Rev. Orthop. Dentofac., 1983, 17, 301-311

83) **SAITO T., KOGA T.**
Oral self-mutilation.
Psy. Serv., 2000, 51, 8, 1052

84) **SANDHU H.S., SHARMA V., SIDHU G.S.**
Role of psychiatric disorders in self-inflicted periodontal injury : a case report.
J. Periodontol., 1997, 68, 11, 1136-1139

85) **SAVAGE J.**
Localized crusting as an artefact.
Br. J. Dermatol., 1978, 99, 573-574

86) **SCULLY C.**
The orofacial manifestations of the Lesch-Nyhan syndrome.
Int. J. Oral Surg., 1981, 10, 380-383

87) **SHAPIRA J., ZILBERMAN Y., BECKER A.**
Lesch-Nyhan syndrome : a non-extracting approach to prevent mutilation.
Dent. Health. (London), 1987, 25, 6, 6-7

88) **SHEEHY E.C., LONGHURST P., POOL D., DANDEKAR M.**
Self-inflicted injury in a case of Hallervorden-Spatz disease.
Int. J. Paediatr. Dent., 1999, 9, 4, 299-302

89) **SMITH B.M., CUTILLI B.J., FEDELE M.**
Lesch-Nyhan syndrome. A case report.
Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1994, 78, 317-318

90) **STEELMAN R.**
Self-injurious behavior : report of a case and follow-up.
J. Oral Med., 1986, 41, 2, 108-110

91) **STEWART D.J., KERNOHAN D.C.**
Self-inflicted gingival injuries. Gingivitis artefacta, factitial gingivitis.
Dent. Pract. Dent. Rec., 1972, 22, 11, 418-426

92) **TENZER J.A., OROZCO H.**
Traumatic glossectomy.
Oral Surg., 1970, 30, 182-184

93) **THOMAS J.R., GREENE S.L., DICKEN C.H.**
Factitious cheilitis.
J. Am. Acad. Dermatol., 1983, 8, 368-372

94) **THORNBURN D.N.**
Self-inflicted sinus formation.
N.Z. Dent. J., 1978, 74, 338, 221-224

95) **VAN MOFFAERT M.**
Management of self-mutilation. Confrontation and integration of psychotherapy and psychotropic drug treatment.
Psychother. Psychosom., 1989, 51, 180-186

96) **VILMUS, Ghislain**
Parafonctions et tics buccaux : description des trois méthodes originales de rééducation.-157f.
Th : Chir. Dent. : Nancy 1 : 1997 ; 33

97) **WATKINS K.V.**
Self-inflicted oral injuries and suicidal ideation secondary to loss of teeth.
NY State. Dent. J., 1991, 57, 5, 21-23

98) **WITKOWSKI P.**
Cours de psychologie médicale de 4ème et 6ème années.
Faculté de Chirurgie Dentaire, Nancy, 2003 et 2005

99) **ZOLLNER C., BECK C., MITTERMAYER C.**
A case report of macroglossia following tongue bite.
HNO, 1980, 28, 11, 376-379

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1

1ère PARTIE : Etiopathogénies de l'automutilation et aspects psychologiques 3

1. Généralités 4

2. Définitions 4

3. Les contextes étiologiques de l'automutilation 7

3.1. Les rituels religieux contemporains 7
3.1.1. Les rituels de sacrifice et de purification 7
3.1.2. Les rituels de deuil 8
3.1.3. Les cérémonies initiatiques 8

3.2. Les mutilations et automutilations cosmétiques 9
3.2.1. Les mutilations buccales ethniques rituelles 9
3.2.2. La nouvelle ère cosmétique : les mutilations buccales actuelles 23

3.3. Parafonctions et automutilation 33
3.3.1. Présentation des parafonctions 33
3.3.2. Origine psychomotrice des tics oraux 35
3.3.3. Signification des tics oraux « archaïques » 38
3.3.4. Des auto-érotismes aux parafonctions 39
3.3.5. Rôle de l'enfance et de l'éducation dans l'apparition de comportements auto-agressifs 42
3.3.6. Parafonctions et autodestruction du système masticateur 44

3.4. Classification des différentes étiologies de l'automutilation buccale considérée pathologique 49
3.4.1. Les pathologies organiques 49
3.4.2. Les pathologies fonctionnelles 62
3.4.3. L'automutilation et la douleur 70
3.4.4. L'automutilation et la psychiatrie 72

3.5. Autres facteurs favorisant l'automutilation : les facteurs locaux 89
3.5.1. Les facteurs locaux iatrogènes 89
3.5.2. Les facteurs locaux individuels 90

2ème PARTIE : Description illustrée des lésions d'automutilation buccales, et présentation de cas cliniques 92

1. Les lésions des mutilations cosmétiques 93

1.1. Les mutilations rituelles traditionnelles 93
1.1.1. Conséquences pathologiques des mutilations des tissus dentaires 93
1.1.2. Conséquences pathologiques des mutilations des tissus mous 95

1.2. Les mutilations cosmétiques modernes 97
1.2.1. La mode de la langue fendue et ses conséquences 97
1.2.2. Le piercing et ses complications pathologiques 99

2. Les lésions d'automutilation liées au stress 108

2.1. Les lésions caractéristiques du bruxisme 108

2.2. Les lésions liées au brossage traumatisant et à d'autres comportements nocifs, sans implication psychiatrique 112

2.3. Les lésions liées aux tics et mauvaises habitudes professionnelles 119

2.4. Les lésions provenant d'autres tics et habitudes nocives 121

2.5. Les tics buccaux typiques des états de nervosité 122
2.5.1. L'onychophagie et l'onychotillomanie 122
2.5.2. Les tics de succion des tissus mous buccaux 125

3. Les lésions d'automutilation buccale liées aux pathologies organiques 128

3.1. Les lésions des maladies organiques congénitales 128

3.2. Les lésions des maladies organiques acquises 133

4. Les lésions liées aux pathologies psychiatriques 139

4.1. Les lésions liées aux addictions 139
4.1.1. Les lésions liées aux troubles du comportement alimentaire 140
4.1.2. Les lésions liées à la consommation excessive de toxiques 142

4.2. Les lésions simulées et les lésions factices 148

4.3. Les lésions liées à de grandes pathologies psychiatriques 151
4.3.1. Présentation d'un cas à répercussion buccale du syndrome de Münchausen 151
4.3.2. Présentation de cas d'automutilation buccale liée à des états psychotiques .. 152
4.3.3. Présentation d'un cas à répercussion buccale de la maladie de Tourette 154

3ème PARTIE : Attitude thérapeutique du chirurgien-dentiste face à ces automutilations..... 156

1. Diagnostics positif et différentiel 157

1.1. Le diagnostic positif 157

1.2. Le diagnostic différentiel 159

2. Les possibilités thérapeutiques 170

2.1. Le traitement des lésions « cosmétiques » 170
2.1.1. Comment dissuader ? 170
2.1.2. Les soins préventifs 171
2.1.3. Que faire face à une infection du site percé ? 172

2.2. Le traitement des lésions liées au stress 173
2.2.1. Traitement étiologique 173
2.2.2. Traitement interceptif des tics buccaux et parafonctions 176
2.2.3. Elimination des facteurs étiologiques locaux 183
2.2.4. Traitement symptomatique des lésions liées au stress 184

2.3. Le traitement des lésions liées aux troubles du système nerveux 185
2.3.1. Prévention des morsures post-anesthésiques 185
2.3.2. Prévention des morsures et lacérations muqueuses liées à des troubles neurologiques organiques 186
2.3.3. Traitement des plaies buccales liées aux morsures involontaires 193

2.4. Prise en charge des comportements et traitement des lésions d'automutilation d'origine psychiatrique 194
2.4.1. Dépistage des lésions autogènes et du contexte psychiatrique associé 194
2.4.2. Traitement symptomatique des lésions buccales : une approche psychologique particulière 195
2.4.3. Les moyens psychothérapeutiques contre l'automutilation 197

2.5. La chirurgie maxillo-faciale comme moyen thérapeutique 200
2.5.1. La chirurgie orthognatique en prévention des morsures labiales 200
2.5.2. La chirurgie maxillo-faciale comme moyen de réparation des lésions graves d'automutilation buccale 202

3. Tableau récapitulatif des moyens thérapeutiques rapportés au type étiologique d'automutilation 205

CONCLUSION 207

BIBLIOGRAPHIE 209

JACQUOT (Céline). – Les lésions de la cavité buccale dans les comportements d'automutilation chez l'adulte.
Nancy, 2006. 219 p.: ill. ; 30 cm.

Th.: Chir. Dent. : Nancy 1 : 2006

MOTS CLES : Automutilation
Psychopathologie
Habitudes nocives
Lésion bucco-dentaire
Thérapeutique

BIBLIOTHEQUE
PHARMACIE
ODONTOLOGIE
NANCY

JACQUOT (Céline). – Les lésions de la cavité buccale dans les comportements d'automutilation chez l'adulte.

Th. : Chir. Dent. : Nancy 1 : 2006

L'automutilation, il y a encore quelques dizaines d'années, était considérée comme un trouble du comportement purement psychiatrique, dont les médecins redoutaient la prise en charge au vu de son extrême complexité.
Aujourd'hui, le phénomène d'automutilation buccale connaît une prévalence croissante, avec en contrepartie des lésions résultantes moins conséquentes qu'auparavant.
Quelle qu'en soit l'étiologie (rituelle, cosmétique, pathologique organique, fonctionnelle ou psychiatrique), sa prise en charge n'en est cependant pas facilitée : le chirurgien-dentiste reste souvent confronté à des problèmes de diagnostic, et le traitement peut connaître plusieurs échecs successifs avant d'aboutir.
Compte tenu du « fond psychologique » retrouvé dans la plupart des comportements d'automutilation, le traitement aura par ailleurs plus de chances de réussir s'il est associé à une aide psychiatrique. Dans les cas les plus sévères, il sera également nécessaire d'établir un plan de traitement global en coopération avec d'autres spécialistes médicaux, notamment chirurgiens maxillo-faciaux et neurochirurgiens.
Enfin, quelle que soit la fonction médicale du praticien qui accepte de s'investir dans la prise en charge du patient automutilant, et dans ce cas précis, la dimension relationnelle devra être privilégiée par rapport à l'aspect technique.

M.	A. FONTAINE	Professeur de 1er Grade	Président
Melle	C. STRAZIELLE	Professeur des Universités	Juge
Mme	D. DESPREZ-DROZ	Maître de Conférences	Juge
Mme	P. WITKOWSKI	Docteur en Médecine	Juge

Adresse de l'auteur : Céline JACQUOT
01, allée Bellevue
54110 VARANGEVILLE

Université HENRI POINCARÉ
NANCY 1

BIBLIOTHÈQUE PHARMACIE ODONTOLOGIE NANCY

FACULTE D'ODONTOLOGIE

Jury : Président : A. FONTAINE – Professeur de 1er Grade
Juges : C. STRAZIELLE – Professeur des Universités
D. DESPREZ-DROZ - Maître de Conférences des Universités
P. WITKOWSKI – Docteur en Médecine

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

---

présentée par : **Mademoiselle JACQUOT Céline**

né(e) à: **LUNEVILLE (Meurthe-et-Moselle)** le **28 mai 1980**

et ayant pour titre : **«Les lésions de la cavité buccale dans les comportements d'automutilation chez l'adulte »**

Le Président du jury,
Pr. A. FONTAINE

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie
Dr. P. BRAVETTI

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE Le Doyen Dr P. BRAVETTI BP 50208 - 54004 NANCY CEDEX UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY I

Autorise à soutenir et imprimer la thèse N° 2313

NANCY, le 26 septembre 2005

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1 LE PRESIDENT

J.P. FINANCE

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, Nancy 1
24-30 rue Lionnois - BP 3069 - 54013 Nancy Cedex France
Tél : 33.(0)3.83.68.20.00 - Fax : 33.(0)3.83.68.21.00

JACQUOT (Céline). – Les lésions de la cavité buccale dans les comportements d'automutilation chez l'adulte.
Nancy, 2006. 219 p.: ill. ; 30 cm.

Th.: Chir. Dent. : Nancy 1 : 2006

MOTS CLES : Automutilation
Psychopathologie
Habitudes nocives
Lésion bucco-dentaire
Thérapeutique

JACQUOT (Céline). – Les lésions de la cavité buccale dans les comportements d'automutilation chez l'adulte.

Th. : Chir. Dent. : Nancy 1 : 2006

L'automutilation, il y a encore quelques dizaines d'années, était considérée comme un trouble du comportement purement psychiatrique, dont les médecins redoutaient la prise en charge au vu de son extrême complexité.
Aujourd'hui, le phénomène d'automutilation buccale connaît une prévalence croissante, avec en contrepartie des lésions résultantes moins conséquentes qu'auparavant.
Quelle qu'en soit l'étiologie (rituelle, cosmétique, pathologique organique, fonctionnelle ou psychiatrique), sa prise en charge n'en est cependant pas facilitée : le chirurgien-dentiste reste souvent confronté à des problèmes de diagnostic, et le traitement peut connaître plusieurs échecs successifs avant d'aboutir.
Compte tenu du « fond psychologique » retrouvé dans la plupart des comportements d'automutilation, le traitement aura par ailleurs plus de chances de réussir s'il est associé à une aide psychiatrique. Dans les cas les plus sévères, il sera également nécessaire d'établir un plan de traitement global en coopération avec d'autres spécialistes médicaux, notamment chirurgiens maxillo-faciaux et neurochirurgiens.
Enfin, quelle que soit la fonction médicale du praticien qui accepte de s'investir dans la prise en charge du patient automutilant, et dans ce cas précis, la dimension relationnelle devra être privilégiée par rapport à l'aspect technique.

M.	A. FONTAINE	Professeur de 1er Grade	Président
Melle	C. STRAZIELLE	Professeur des Universités	Juge
Mme	D. DESPREZ-DROZ	Maître de Conférences	Juge
Mme	P. WITKOWSKI	Docteur en Médecine	Juge

Adresse de l'auteur : Céline JACQUOT
01, allée Bellevue
54110 VARANGEVILLE