



HAL
open science

Problèmes posés par les pathologies bucco-dentaires aux médecins généralistes mosellans

Elodie Weber

► **To cite this version:**

Elodie Weber. Problèmes posés par les pathologies bucco-dentaires aux médecins généralistes mosellans. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932364

HAL Id: hal-01932364

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932364>

Submitted on 23 Nov 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.



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-thesesexercice-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>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Année 2017

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 9457

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Elodie WEBER

Née le 14 juin 1988 à Metz (Moselle)

Problèmes posés par les pathologies bucco-dentaires aux
médecins généralistes mosellans

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
le 3 avril 2017

Membres du jury :

Président :

M. le Professeur PAILLE François

Juges :

M. le Professeur SIMON Étienne

M. le Professeur DI PATRIZIO Paolo

M. le Docteur MARTY Jean-Michel

Membre invité : Mme le Docteur en Chirurgie Dentaire GUILLET Julie

12 septembre 2016

**Président de l'Université de
Lorraine :**

Professeur Pierre MUTZENHARDT

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-

Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick
NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE

Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY -

Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -

Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre

CRANCE - Gérard DEBRY

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard

DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE

Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD -

Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro

GUERCI - Philippe HARTEMANN

Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François

KOHLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain

LE FAOU - Jacques LECLERE

Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-

Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU

Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -

Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL -

Jean PREVOT - Francis RAPHAEL

Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel

SCHMITT - Michel SCHMITT

Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET -

Jean-François STOLTZ

Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé

VESPIGNANI - Colette VIDAILHET

Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY -

Professeur Jean-Pierre CRANCE -

Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER

Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2ème sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUJEL - Professeur François MARCHAL

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2ème sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3ème sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3ème sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4ème sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET

THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2ème sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3ème sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4ème sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4ème sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD –
Professeure Laure JOLY

2ème sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3ème sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3ème sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT -
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2ème sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4ème sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET
THÉRAPEUTIQUE**

2ème sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

**3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ;
addictologie)**

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-
BERTOLA

4ème sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

**50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET
CHIRURGIE PLASTIQUE**

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

**53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET
MÉDECINE GÉNÉRALE**

3ème sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

**54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-
OBSTETRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;
gynécologie médicale*)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

**7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE
GENERALES**

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal
REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis
GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE -
Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur
Cédric BERBE

Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A) Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur des Universités

Chef du service d'Addictologie au CHU Brabois de Vandoeuvre-lès-Nancy,

Pour m'avoir fait le grand honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, veuillez trouver l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Étienne SIMON

Professeur des Universités

Chef du service de Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU – NANCY,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur des Universités

Docteur en Médecine Générale,

Je vous adresse mes remerciements les plus sincères, et suis très touchée de l'honneur que vous me faites en acceptant et prenant le temps de juger ce travail.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jean-Michel MARTY,

Docteur en Médecine Générale

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de bien vouloir diriger cette thèse.

Merci pour tout le temps que vous avez consacré à me conseiller et toute l'aide que vous m'avez apportée tout au long de ce travail. Merci pour vos conseils avisés, votre confiance et vos encouragements.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de ma profonde estime.

A Madame le Docteur Dominique DROZ

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maître de Conférence Universitaire à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nancy

Praticienne Hospitalière,

Je vous remercie pour votre aide et votre expertise dans ce travail.

A Madame le Docteur Julie GUILLET,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Praticienne Hospitalière

Maître de Conférence Universitaire à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nancy,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté mon invitation à ce jury de thèse.

Merci pour le temps que vous m'avez accordé, et pour toute l'aide et les conseils que vous m'avez prodigués.

Soyez assurée de ma profonde gratitude.

A Moun,

merci pour être la mère géniale que tu es, merci d'avoir toujours pris soin de moi. Merci pour tout.

A Papou,

merci pour ta patience et pour tes conseils en informatique. Merci pour tout le temps que tu as passé à m'aider.

A Ju, Véro et Perrine

merci d'avoir jouer le jeu en devenant mes testeuses de questionnaires. Merci d'avoir toujours été là pour moi même aux moments les plus durs. Merci pour vos sourire, votre bonne humeur et tous ces moments de complicité.

A toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont enseigné l'humilité et l'art de la médecine au cours de ces années.

A mon parrain, à mon mari, à mes amis, voilà le grand jour est enfin arrivé.

A la mémoire de mon grand-père sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADA : American Dental Association

AMMPPU : Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ATM : articulation temporo-mandibulaire

B-D : bucco-dentaire

CDOM : Conseil Départementale de l'Ordre des Médecins

DCEM : Deuxième cycle des Études Médicales

ECN : Épreuves Classantes Nationales

HAS : Haute Autorité de Santé

IMO : Institut de Médecine des États-Unis

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SADAM : Syndrome AlgoDysfonctionnel de l'Articulation temporo-Mandibulaire

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TEP : Tomographie par Émission de Positons

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

INTRODUCTION :.....	20
I. ÉTUDE AUPRÈS DES GÉNÉRALISTES MOSELLANS.....	25
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	25
1. Type d'étude.....	25
2. Territoire de l'étude.....	25
3. Population.....	25
4. Période d'étude.....	26
5. Données recueillies et mode de recueil.....	27
6. Critères de jugement.....	29
7. Plan d'analyse.....	29
8. Aspects éthiques et réglementaires.....	29
RÉSULTATS.....	30
1. Caractéristiques de la population.....	30
2. Taux de participation.....	31
3. Étude prospective sur un mois.....	31
4. Ajustement des pathologies par les médecins.....	37
5. Révision de la fréquence, de la gravité et du niveau de difficulté ressentie par pathologie identifiée.....	39
DISCUSSION.....	45
1. Interprétation des résultats et hypothèses sur les observations faites.....	45
2. Validité interne.....	49
3. Validité externe.....	54
4. Conclusion et perspectives.....	55
II. ÉLABORATION DE FICHES TECHNIQUES.....	57
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	57
1. Sélection des thématiques des fiches techniques.....	57
2. Revue de la littérature.....	58
3. Élaboration des fiches techniques.....	58
4. Validation par les expertes en chirurgie-dentaire.....	58
5. Aspects éthiques et réglementaires.....	59
RÉSULTATS : LE CAHIER DES 10 FICHES TECHNIQUES.....	59
CAHIER : Les 10 fiches techniques.....	60
QUIZZ : LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET VOUS	61
XÉROSTOMIE.....	64
PATHOLOGIE TUMORALE DE LA CAVITÉ BUCCALE.....	67
DYSFONCTIONNEMENT DE L'ARTICULATION TEMPORO - MANDIBULAIRE	71
LA MALADIE PARODONTALE.....	74
OSTÉONÉCROSE MANDIBULAIRE SOUS BISPHOSPHONATES OU DENOSUMAB.....	77
MYCOSE BUCCALE.....	80
GLOSSODYNIE.....	83
GINGIVO-STOMATITE.....	85
CARIE.....	88
ABCÈS DENTAIRE.....	91
RÉPONSES DE « LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET VOUS ... ».....	94
DISCUSSION.....	97
1. Limites des fiches techniques.....	97
2. Forces des fiches techniques.....	97
3. Conclusion et perspectives.....	98

ANNEXES.....	99
Annexe 1 : Synopsis.....	99
Annexe 2 : Demande de participation à l'étude.....	101
Annexe 3 : Premier questionnaire.....	102
Annexe 4 : Synthèse du premier questionnaire et deuxième questionnaire.....	104
Annexe 5 : Synthèse du deuxième questionnaire.....	107
Annexe 6 : Troisième questionnaire.....	109
Annexe 7 : Synthèse du troisième questionnaire et récapitulatif.....	117
Annexe 8 : Autorisation d'utilisation d'image (UFSBD).....	156
BIBLIOGRAPHIE.....	157

INTRODUCTION :

Définition de la santé bucco-dentaire

La santé bucco-dentaire est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial »(1). En effet, outre l'attrait esthétique d'une belle denture, notre bouche permet à la fois la phonation, la parole, la mastication et participe à l'expressivité de notre visage favorisant ainsi les interactions sociales (2). Un mauvais état bucco-dentaire limite l'intégration sociale des individus et engendre une marginalisation. Il a également un impact négatif sur la qualité de vie (3,4).

Santé bucco-dentaire et santé générale

L'OMS considère les pathologies bucco-dentaires comme le troisième fléau mondial, après les maladies cardiovasculaires et les pathologies cancéreuses (5,6). En 1981, l'OMS a lancé un programme « Santé pour tous en l'an 2000 » avec la mise en place d'objectifs concernant la santé bucco-dentaire (1,2,7). La santé bucco-dentaire participe à l'intégrité de l'état général d'un individu. Un mauvais état de santé bucco-dentaire augmente le risque de développer des pathologies chroniques, la survenue d'accouchement prématuré, d'endocardite aiguë, ... (1,4,5,8–10). Les pathologies bucco-dentaires peuvent favoriser la survenue de lésions dentaires futures (7).

Les complications générées par un mauvais état bucco-dentaire peuvent également être graves (11,12). Il existe un lien fort mais souvent méconnu entre la santé générale d'un individu et sa santé bucco-dentaire. La méconnaissance de ce lien semble concerner aussi bien les patients que les professionnels de santé et les pouvoirs publics (4,5,8,13).

Par ailleurs le vieillissement accroît le risque de présenter une pathologie bucco-dentaire. Ces dernières aggravent la dénutrition et la dépendance, fragilisant l'individu (14). La proportion de personnes de plus de 60 ans augmente en France. Selon l'INSEE en 2015, 16 millions de Français avaient 60 ans ou plus (14).

Voies d'amélioration de la santé bucco-dentaire

Des mesures simples ont déjà fait leur preuve avec notamment une amélioration de la prévalence de la carie dentaire et de ses facteurs de risque suite à l'amélioration des règles

d'hygiène bucco-dentaire. Ainsi, l'indice carieux (CAO) à 12 ans s'était amélioré passant de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006 (4,7,15,16). Dans le but de poursuivre dans cette voie d'amélioration, le gouvernement français a lancé le plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 (3,4). La campagne de communication « M'T Dents » fait partie du plan national (3,6,16–18).

Système de soins et santé bucco-dentaire

La situation reste malgré tout préoccupante avec 45,4 % des 2501 personnes interrogées âgées de 40 à 64 ans, jugeant leur état de santé bucco-dentaire mauvais, dans le cadre de l'enquête sur la santé et la protection sociale organisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en 2008 (19). Par ailleurs, seul un tiers des Français ont toutes leurs dents d'origine (8).

La santé bucco-dentaire est un des marqueurs sanitaires du système de santé des pays. C'est également un reflet de l'accès aux soins des populations et de la précarité sociale (6,19,20).

Malgré l'importance de la santé bucco-dentaire pour les populations, la Cour des Comptes rapportait dans un rapport de 2011, que le « montant des dépenses de soins dentaires atteignait en 2008 : 9,65 milliards d'euros. Elles représentaient 5,7 % de la consommation des soins et biens médicaux, mais seulement 2,5 % des remboursements de la sécurité sociale ». Le rapport concluait que cela « traduit un désengagement financier de l'Assurance Maladie qui a peu d'équivalent dans d'autres secteurs de la santé. »(6,8,21)

Ce manque de considération et le remboursement peu important de la sécurité sociale malgré des soins souvent coûteux participent à la difficulté d'accès aux soins dentaires.

Accès aux soins dentaires et renoncement aux soins

L'Institut de Médecine des États-Unis (IMO) définit l'accès aux soins comme « l'utilisation des services de santé dans le but d'atteindre les meilleurs résultats de santé possible. » (7,21). Plusieurs freins à l'accès aux soins dentaires sont retrouvés aboutissant souvent à un renoncement des patients aux soins dentaires (6,7,13,21,22).

Le renoncement aux soins dentaires concernait en 2008, 10,7 % de la population française. C'est plus important que le renoncement aux soins de lunetterie (4,0%). « En santé, le renoncement aux soins renvoie donc à un besoin de soins non satisfait. » (19)

D'après le baromètre de santé de 2014, 15,5 % des Français avaient dû renoncer à des soins dentaires pour difficultés financières (23). Cette mouvance était corrélée à l'état de santé général des individus. Plus l'état de santé global d'un individu était mauvais et plus le risque

de renoncement aux soins dentaires était important (19). Les inégalités sociales étaient également reflétées par ce biais. Les individus appartenant au quintile le plus pauvre avaient plus de trois fois plus de risque de renoncer à ces soins que ceux appartenant au quintile le plus aisé (4,6,19,22).

Offre de soins

Outre le renoncement aux soins dentaires des patients pour raison financière, il existe également un problème d'offre de soins dentaires lié à la démographie des professionnels. En 2011, la densité des chirurgiens-dentistes en France était de 62 pour 100 000 habitants en moyenne. (24)

En Lorraine, la densité des chirurgiens-dentistes a chuté passant de 64 pour 100 000 habitants en 2006 à 62 pour 100 000 habitants en 2013. A titre de comparaison la densité des généralistes lorrains en 2012 était de 297 pour 100 000 habitants. Elle était moins importante que pour le reste de la France métropolitaine qui comptait 312 généralistes pour 100 000 habitants (25).

En 2014, 648 chirurgiens-dentistes exercent en Moselle dont 91,98 % en libéral (24). 48 % des chirurgiens-dentistes lorrains sont âgés de 35 à 55 ans (26). Seuls deux centres d'urgences dentaires existent en Moselle (hôpital Bel Air de Thionville et hôpital Legouest à Metz) et il existe 4 centres de santé dentaires du groupe FILIERIS en Moselle (25,27).

Par ailleurs, le recours aux soins dentaires des personnes institutionnalisées a lieu dans moins de 25 % des cas par rapport à des personnes vivant à domicile (28). Dans ce contexte, les patients sont généralement vus en visite par leur généraliste.

La permanence d'accès aux soins ambulatoires en Lorraine est assurée les dimanches et jours fériés de 9h à 12h par la régulation MEDIGARDE (29).

Tous ces facteurs contribuent à conduire les patients à consulter leur médecin généraliste pour un problème bucco-dentaire plutôt que d'aller directement consulter un chirurgien-dentiste.

Prévention en santé bucco-dentaire

La place de la prévention dans la prise en charge des pathologies bucco-dentaires est importante et accessible aux généralistes. Mais la prévention en santé bucco-dentaire reste majoritairement assurée par les chirurgiens-dentistes (66%). Seuls 11 % des généralistes délivrent des conseils de prévention dans ce domaine (30).

La place de la prévention dans notre société n'est pas encore suffisante avec seulement 7,5 % des dépenses de la consommation médicale totale. Elle ne représente que 8 % des dépenses de

soins ambulatoires (31). Le médecin généraliste occupe une place de choix dans la prévention mais également dans le dépistage des pathologies bucco-dentaires. Il permet de faire comprendre au patient l'utilité d'un suivi dentaire régulier (21). La triade généraliste – chirurgien-dentiste – patient est capitale pour une prise en charge adéquate (5,16).

L'intrication des pathologies bucco-dentaires avec la santé générale de l'individu et les facteurs de risque communs qu'elles partagent avec les autres pathologies rendent l'association généraliste – chirurgien-dentiste essentielle (32).

Place du généraliste en santé bucco-dentaire

En tant que médecins de premier recours, les généralistes sont amenés à dépister les patients à risque, diagnostiquer et si possible prendre en charge les patients venant pour problème bucco-dentaire. Dans le dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale établi par la société française de médecine générale (SFMG), 20 résultats sur les 278 répertoriés sont en lien direct ou indirect avec une pathologie bucco-dentaire (32). Mais le manque de formation dans ce domaine complique leur travail (30,33,34).

Manque de formation des généralistes

Les études médicales françaises proposent lors du deuxième cycle des études médicales (DCEM 2, 3, 4) de former les étudiants à un certain nombre d'items en vue des Épreuves Nationales Classantes. Jusqu'en 2013, 7 items spécifiques (sur 345 items au total) traitaient de pathologies appartenant à la sphère bucco-dentaire (n°35, n°84, n°145, n°256, n°270, n°304, n°343). (35)

Déjà insuffisante pour répondre aux besoins du terrain en médecine générale, cette formation s'est vue restreinte à 5 items spécifiques (sur 362 items au total) suite à l'émission du bulletin officiel du 16 mai 2013. Les items restant étaient les n°46, 88, 152, 164, 295. Un paragraphe dans l'item 136 portant sur la prise en charge de l'inconfort buccal dans les situations palliatives a été créé. (36)

En effet, « la promotion de la santé bucco-dentaire apparaît de façon marginale (quelques heures) dans les formations initiales médicales et paramédicales. » (16)

La formation insuffisante des généralistes concernant les pathologies de la sphère bucco-dentaire et la réalité du recours des patients aux généralistes pour résoudre ces problématiques impliquent de cibler les pathologies concernées et les difficultés spécifiques qu'elles génèrent pour les généralistes. Une communication et une prise en charge multidisciplinaire de ces pathologies incluant le généraliste et le chirurgien-dentiste paraissent essentielles.

Absence d'aide face aux pathologies bucco-dentaires au cabinet de médecine générale

Les généralistes sont insuffisamment formés pour prendre en charge les pathologies bucco-dentaires. L'absence d'aide au cabinet dans ce domaine pose problème. Il existe l'Antibioville pour les pathologies infectieuses et des sites dédiés tels « ophtalmoclic » pour les pathologies ophtalmologiques mais il n'existe pas d'équivalent concernant les pathologies bucco-dentaires. Une analyse des pathologies bucco-dentaires rencontrées en médecine générale et des difficultés qu'elles posent aux généralistes est nécessaire pour envisager la création d'aides à la prise en charge au cabinet de médecine générale.

Objectifs

L'objectif principal de ce travail est d'identifier les pathologies bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrées par les généralistes mosellans à leur cabinet, suite à un recueil de données effectué par méthode Delphi de mai à octobre 2016.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les difficultés posées par ces pathologies et d'élaborer des fiches techniques d'aide à la prise en charge au cabinet, par pathologies identifiées.

I. ÉTUDE AUPRÈS DES GÉNÉRALISTES MOSELLANS

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

(Annexe 1)

Méthode Delphi

Le travail effectué a été réalisé selon la méthode Delphi, étude semi-quantitative. La méthode Delphi préconise la réalisation de tours successifs de questionnaires (au moins 3 tours) afin d'aboutir à un consensus concernant les critères de jugement (principal et secondaires). Les questionnaires ont été envoyés par courriel ou voie postale à un panel d'experts déterminé à l'avance. A l'issue de chaque questionnaire, une synthèse des réponses des participants a été envoyée à chacun. Conformément à la méthode Delphi, les réponses obtenues lors d'un tour servaient à l'élaboration du tour de questionnement suivant. (37–40)

Le respect de l'anonymat des participants préconisé par la méthode a été respecté durant ce travail. (38–40)

Le dernier questionnaire a utilisé la méthode FGP (fréquence, gravité, problème). (41)

2. Territoire de l'étude

Les impératifs pratiques de l'étude imposaient de cibler un territoire d'étude. La modification récente du design régional français avec la création de la région Grand Est a rendu nécessaire cette limitation géographique. L'ancienne région Lorraine couvrait un vaste territoire aux dynamiques économiques et hospitalières disparates.

La Moselle, département frontalier, était le plus peuplé de l'ancienne région Lorraine avec 1 046 468 habitants recensés au premier janvier 2012 (42). La limitation de l'étude à la Moselle, paraissait raisonnable.

3. Population

Critères d'inclusion

Les participants sélectionnés étaient des médecins généralistes diplômés exerçant en cabinet en Moselle et des médecins remplaçants, thésés ou non, exerçant en Moselle. La sélection

prenait en compte les médecins quelque soit le type de cabinet (individuel, de groupe, maison de santé pluri-professionnelle). Les médecins en fin d'activité ou partant en retraite durant la période de recueil étaient inclus. (Annexe 2)

Critères de non-inclusion

Les généralistes exerçant en hospitalier ou exerçant en dehors de la Moselle n'étaient pas inclus. Les remplaçants ne remplaçant pas en Moselle n'étaient pas inclus. Les médecins non généralistes n'étaient pas inclus.

Aucun autre critère d'exclusion n'était retenu.

Nombre de sujets nécessaires

Conformément aux besoins de la méthode Delphi, un minimum de 30 participants lors de chaque tour était retenu (39,40). Cet objectif était atteint pour chaque tour de questionnement. Le nombre de participants était supérieur à 50. (38)

Le taux minimum de retour attendu à chaque questionnaire était de 35 %. (39)

Recrutement

Les participants ont été sélectionnés en se basant sur le référentiel du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Moselle de 2016. Sur les 898 généralistes référencés, 480 ont été contactés par téléphone.

Un contact a également été effectué par courriel par le biais de l'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire (AMMPPU).

Les remplaçants ont été inclus suite à un appel au cabinet d'un généraliste recensé par la liste du Conseil de l'Ordre mais remplacé le jour de l'appel téléphonique.

Population cible

La population cible était celle des généralistes mosellans installés en ambulatoire et de leurs remplaçants exerçant en Moselle.

4. Période d'étude

La première partie de l'étude s'est déroulée d'avril 2016 à octobre 2016. Le premier questionnaire, couplé à une étude prospective sur un mois, a été réalisé de mai 2016 à juin 2016. Le deuxième tour de questionnement a été effectué d'août 2016 à septembre 2016. Le dernier tour a été réalisé de septembre 2016 à octobre 2016.

La deuxième partie de ce travail a été réalisée de novembre 2016 à janvier 2017.

5. Données recueillies et mode de recueil

Les participants avaient tous été informés du déroulé de l'étude et des principes de base de la méthode Delphi, incluant le nombre prévisible de tours de questionnement (3 dans cette étude). Les données ont été recueillies suite à trois tours de questionnement successifs. Une étude prospective sur un mois a été demandée lors du premier questionnaire. Les questionnaires et les synthèses ont été envoyés par courriel ou voie postale selon les souhaits des participants. Lors de l'envoi du premier questionnaire, celui-ci était accompagné d'une copie du synopsis et d'une demande de participation à ce travail rappelant les principes de la méthode Delphi. (Annexe 1)

Chaque questionnaire envoyé numériquement était accompagné d'une fiche d'aide à son remplissage. L'aide portait sur l'utilisation des logiciels les plus fréquemment utilisés : LibreOffice, Word, PDF. A partir du deuxième tour, les questionnaires étaient également disponibles sur Google Forms permettant de répondre directement en ligne sans nécessiter d'inscription préalable au site. Les participants pouvaient choisir librement sous quelle format numérique ou voie (numérique ou postale) ils souhaitaient répondre.

Chaque envoi postal bénéficiait d'une formulation remaniée adaptée à la diffusion postale.

Chaque questionnaire était envoyé une première fois avec une relance adressée systématiquement par voie numérique à tous les participants et par le biais de l'AMMPPU, 15 jours avant la date limite de dépôt des réponses.

Suite à la réception et à l'analyse des questionnaires, une synthèse des réponses de tous les participants a été élaborée et renvoyée à tous les participants. (37–40)

Premier questionnaire

Le premier questionnaire permettait de définir les caractéristiques des médecins répondants et de mener une étude prospective sur un mois. (Annexe 3)

Il était demandé aux participants de préciser leur sexe, leur mode d'exercice (médecin installé ou remplaçant, cabinet individuel, de groupe, maison de santé pluri-professionnelle), l'ancienneté d'installation (≤ 10 ans, entre 11 et 20 ans, entre 21 et 30 ans et > 30 ans), le bassin de population (rural, urbain), la proximité avec l'hôpital (≤ 10 kilomètres ou > 10 kilomètres), la présence ou non d'un dentiste en cas d'exercice en maison de santé pluri-professionnelle.

L'étude prospective avait pour but de recenser le nombre de consultations pour pathologies

bucco-dentaires, l'âge et le profil des patients consultant pour ce motif, la difficulté ressentie ou non par le praticien et le type de pathologies et de difficultés rencontrées. L'étude prospective permettait de réaliser un calcul de fréquence des pathologies bucco-dentaires et d'identifier les pathologies rencontrées sur un mois de consultation (mai – juin 2016).

Deuxième questionnaire

Le deuxième questionnaire permettait d'ajuster et d'étoffer la liste des pathologies rencontrées par les médecins. Ces derniers ont rajouté des pathologies rencontrées au cours de leur pratique et n'ayant pas été mentionnées lors de l'étude prospective. (Annexes 4 et 5)

Troisième questionnaire

Le troisième questionnaire a été établi selon la méthode Fréquence, Gravité, Problème (41). Pour chaque pathologie, les médecins devaient attribuer une cotation. Celle-ci, pré-définie dans la légende, portait sur la fréquence (0 : rare, 1 : moyennement fréquent, 2 : très fréquent), sur la gravité (0 : bénin, 1 : moyennement grave, 2 : très grave) et sur le niveau de difficulté ressenti dans la prise en charge de la pathologie (0 : pas ou peu de difficulté, 1 : niveau de difficulté moyen, 2 : niveau de difficulté important). (Annexe 6)

Les pathologies et situations cliniques rapportées par les médecins lors des deux premiers questionnaires ont été listées. Elles ont été rapportées littéralement et la redondance de certaines pathologies ou leur imprécision n'ont pas été modifiées. Ce choix découlait de l'utilisation de la méthode Delphi pour ne pas pervertir les résultats ou influencer les participants.

A l'issue du recueil, les différentes situations cliniques ont été recoupées en fonction des diagnostics. Cela a permis une plus grande cohérence de l'analyse, avec l'élimination de redondance potentiellement génératrice d'erreurs dans l'analyse de fréquence des pathologies.

Le calcul total des points par items a été obtenu en suivant les critères de pondération. Seuls les 15 items obtenant les scores les plus élevés à chaque catégorie ont été pré-sélectionnés. Les items obtenant des scores élevés dans 2 catégories ou plus ont été sélectionnés d'emblée. Les autres items ont été choisis en comparant le nombre de citations dans le deuxième questionnaire (au moins 5 fois) et la fréquence retrouvée lors du premier (ayant motivé 5 consultations ou plus).

Une limite maximale arbitraire de 10 pathologies nécessitant une fiche technique a été définie,

pour des raisons de faisabilité. (Annexe 7)

Les questionnaires et les synthèses ont été systématiquement envoyés par courriel par le biais de l'AMMPPU. Des généralistes mosellans membres de l'association mais n'ayant pas pu être approchés suite au recrutement téléphonique ont pu participer.

Contrôle de la qualité

Afin d'assurer la qualité des questionnaires, ces derniers ont été systématiquement testés avant leur envoi. Les testeurs étaient deux généralistes installées en dehors de la Moselle, une remplaçante exerçant à Nice, un professionnel paramédical (ergothérapeute) et un testeur travaillant dans le secteur administratif sans lien avec le domaine de la santé. Les différents logiciels utilisables pour ouvrir et répondre numériquement aux différents questionnaires ont été systématiquement testés avant chaque envoi. Cela comprenait également un test de compatibilité des questionnaires avec les systèmes d'exploitation Linux et Apple. Les questionnaires envoyés par Google Forms ont été également testés pour garantir l'anonymat des participants.

6. Critères de jugement

Le critère de jugement principal portait sur les pathologies de la sphère bucco-dentaire les plus fréquemment rencontrées en médecine générale ambulatoire.

Les critères de jugement secondaires concernaient l'identification des pathologies jugées difficiles à prendre en charge par les généralistes et les difficultés rencontrées dans leur prise en charge en pratique quotidienne.

7. Plan d'analyse

Les analyses statistiques effectuées ont été des calculs de fréquence et des comparaisons de fréquence.

8. Aspects éthiques et réglementaires

L'anonymat des participants a été respecté lors de chaque tour. Les noms des généralistes membres de l'AMMPPU sont restés anonymes. La liste des médecins généralistes mosellans installés a été délivrée suite à une demande effectuée auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Moselle.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

Effectif

Sur les 898 généralistes installés en 2016, répertoriés par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Moselle, 480 ont été contactés par téléphone pour leur proposer de participer à l'étude (soit 53,45%). 195 médecins n'ont pas pu être joints directement par téléphone. 59 médecins ont refusé de participer à l'étude. Dans le cadre de cette étude, les médecins de 77 localités différentes ont été approchés. Au total, 226 médecins ont accepté de participer (soit 47,1% des médecins sollicités par téléphone). Parmi les participants, il y avait 14 médecins remplaçants.

Tous les participants répondaient aux critères d'inclusion.

Caractéristiques des participants

13 participants ont préféré répondre par voie postale. Les 213 autres participants ont répondu par courriel.

92 médecins ont renvoyé le premier questionnaire. Les caractéristiques ci-dessous sont celles des participants ayant répondu au premier tour.

Sexe des participants : 52 participants sont des hommes dont 7 remplaçants. 40 participants sont des femmes dont 7 remplaçantes.

Ancienneté d'installation : 14 exercent depuis moins de 10 ans (6 hommes, 8 femmes). L'installation date de 11 à 20 ans pour 15 médecins (7 hommes et 8 femmes). L'installation date de 21 à 30 ans pour 29 médecins (16 hommes et 13 femmes). Les médecins installés depuis plus de 30 ans sont au nombre de 17 (14 hommes et 3 femmes).

3 médecins (2 hommes et 1 femme) n'ont pas précisé la date de leur installation.

Il y a 14 remplaçants participants (7 hommes et 7 femmes).

Mode d'exercice : 23 hommes et 9 femmes exercent en cabinet individuel. 50 exercent en cabinet de groupe (27 hommes, 23 femmes). 7 médecins exercent en maison de santé pluri-professionnelle (2 hommes, 5 femmes) avec présence d'un dentiste dans la structure pour 3 maisons de santé.

Bassin de consultation et proximité hospitalière : 52 médecins disent travailler en milieu

urbain (28 hommes, 24 femmes) contre 34 en milieu rural (22 hommes, 12 femmes). 46 médecins travaillent à 10 kilomètres ou moins d'un hôpital (26 hommes, 20 femmes). 37 médecins travaillent à plus de 10 kilomètres d'un hôpital (21 hommes, 16 femmes).

2. Taux de participation

Sur 480 médecins sollicités par téléphone, 226 médecins ont potentiellement accepté de participer à l'étude. 92 médecins sur 226 ont répondu au premier tour (40,7%). 90 médecins ont répondu au deuxième tour. Le taux de retour entre le premier et le deuxième questionnaire est de 90/92 soit 97,8 %. 73 médecins ont répondu au troisième tour. Le taux de retour entre le deuxième et le troisième tour est de 73/90 soit 81,1 %.

Perdus de vue

Entre les deux premiers tours, 2 perdus de vue ont été recensés soit un taux de perdus de vue de 2,17 %. Entre le deuxième et le troisième tour, 17 perdus de vue ont été recensés soit un taux de perdus de vue de 18,9 %.

3. Étude prospective sur un mois

L'étude demandée permet d'identifier les motifs de consultation pour pathologies bucco-dentaires rencontrés en médecine générale. 92 médecins ont participé à cette étude prospective. 29 médecins n'ont rencontré, selon leurs dires, aucun cas de pathologie bucco-dentaire.

159 cas de patients consultants pour pathologie bucco-dentaire ont été recensés par 63 participants. 17 cas ont été rapportés par des remplaçants et 142 cas par les médecins installés. 58 cas n'ont pas posé de difficultés aux participants (36,5%). Les médecins installés depuis 21 à 30 ans ont recensé le plus grand nombre de cas (61 consultations). Les médecins installés depuis plus de 30 ans ont recensé 39 cas. Les médecins installés depuis 11 à 20 ans ont dénombré 20 cas, ceux installés depuis 10 ans ou moins 22 cas. Les remplaçants ont rapporté 17 cas.

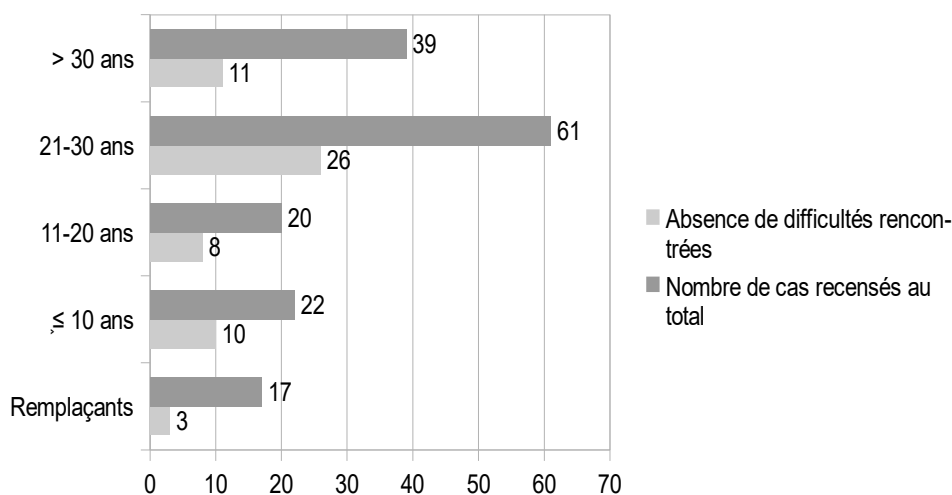


Diagramme 1: Nombre de cas jugés difficiles en fonction de l'expérience du médecin

Profil des patients

90 femmes et 69 hommes ont consulté pour ce motif. Les patients ont 3 mois pour le plus jeune et 92 ans pour le plus âgé. La catégorie d'âge ayant le plus consulté durant la période de recueil est celle des 41 – 60 ans. Il y a eu 21 consultations pédiatriques. 13,2 % des consultants sont des enfants et 86,8 % sont des adultes. (Tableau 1)

Tableau 1 : Nombre de patient ayant consulté par catégorie d'âge

Age	Nombre de patients
0 – 3 ans	5
4 – 10 ans	9
11 – 18 ans	7
19 – 40 ans	41
41 – 60 ans	60
61 – 80 ans	29
81 ans et plus	8

90 patients ont consulté dans un cabinet médical situé à 10 kilomètres ou moins d'un hôpital. 67 patients ont consulté dans un cabinet médical situé à plus de 10 kilomètres d'un hôpital. 100 patients ont consulté en milieu urbain et 53 en milieu rural. Tous les participants n'ont pas renseigné la partie consacrée au bassin de consultation.

Plusieurs comorbidités sont rapportées concernant les patients ayant consulté. (Diagramme 2)

44 patients présentent une pathologie chronique autre que le diabète (HTA, insuffisance cardiaque, porteur de valve cardiaque, dysthyroïdies, démence, épilepsie, asthme, BPCO,

greffe d'organes, polypose naso-sinusienne, migraine, reflux gastro-œsophagien, néoplasie autre qu'ORL, ...).

12 patients sont diabétiques. Une attention particulière leur a été portée du fait de la fréquence plus importante de cette pathologie chez les patients consultants par rapport à l'ensemble des autres pathologies chroniques.

3 présentent une néoplasie ORL. Ce type de pathologie laisse penser que les patients consultent directement leur dentiste ou leur spécialiste ORL en cas de problème. Pourtant, certains sont allés voir leur médecin traitant en première intention.

7 patients sont atteints de troubles psychiatriques (anxiodépression, schizophrénie, troubles obsessionnels compulsifs, ...).

6 patients sont sous anti-agrégant plaquettaire et/ou anticoagulant et 4 patients présentent une allergie médicamenteuse.

7 patients ont un mauvais état bucco-dentaire (édentation, ...), 13 patients présentent un éthylo-tabagisme et 7 patients une toxicomanie.

4 patients présentent un profil particulier et sont inclus dans « Autres » (grossesse, incapable majeur sous tutelle, vacancier, piercing lingual).

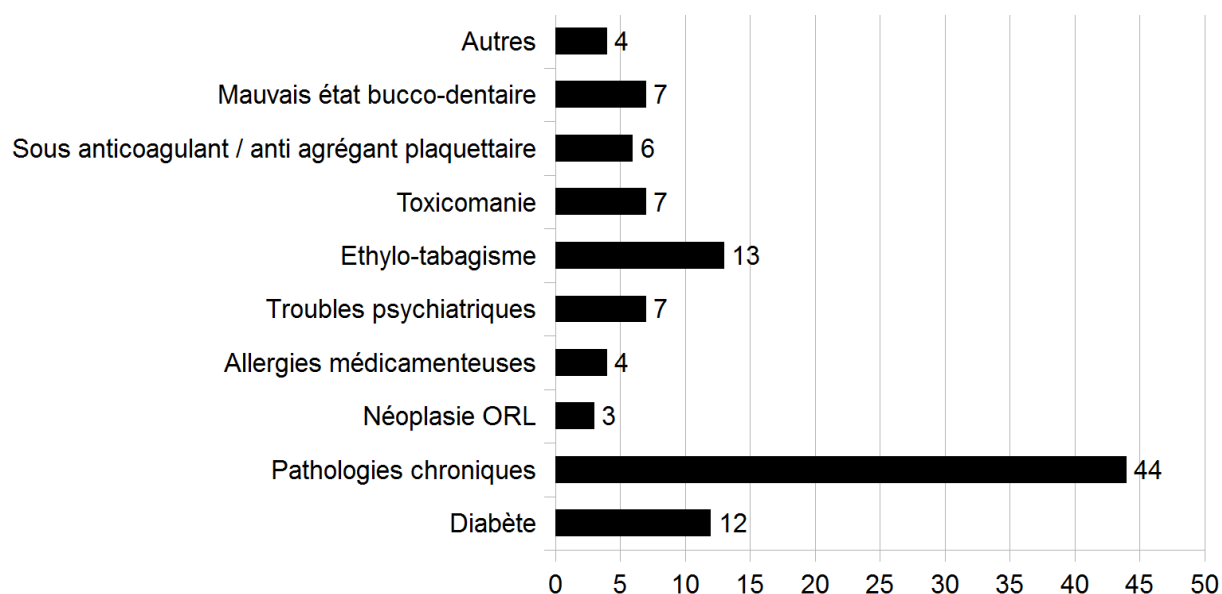


Diagramme 2 : Nombre de patients en fonction des comorbidités.

Pathologies rencontrées

163 situations cliniques ont été identifiées lors des 159 consultations recensées, lors de l'étude prospective. La situation pathologique la plus fréquemment décrite était l'abcès dentaire.

52 cas soit une fréquence de 31,90 % => Abscès dentaire.

12 cas soit une fréquence de 7,36 % => Aphtes / Aphtose.

10 cas soit une fréquence de 6,13 % => Extraction dentaire.

9 cas soit une fréquence de 5,52 % => Douleur dentaire.

7 cas soit une fréquence de 4,29 % => Gingivite.

6 cas soit une fréquence de 3,68 % => Mycose buccale.

5 cas soit une fréquence de 3,07 % => Parodontopathie / Traumatisme dentaire.

4 cas soit une fréquence de 2,45 % => Carie / Gingivo-stomatite / Muguet.

3 cas soit une fréquence de 1,84 % => Xérostomie / Syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire.

2 cas soit une fréquence de 1,23 % => Mobilité dentaire / Kyste apical / Cellulite faciale / Douleur linguale / Ulcération bucco-linguale / Inflammation palatine / Plaie buccale / Infection gingivale.

1 cas soit une fréquence de 0,61 % => Impétigo / Perte de bridge / Diapneusie / Saignement dentaire / Inflammation sur poussée dentaire / Infection du sillon gingivo-jugal / Infection sous implant / Soins dentaires / Corps étranger intra-buccal / Lésion gingivale / Gingivorragie / Langue saburrable en « carte de géographie » / Dépôt lingual blanchâtre / Infection dentaire / Hypertrophie gingivale / « Chique » / « Chicots » / Induration buccale non spécifique / Névralgie buccale / Contrôle de la cavité buccale / Hypersialie / Douleur jugale / Douleur temporo-mandibulaire.

Le diagramme 3 montre le nombre de patients porteurs des comorbidités identifiées plus haut en fonction des principales situations cliniques diagnostiquées. (Diagramme 3)

Les patients porteurs de pathologies chroniques représentent la catégorie de patients principalement rencontrée (8 patients consultant pour abcès dentaire, 7 pour gingivo-stomatite, 5 pour troubles de la salivation, 3 pour parodontopathies, 2 pour algies bucco-dentaires, caries, traumatisme dentaire et extraction dentaire). Les autres pathologies concernent autant les patients porteurs de pathologies chroniques que les autres catégories de

patients (1 patient).

Les autres catégories de patients bien représentées sont les patients diabétiques, les patients éthylo-tabagiques, les patients toxicomanes et les patients présentant un mauvais état bucco-dentaire.

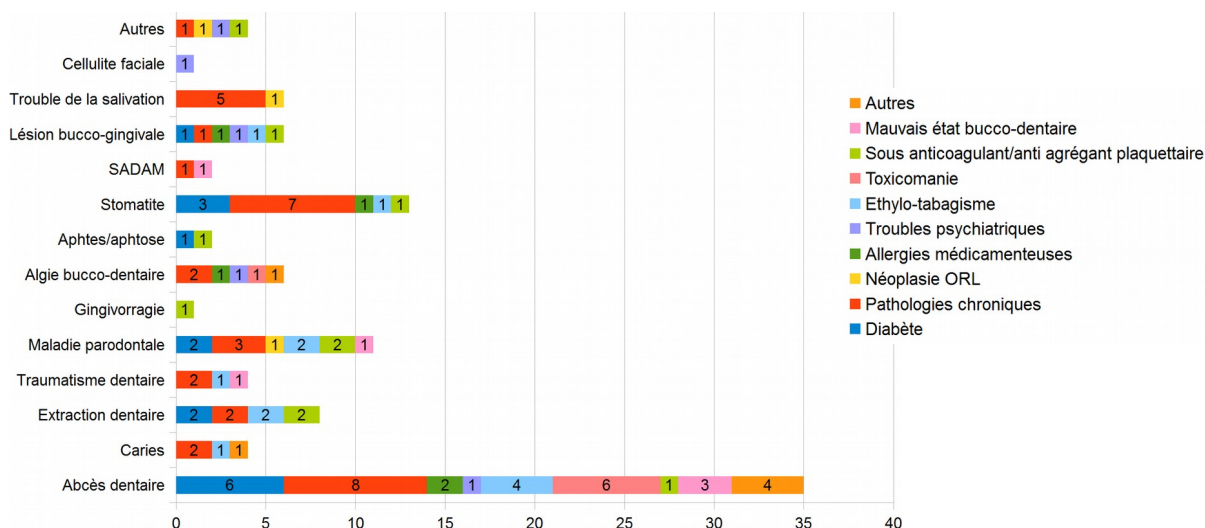


Diagramme 3 : Profils de patients en fonction de la pathologie décrite.

Difficultés rapportées (Tableau 2)

Tableau 2 : Difficultés rapportées par les généralistes au premier tour

Difficultés rapportées	Nombre de cas concernés
Accès aux soins dentaires	46
Difficultés thérapeutiques	10
Antibiothérapie (posologie/ prévention de l'endocardite d'Osler/ prescripteur/...)	8
Absence de dentiste référent	7
Refus des soins dentaires	6
Difficultés financières du patient	5
Arrêt de travail (prescripteur/ durée/...)	5
Complications post soins dentaires	4
Difficultés d'examen (patients déments, en bas âge, ...)	3
Etiologie	3
Récidive précoce de la pathologie	3
Défaut de compréhension du patient	2
Démence et soins d'hygiène dentaire (bains de	1

bouche, ...)	
Absence de courrier du spécialiste	1
Absence de structure adaptée à la prise en charge globale	1
Pas de couverture sociale du patient	1
Manque de formation des généralistes	1

Ces difficultés, totalisant 107 notifications par les généralistes, peuvent être regroupées en 6 catégories : les difficultés d'accessibilité aux soins dentaires, d'adressage, liées au patient, diagnostiques, thérapeutiques et administratives. La principale difficulté rapportée est la difficulté d'accessibilité aux soins dentaires. (Tableau 3)

Les **difficultés administratives** concernent la détermination du professionnel responsable de la rédaction des arrêts de travail pour pathologie bucco-dentaire (exemple : suite à une extraction dentaire), de la rédaction d'ordonnance d'antibiotiques à visée bucco-dentaire (exemple : dans le cadre de la prise en charge d'abcès dentaire).

Les **difficultés liée au patient** concernent la difficulté à convaincre le patient d'aller consulter un chirurgien-dentiste (phobie du dentiste ou négligence de l'importance d'effectuer les soins dentaires notamment chez les patients en situation de précarité sociale ou de toxicomanie), le défaut de compréhension du patient.

Les **difficultés diagnostiques** concernent la difficulté de poser un diagnostic clinique positif et/ou étiologique avec les outils à disposition au cabinet de médecine générale, les difficultés d'examen et le manque de formation des généralistes concernant le diagnostic des pathologies de la sphère bucco-dentaire.

Les **difficultés thérapeutiques** concernent la difficulté de traiter un patient suite à l'échec des soins dentaires, lors de la récurrence précoce de la pathologie (exemple : récurrence d'une aphtose) ; c'est aussi la difficulté devant une algie dentaire avec diagnostic étiologique douteux et la nécessité de prescrire un antalgique ou celle de la limitation thérapeutique en cas d'allergie médicamenteuse (exemple : allergie vraie à certains antibiotiques) ou encore en cas d'enfant en bas âge. Il s'agit également d'une difficulté pratique notamment pour la réalisation de soins de bouche chez des patients âgés, dépendants, déments ou handicapés refusant d'ouvrir la bouche pour permettre les soins sans qu'une alternative thérapeutique ne soit connue.

Les **difficultés d'adressage** concernent la méconnaissance, dans certaines pathologies

(exemple : SADAM), de la spécialité la plus à même de prendre en charge le patient et le manque de correspondance avec les spécialistes prenant en charge les patients pour ces pathologies.

La difficulté d'accessibilité correspond à la difficulté majoritairement mise en avant. Elle concerne la difficulté d'accès rapide à un chirurgien-dentiste ; la difficulté pour hospitaliser rapidement un patient pour problème bucco-dentaire ; la difficulté d'accès aux urgences dentaires locales ; la difficulté pour un patient sans dentiste référent d'obtenir un rendez-vous auprès d'un dentiste. Elle englobe également les difficultés d'accès aux soins dentaires en cas de difficultés financières des patients (concernant l'avance de frais ou pour certains frais spécifiques coûteux partiellement remboursés par la Sécurité Sociale) et/ou en cas d'absence de couverture sociale.

Tableau 3 : Types de difficultés rencontrées en fonction de la pathologie (Étude prospective)

Pathologies / Difficultés	Abcès dentaire	Carie	Traumatisme dentaire	Extraction dentaire	Maladie parodontale	Lésion bucco-gingivale	Algie B-D*	Aphtes	SADAM	Cellulite faciale	Autres	Total
Accessibilité	32	4	5	1	4	4	6	1			2	59
Thérapeutique	5			3	2	1	2	3			2	18
Administrative	6			5			1				1	13
Liées au patient	2	3					2				1	8
Diagnostique						4	2				1	7
Adressage									1	1		2

Autres : correspondent aux autres pathologies identifiées et détaillées dans le chapitre « Pathologies rencontrées » avec ajout de gingivorragie, troubles de la salivation et stomatite.

*Algie B-D : algie bucco-dentaire.

4. Ajustement des pathologies par les médecins

Lors du deuxième questionnaire, les médecins interrogés ont précisé s'ils souhaitaient ou non voir figurer d'autres pathologies bucco-dentaires que celles déjà identifiées lors de l'étude prospective.

90 médecins ont répondu à ce questionnaire. 16 médecins ont souhaité ajouter des pathologies bucco-dentaires supplémentaires. Les 74 autres médecins ne l'ont pas jugé nécessaire.

Les 25 pathologies supplémentaires citées sont : le carcinome épidermoïde buccal cité 4 fois, la xérostomie citée 3 fois, la lithiase salivaire citée 2 fois, la séquelle de radiothérapie et la prise en charge dentaire, l'hyposialie et l'asialie, la douleur linguale, l'inadaptation de prothèse dentaire, la gingivite (déjà citée dans le premier questionnaire), le nodule lingual ou jugal,

l'ostéonécrose mandibulaire sous bisphosphonates, le lichen plan jugal, la morsure linguale, le caseum amygdalien, l'halitose, l'agénésie dentaire, l'abcès dentaire (déjà cité dans le premier questionnaire), la leucoplasie, l'épulis, le SADAM (déjà cité dans le premier questionnaire), la paresthésie linguale, la luxation mandibulaire, l'excroissance de la muqueuse jugale, la glossodynie et la glossite marginée.

Les participants devaient également recenser les pathologies bucco-dentaires rencontrées au cours de leur pratique et non citées dans la synthèse du premier tour. 38 médecins n'ont pas ajouté d'autres pathologies. Les autres ont rapporté 20 nouvelles entités pathologiques. (Tableau 4)

Tableau 4: Pathologies rencontrées dans la pratique quotidienne et non citées lors de l'étude prospective

Prise en charge dentaire et bisphosphonate	Glossodynie
Hypertrophie localisée de la muqueuse sous dentier	Lithiase salivaire (2 fois)
Hémangiome tubéreux de la commissure labiale	Asialie post-radique
Sinusite maxillaire par pathologie apicale de contiguïté	Nævus palatin
Amélogénèse imparfaite	Articulé inversé
Leucoplasie	Caseum amygdalien
Parotidite	Paresthésie linguale
Hyposialie	Agueusie temporaire
Carcinome épidermoïde de la sphère ORL	Morsure linguale
Lèvres gercées	Impétigo

Certains médecins ont rapporté des pathologies déjà mentionnées lors du premier tour. (Tableau 5)

Tableau 5: Pathologies rencontrées dans la pratique quotidienne et citées à nouveau par les participants.

Stomatite ulcérée	Abcès dentaire (3 fois)
Hypersialorrhée (2 fois)	Douleur linguale
Carie (2 fois)	Parodontite chronique post-lithiasique
Parodontite	Douleur temporo-mandibulaire
Xérostomie (2 fois)	Lésion buccale
Candidose buccale	Pertuis gingival avec écoulement purulent sur kyste apical
Muguet	Aphtes et aphtose (4 fois)
Fracture dentaire (2 fois)	Examen systématique du nourrisson
Douleur dentaire	« Chicots »
SADAM (4 fois)	Mycose buccale (3 fois)

5. Révision de la fréquence, de la gravité et du niveau de difficulté ressentie par pathologie identifiée

Après analyse des deux premiers questionnaires, 73 situations cliniques étaient identifiées (Tableau 6). Il existait une redondance pour certaines pathologies. Pour ne pas influencer les participants, comme le veut la méthode Delphi, les 73 situations cliniques ont été citées dans le dernier questionnaire. Ce dernier permettait de définir pour chacune des 73 situations cliniques, sa fréquence estimée, sa gravité estimée, son niveau de difficulté estimée ainsi qu'un espace de commentaires libres pour énoncer les difficultés rencontrées par le participant.

Tableau 6 : 73 situations cliniques avec la fréquence retrouvée lors de l'étude prospective et la cotation de la fréquence estimée lors du dernier tour

Situations cliniques rapportées par les généralistes	Fréquence lors de l'étude prospective sur 1 mois (159 cas cliniques)	Cotation de la fréquence estimée par pathologie (3ème questionnaire)
Abcès dentaire	31,90%	67
<u>Aphtes / aphtose</u>	7,36%	94
Extraction dentaire	6,13%	22
<u>Douleur dentaire</u>	5,52%	85
Gingivite	4,29%	55
<u>Mycose buccale</u>	3,68%	93
<u>Parodontite et parodontopathie</u>	3,07%	44
<u>Traumatisme et fracture dentaires</u>	3,07%	7
Carie	2,45%	85
Muguet	2,45%	83
<u>Gingivo-stomatite</u>	2,45%	51
SADAM	1,84%	49
Xérostomie	1,84%	44
Ulcération bucco-linguale	1,23%	31
Mobilité dentaire	1,23%	30
Infection gingivale	1,23%	27
Kyste apical	1,23%	20
<u>Plaie buccale dont morsure linguale</u>	1,23%	19
Douleur linguale	1,23%	14
Inflammation palatine	1,23%	13
Cellulite faciale	1,23%	3
Langue saburrale "en carte de géographie"	0,61%	72
Infection dentaire	0,61%	68

Inflammation sur poussée dentaire	0,61%	68
Dépôts blanchâtres de langue	0,61%	65
"Chicots"	0,61%	64
Contrôle de la cavité buccale	0,61%	63
Douleur temporo-mandibulaire	0,61%	50
Impétigo	0,61%	46
"Chique"	0,61%	45
Gingivorragie	0,61%	38
Saignement dentaire	0,61%	34
Soins dentaires	0,61%	33
Lésion gingivale	0,61%	23
Induration buccale non spécifique	0,61%	16
Hypertrophie gingivale	0,61%	14
Névralgie buccale	0,61%	13
Douleur jugale	0,61%	13
Hypersialie	0,61%	10
Perte de bridge	0,61%	9
Diapneusie	0,61%	9
Infection sous implant	0,61%	4
Infection du sillon gingivo-jugal	0,61%	3
Corps étranger intra-buccal	0,61%	0
"Lèvres gercées"	-	85
Caseum amygdalien	-	67
Halitose	-	57
Hyposialie	-	50
<u>Sinusite maxillaire par pathologie apicale de contiguïté</u>	-	46
Inadaptation de prothèse dentaire	-	45
Parotidite	-	34
Séquelle de radiothérapie et prise en charge dentaire	-	31
Asialie	-	30
Agueusie temporaire	-	19
<u>Lithiase salivaire</u>	-	19
Hypertrophie localisée de la muqueuse sous dentier	-	18
Lichen plan jugal	-	14
Glossodynie	-	14
Paresthésies de la langue	-	11
Leucoplasie	-	9
<u>Pathologie tumorale – carcinome épidermoïde</u>	-	9
Nodule (joue / langue)	-	9
Glossite marginée	-	8
Excroissance de la muqueuse jugale	-	7

Articulé inversé	-	7
Pertuis gingival avec écoulement purulent	-	5
Luxation mandibulaire	-	3
Epulis	-	2
Hémangiome tubéreux de la commissure labiale	-	2
Amélogénèse imparfaite	-	2
Agénésie dentaire	-	2
Ostéonécrose mandibulaire sous bisphosphonate	-	0
Nævus palatin	-	0

La difficulté la plus souvent retrouvée était la difficulté diagnostique. (Tableau 7)

Tableau 7 : Types de difficultés rencontrées en fonction de la pathologie (Dernier tour)

Pathologies Difficultés	Abcès dentaire	Carie	Trauma- tisme dentaire	Extraction dentaire	Maladie parodontale	Lésion bucco- gingivale	Algie B-D	Aphtes	SADAM	Cellulite faciale	Autres	Total
Accessibilité	5	6	23				5			1	28	68
Thérapeutique	9			9	14	11	10	18	5		152	228
Administrative				4								4
Liées au patient	1	5				1	2	3	3		27	42
Diagnostique	3	5	4		10	32	25	8	3	4	242	336
Adressage		1	2		12	4			10	5	73	107

Taux de participation

73 médecins ont participé au dernier questionnaire.

30 pathologies sur 73 ont obtenu 70 réponses ou plus pour chaque question (soit 41,1% des pathologies concernées).

Parmi ces 30 pathologies, 10 ont obtenu 100% de réponses positives pour les 3 questions posées (soit 13,7% des pathologies). Il s'agit des pathologies suivantes : mycose buccale, parodontopathie, pathologie tumorale dont le carcinome épidermoïde, gingivo-stomatite, aphtes et aptose, douleur dentaire, traumatisme dentaire, plaie buccale, sinusite maxillaire par pathologie apicale de contiguïté, lithiase salivaire. Ces pathologies sont soulignées dans le tableau 6.

26 pathologies ont obtenu un taux de réponses positives à chaque question compris entre 69 et 65/73 participants (35,6% des pathologies). 13 pathologies ont obtenu un taux de réponses

positives compris entre 65 et 60/73 participants à chaque question (17,8 % des pathologies).

4 pathologies ont obtenu un taux de réponse inférieur à 60/73 à chaque question (5,5 % des pathologies). Il s'agissait de l'hémangiome tubéreux de la commissure labiale, de l'amélogénèse imparfaite, de l'excroissance de la muqueuse jugale et de l'épulis. L'épulis est la pathologie ayant obtenu le taux de réponse le plus faible avec 56 réponses (fréquence), 55 réponses (gravité) et 54 réponses (niveau de difficulté).

Commentaires libres

68 participants ont exprimé leur méconnaissance de la pathologie (exemple : diapneusie, glossite marginée, épulis, ...).

47 participants ont exprimé leur opinion concernant certaines pathologies qu'ils jugeaient ne pas relever d'une prise en charge par le généraliste (exemple : traumatisme dentaire, pathologie tumorale, leucoplasie, carie, ...).

26 participants ont dit retrouver une redondance dans les situations cliniques présentées.

4 participants ont rapporté leur manque de formation concernant certaines pathologies (exemple : luxation mandibulaire, gingivite, ...). A noter qu'au premier tour, 1 médecin avait déjà rapporté son manque de formation dans le domaine, dans les commentaires libres.

3 participants ont exprimé leur intérêt pour cette étude qu'ils jugeaient intéressante au vu des difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne.

Analyse du dernier questionnaire

Les diagrammes réalisés par pathologie, pour chacune des 73 pathologies, et figurant dans la troisième synthèse sont disponibles en annexe. (Annexe 4)

L'analyse du dernier questionnaire couplée à celles des deux premiers a permis d'identifier 10 pathologies nécessitant la réalisation d'une fiche technique. Ces dernières ont été réalisées en fonction des difficultés évoquées par les participants.

Pour l'analyse globale des données, les situations cliniques ont été regroupées sous le nom de leur diagnostic clinique. Les pondérations, nombre de consultations lors de l'étude prospective et le nombre de citations au deuxième tour ont été adaptés à ce recoupement. Ils prennent en considération l'ensemble des situations cliniques regroupées sous le même diagnostic.

Cette liste a été établie après pondération de chaque item (fréquence, gravité, niveau de difficulté) comme indiqué dans la légende (cf Matériel et méthode « Troisième

questionnaire »). Les 15 pathologies présentant la note la plus élevée dans chaque item ont été identifiées. Parmi ces pathologies, seules celles faisant partie des 20 pathologies avec la note la plus élevée dans un autre item ont été conservées. Ainsi, 14 pathologies étaient retenues suite au dernier questionnaire. Les 10 pathologies finales ont été celles ayant motivées de surcroît au moins 5 consultations lors de l'étude prospective et/ou ayant été citées au moins 5 fois dans le deuxième questionnaire. Le choix final des 10 pathologies a été validé par 2 expertes en chirurgie dentaire de la faculté de chirurgie dentaire de Nancy. (Tableau 8)

Tableau 8 : 10 pathologies identifiées nécessitant la réalisation d'une fiche d'aide à la prise en charge.

Pathologies	1 ^{er} tour	2 ^{ème} tour	Cotation lors du 3 ^{ème} tour		
	Nombre de cas lors de l'étude prospective	Nombre de citations lors du 2 ^{ème} tour	Fréquence estimée	Gravité estimée	Niveau de difficulté estimé
Abcès dentaire	58	5	195	382	266
Carie	7	2	169	104	115
Dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire	4	6	99	58	102
Gingivostomatite	5	2	132	56	65
Glossodynie	6	7	52	135	232
Maladie parodontale	16	3	41	97	173
Mycose buccale	10	3	176	24	21
Ostéonécrose mandibulaire sous bisphosphonate	0	2	0	120	90
Pathologie tumorale	4	13	76	355	339
Xérostomie	3	9	124	140	174

Notes :

Abcès dentaire regroupe : abcès dentaire, infection sous implant, infection dentaire, infection du sillon gingivo-jugal, « chique », pertuis gingival avec écoulement purulent sur kyste apical, cellulite faciale.

Parodontopathie regroupe : gingivite, parodontopathie, hypertrophie gingivale, infection gingivale, lésion gingivale.

Carie regroupant : carie, « chicots », kyste apical.

Mycose buccale regroupe : mycose, muguet.

Xérostomie regroupe xérostomie, hyposialie et asialie.

SADAM regroupe : SADAM et douleur temporo-mandibulaire.

Gingivo-stomatite regroupe : gingivo-stomatite, inflammation palatine, inflammation sur poussée dentaire.

Pathologie tumorale regroupe : carcinome épidermoïde buccal, épulis, nodule jugal/lingual, nævus palatin, diapneusie, induration et ulcération bucco-linguales.

Glossodynie regroupe glossodynie, névralgie buccale, douleur linguale, paresthésie linguale.

DISCUSSION

1. Interprétation des résultats et hypothèses sur les observations faites

Participation

Lors de la sollicitation téléphonique initiale, 59 médecins ont refusé l'invitation à participer à l'étude. Les deux principaux motifs de refus étaient le manque de temps à consacrer à une étude et l'absence d'intérêt pour le sujet de l'étude considéré comme étant non médical et du ressort exclusif des dentistes. Cette étude a permis d'objectiver un des freins à la création d'un partenariat médecin - chirurgien – dentiste. Ce frein provient du regard porté par certains généralistes sur leurs confrères chirurgiens – dentistes et sur le manque d'intérêt des généralistes pour la sphère bucco-dentaire, jugée être exclusivement du ressort des chirurgiens-dentistes ou des stomatologues.

Seuls 226 médecins contactés par téléphone avaient accepté l'invitation faite à participer à cette étude. Le taux de participation effective au premier questionnaire n'était que de 40,7 %. Le taux de retour minimal attendu et le nombre minimal de participants pour chaque questionnaire était satisfait, dans le respect de la méthode Delphi. (39,40)

Le taux de perdus de vue était inférieur à 25 % entre chaque questionnaire. Le faible nombre de perdus de vue entre le premier et le deuxième tour peut être rattaché à la facilité de remplissage du deuxième questionnaire. Le remplissage de ce dernier était facilité par la possibilité de répondre directement en ligne (Google Forms).

Le nombre de perdus de vue était plus important au dernier tour. Le nombre de participants était plus modeste (73 participants). Cette observation s'explique par : la longueur du dernier questionnaire nécessitant plus de temps à son remplissage que les deux précédents, une lassitude des médecins devant la redondance de certaines situations cliniques et le nombre de tours de questionnement. Les médecins ayant répondu au dernier questionnaire peuvent être considérés comme les participants les plus motivés de l'étude.

Représentativité du panel

Le panel de généralistes ayant participé à l'étude n'est pas représentatif de l'ensemble des généralistes français ni de l'ensemble des généralistes mosellans. Le panel ne comprenait que 226 généralistes ayant accepté l'invitation à participer à l'étude sur 898 généralistes mosellans

recensés par le CDOM en 2016. Seuls 92 puis 90 puis 73 médecins ont répondu aux différents questionnaires. L'effectif faible du panel ne permet pas la généralisation des résultats.

Le panel, composé exclusivement de généralistes mosellans, est cohérent avec l'objectif de l'étude. La répartition homme/femme est homogène (52 hommes et 40 femmes). La catégorie des médecins dont l'installation date de 21 à 30 ans est la plus importante. Il s'agit de la catégorie ayant rencontré le plus de cas lors de l'enquête prospective. Cette observation est cohérente. Les autres catégories sont représentées de manière homogène. L'installation en cabinet de groupe prédomine par rapport aux autres modes d'exercice. Seules 3 associations avec un chirurgien-dentiste dans le cadre des maisons de santé pluriprofessionnelles ont été retrouvées. Il n'existe pas de différence majeure dans le nombre de difficultés rencontrées face aux pathologies bucco-dentaires en fonction de l'expérience du généraliste. (Diagramme 1)

Les médecins définissent majoritairement leur exercice en milieu urbain, avec une proximité hospitalière à moins de 10 kilomètres de leur cabinet. Les caractéristiques géographiques de la majorité des participants interpellent car la principale difficulté rapportée lors de l'enquête prospective est le défaut d'accessibilité aux soins dentaires. Le milieu urbain et la proximité hospitalière ne sont pas le gage d'un accès facilité aux soins dentaires.

Résultats des trois questionnaires (Annexes 4, 5, 7)

Lors de l'enquête prospective, 36,5 % des cas n'ont pas généré de difficultés aux médecins. Tous les autres cas en ont soulevé d'où l'intérêt de ce travail pour identifier ces situations cliniques et ces difficultés.

Il existe une prédominance féminine des patients consultant. Les hypothèses pour expliquer cela sont une plus grande attention portée par les femmes à leur santé et notamment à leur dentition, du fait de l'aspect esthétique. (15,23)

Il existe une prédominance de patients adultes (86,8 % des consultants), principalement entre 41 et 60 ans. Cette catégorie d'âge dominante dans le recours au généraliste pour pathologie bucco-dentaire est cohérente avec les données de la littérature. Les patients âgés entre 40 et 59 ans sont ceux renonçant le plus aux soins dentaires (15). Ce renoncement aux soins dentaires peut expliquer un recours plus facile au généraliste pour palier à la symptomatologie bucco-dentaire. Les autres hypothèses sont la négligence de la santé bucco-dentaire par les adultes et l'absence de programme de sensibilisation et d'aide au recours aux soins dentaires pour les adultes.

Le programme M'T Dents de la sécurité sociale n'a pas d'équivalent pour l'instant pour les

adultes. Le suivi médical des enfants, obligatoire à certains âges, l'utilisation du carnet de santé chez l'enfant avec des pages dédiées à la santé bucco-dentaire n'ont pas d'équivalent chez l'adulte. (20)

Le recours des patients à leur généraliste plutôt qu'à leur chirurgien-dentiste peut s'expliquer par une phobie du dentiste ressentie par certains patients. (6)

Les patients consultant en milieu urbain et à 10 kilomètres ou moins d'un hôpital ont été les plus nombreux (respectivement 100 et 90 patients). Cette observation s'explique par le nombre plus important de médecins en milieu urbain et à 10 kilomètres ou moins d'un hôpital (respectivement 52 et 46 généralistes).

Le profil de patients consultant le plus souvent pour pathologies bucco-dentaires et posant régulièrement des difficultés aux médecins sont ceux atteints de pathologies chroniques. Ce résultat est cohérent avec les données de la littérature. Les pathologies bucco-dentaires partagent de nombreux facteurs de risque communs avec d'autres pathologies générales (exemple : éthylo-tabagisme). Les pathologies bucco-dentaires interagissent avec des pathologies générales en les aggravant (exemple : déséquilibre glycémique chez un diabétique). Elles sont également aggravées par des pathologies générales (exemple : diabète et maladie parodontale). (1,4,5,8,9,14,16,136)

La pathologie bucco-dentaire la plus fréquemment rapportée dans cette étude est l'abcès dentaire.

Lors du premier tour, la difficulté majeure rapportée par les participants a été l'accessibilité aux soins dentaires (59 notifications) suivie par les difficultés thérapeutiques (18 notifications). Les autres difficultés rapportées ont été plus marginales comme la difficulté diagnostiques (7 notifications). Lors du dernier questionnaire, l'appréciation des types de difficultés a été modifiée. (Tableaux 3 et 7)

Tableau 3 : Types de difficultés rencontrées en fonction de la pathologie (Étude prospective)

Pathologies / Difficultés	Abcès dentaire	Carie	Traumatisme dentaire	Extraction dentaire	Maladie parodontale	Lésion bucco-gingivale	Algie B-D	Aphtes	SADAM	Cellulite faciale	Autres	Total
Accessibilité	32	4	5	1	4	4	6	1			2	59
Thérapeutique	5			3	2	1	2	3			2	18
Administrative	6			5			1				1	13
Liées au patient	2	3					2				1	8
Diagnostique						4	2				1	7
Adressage									1	1		2

Autres : correspondent aux autres pathologies identifiées et détaillées dans le chapitre « Pathologies rencontrées » avec ajout de gingivorragie, troubles de la salivation et stomatite.

Algie B-D : algie bucco-dentaire.

Tableau 7 : Types de difficultés rencontrées en fonction de la pathologie (Dernier tour)

Pathologies / Difficultés	Abcès dentaire	Carie	Traumatisme dentaire	Extraction dentaire	Maladie parodontale	Lésion bucco-gingivale	Algie B-D	Aphtes	SADAM	Cellulite faciale	Autres	Total
Accessibilité	5	6	23				5			1	28	68
Thérapeutique	9			9	14	11	10	18	5		152	228
Administrative				4								4
Liées au patient	1	5				1	2	3	3		27	42
Diagnostique	3	5	4		10	32	25	8	3	4	242	336
Adressage		1	2		12	4			10	5	73	107

La méthode Delphi a permis d'aboutir à ce changement en permettant aux participants de réagir par pathologies (identifiées par leurs soins). Ils ont pu dégager les problématiques réelles rencontrées au cabinet et s'affranchir des conceptions plus générales des difficultés en pathologie bucco-dentaire, énoncées initialement. La méthode Delphi a permis aux généralistes de porter un autre regard sur leurs besoins concernant ces pathologies. (79)

Le besoin de formation complémentaire concernant les pathologies bucco-dentaires a été rapporté par 1 participant au cours du premier tour et par 4 participants au dernier. 68 médecins ont découvert des pathologies qu'ils ne connaissaient pas. Ils ont exprimé leur méconnaissance et la nécessité d'y remédier (exemple : diapneusie). Les situations cliniques ont été celles identifiées par les participants, sans ajout ni rectification extérieure.

L'objectif de ce travail a intéressé les généralistes. Cette observation s'est vérifiée devant le nombre de participants ayant répondu aux 3 catégories (fréquence, gravité, niveau de difficultés estimées) lors du dernier questionnaire. Malgré la longueur du questionnaire,

13,7 % des situations cliniques ont obtenu une réponse dans chacune des 3 catégories par les 73 participants. Elles ne concernent pas uniquement les premières pathologies citées dans le questionnaire. 4 des 10 pathologies bénéficiant d'une fiche technique, font partie des 13,7 % de pathologies. 3 participants ont également fait part de leur intérêt particulier concernant ce travail.

La pathologie bucco-dentaire ayant obtenu le plus faible taux de réponses des participants au dernier tour était l'épulis (79). Mais ce faible taux de réponse s'explique par la méconnaissance de cette pathologie par la plupart des généralistes. Cette méconnaissance a été rapportée dans les commentaires libres.

L'étude a permis de mettre en évidence un réel besoin, ressenti par les généralistes et confirmé par l'importance des difficultés diagnostiques et thérapeutiques rapportées, de formation en santé bucco-dentaire et d'aide à la prise en charge. Cette étude a permis de cibler les besoins spécifiques des généralistes dans leur pratique quotidienne. Les fiches techniques ont été élaborées en tenant compte de ces besoins spécifiques.

2. Validité interne

Limites de l'étude

Objectifs

L'étude est centrée exclusivement sur le ressenti et les besoins des généralistes sans que l'étude ne s'attache au point de vue des chirurgiens-dentistes. Les besoins des chirurgiens-dentistes lors de consultations demandées par les généralistes ou lors de la prise en charge d'un patient polyopathologique ne sont pas explorés.

Le champ de la médecine générale est vaste. Les pathologies bucco-dentaires ne correspondent qu'à un faible nombre de consultations (32), seulement 159 consultations pour ce motif sur un recueil d'un mois effectué par 92 médecins.

Patients concernés

Les populations les plus concernées par les pathologies bucco-dentaires sont également les populations les plus fragiles (personnes âgées, patient polyopathologique, faibles revenus financiers, ...). Ces populations consultent moins leur chirurgien-dentiste et sont plus enclines à consulter leur généraliste. (7,14,28) Cette observation constitue un biais dans les profils de patients retrouvés lors de l'enquête prospective.

Participants

Biais de sélection (137) : L'étude présente un biais de sélection des participants. Il s'agissait exclusivement de généralistes motivés. Ils avaient un regard favorable à cette étude qu'ils jugeaient pertinente par rapport à leurs besoins. Le mode de recrutement de généralistes par le biais de l'AMMPPU a contribué à ce biais de sélection. Ce moyen de recrutement concernait des généralistes soucieux de parfaire leur formation médicale. Ils étaient conscients de leurs lacunes concernant les pathologies bucco-dentaires. Ils étaient plus enclins à souhaiter la création de fiches d'aide face à des pathologies pour lesquelles le niveau de formation des généralistes est insuffisant. (6,16,21,33)

Médecins et informatique : Les médecins ne sont pas tous égaux face à l'outil informatique. Certains médecins peu à l'aise avec l'outil informatique ont rencontré des difficultés pour remplir ou renvoyer les questionnaires. Des aides complémentaires ont été apportées à ceux qui ont exprimé leurs difficultés. Un seul médecin a manifesté sa difficulté à répondre au premier questionnaire, malgré l'aide complémentaire apportée en réponse à sa demande. Il a finalement déclaré se retirer du projet, n'ayant pas réussi à remplir le questionnaire malgré les indications complémentaires données. D'autres généralistes ont pu se désintéresser de l'étude malgré une volonté initiale de participer pour la même raison.

Une sous estimation du nombre des pathologies bucco-dentaires rencontrées et des erreurs diagnostiques éventuelles ont pu survenir par méconnaissance de certaines pathologies.

Certaines situations cliniques et difficultés ont pu ne pas être rapportées par les généralistes, estimant qu'elles relevaient exclusivement du domaine du chirurgien-dentiste. Cette situation était retrouvée en lisant les commentaires libres. Les items traitant de pathologie tumorale (carcinome épidermoïde, ulcération buccale, ...) faisaient partie des situations cliniques concernées. Et cela malgré l'avis dominant des généralistes recherchant des solutions pour le dépistage et la prise en charge de ces pathologies jugées fréquentes, graves et/ou difficiles à diagnostiquer.

Méthode Delphi

La méthode Delphi est une méthode semi-quantitative permettant d'obtenir un retour subjectif des généralistes concernant leurs difficultés quotidiennes. Les réponses obtenues par cette méthode n'ont pas une valeur scientifique aussi importante qu'une étude épidémiologique classique. (38,39)

Cette méthode lourde, nécessitant au moins 3 tours de questionnement, et fastidieuse pour les

participants a généré des perdus de vue entre chaque tour.

Le respect de l'anonymat a permis à certains participants de répondre à un ou deux questionnaires sans forcément répondre aux trois. Le profil d'exercice des généralistes ayant répondu au deuxième et troisième questionnaire n'a pas pu être vérifié ni comparé à celui des participants du premier questionnaire.

La méthode se focalise sur les avis divergents et donc sur les situations cliniques différentes, atypiques (39). Ce principe a généré des redondances concernant les pathologies évoquées. Ces dernières correspondaient à un même diagnostic mais leurs expressions singulières imposaient de les nommer telles qu'elles avaient été énoncées par le participant. La redondance et l'appellation non scientifique de certains items (exemple : « chique ») ont conduit des participants à ne pas répondre à la totalité des items du dernier questionnaire, générant un biais. Leur choix de répondre à certains items et non à d'autres étaient rapporté dans les commentaires libres.

Étude prospective et questionnaires

L'étude prospective n'a porté que sur un mois de consultation en mai – juin 2016. La période de mai comportant de nombreux jours fériés a pu induire un plus grand nombre de consultations pour pathologie bucco-dentaire du fait d'un manque de disponibilité des chirurgiens-dentistes pendant cette période.

L'étude menée seulement sur un mois n'a pas permis d'être représentative de toutes les consultations pour pathologies bucco-dentaires rencontrées en médecine générale.

La légende du dernier questionnaire n'était pas suffisamment complète. Une cotation spécifique concernant les cas où la pathologie n'avait jamais été rencontrée et une autre pour les pathologies inconnues des généralistes auraient permis d'affiner l'analyse des réponses.

Forces de l'étude

Objectifs

L'importance de la santé bucco-dentaire, son intrication avec la santé générale, la qualité de vie et l'insertion sociale des individus sont rapportées à de multiples reprises dans la littérature. La gravité potentielle de certaines pathologies et complications bucco-dentaires en fait un sujet important à maîtriser pour les médecins de premier recours que sont les généralistes. (3–5,14,16,136)

L'importance de la santé bucco-dentaire est au centre de plusieurs programmes nationaux et internationaux. Des instances comme l'Union française pour la santé bucco-dentaire lui sont même dédiées. (2,4,6,16,21,138)

Ces pathologies et les problèmes qu'elles posent se rencontrent aisément chez les patients âgés, souvent polypathologiques, polymédiqués, institutionnalisés et/ou dépendants (14,28). Le vieillissement de la population française génère et générera à l'avenir des difficultés diagnostiques et thérapeutiques pour ces patients. L'identification des difficultés et les tentatives pour apporter des solutions concrètes sont nécessaires.

Le manque de formation des généralistes dans ce domaine est déploré dans plusieurs travaux. (16,30,33,34)

Les médecins évoquent eux-mêmes leurs lacunes et leur souhait d'une formation complémentaire. L'intérêt de la réalisation de fiches techniques d'aide pour les pathologies les plus fréquentes et les plus problématiques en pratique quotidienne est donc évident.

Patients concernés

Les patients concernés correspondaient aux patients les plus à risque de développer des pathologies bucco-dentaires. Ils correspondaient aux profils de patients à risque décrits dans la littérature. (1,2,6,8,10,14,16,19,20,28)

Il n'existait pas de différences majeures entre les patients consultant en milieu urbain, rural, à proximité ou non d'un hôpital. Le nombre de patients consultant dans un bassin de consultation donné était cohérent avec le nombre de généralistes y exerçant. La localisation géographique ne modifiait pas le nombre de ces consultations.

Participants

Le profil de participants obtenu lors du premier questionnaire est équilibré. Bien que non généralisable, la « photographie » de généralistes obtenue montre un équilibre entre les générations et les genres. Le mode d'exercice et le bassin de consultation n'ont pas généré de différence dans le nombre de consultations pour pathologies bucco-dentaires. Les généralistes participants étaient concernés de manière similaire à ces motifs de consultations. Cela peut être expliqué par une densité des chirurgiens-dentistes faible aussi bien en zone péri-urbaine que rurale. (4)

Méthode Delphi

La méthode est apparue avantageuse par rapport au projet. Cette méthode est indiquée pour l'évaluation des besoins dans un domaine (37,38). Le but de cette étude était d'identifier les pathologies bucco-dentaire et les difficultés posées par celles-ci aux généralistes. Elle a permis une collecte d'informations riche. Cette méthode semi-quantitative a permis d'aboutir à un consensus de pathologies rencontrées au cabinet (39). La méthode a permis l'expression des difficultés principalement rencontrées en fonction des pathologies par les généralistes.

La méthode par son caractère anonyme a empêché les généralistes d'être influencés dans leurs réponses par les autres participants. La prise de connaissance de la synthèse des réponses du tour précédent a permis aux participants de réviser leurs choix. Cela leur a permis d'adapter leur vision des difficultés rencontrées entre le premier et le dernier tour. La formulation des situations cliniques par les médecins a été respectée pour ne pas interférer ou influencer les réponses.

Le respect du nombre minimal de participants et du taux de retour minimal attendu pour chaque questionnaire rend ce travail pertinent scientifiquement malgré son caractère non généralisable (39).

Étude prospective et questionnaires

L'étude prospective sur un mois a permis d'objectiver la réalité du recours des patients aux généralistes en pratique courante pour des pathologies bucco-dentaires. Cette étude prospective a permis d'établir une première liste de pathologies et de difficultés identifiées. Elle a servi de socle à l'ensemble de l'étude. La période d'un mois de recueil a été choisie pour éviter les perdus de vue. La période portant sur mai – juin permettait d'objectiver le nombre de consultations en dehors des périodes de vacances scolaires et des mois d'hiver pouvant rendre difficile pour les patients l'accès à leur chirurgien-dentiste.

Chaque questionnaire avait été testé et validé par des testeurs indépendants comprenant 3 médecins exerçant en dehors de la Moselle (dont une remplaçante niçoise) et 2 personnes non médecins (1 ergothérapeute et un travailleur administratif en secteur non médical.)

L'analyse des réponses a permis d'obtenir 10 pathologies mises en avant par les généralistes pour leur fréquence, leur gravité et les difficultés engendrées. La gravité des pathologies était considérée par beaucoup de participants comme une difficulté en soi.

3. Validité externe

Les données recueillies au cours de ce travail et dans la littérature portant sur les pathologies bucco-dentaires mettaient toutes en avant un manque de connaissance de l'impact et de l'intrication de ces pathologies avec la santé générale des individus. Elles étaient concordantes sur la méconnaissance de ce lien par les patients et par les médecins. (6,8,13,14,16)

L'importance de la prise en charge de ces pathologies sur le plan local, régional, national et mondial était rapportée dans de nombreux articles. (2-4,6,15-18,138)

L'accent était souvent mis sur la prévention, la prise en charge en soins primaires et la nécessité d'un partenariat médecin généraliste – chirurgien-dentiste. (5,8,21,34,136)

Le cloisonnement des activités médicales et odontologiques est critiqué et la nécessité d'un partenariat entre professionnels apparaît nécessaire. Le volet bucco-dentaire de l'Agence Régionale de Santé (ARS) dit que « la prise en charge de la santé bucco-dentaire est un parfait exemple de la nécessité de décroisement des différents secteurs du système de santé. » (6,139)

Les progrès faits à l'étranger grâce à des mesures simples de prévention bucco-dentaire et d'action en soins primaires étaient retrouvés. Les campagnes de prévention menées en Suisse et en Irlande sont encourageantes. 70 % des enfants de 4 ans Suisses et 67 % des enfants Irlandais de 5 ans sont indemnes de caries. (6)

Aucune étude discordante n'a été retrouvée dans la littérature concernant l'importance de la prise en charge de ces pathologies en soins primaires.

Cette étude est originale. Aucune étude n'a été retrouvée dans la littérature concernant l'identification des pathologies bucco-dentaires et des besoins des généralistes vis à vis de ces dernières dans leur prise en charge au cabinet médical.

Certaines études mettaient en avant le rôle du généraliste dans la prévention de la carie dentaire sans s'intéresser aux difficultés des généralistes pour la prise en charge de cette pathologie ni des autres pathologies bucco-dentaires. (136)

L'objectif de cette étude et son sujet sont ancrés dans l'actualité sanitaire avec la mise en place au niveau local, régional, national et international de programmes sanitaires comportant des objectifs en santé bucco-dentaire. (2-6,14,16-18,138)

4. Conclusion et perspectives

Les consultations pour pathologies bucco-dentaires, bien que non majoritaires, font partie des motifs de consultation en médecine générale (32). Les patients les plus à risque de présenter ces pathologies et leurs complications sont les patients âgés, polypathologiques, polymédiqués, institutionnalisés, appartenant aux classes sociales les plus pauvres (4,6,14,16,19,20). Ces patients correspondent à une majorité des patients présents dans une patientèle classique de médecine générale. Il est donc important que les généralistes soient sensibilisés et formés à prévenir, dépister, diagnostiquer et dans la mesure de leurs moyens à prendre en charge ces patients et ces pathologies.

Le manque de formation des généralistes déjà évoqué dans la littérature s'est confirmé dans ce travail. Les généralistes rapportant eux-mêmes un manque de formation vis à vis des pathologies bucco-dentaires. Ce manque de formation est à l'origine de difficultés dans la prise en charge au cabinet de ces pathologies.

Or, le généraliste reste le médecin et professionnel de premier recours en soins primaires, y compris dans la prise en charge des pathologies bucco-dentaires. La prise en charge des patients consultant pour ces pathologies nécessite une coordination médecin généraliste - chirurgien-dentiste. Le partenariat médecin généraliste – chirurgien-dentiste, encore trop marginal, doit être renforcé pour permettre une prise en charge globale des patients.

L'objectif de cette étude est cohérent avec les besoins actuels des généralistes. Le présent travail a permis d'identifier les pathologies bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrées en ambulatoire par un panel de généralistes mosellans et d'identifier les principales difficultés posées par ces pathologies. Suite à cette étude, un cahier rassemblant 10 fiches d'aide à la prise en charge, au cabinet de médecine générale, a pu être élaboré. Ce dernier, figurant dans la deuxième partie de ce travail, est mis à la disposition de tous les généralistes qui le souhaitent ou ayant participé à cette étude.

Perspectives

La réalisation de cours de sensibilisation au département de médecine générale des facultés de médecine ou lors de session de formation médicale continue comme la Semaine Médicale de Lorraine et la création d'un support d'aide à la prise en charge similaire à antibioclic, ou ophtalmoclic pourraient être intéressants. Étant donné l'intérêt manifeste pour le sujet et le besoin de formation des généralistes dans ce domaine, une soirée de formation médicale continue dédiée à la santé bucco-dentaire en médecine générale serait à développer, par le

biais d'associations telles que l'AMMPPU.

Il reste encore beaucoup de travail pour prévenir et améliorer la santé générale, incluant la santé bucco-dentaire des individus et valoriser la relation thérapeutique médecin généraliste – chirurgien-dentiste.

II. ÉLABORATION DE FICHES TECHNIQUES

L'étude, constituant la première partie de ce travail, a permis la mise en évidence de pathologies bucco-dentaires estimées fréquentes, graves et/ou difficiles à prendre en charge au cabinet de médecine générale.

La deuxième partie de ce travail a permis d'élaborer des fiches techniques tentant de répondre aux problématiques soulevées par les généralistes au cours de la première partie de l'étude.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Sélection des thématiques des fiches techniques

A l'issue de l'étude, 10 pathologies bucco-dentaires ont été sélectionnées pour la réalisation de fiches techniques d'aide à leur prise en charge en médecine générale. Le détail de la sélection des 10 pathologies lauréates figure dans la partie **Résultats**, « Analyse du dernier questionnaire ».

Les 73 situations cliniques rapportées ont été analysées et regroupées en fonction de leur diagnostic. Ainsi les redondances ont pu être éliminées. L'analyse a gagné en pertinence avec des diagnostics précis regroupant des synonymes, des termes imprécis, des stades ou des signes cliniques de la pathologie.

Le regroupement des situations cliniques a été validé par deux expertes, docteurs en chirurgie dentaire et enseignantes à la faculté de chirurgie dentaire de Nancy.

Les 10 pathologies thématiques de ces fiches sont :

Abcès dentaire => regroupant abcès dentaire / infection dentaire / « chique » / cellulite faciale / infection sous implant / infection du sillon gingivo-jugal / pertuis gingival avec écoulement purulent sur kyste apical.

Carie => regroupant carie / kyste apical / « chicots ».

Dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire => regroupant syndrome algodysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire (SADAM) / douleur temporo-mandibulaire.

Gingivo-stomatite => regroupant gingivo-stomatite / inflammation palatine / inflammation sur poussée dentaire.

Glossodynie => regroupant glossodynie / névralgie buccale / douleur linguale / paresthésie linguale.

Maladie parodontale => regroupant gingivite / parodontite et parodontopathie / infection gingivale / hypertrophie gingivale / lésion gingivale.

Mycose buccale => regroupant mycose buccale / muguet.

Ostéonécrose mandibulaire sous bisphosphonates (et denosumab)

Pathologie tumorale => regroupant carcinome épidermoïde buccal / nævus palatin / diapneusie / épulis / nodule (joue / langue) / induration et ulcérations bucco-linguales.

Xérostomie => regroupant xérostomie / hyposialie / asialie.

2. Revue de la littérature

Les 10 fiches techniques ont été élaborées en se basant sur des références françaises (Union française pour la santé bucco-dentaire, Haute autorité de santé, Association nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Collèges nationaux des enseignants de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie et des enseignants ORL, oncolor, antibiolor, ...) et internationales (American Dental Association). Les données ont été recueillies par le biais d'articles scientifiques, de sites et livres de référence.

Fiches réalisées (43): Abscès dentaire (12,44–61), Carie (116–123), Dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire (110–115), Gingivo-stomatite (62–67,140), Glossodynie (68–72,140), Maladie parodontale (123–135,140), Mycose buccale (73–75,140), Ostéonécrose sous bisphosphonates (89–103), Pathologie tumorale (76–88,140), Xérostomie (104–109,140).

3. Élaboration des fiches techniques

Les fiches ont été réalisées dans un but pratique avec une bonne lisibilité de l'information. Pour 8 d'entre elles, le texte tient sur 3 pages format A4, côté recto uniquement. Le texte de la fiche « Pathologie tumorale » tient sur 4 pages format A4, côté recto. Le texte de la fiche « Glossodynie » tient sur 2 pages format A4, côté recto.

La trame est similaire dans toutes les fiches mais certaines possèdent une variante, adaptée en fonction des besoins. Les difficultés de prise en charge, plus générale, n'ont pas été développées dans ces fiches (exemple : examen bucco-dentaire du sujet dément).

Un questionnaire, sous la forme de questions « Vrai / Faux », en début de cahier, a été réalisé afin de stimuler la lecture des fiches par les médecins. Ce quizz permet aux généralistes de confronter leurs connaissances en santé bucco-dentaire aux données scientifiques actuelles. Les réponses de ce quizz sont toutes contenues dans les différentes fiches techniques et une synthèse des réponses figure à la fin du cahier.

4. Validation par les expertes en chirurgie-dentaire

Une correction par avis d'expertes en chirurgie-dentaire (enseignantes de la Faculté de chirurgie dentaire de Nancy) a été effectuée à l'issue de ce travail. Deux expertes de la faculté

de chirurgie dentaire de Nancy ont été sollicitées pour valider les 10 pathologies les plus intéressantes à « fichier ».

Elles se sont basées sur les trois synthèses et sur l'analyse globale réalisée visant à déterminer les 10 pathologies lauréates. Les résultats obtenus suite à l'analyse des trois questionnaires concernent les mêmes pathologies que celles jugées intéressantes par les expertes de la faculté de chirurgie-dentaire de Nancy.

Les expertes ont également validé les propositions de regroupement des différentes situations cliniques sous le nom de leur diagnostic.

La validation, des données retrouvées et de leur mise en forme sous la forme de fiches techniques, a été réalisée par les deux expertes en chirurgie-dentaire, maîtres de conférences universitaires, praticiennes hospitalières et enseignantes à la faculté de chirurgie-dentaire de Nancy.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Une autorisation à l'utilisation des schémas et photographies illustrant les fiches techniques a été demandée et obtenue. (Annexe 8)

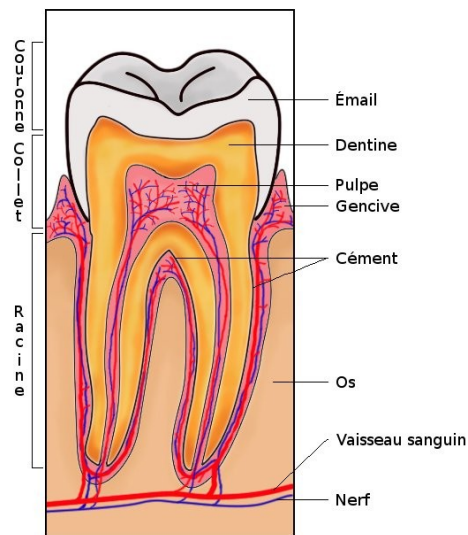
Certains schémas et photographies libres de droit d'auteur ont été utilisés.

RÉSULTATS : LE CAHIER DES 10 FICHES TECHNIQUES

(Cf ci-dessous)

CAHIER : Les 10 fiches techniques

« Problèmes posés par les pathologies bucco-dentaires aux médecins généralistes mosellans. »



Crédit image : Wikipedia CC BY-SA 2.0 (attribution : Sam Fentress)

Réalisé par Elodie GUISSARD - WEBER

Sous la direction du docteur Jean-Michel MARTY, maître de conférence associé de médecine générale

Relu et corrigé par les docteurs Dominique DROZ et Julie GUILLET, maîtres de conférence universitaire à la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Nancy et praticiennes hospitalières

QUIZZ : LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET VOUS ...

1. La « dent de 6 ans » est une dent importante pour la denture future de l'enfant.

Vrai

Faux

2. Il n'y a pas lieu de soigner les caries sur les dents temporaires des enfants.

Vrai

Faux

3. Les AINS et les corticoïdes sont les antalgiques de choix en cas d'abcès dentaire.

Vrai

Faux

4. La cellulite faciale est la première complication des foyers infectieux dentaires.

Vrai

Faux

5. Il existe un traitement préventif des récurrences de la gingivo-stomatite herpétique.

Vrai

Faux

6. La principale manifestation de la primo-infection à HSV 1 est la gingivo-stomatite.

Vrai

Faux

7. Le diagnostic de glossodynie est un diagnostic d'élimination.

Vrai

Faux

8. Les adultes de moins de 40 ans sont les plus atteints par la glossodynie.

Vrai

Faux

9. La mycose buccale est une affection parasitaire.

Vrai

Faux

10. Il n'existe aucune interaction médicamenteuse avec les antifongiques locaux type DAKTARIN®.

Vrai

Faux

11. Une hygiène buccale rigoureuse est la meilleure prévention de l'ostéonécrose mandibulaire sous bisphosphonate.

Vrai

Faux

12. Le panoramique dentaire est le meilleur examen d'imagerie à visée diagnostique en cas de suspicion d'ostéonécrose mandibulaire sous bisphosphonate.

Vrai

Faux

13. La maladie parodontale n'a pas d'impact sur la santé générale.

Vrai

Faux

14. Certains anti-hypertenseurs ont un tropisme particulier pour le parodonte.

Vrai

Faux

15. Le traitement des dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire est

exclusivement chirurgical.

Vrai

Faux

16. La triade diagnostique classique des dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire est : douleur – bruits articulaires – trismus.

Vrai

Faux

17. Le carcinome épidermoïde représente 40 % des cancers de la cavité buccale.

Vrai

Faux

18. Les cancers ne provoquent pas de métastases au niveau de la cavité buccale.

Vrai

Faux

19. Il n'existe aucun test objectif, réalisable au cabinet de médecine générale, pour mettre en évidence une hyposialie.

Vrai

Faux

20. La chimiothérapie et la radiothérapie anti-cancéreuses sont des causes majeures de xérostomie.

Vrai

Faux

XÉROSTOMIE

Définitions : Hyposialie = diminution de la sécrétion salivaire dont le principal symptôme est la xérostomie. Xérostomie : sécheresse buccale ressentie subjectivement par le patient (peut également se rencontrer malgré une production de salive normale). Définie post-radiothérapie comme une diminution du flux salivaire à 25% de la valeur initiale. Asialie : absence de sécrétion salivaire.

1. Diagnostic

Incidence de 10 à 40 % chez la personne âgée. A l'interrogatoire et à l'examen clinique (tableau 1) : rechercher un inconfort, une sensation de brûlure et/ou une douleur buccale. Aide diagnostique des questionnaires standardisés et de la mesure objective du flux salivaire.

Tableau 1 :Grille d'évaluation préconisée par la SFAP. **Plus le score est élevé et plus la bouche est altérée.**

Indicateur	0	1	2
Voix	normale	Sèche et rauque	Difficulté à parler
Déglutition	normale	Douleur lors de la déglutition	Absence de déglutition
Lèvres	Lisses, roses, humides	Sèches et fissurées	Ulcérations et saignements
Langue	Rose, humide, présence de papilles	Pâteuse, moins de papilles, apparence lustrée, moins colorée	Fissurée, boursouflée
Salive	Transparente	Visqueuse, épaisse, de mauvaise qualité	Absente
Muqueuses	Roses et humides	Inflammatoires avec plaques blanches, pas d'ulcération	Ulcérations et/ou saignements
Gencives	Roses, fermes, bien dessinées	Inflammatoires, œdémateuses	Saignements spontanés ou lors des pressions
Dents	Propres sans débris	Plaques et débris bien localisés	Plaques et débris sur toutes les gencives et dents abîmées
Goût	Normal	Altération du goût	Goût métallique

Haleine	Pas d'odeurs particulières	Halitose (mauvaise haleine)	Odeur insupportable, putride, malade gêné
---------	----------------------------	-----------------------------	---

Cause de problèmes oropharyngés à rechercher : risque accru de carie, candidose, trouble de la déglutition ou de la mastication, problèmes liés aux prothèses dentaires, halitose, parodontite, impact négatif sur la qualité de vie.

Mesures par des questionnaires standardisés de qualité de vie.

Test au sucre pour objectiver une hyposialie au cabinet : placer en sublingual un morceau de sucre n°4 chez un sujet fermant la bouche et inclinant légèrement la tête en avant. Le sucre commence à se dissoudre en 3 minutes. Si le temps dépasse ou atteint 4 minutes, il existe un déficit salivaire.

Sialométrie : technique de mesure objective la plus souvent utilisée (méthode à la paraffine). Garder un morceau de cire (1,5 g) en bouche jusqu'à ce qu'il devienne mou (30 secondes à 1 minute) et déglutir la salive accumulée. Puis mastiquer la cire et cracher la salive dans un collecteur toutes les 2 minutes pendant une période de 6 minutes. Flux salivaire exprimé en ml de salive recueillie par minute. Xérostomie objectivée pour un flux salivaire total stimulé inférieur ou égal à 0,1ml/min.

2. Étiologie

- **Iatrogène : principale cause d'hyposialie => médicaments à propriétés anticholinergiques : anticholinergiques** utilisés en cas de troubles vésicaux, de maladie de Parkinson, dans l'asthme ou la BPCO (dont les médicaments inhalés), **antidépresseurs** (imipraminiques), **anti-histaminiques H1** (prométhazine et diphenhydramine), **neuroleptiques** (phénothiazines), **atropine, disopyramide, bromure de butylhyoscine, carbamazépine, oxcarbazépine. Xérostomie induite par** les benzodiazépines, diurétiques, IPP, alpha-bloquants, clonidine, bupropione, méthyldopa, morphiniques, anti-tumoraux, iode radioactif, guanfacine, sibutramine, tizanidine, oxygénothérapie.
- **Chimiothérapie anticancéreuse, radiothérapie de la tête et du cou = cause majeure de xérostomie.** Apparition pendant et dans les trois mois suivant la fin de la radiothérapie ou plus tardivement. (64 % de survivants avec forme modérée à sévère trois ans après la fin de l'irradiation).
- **Syndrome de Sjögren et plus rarement** : déshydratation, anxiodépression, diabète de type 2 mal équilibré, infections, SIDA, troubles hormonaux, maladie du greffon contre l'hôte après greffe de moelle osseuse, période post-opératoire, en phase terminale de la vie.

3. Thérapeutique

Mesures hygiéno-diététiques : boire régulièrement de l'eau pendant la journée, mâcher des gommes sans sucre, humidifier régulièrement la bouche. Éviter la consommation d'alcool, de café, d'aliments épicés, acides, salés ou sucrés et de bain de bouche à base d'alcool. Sevrage tabagique. Bonne hygiène bucco-dentaire.

Prise en charge étiologique : correction des troubles induisant la xérostomie. Si iatrogénie, arrêter si possible le médicament en cause ou le substituer à un autre moins pourvoyeur d'hyposialie. Sinon adapter le schéma posologique avec répartition de la dose sur la journée en plusieurs prises en évitant l'administration vespérale.

Prise en charge symptomatique par **substituts salivaires** (gommes à mâcher, bain de bouche ou dentifrice à base de carboxyméthylcellulose, d'hydroxyméthylcellulose ou de mucine). Soulagement pendant une courte période. A prendre juste avant le coucher ou avant une longue prise de parole. Le **substitut de salive pulvérisé triester de glycérol oxydé** (AEQUASYAL®) est plus efficace qu'une pulvérisation de solution aqueuse d'électrolyte. **Sialogogues** (si syndrome de Sjögren ou radiothérapie) : **pilocarpine SALAGEN®** (cholinomimétique). Traitement optimal d'au moins 3 x 5 mg/j per os pendant au moins huit semaines. Principaux effets indésirables : nausées, vomissements, sudation, salivation, pollakiurie ou défécation involontaire, céphalées, rhinite, larmoiement, bronchospasme, bradycardie et hypotension. **Cytoprotecteurs** en cas de radiothérapie : **amifostine ETHYOL®** mais effets bénéfiques non unanimes.

PATHOLOGIE Tumorale de la cavité buccale

1. Dépistage

Par un examen régulier de la cavité buccale et de la région cervicale. Dépistage de lésions intrabuccales ou labiales (plaques blanchâtres ou érythémateuses), ne guérissant pas, zone qui s'épaissit, mobilité dentaire ou prothèse dentaire qui n'est plus bien ajustée, saignement intrabuccal. Vigilance accrue chez les patients présentant des facteurs de risque (cf infra).

2. Facteurs de risque

Éthylotabagisme, usage du tabac à mâcher, infection au virus du papillome humain (HPV), mastication de noix de bétel et d'arec, états précancéreux, cancer antérieur ou antécédents familiaux de carcinome épidermoïde, exposition au soleil, immunodépression, réaction du greffon contre l'hôte, lichen plan, état carenciel, irritation chronique de la muqueuse (prothèse mal ajustée, ...).

3. Diagnostic au cabinet du généraliste

Signes évocateurs d'un cancer de la cavité buccale : lésion précancéreuse (cf infra)/ ulcération buccale ou labiale ne guérissant pas/ masse labiale, buccale ou linguale/ épaissement jugal/ saignement intrabuccal/ douleur buccale persistante/ otalgie persistante/ mobilité dentaire/ inadaptation de prothèse dentaire jusque là bien ajustée/ dysarthrie/ hypertrophie des glandes salivaires/ adénopathies cervicales/ paresthésie, hypo ou anesthésie linguale ou labiale/ oedème mandibulaire/ trismus/ dysphagie/ odynophagie/ anorexie/ amaigrissement/ fistule oro-cutanée/ fracture mandibulaire pathologique.

4. Malignité / Bénignité

Tumeurs bénignes	Tumeurs malignes
Évolution lente : mois, années	Évolution rapide : semaine, mois
Muqueuse superficielle habituellement normale (sauf si traumatisme)	Risque d'ulcération plus important de la muqueuse superficielle
Souvent mobile par rapport aux structures périphériques	Adhérent aux structures périphériques
Peuvent entraîner une mobilité dentaire	Adénopathies cervicales
Asymptomatiques	Symptomatiques
Bien circonscrites	Mal circonscrites

5. Différents types de lésions

Lésions bénignes

Diapneusie : petit nodule bénin conjonctif recouvert d'une muqueuse normale, développé sur le bord de la langue ou face interne de joue, en face d'un hiatus de l'arcade dentaire dans lequel il se loge. Lésion en relief, vis à vis d'une saillie dentaire ou d'un espace interdentaire.

Epulis : petite tumeur bénigne, rouge violacée, développée au niveau du rebord alvéolaire des gencives, aux dépens de l'os ou des parties molles. Très fréquente chez la femme enceinte (épulis gravidique). Peut revêtir un caractère inflammatoire, vasculaire ou fibreux et contenir des myélopaxes (ostéoclastes) avec ossification secondaire.

Lésions précancéreuses

Kératose (aussi connue sous le terme générique de leucoplasie) : affection chronique des muqueuses avec plaques blanchâtres ou opalines ne se détachant pas au grattage. Caractère inhomogène suspect. **3 à 17,5 %** évoluent en carcinome épidermoïde.

Leucoplasie verruqueuse proliférative : forme agressive de leucoplasie buccale retrouvée le plus souvent chez les femmes âgées. Multiples lésions persistantes, **87 %** évoluent en cancer. Forme récidivante avec résistance fréquente au traitement.

Erythroleucoplasie : formation de zones blanches et rouges sur les muqueuses buccales sans cause évidente.

Erythroplasie de Queyrat : engendre le plus haut risque de transformation en cancer (**51 %** évolue en carcinome épidermoïde et **40 %** en carcinome in situ). Apparition d'une zone rouge, veloutée et surélevée saignant lors du grattage.

Papillomatose orale floride : touffes de fines villosités blanches ou rosées. Tumeur extensive, récidivante. **Evolution inéluctable** vers un carcinome verruqueux.

Candidose chronique (forme hyperplasique voire pseudo-tumorale).

Lichen buccal érosif ou atrophique : placard érythémateux, irrégulier, parsemé de ponctuations grisâtres, adhérentes, fines et serrées.

Fibrome sous la muqueuse buccale : formation graduelle de fibrose. Fortement liée à la mastication de noix de bétel. Risque d'évolution vers un cancer varie de **7 à 13 %**.

Lésions malignes

Cancers de la cavité buccale métastasants au niveau des muscles et os entourant la cavité buccale, adénopathies cervicales, lésions pulmonaires, hépatiques et osseuses.

Carcinome épidermoïde = 95 % de tous les cancers de la cavité buccale. Apparition sur la muqueuse buccale (préférentiellement sur les faces ventrales et latérales de la langue, le plancher buccal, le voile du palais, les piliers amygdaliens et les commissures intermaxillaires) d'une **ulcération buccale chronique, indolore, à bords irréguliers, surélevés, éversés, durs avec fond granité ou bourgeonnant avec base indurée dépassant l'ulcération. Lésion saignant souvent au contact.** Si carcinome avancé, présence d'une masse tumorale indurée fixée aux structures qui l'entourent, aspect souvent ulcéré. Stade précoce, asymptomatique mais retrouvant des lésions précancéreuses (leucoplasie et/ou plaque érythroplastique). Dououreux, associé à une lymphadénopathie cervicale correspondant aux lésions des métastases. Importance du diagnostic à un stade précoce pour éviter une chirurgie délabrante.

Carcinome verruqueux : variante à croissance lente et de bas grade du carcinome épidermoïde. Représente moins de 5 % de toutes les tumeurs de la cavité buccale. Lésion avec surface sèche et verruqueuse, asymptomatique. Envahissement possible des tissus sous-jacents mais ne métastase presque jamais. Bon pronostic comparé à celui du carcinome épidermoïde buccal.

Tumeurs malignes rares (5%) : Mélanome buccal. Sarcome des os et tissus mous. Cancer des glandes salivaires (localisé fréquemment au palais). Lymphome buccal.

Carcinomes métastatiques des tissus mous de la bouche (1 % de tous les cancers buccaux), généralement adénocarcinomes (82,6%) avec primitif au niveau pulmonaire ou rénal dans 52,2 % des cas ou plus rarement mammaire, thyroïdien, digestif (estomac et colon), prostatique. Se situant beaucoup plus fréquemment dans les os de la mâchoire que sur les tissus mous buccaux (gencive et langue).

6. Examens complémentaires à visée diagnostique

Dans le cadre du dépistage : visualisation par fluorescence directe (utilisation d'une lumière particulière pour trouver des cellules anormales), cytologie exfoliative par grattage des cellules de la muqueuse buccale avec coloration puis examen au microscope.

Biopsie de toute région douteuse **avec examen anatomopathologique.**

Initiation du bilan initial par le généraliste possible :

- ➔ Examen général, TDM cervico-thoracique avec injection de produit de contraste,
- ➔ Envoi chez le spécialiste pour examen ORL complet, pour examen odontologique complet avec panoramique dentaire, pour pan endoscopie des VADS et œsophagienne ± TEP

scanner.

7. Envoi au spécialiste

Dès la suspicion diagnostique pour biopsie diagnostique, initiation ou poursuite du bilan initial et d'extension, prise en charge.

8. Thérapeutique et prise en charge

Kératose : surveillance et éviction des facteurs de risque.

Leucoplasie verruqueuse proliférative et érythroplasie : suivi étroit avec traitement chirurgical si dégénérescence cancéreuse.

Carcinome épidermoïde : Prise en charge spécialisée (par ablation chirurgicale complète ± curage ganglionnaire et radiothérapie adjuvante. Chimiothérapie possible en association à la radiothérapie si cancer localement avancé inopérable, néo-adjuvante si métastases ganglionnaires multiples ou post-opératoire si métastases ganglionnaires multiples et marges non saines. Chimiothérapie plutôt réservée aux soins palliatifs. Si contre-indication à la chimiothérapie : anticorps monoclonal cétuximab.

Soins adjuvants : chirurgie reconstructrice / prise en charge d'une xérostomie / prothèse dentaire / orthophonie / compléments alimentaires et prise en charge diététique / soins dentaires réguliers / supplémentation d'une hypothyroïdie / prise en charge ORL en cas de trouble de l'audition iatrogène

9. Modalités de surveillance (carcinome épidermoïde)

Examen clinique : tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans puis tous les ans jusqu'à 10 ans. Surveillance dentaire régulière, deux fois par an. Scanner cervico-thoracique à 3 mois post-traitement. Dosage de la TSH si thyroïde dans les champs d'irradiation. TEP-scanner si doute clinique ou scanographique sur une récurrence tumorale.

DYSFONCTIONNEMENT DE L'ARTICULATION TEMPORO - MANDIBULAIRE

1. Diagnostic et confirmation diagnostique

Pathologie de la femme jeune. Caractérisé par :

- des manifestations algiques : douleurs chroniques masticatrices avec douleurs péri-articulaires, latéro-faciales, pré-auriculaires (otalgies) et rétro-orbitaires s'accompagnant de myalgies temporales et massétériques (douleurs des mâchoires) irradiant vers les secteurs molaires supérieurs et inférieurs. Douleurs rebelles aux antalgiques classiques.
- accompagnées de manifestations articulaires : bruits articulaires (claquement à l'ouverture de la bouche, bruxisme), limitation douloureuse ou non de l'ouverture buccale, gêne à la mastication et à l'alimentation, sensation d'instabilité articulaire, blocage bouche fermée ou blocage bouche grande ouverte.
- et parfois présence d'acouphènes ou de cervicalgies.

Cliniquement : **triade classique** => **douleur** (pré-auriculaire), **bruits articulaires** (claquement, craquement) et **limitation de l'ouverture buccale** (trismus). Étude des diductions (mouvements latéraux de l'articulation) normales ou diminuées. Palpation douloureuse des articulations temporo-mandibulaires et des muscles masticateurs.

Stade initial : musculaire pur sans symptomatologie articulaire. Douleurs aggravées par le stress et l'anxiété.

Stade de déplacement discal réductible : troubles articulaires avec étirement des structures disco-ligamentaires, subluxation et luxation mandibulaire avec instabilité articulaire

Stade de déplacement discal irréductible (intermittent puis permanent) : apparition d'une limitation douloureuse à l'ouverture buccale avec disparition des bruits articulaires.

Evolution possible vers l'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire : transformation des structures disco-ligamentaires, usure des surfaces articulaires avec douleurs de l'articulation aggravées par la mastication, présence de bruits articulaires à type de crissement (dus aux frottements des deux surfaces articulaires usées) voire limitation douloureuse de l'ouverture de la bouche. Apparition spontanée ou suite à l'évolution d'un dysfonctionnement temporo-mandibulaire ou d'une maladie rhumatismale.

Bilan radiologique conventionnel par panoramique dentaire (le plus souvent normal). Si suspicion d'anomalie discale ou osseuse de l'ATM => exploration par IRM.

2. Étiologie

Anomalie de l'articulé dentaire (manière dont s'articulent les mâchoires supérieures et inférieures) / traumatismes et fractures faciaux, crâniens ou des cervicales entraînant des lésions de l'articulation temporo-mandibulaire / stress et anxiété aggravant les symptômes / parafonctions (hyperactivités des muscles de la mâchoire parfois associées à l'usure dentaire et au bruxisme) liées au stress et aux anomalies de l'articulé dentaire / hyperlaxité ligamentaire de la femme jeune avec ouverture buccale trop importante favorisant les blocages bouche grande ouverte (luxation mandibulaire) / maladie rhumatismale.

3. Thérapeutique

Envoi pour prise en charge à un chirurgien maxillo-facial.

Aux stades initiaux, douleur purement musculaire => **traitement par dispositifs occlusaux (gouttières)** pendant 2 à 3 mois (efficace 9 fois sur 10 avec disparition des douleurs mais persistance possible d'un claquement traduisant un désordre articulaire mineur ne nécessitant aucun traitement). Pas d'indication chirurgicale à ce stade. Résultat à stabiliser par le traitement étiologique. 1 fois sur 10 dispositifs occlusaux inefficaces traduisant des douleurs articulaires => indication chirurgicale.

Dispositifs occlusaux : gouttière de surélévation occlusale ou plan de morsure rétro-incisif (appareil se calant au palais)

Empêchent l'articulé dentaire et les parafonctions, effet myorelaxant (disparition des spasmes et contractures musculaires) avec élimination temporaire des contraintes et disparition ou amélioration des douleurs. Permettent le repositionnement idéal de l'articulation temporo-mandibulaire et de la mandibule en dehors des positions traumatiques dues aux troubles occlusaux.

Gouttière occlusale se portant seulement la nuit, bien tolérée. Plan de morsure rétro-incisif se portant toute la journée. Nécessité d'un port quotidien, 2 à 4 semaines pour juger de l'efficacité et de quelques mois pour améliorer et pérenniser les résultats obtenus.

Traitement étiologique

Réhabilitation de l'articulé dentaire par orthodontie, réhabilitation prothétique ou implantaire et/ou

chirurgie orthognathique. Traitements contraignants, longs et coûteux. Si réalisation impossible, port d'une gouttière de relaxation musculaire à visée antalgique mais les lésions continueront à évoluer et ne seront pas stabilisées.

Traitement chirurgical par arthroscopie temporo-mandibulaire ou arthrotomie temporo-mandibulaire

Posée après l'échec des dispositifs occlusaux devant des lésions articulaires trop importantes nécessitant une correction chirurgicale.

Indication posée d'emblée si présence d'une instabilité articulaire majeure avec subluxations récidivantes, luxations mandibulaires récidivantes, bruits articulaires sonores et socialement gênants, arthrose temporo-mandibulaire évoluée, blocage bouche fermée sévère et/ou prolongé dans le temps.

Traitements complémentaires

Kinésithérapie, physiothérapie, médicaments antalgiques et anti-inflammatoires, gestion du stress.

LA MALADIE PARODONTALE

Définition : Maladie infectieuse d'origine bactérienne provoquée par les bactéries colonisant les surfaces dentaires et constituant la plaque dentaire, touchant et détruisant les tissus de soutien de la dent (gencive, ciment, ligament alvéolo-dentaire, os alvéolaire). Evolution lente.

Débutant vers 30 ans.

1. Prévention

Hygiène bucco-dentaire rigoureuse : brossage des dents + gencives matin et soir, utilisation d'un fil dentaire quotidiennement pour éliminer les résidus alimentaires interdentaires, détartrage et polissage dentaires réguliers chez le dentiste.

2. Facteurs favorisant / aggravant la maladie parodontale

Tabagisme : 2,5 à 6 fois plus de risque d'être atteint avec aggravation de la pathologie par la nicotine.

Diabète (type 1 et 2) : 2,5 à 4 fois plus de risque d'être atteint qu'un non diabétique avec aggravation de la maladie parodontale par les glycémies élevées.

Stress, modifications hormonales (grossesse, ...), maladie affectant l'immunité (neutropénie, agranulocytose, syndrome de Chediak-Higashi, syndrome de Down, SIDA, ...), maladie du collagène (Ehlers-Danlos, syndrome de Marfan), déficits enzymatiques (hypophosphatasie, ...)

Risques induits par la maladie parodontale : difficulté d'équilibration glycémique chez le diabétique, augmentation du risque de diabète, du risque cardiovasculaire, de l'athérosclérose, d'AVC, d'endocardites, d'abcès cérébraux, pulmonaires, augmentation du risque de naissances prématurées et d'enfants de faible poids à la naissance.

3. Clinique

1^{er} stade : la gingivite, inflammation localisée et limitée à la gencive libre sans destruction tissulaire associée. Réversible.

Caractérisée par un saignement gingival provoqué lors des repas ou du brossage avec changement de couleur (hyperhémie), de consistance (muqueuse gingivale molle à la pression digitale), de texture (aspect vernissé, lisse et brillant de la gencive), de volume (œdème), du contour gingival (épaississement et détachement des surfaces dentaires adjacentes du bord de la muqueuse gingivale habituellement net).

2ème stade : la parodontite, aboutissant à la destruction de l'ensemble des tissus de support de la dent avec alvéolyse puis formation de poche parodontale.

En médecine générale : récession gingivale avec dénudation radiculaire (« dents paraissant plus longues ») ; perte, déplacement et/ou création d'espaces interdentaires ; perte spontanée de dents.

Diagnostic complet nécessitant un examen dentaire sans urgence pour évaluer la présence ou l'absence d'inflammation, le patron et l'extension de la perte d'attache, la vitesse de la progression et la présence ou l'absence de signes et symptômes (douleur, ulcération, plaque, tartre).



Source : UFSBD

4. Évaluer la gravité au cabinet du généraliste

Indice gingival de Løe et Silness (« gingival index » [GI]) : apprécie la sévérité et la localisation des gingivites. Utilisable dans le contrôle de l'efficacité thérapeutique.

0 : fibromuqueuse gingivale normalement

1 : légère inflammation gingivale avec un léger changement de couleur, (*aucun saignement provoqué à l'examen*)

2 : inflammation modérée avec fibromuqueuse gingivale de couleur rouge, rouge bleuté ; œdème, aspect vernissé, (*il existe un saignement provoqué au sondage*)

3 : inflammation sévère avec œdème important, tendance à l'ulcération et à l'hémorragie spontanée.

Gingivite légère (GI compris entre 0,1 et 1), gingivite modérée (GI compris entre 1,1 et 2), gingivite sévère (GI compris entre 2,1 et 3).

Parodontite : évaluation de la gravité **par le chirurgien-dentiste** avec examen radiologique (qualité de l'environnement parodontal profond) et étude microbiologique par prélèvements dans le biofilm sous-gingival.

5. Iatrogénie

Médicaments à tropisme particulier pour le parodonte: 5-5 diphénylhydantoïne (Di-Hydan[®]), la ciclosporine (ciclosporine A), les inhibiteurs du calcium du type nifédipine, chimiothérapie anticancéreuse.

6. Thérapeutique

Gingivite :

Hygiène buccale rigoureuse avec utilisation de bain de bouche à la chlorhexidine après chaque brossage pendant 15 jours.

Détartrage, polissage dentaire réguliers, correction orthodontique des malpositions dentaires. Contrôle des facteurs favorisants. Antibiothérapie non indiquée dans le traitement des gingivites

Parodontite :

Hygiène buccale optimale avec utilisation de brossettes interdentaires, contrôle des facteurs de risque (diabète, tabagisme, stress, ...)

Traitement des urgences dentaires, ajustements occlusaux. Si douleur : traitement par AINS

Éliminer plaque dentaire et tartre par détartrage et surfaçage radiculaire (tous les 3 à 6 mois)

Indication de l'antibiothérapie après antibiogramme **si parodontite réfractaire au traitement de 1ère intention**, toujours en complément d'un débridement mécanique. La 1ère prise d'antibiotique se fait à l'issue de la dernière séance d'assainissement parodontal.

Pas de nécessité d'envoi chez le stomatologue.

OSTÉONÉCROSE MANDIBULAIRE SOUS BISPHOSPHONATES OU DENOSUMAB

Définition : exposition d'os nécrosé, localisé dans la région maxillo-faciale, persistant depuis au moins 8 semaines chez un patient traité ou ayant été traité par bisphosphonate et/ou traitement anti-angiogénique et ne présentant pas d'antécédent d'irradiation cranio-faciale.

Prédominance féminine, concernant les patients > 50 ans. **Atteinte mandibulaire prédominante (65%)**, maxillaire (26%), les deux (9%).

Incidence estimée entre 1 et 10 % pour le traitement par bisphosphonate par voie IV (en cas d'affections malignes). L'incidence pour des affections bénignes reste faible, entre 0.001 et 0.1%. Prévalence pour les affections bénignes de 0.04% si traitement < 4 ans passant à 0.21% si traitement > 4 ans.

Cas des anticorps monoclonaux à propriétés anti-angiogénique : incidence estimée entre 1 et 2% sous denosumab XGEVA®. Ostéonécroses mandibulaires plus fréquentes sous denosumab (1.8%) versus zolédronate (1.3%).

Risque d'ostéonécrose mandibulaire extrapolable à des anti-tumoraux avec un effet anti-angiogénique : sunitinib (SUTENT®) et bevacizumab (AVASTIN®), sorafénib (NEXAVAR®).

1. Facteurs de risque

Liés au traitement : **nature, type de molécule et voie d'administration** : aminobisphosphonate IV (zolédronate Zometa® / Aclasta® avec incidence de 10%, pamidronate Arédia® avec incidence de 4%) et anticorps monoclonal (denosumab XGEVA®). **Durée de traitement** avec augmentation du risque de 1% après 12 mois de traitement **jusqu'à 11% après 4 ans et dose cumulée élevée avec augmentation du risque X 4 après 2 ans** de thérapie.

Facteurs généraux : âge, tabagisme, pathologie primaire (pathologie maligne > ostéoporose), pathologies associées (diabète, obésité, HTA), médicaments associés (corticothérapie, chimiothérapie cytotoxique, anti-angiogénique).

Facteurs locaux : mauvais état bucco-dentaire, parodontite avec **risque x7 si antécédent de maladie parodontale ou d'abcès dentaire**, chirurgie dentaire intéressant le tissu osseux (extraction dentaire), port d'une prothèse dentaire amovible, traumatisme local.

2. Circonstances d'apparition

Après un traumatisme local, une avulsion dentaire ou chirurgie alvéolo-dentaire mais aussi spontanément.

Délai moyen de survenue de 24 mois en cas de bisphosphonates par voie IV et de 60 mois pour les bisphosphonate per os.

3. Prédicibilité du risque

Risque faible : traitement des affections bénignes (ostéoporose), traitement per os, traitement < 2 ans, absence de comorbidités ou traitement médicamenteux associé, patient non fumeur, bonne hygiène dentaire, parodonte sain, absence de traumatisme ou blessure par prothèse, petite chirurgie dentaire, avulsion dentaire localisée.

Risque élevé : traitement des affections malignes, durée de traitement > 6 mois pour les pathologies malignes, durée de traitement > 2 ans si ostéoporose, traitement IV, médicaments associés (immunosuppresseurs, corticothérapie, chimiothérapie, anti-angiogénique), maladie parodontale, mauvaise hygiène bucco-dentaire, exostoses buccales, extractions dentaires multiples, chirurgie dentaire extensive.

4. Diagnostic radio-clinique

Clinique :

Stade 1 : nécrose osseuse apparente chez un patient **asymptomatique** sans infection associée.

Stade 2 : nécrose osseuse apparente + **infection avec douleur, érythème local +/- écoulement purulent.**

Stade 3 : nécrose osseuse apparente + **extension au-delà de l'os alvéolaire** entraînant **mobilité dentaire, fracture, fistule extra-orale, communication bucco-sinusienne ou bucco-nasale ou ostéolyse étendue au bord inférieur mandibulaire ou au plancher sinusien.**

54% des lésions détectées par panoramique dentaire, 92% par IRM, **96% par tomodensitométrie (TDM).**

Imagerie par TDM :

Stade 1 : **ostéosclérose focale** +/- épaissement de la lamina dura et de l'espace desmodontal, **disparition de la corticale**, persistance alvéole.

Stade 2 : ostéosclérose diffuse +/- réaction périostée, proéminence du canal du nerf alvéolaire inférieur, sinusite, formation d'un séquestre, fistule oro-antrale, os d'aspect « sucre mouillé » dense

Stade 3 : ostéosclérose des os adjacents (zygomatique, palais dur), fracture mandibulaire pathologique, ostéolyse étendu du plancher sinusal

5. Prévention

Avant la mise en route d'un traitement par bisphosphonate :

Hygiène buccale rigoureuse = meilleure prévention, bilan bucco-dentaire pratiqué par un spécialiste avec bilan radiologique (panoramique + clichés rétro-alvéolaires +/- dentascanner) et élimination des foyers infectieux dentaire, traitement d'une éventuelle parodontite. Sevrage alcoolotabagique. Information du patient du risque lié au traitement.

Pendant et après un traitement par bisphosphonate :

Hygiène bucco-dentaire rigoureuse, suivi bucco-dentaire tous les 4 mois, **privilégier des soins dentaires conservateurs**, évaluation des facteurs de risque et discussion avec l'oncologue de la balance bénéfique/risque. Si urgence chirurgicale : antibioprophylaxie et antibiothérapie jusqu'à cicatrisation complète.

6. Principes de prise en charge

Prise en charge spécialisée.

Stade 1 : antibiothérapie à large spectre pendant 14 jours, antalgiques, **bains de bouche antiseptiques, débridement superficiel pour supprimer irritation des tissus mous, retrait séquestre, suivi tous les 3 - 6 mois, discuter la poursuite ou non des bisphosphonates.**

Stade 2 : antibiothérapie à large spectre pendant 14 jours, bains de bouche antiseptiques, antalgiques, débridement superficiel pour supprimer irritation des tissus mous, retrait séquestre, discuter la poursuite ou non des bisphosphonates, **suivi plus fréquent.**

Stade 3 : antibiothérapie à large spectre pendant 14 jours, antalgiques, bains de bouche antiseptiques, débridement chirurgical, **résection chirurgicale pour pallier l'infection persistante et la douleur. Chirurgie la plus atraumatique possible.**

Pas de consensus à ce jour concernant le maintien ou l'arrêt d'un traitement par bisphosphonate en cas d'ostéonécrose.

MYCOSE BUCCALE

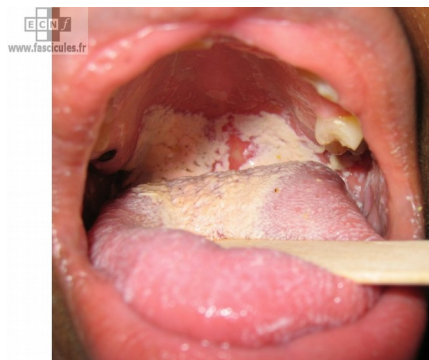
Définition : affection parasitaire de la muqueuse due à un micro-organisme (levure du genre *Candida*)

1. Clinique

Signes fonctionnels : douleur, dysphagie, goût métallique.

3 formes cliniques :

- **Muguet** (la plus classique) : lésions blanc-jaunâtres adhérentes aux muqueuses, confluentes, saignant après grattage. Envahissant la langue, les gencives, le palais



Source : www.fascicules.fr (issu de Public Health Image Library)

- **Érythémateuse atrophique** : lésions multifocales à muqueuse érythémateuse luisante avec langue dépapillée

- **Pseudo-tumorale** : plaques blanc-jaunâtres de la muqueuse jugale et de la langue

2. Facteurs favorisants

- Intrinsèques :

- physiologique : âges extrêmes de la vie (pic de prévalence : < 18 mois et sujet âgé), surcharge pondérale, grossesse

- locaux : macération, prothèse dentaire, ...

- terrain : diabète, immunodépression, hyposialie, endocrinopathie, hémopathie maligne, VIH, ...

- Extrinsèques :

- corticothérapie (dont corticoïdes inhalés), immunosuppresseur, toxicomanie IV, antibiotique à large spectre, antiseptique, chirurgie digestive ou cardiaque, transplantation d'organe, pose de dispositifs intravasculaires, neuroleptiques, ...

3. Place du prélèvement

Non pratiqué en routine car diagnostic cliniquement évident et efficacité du traitement d'épreuve par antifongique local

Indications :

- atypie clinique ou doute diagnostique (avant tout traitement),
- lésions récidivantes,
- résistance à un traitement adapté

Réalisation : frotter les lésions avec 2 écouvillons stériles humidifiés à l'eau distillée stérile ou détacher à l'aide d'une curette les lésions membraneuses de la muqueuse buccale (examen direct et mise en culture)

4. Thérapeutique

1ère intention :

- Forme aiguë: antifongiques locaux

- miconazole DAKTARIN[®] gel buccal 2 cuillères-mesure 4 fois par jour. **Contre-indiqué si prise d'AVK ou de sulfamides hypoglycémiants,**
- nystatine MYCOSTATINE[®] 4 à 8cp à sucer/jour,
- amphotéricine B FUNGIZONE[®] en suspension 4 cuillères à café 2 fois par jour)
- Durée : 10 à 15 jours

- Forme chronique : même traitement mais pendant 3 semaines

- Soins à réaliser à distance des repas

Traitements adjuvants :

- bains de bouche à base de bicarbonate de soude (1 cuillère à café dans un verre d'eau)
- désinfection régulière de prothèse dentaire
- traitement de l'hyposialie

Chez l'enfant et/ou le nourrisson :

- FUNGIZONE[®] suspension, 1 cuillère à café/10kg/24h en 2 à 3 prises (50mg/kg/j)
- ou DAKTARIN[®] gel buccal, 1 cuillère-mesure (2,5ml) 4 fois/jour pendant 1 à 3 semaines

Si immunodépression :

- traitement local par miconazole LORAMYC[®] 50mg, 1cp gingival/jour pendant 14 jours

5. Récidive

Si mauvaise observance ou échec du traitement local :

- fluconazole TRIFLUCAN[®] 100 à 200mg/jour (durée courte de 5 à 15 jours)

Si échec du fluconazole :

- itraconazole SPORANOX[®], 200 mg/j en solution buvable (durée courte de 5 à 15 jours pour éviter l'apparition de souche résistante).

GLOSSODYNIE

Définition : névralgie spéciale de langue, remarquable par la fixité du point douloureux et un contexte psychologique particulier. Aussi appelée paresthésie buccales psychogènes ou « burning mouth syndrom ».

1. Diagnostic

Prédominance féminine. Vers 60 ans, exceptionnel avant 40 ans. Prévalence variable (de 0.7 à 2.6%) et jusqu'à 10 à 40% chez les femmes consultant pour les troubles de la ménopause.

Douleurs buccales « neuropathique like » diffuses, souvent bilatérales à type de paresthésies de la langue avec sensation de brûlure chronique, de picotement. Diagnostic positif reposant sur l'évolution diurne de la douleur (non insomniante) et au cours de l'alimentation, **sans lésion organique sous-jacente (diagnostic d'élimination)**. Associée à une xérostomie dans 2/3 des cas, troubles du goût dans 1/4 des cas (dysgueusie), à d'autres troubles psychosomatiques (colopathie fonctionnelle, acouphènes, ...). Anxiodépression fréquemment associée. Douleurs fluctuantes, majorées en situation de conflit ou de stress. Localisation typique au niveau de la pointe et des bords de la langue.

2. Étiologie

Psychogène. Anxiodépression associée (2 fois plus fréquent dans cette population), stress.

3. Examens complémentaires

Inutiles.

4. Thérapeutique

Prise en charge globale et éducation du patient : éviter l'auto-examen et les traitements locaux, d'éviter autant que possible les interventions buccales (gouttières esthétiques, biopsies,...) qui peuvent devenir des points de fixation anxieuse, de ne pas solliciter d'examens complémentaires. Nécessité d'acceptation de la pathologie par le patient.

Importance d'une psychothérapie de type thérapie cognitivo-comportementale (amélioration dans 40 % des cas).

Traitements médicamenteux :

Si douleur localisée : Capsaïcine[®] topique (amélioration dans 60% des cas) **ou** Clonazépam topique (amélioration dans 50 à 60 % des cas).

Si douleur plus diffuse : Antidépresseurs **ou** Clonazépam ou per os (8 à 12 gouttes/jour)

=> Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine : sertraline ZOLOFT[®], paroxétine DEROXAT[®] (amélioration dans 20 % des cas) **OU** Imipraminiques : **clomipramine ANAFRANIL[®] (antidépresseur de référence)**, amitriptyline LAROXYL[®] (2 à 15 gouttes le soir pour les cas modérés)

Traitement anxiolytique de courte durée (si état anxieux important) : hydroxyzine (Atarax[®]), posologie habituelle 1 à 4 comprimé à 0,25 mg/jour, au coucher (mieux que les benzodiazépines car n'entraîne pas d'accoutumance).

Réévaluation clinique tous les mois pendant 3 mois puis tous les 6 mois. Au terme d'une période allant de 6 mois à 2 ans, un sevrage thérapeutique progressif pourra être envisagé. Le sevrage ne sera jamais brutal, il sera envisagé après plusieurs mois de traitement efficace.

GINGIVO-STOMATITE

Définition : Inflammation des gencives et des muqueuses buccales

1. Clinique

Gingivo-stomatite herpétique

Primo-infection : manifestation la plus fréquente de la primo-infection à HSV 1. Touche les nourrissons et enfants entre 9 mois et 4 ans.

Apparition de lésions vésiculeuses érosives grisâtres à bords nets avec liséré rouge sur muqueuse érythémateuse. Lésions possiblement confluentes, étendues à contours polycycliques couvertes d'un enduit blanchâtre. Touchant les lèvres, les gencives, la cavité buccale sans dépasser le voile du palais. Précédée puis associée à une fièvre élevée (39°C) avec adénopathies régionales, refus alimentaire, dysphagie, hyper sialorrhée et douleur importante.

ATTENTION : primo-infection de la femme enceinte => **risque accru d'hépatite fulminante et d'encéphalite.**

Récurrence : favorisée par les UV, infection fébrile généralisée, chirurgie régionale, traumatisme, stress, menstruations, ... Un érythème polymorphe peut faire suite à une récurrence herpétique.

Prodromes avec sensation de cuisson, picotements, prurit puis plaque érythémateuse puis vésicules en bouquet, possible confluence en bulle, rupture avec érosion douloureuse suivie d'une croûte.

Si immunodépression : récurrence fréquente, atypique et prolongée. Sous forme d'ulcérations à fond nécrotique présentant des bords avec vésiculo-pustules. Prélèvement du contenu des vésicules à visée diagnostique devant le caractère atypique (détection d'ADN viral par PCR et culture virale).



Source : Wikipedia CC BY-SA 3.0 par Grook Da Oger

Stomatite à virus Coxsackie ou echovirus (survenue épidémique pendant l'été)

Herpangine : stomatite vésiculeuse postérieure avec fièvre élevée, céphalées, douleurs abdominales, dysphagie ou vomissements. Papules puis vésicules puis, après leur rupture, ulcérations douloureuses recouvertes d'une membrane blanchâtre. Siégeant sur le voile du palais, la luette, et la paroi pharyngée postérieure.

Syndrome pieds-mains-bouche : signes généraux initiaux puis éruption cutanée retardée de 24 à 48h. Éruptions maculo-papuleuses érythémateuses puis vésicules oblongues et grises entourées d'un liseré inflammatoire puis rupture et formation de croûtes. Localisation à la cavité buccale, face dorsale des doigts, mains, pieds, possiblement du siège.

Stomatite bulleuse (érythème polymorphe)

Mode de réaction non spécifique d'étiologie infectieuse ou toximédicamenteuse (AINS). Lésions cutanées vésiculobulleuses « en cocarde », symétriques, localisées aux extrémités. Lésions bulleuses de la cavité buccale, épargnant les gencives puis érosions douloureuses.

Syndrome de Stevens-Johnson : forme majeure avec atteinte sévère de toutes les muqueuses et mise en jeu du pronostic fonctionnel (atteinte cornéenne) et vital (collapsus et atteinte pulmonaire).

2. Thérapeutique commune a toutes les gingivo-stomatites

Traitement symptomatique et antalgique.

Maintenir une hydratation régulière par voie orale (en particulier chez les enfants). Dans les formes empêchant l'ingestion de liquides, hospitalisation pour réhydratation IV.

Règles hygiéno-diététiques pour pallier aux risques de déshydratation : utiliser des boissons agréables et stimulant la salivation (boissons pétillantes et/ou sucrées), boissons froides ou glacées, sucer des glaçons, aliments frais, semi-liquides, dépourvus d'acidité, éviter les aliments pouvant blesser (biscottes, gâteaux secs).

3. Antalgie chez l'enfant

Association d'un antalgique de palier 1 (paracétamol) à un palier 2 (tramadol, **à partir de l'âge de 3 ans**) ou 3 (morphine). Contre-indication de la codéine chez les enfants de moins de 12 ans.

=> Tramadol : 1 à 2 mg/kg/prise, 3 à 4 fois/jour sans dépasser 8mg/kg/j. Existe sous forme de flacon avec posologie : une demi-goutte/kg/prise (1goutte = 2,5mg de chlorhydrate de tramadol)

=> Morphine à libération immédiate : 0,2 mg/kg/4 heures, possible augmentation par palier de 0,1

mg/kg si insuffisant. Solution buvable (Oramorph) en récipient unidose à 1ml/10kg/prise ou en flacon de 20ml à raison de 1 goutte/10kg/prise (1 goutte = 1,25mg de morphine). Possibilité d'ouvrir dans la bouche les gélules d'Actiskenan.

4. Traitement antiviral de la gingivo-stomatite herpétique

Les traitements antiviraux par voie locale n'ont pas montré d'efficacité.

Traitement de la primo-infection :

- Aciclovir 200mg X 5/jour **OU** aciclovir IV 5mg/kg/8 heures (enfant de moins de 3 mois : 250mg/m²/8 h). Durée de 5 à 10 jours

Cas particulier de la femme enceinte : si avant le dernier mois, aciclovir per os 200mg X 5/j pendant 10 jours. Si < 1 mois avant l'accouchement, aciclovir per os 200mg X 5/j jusqu'à l'accouchement. Césarienne indiquée si présence de lésions lors du travail.

Traitement des récurrences :

Pas de recommandation par voie orale.

Cas particulier de la femme enceinte : césarienne **non** indiquée si récurrence datant de plus de 7 jours ou si la rupture de la poche des eaux > 6 heures. Indiquée si présence de lésions lors du travail. Dans les autres cas, son indication se discute (place des examens virologiques).

Traitement préventif si > 6 récurrences/an : aciclovir, 400mg X 2/j **OU** valaciclovir 500mg/j au . long cours (durée de 6 à 12 mois). Pas d'utilisation systématique d'aciclovir dans le traitement préventif dans le dernier mois de grossesse. Traitement purement suspensif avec récurrences possibles à l'arrêt.

CARIE

Définition : Affection dentaire provoquée par des bactéries aboutissant à la formation de cavités dans une ou plusieurs dents avec destruction progressive de ces organes.

1. Prévention

Lutter contre la plaque dentaire : brossage dentaire (notamment celui du soir) avec un dentifrice fluoré, stimuler la salivation et la mastication avec un chewing-gum non sucré, utilisation quotidienne de fil dentaire pour retirer les débris alimentaires interdentaires, détartrage et polissage des dents régulièrement.

Éviter de consommer les aliments cariogènes (contenant du saccharose, sodas, ketchup, jus de fruits, gâteaux, confiserie...) **en dehors des repas et éviter le grignotage :** les sucres alimentaires sont transformés en acides qui déminéralisent l'émail (1ère étape de la carie). Du fait du grignotage, la salive n'a pas le temps de faire son travail de nettoyage dentaire.

Repérer les patients à risque carieux (terrain propice) : dents au relief accentué ou mal positionnées, émail mince et mal minéralisé. Patient avec maladie chronique ou prenant des médicaments induisant une hyposialie (psychotrope, diurétiques, ...). Nécessité d'une bonne hygiène bucco-dentaire.

Visite régulière chez le chirurgien-dentiste pour ne pas laisser une déminéralisation s'aggraver.

Attention à la « carie du biberon » : le biberon, lors de l'endormissement du bébé, peut provoquer de multiples caries très précoces par l'action du liquide sucré sur les dents temporaires et la diminution de production salivaire au cours du sommeil. Processus carieux rapide, débutant par les incisives supérieures puis extension aux autres dents temporaires. Les dents fragilisées noircissent et se fracturent avec perte dentaire précoce. Retentissement sur les capacités de l'enfant à manger et conséquences néfastes sur l'évolution des dents définitives.

Importance de la prévention bucco-dentaire à 6 ans (« dent de 6 ans ») : éruption de la première molaire (non précédée de dent temporaire), vers 6 ans, avec minéralisation inachevée de la dent la rendant fragile. Rôle important de cette 1ère molaire qui sert de guide dans la mise en place de la denture permanente. Prévention carieuse capitale car si la molaire est atteinte et doit être retirée, risque accru de déséquilibre entre les dents définitives et de problèmes gingivaux.

Acte de prévention possible, proposé par le chirurgien-dentiste aux enfants en fonction du risque carieux : application de vernis fluoré ou de gel fluoré, scellement des sillons des premières

et secondes molaires permanentes.

Programme M'T dents de l'Assurance Maladie (cf infra)

2. Diagnostic

Stade 1 : carie de l'émail (diagnostic et traitement par le chirurgien-dentiste)

Début à la surface de la dent avec formation d'une tache crayeuse ou brune. Asymptomatique. Diagnostic établi par le chirurgien-dentiste à l'examen clinique ou radiologique.

Stade 2 : carie de la dentine (suspicion clinique en médecine générale, à confirmer et traiter par le chirurgien-dentiste)

Apparition d'une sensibilité dentaire au froid, au chaud, aux aliments sucrés et acides. Douleurs inconstantes, d'intensité variable et localisées à la dent concernée. Parfois formation d'une cavité sur la dent, visible à l'œil nu. Vitalité pulpaire conservée.

Consultation dentaire nécessaire pour radiographie de la dent au cabinet dentaire (apprécie l'étendue de la carie) avant soins.

Stade 3 : pulpite (suspicion clinique en médecine générale, à confirmer et traiter par le chirurgien-dentiste)

Progression de la carie vers la pulpe dentaire avec inflammation de celle-ci se traduisant par une douleur forte, continue, subite, se propageant à la zone du visage correspondant à la dent. **Douleur pulsatile, insomnante, aggravée par le décubitus dorsal, NE CÉDANT PAS aux antalgiques de palier 1.** Antalgie possible par AINS à ce stade.

Stade 4 : nécrose pulpaire et abcès dentaire (suspicion clinique en médecine générale, à confirmer et traiter par le chirurgien-dentiste), (cf : fiche « Abcès dentaire »)

Progression vers une nécrose pulpaire et formation d'un abcès péri-apical qui, en l'absence de traitement, peut aboutir à des sinusites, cellulites faciales, fistulisation ou dissémination infectieuse à distance par voie lymphatique ou veineuse. Douleur lancinante, non pulsatile.

Source : Wikipédia



Figure 1 : Evolution de l'atteinte carieuse

3. Kyste apical (diagnostic et traitement par le chirurgien dentiste)

Inflammation évoluant à bas bruit avec chronicisation aboutissant à la formation d'une lésion lytique de l'os alvéolaire adjacent de la pointe de la racine de la dent : **le granulome apical**. Dent sensible à la percussion et diagnostic radiologique exclusif. Evolution sans traitement vers la formation d'un **kyste apical** se développant au niveau des racines d'une ou plusieurs dents et entraînant des pertes osseuses importantes. Granulome et kyste apicaux sont des foyers infectieux latents.

4. Thérapeutique

Prise en charge de la douleur par le généraliste par paracétamol en attendant une consultation dentaire pour poser le diagnostic et/ou le confirmer.

Traitement curatif de la carie du ressort exclusif du chirurgien-dentiste (stade 1 : reminéralisation par vernis fluoré ou scellement de sillons, stade 2 : obturation par un amalgame ou un composite, stade 3 et 4 : coiffage pulpaire pour conserver vivante la pulpe, sinon pulpectomie avec restitution coronaire). Nécessité de traiter les caries des dents temporaires.

Examen bucco-dentaire M'T dents offert par l'Assurance Maladie pour les enfants de 6, 9, 12, 15 ou 18 ans permettant de faire vérifier par un chirurgien-dentiste la santé dentaire et de pratiquer des soins dentaires, si nécessaire, totalement pris en charge par l'Assurance Maladie (à l'exception des prothèses dentaires et des soins d'orthodontie).

ABCÈS DENTAIRE

Définition : Infection atteignant la pulpe dentaire avec collection de pus dans une cavité formée aux dépens des tissus environnants détruits ou refoulés, pouvant diffuser à la gencive ou à l'os et s'accompagnant de symptômes locaux ou généraux.

1. Clinique

Douleur dentaire ou gingivale intense et lancinante. Aggravation en quelques heures ou quelques jours avec propagation homolatérale possible à l'oreille, à la mandibule ou à la région cervicale.

Symptômes locaux ou généraux associés mais de manière inconstante :

- asthénie, malaise, fièvre (38 à 39°C), troubles du sommeil,
- œdème de la face, œdème gingival, adénopathies cervicales, trismus,
- odynophagie/dysphagie, goût désagréable dans la bouche, sensibilité thermique (chaud/froid) aux aliments ou aux boissons, douleur induite par la mastication.

2. Étiologie

Complication d'une carie dentaire non soignée, de traumatisme dentaire, d'une nécrose puis de l'infection de la pulpe dentaire, accident d'éruption d'une dent de sagesse, en cas de maladie parodontale ou de lésion gingivale.

3. Thérapeutique

Traitement étiologique de l'abcès dentaire par un chirurgien-dentiste nécessaire permettant la résolution des douleurs

Antalgie : **contre-indication aux AINS et corticoïdes (risque accru de cellulite faciale)**

Antibiothérapie sur consigne du chirurgien-dentiste :

1ère intention :

- Chez l'adulte à fonction rénale normale : **Amoxicilline 2 à 3g/j** en 2 à 3 prises pendant 7 jours **OU** azithromycine 500mg/j pendant 5 jours **OU** clarithromycine 1000mg/j en 2 prises pendant 7 jours **OU** spiramycine 9MUI/j en 3 prises pendant 7 jours **OU** clindamycine 1200mg/j en 2 prises pendant 7 jours
- Chez l'enfant à fonction rénale normale : Amoxicilline 50 à 100mg/kg/j en 2 prises pendant

7 jours **OU** spiramycine 300 000 UI/kg/j en 3 prises pendant 7 jours

2ème intention (si absence d'amélioration ou aggravation au bout de 48h d'antibiothérapie) :

- Chez l'adulte à fonction rénale normale : Amoxicilline+acide clavulanique 3g/j en 3 prises pendant 7 jours **OU** association amoxicilline 2g/j en 2 prises + métronidazole 1500mg/j en 3 prises pendant 7 jours **OU** association métronidazole 1500mg/j en 3 prises + azithromycine 500mg/j en 1 prise pendant 3 jours **OU** association métronidazole 1500mg/j en 3 prises + clarithromycine 1000mg/j en 2 prises pendant 7 jours **OU** association métronidazole 1500mg/j en 3 prises + spiramycine 9MUI/j en 3 prises pendant 7 jours
- Chez l'enfant à fonction rénale normale : Amoxicilline + acide clavulanique 80mg/kg/j en 3 prises pendant 7 jours **OU** association amoxicilline 50 à 100mg/kg/j en 2 prises + métronidazole 30mg/kg/j en 3 prises pendant 7 jours **OU** association métronidazole 30mg/kg/j en 3 prises + spiramycine 300 000 UI/kg/j en 3 prises pendant 7 jours.

4. Délai de prise en charge par le dentiste

Consultation dentaire en URGENCE : si immunodépression (chimiothérapie, corticothérapie), pathologies nécessitant une vigilance accrue en cas d'infection bucco-dentaire (diabète, maladie cardiovasculaire, ...)

Hospitalisation en URGENCE si cellulite faciale avec signes de gravité.

5. Évolution sans prise en charge

Fistulisation (**18,1 %** des cas) avec amélioration des douleurs. Possible diffusion secondaire aux tissus cutanés et sous cutanés (**cellulite faciale : 1ère complication des foyers infectieux dentaires**), aux sinus maxillaires (**40 %** des sinusites sont d'origine dentaire), au système respiratoire (**1** abcès pulmonaire **sur 3** d'origine dentaire), septicémie (environ **10 %** d'origine dentaire), infection via le réseau veineux par formation d'embol septique (**50 %** d'endocardite d'origine dentaire, **3 à 5 %** d'uvéite d'origine dentaire, plus rarement au niveau digestif avec gastrite, entérite ou colite, au niveau rénale, sur prothèse, articulaire).

CELLULITE FACIALE

Infection grave diffusant le long des espaces aponévrotiques de la face et du cou. En cas de cellulite diffuse, mise en jeu du pronostic vital en l'absence d'une prise en charge chirurgicale et réanimatoire rapide.

1ère complication des foyers infectieux dentaires. Incidence d'environ 1/1000 habitants par an pour la seule étiologie dentaire. Origine dentaire des cellulites dans 2/3 des cas. Mortalité estimée entre 6,5 et 35 %.

Clinique : contexte de douleur dentaire depuis plusieurs jours avec apparition d'un œdème inflammatoire du cou (uni puis bilatéral), associé de façon variable à un trismus, une dysphagie ou une dyspnée.

Signes de gravité : hyperthermie supérieure à 39°C, dyspnée, érythème atteignant le thorax en faveur d'une extension infectieuse médiastinale (facteur de mauvais pronostic), nécrose cutanée cervicale, crépitation sous-cutanée (bulles d'air palpables sous la peau).

Hospitalisation EN URGENCE pour prise en charge selon signes de gravité.

RÉPONSES DE « LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET VOUS ... »

1. La « dent de 6 ans » est une dent importante pour la denture future de l'enfant.

Vrai.

2. Il n'y a pas lieu de soigner les caries sur les dents temporaires des enfants.

Faux. Les dents temporaires cariées induisent une perte dentaire précoce avec un retentissement sur les capacités de l'enfant à manger et des conséquences néfastes sur l'évolution des dents définitives.

3. Les AINS et les corticoïdes sont les antalgiques de choix en cas d'abcès dentaire.

Faux. Ils sont contre-indiqués en cas d'abcès dentaires (risque accru de cellulite faciale).

4. La cellulite faciale est la première complication des foyers infectieux dentaires.

Vrai.

5. Il existe un traitement préventif des récurrences de la gingivo-stomatite herpétique.

Vrai.

6. La principale manifestation de la primo-infection à HSV 1 est la gingivo-stomatite.

Vrai.

7. Le diagnostic de glossodynie est un diagnostic d'élimination.

Vrai.

8. Les adultes de moins de 40 ans sont les plus atteints par la glossodynie.

Faux. La glossodynie apparaît vers 60 ans. Diagnostic exceptionnel avant 40 ans.

9. La mycose buccale est une affection parasitaire.

Vrai.

10. Il n'existe aucune interaction médicamenteuse avec les antifongiques locaux type DAKTARIN[®].

Faux. Le DAKTARIN[®] est contre-indiqué en cas de prise d'AVK et/ou de sulfamides hypoglycémifiants.

11. Une hygiène buccale rigoureuse est la meilleure prévention de l'ostéonécrose mandibulaire sous bisphosphonate.

Vrai.

12. *Le panoramique dentaire est le meilleur examen d'imagerie à visée diagnostique en cas de suspicion d'ostéonécrose mandibulaire sous bisphosphonate.*

Faux. Le meilleur examen d'imagerie à visée diagnostique est la tomodensitométrie (TDM).

13. *La maladie parodontale n'a pas d'impact sur la santé générale.*

Faux. La maladie parodontale génère des difficultés d'équilibration glycémique chez le diabétique, une augmentation du risque de diabète, du risque cardiovasculaire, de l'athérosclérose, d'AVC, d'endocardites, d'abcès cérébraux, pulmonaires, une augmentation du risque de naissances prématurées et d'enfants de faible poids à la naissance.

14. *Certains anti-hypertenseurs ont un tropisme particulier pour le parodonte.*

Vrai.

15. *Le traitement des dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire est exclusivement chirurgical.*

Faux. Traitement par dispositifs occlusaux aux stades initiaux (efficace 9 fois sur 10). Pas d'indication chirurgicale à ce stade. Indication chirurgicale retenue si dispositifs occlusaux inefficaces (1 fois sur 10).

16. *La triade diagnostique classique des dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire est : douleur – bruits articulaires – trismus.*

Vrai.

17. *Le carcinome épidermoïde représente 40 % des cancers de la cavité buccale.*

Faux. Le carcinome épidermoïde représente 95 % de tous les cancers de la cavité buccale.

18. *Les cancers ne provoquent pas de métastases au niveau de la cavité buccale.*

Faux. 1 % des cancers buccaux sont des carcinomes métastatiques des tissus de la bouche (gencive et langue) dont les primitifs sont généralement des adénocarcinomes (majoritairement pulmonaire ou rénal).

19. Il n'existe aucun test objectif, réalisable au cabinet de médecine générale, pour mettre en évidence une hyposialie.

Faux. Possibilité de réaliser un test au sucre ou une sialométrie par méthode à la paraffine.

20. La chimiothérapie et la radiothérapie anti-cancéreuses sont des causes majeures de xérostomie.

Vrai.

DISCUSSION

1. Limites des fiches techniques

L'étude se propose d'apporter des aides à la prise en charge des pathologies bucco-dentaires les plus fréquentes en médecine générale et générant des difficultés mais cela n'est pas toujours possible dans un cabinet de médecine générale (manque de moyen matériel, de formation aux gestes techniques).

Le mode de diffusion des fiches (par voie numérique ou postale) et son impact sur la pratique des généralistes mosellans n'ont pas été testés.

2. Forces des fiches techniques

Les fiches ont été élaborées suite à une revue de la littérature basée sur les recommandations nationales et internationales, d'informations recueillies auprès d'instances nationales, des articles parus dans des revues scientifiques avec impact factor, de publications d'un collège d'enseignement spécialisé supérieur, d'ouvrages de références.

La lisibilité et l'aspect pratique des fiches ont été privilégiés pour permettre une utilisation en pratique quotidienne.

L'adjonction en début de cahier d'un quizz, testant les connaissances des généralistes sur les pathologies bucco-dentaires bénéficiant d'une fiche technique, a été réalisé dans un but à la fois didactique et ludique. Ce dernier a pour vocation de stimuler les généralistes à poursuivre leur lecture des différentes fiches techniques et de les intéresser à toutes les fiches, y compris celles pour lesquelles ils ne pensent pas forcément avoir besoin de connaissances supplémentaires. Les réponses sont toutes contenues dans les fiches techniques et une synthèse a été rédigée en fin de cahier. Les lecteurs peuvent confronter leurs réponses initiales, issues de leur connaissance personnelle, aux données scientifiques actuelles validées, tout au long de leur lecture. La synthèse des réponses à la fin du cahier permet d'avoir un récapitulatif de ces informations.

L'avis des deux expertes de chirurgie-dentaire de la faculté de chirurgie dentaire de Nancy était concordant concernant les 10 pathologies à mettre en exergue, au vu des pathologies citées au cours de l'étude. La validation des 10 fiches techniques par les expertes dans ce domaine confère à ce travail un niveau de pertinence supérieur. Les informations énoncées dans ces fiches sont en cohérence avec les pratiques actuelles et locales en matière de prise en charge de ces pathologies bucco-dentaires spécifiques.

3. Conclusion et perspectives

L'intérêt manifeste des généralistes pour le domaine de la santé bucco-dentaire et leur désir de formation, mis en évidence au cours de ce travail, ont aboutit à l'élaboration de fiches techniques d'aide à la prise en charge en médecine générale. Des aides sous d'autres supports (site internet, ...) seraient intéressantes à développer.

Le mode de diffusion des fiches n'a pas été testé dans ce travail. Un travail complémentaire évaluant le meilleur mode de diffusion des fiches techniques élaborées dans le présent travail pourrait être intéressant (format papier, numérique, site internet, ...).

L'impact de ces fiches sur la pratique quotidienne des généralistes mosellans n'a pas été testé. La validation de leur impact sur la pratique quotidienne des généralistes pourrait faire l'objet d'un travail complémentaire.

ANNEXES

Annexe 1 : Synopsis

GUISSARD née WEBER Elodie, TCEM 3 (8ème semestre)

06 86 71 74 53 elodie.guissard2@etu.univ-lorraine.fr

Nature du projet : thèse associée à un mémoire

Directeur de thèse : Dr MARTY Jean-Michel, médecin généraliste

Date de soutenance envisagée : printemps 2017

Titre du projet : Identification des pathologies bucco-dentaires les plus fréquentes en ambulatoire avec les difficultés qu'elles posent aux généralistes mosellans.

Justification :

- L'accès aux soins dentaires s'avère souvent difficile et les patients se tournent alors vers leur médecin traitant. Le recours aux dentistes n'est envisagé qu'en cas d'urgence pour certains patients comme l'a démontré le Dr Faysal Sarrai (1).

- Par ailleurs, notre formation médicale actuelle est insuffisante concernant la prise en charge des problèmes odontologiques, bien que nous soyons amenés à les rencontrer dans l'exercice de la médecine générale. En effet, seuls trois items du programme des Épreuves Classantes Nationales de 2015 (2) abordaient la problématique des pathologies bucco-dentaires dont un seul était consacré aux problèmes dentaires. Cette répartition reste identique dans l'actuel programme des ECN 2016 (3).

- Ce manque de formation des médecins généralistes concernant les problèmes dentaires était déjà déploré par le Dr Latil Marie (4) et reste malheureusement d'actualité.

Objectif principal :

Identifier les pathologies bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrées par les généralistes mosellans à leur cabinet ainsi que les difficultés posées par celles-ci (critères diagnostiques, recours au spécialiste, prise en charge, ...)

Objectif secondaire:

Élaboration de fiches techniques par pathologies identifiées (maximum 10) pour aider à la prise en charge au cabinet. Fiches basées sur un référentiel d'enseignement des facultés dentaires.

Méthode : Étude quantitative par méthode Delphi pour, successivement recenser les pathologies bucco-dentaires, les hiérarchiser et identifier les difficultés engendrées (après accord des généralistes sollicités, questionnement par courriel). Puis élaboration de fiches techniques par pathologies, concises (critères diagnostiques, recours au spécialiste, délai de prise en charge, règles

hygiéno-diététiques, traitements médicamenteux ou non et évolution possible des thérapeutiques).
Utilisation d'un référentiel d'enseignement des facultés de chirurgie dentaire.

Population : Généralistes mosellans installés en cabinet de ville, quels que soient le mode d'installation et l'ancienneté, basé sur la liste de l'Ordre des Médecins de Moselle.

Effectif minimum : 25 médecins répondant aux questions de la méthode Delphi.

Hypothèse testée : Quels sont les besoins des généralistes mosellans concernant les principales pathologies bucco-dentaires rencontrées dans leur pratique quotidienne?

Bénéfices attendus pour la médecine générale :

Identification des besoins des généralistes mosellans face aux pathologies bucco-dentaires rencontrées en ambulatoire et élaboration de fiches techniques claires et concises pour répondre à leurs attentes basées sur les recommandations de bonne pratique et les enseignements des facultés de chirurgie dentaire.

Références bibliographiques :

- (1) *Analyse des stratégies de prévention bucco-dentaire chez les enfants à haut risque carieux dans la région Ile-de-France* par Faysal SARRAI (2002)
- (2) www.education.gouv.fr : bulletin officiel n°23 du 7 juin 2007
- (3) www.enseignementsup-recherche.gouv.fr : bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013
- (4) *Information de prévention bucco-dentaire délivrées par les médecins et chirurgiens dentistes en Midy Pyrénées* par Marie LATIL (2014)

Annexe 2 : Demande de participation à l'étude

Bonjour, Docteur,

Je m'appelle Elodie GUISSARD et je fais appel à vous dans le cadre de ma thèse de médecine générale intitulée :

Identification des pathologies buccodentaires les plus fréquentes en ambulatoire avec les difficultés qu'elles posent aux généralistes mosellans.

Le but de ce travail, dirigé par le Docteur Jean-Michel Marty, est d'identifier les problèmes bucco dentaires rencontrés au cabinet afin d'établir un référentiel d'aide à la prise en charge pour améliorer nos pratiques.

Ce sujet est peu abordé pendant nos études médicales. Nous sommes régulièrement confrontés lors des consultations à ce type de doléances. L'accès au dentiste est parfois difficile avec des situations délicates (traitement anticoagulant, toxicomanie, ...).

Le référentiel sera élaboré grâce aux enseignements des facultés de chirurgie dentaire françaises et d'une revue exhaustive de la littérature au besoin.

Les données seront recueillies par méthode Delphi :

C'est une méthode anonyme fonctionnant par tours successifs de questionnaires envoyés par mail.

La synthèse des réponses sera envoyée après chaque tour.

L'élaboration des questionnaires suivants se fera en fonction de vos réponses.

Au total 3 tours de questionnement sont prévus avec une synthèse finale envoyée à tous, avec le référentiel d'aide thérapeutique élaboré en fonction des besoins identifiés.

Je vous adresse en pièce jointe le premier questionnaire de ce travail accompagné de sa fiche technique.

Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps que je sais précieux.

Avec mes salutations respectueuses,

Elodie GUISSARD

Thésarde

Annexe 3 : Premier questionnaire

Premier questionnaire dans le cadre de la méthode Delphi afin d'identifier les problèmes posés au cabinet du généraliste par les consultations pour pathologie bucco-dentaire

Voir « [Fiche technique](#) »

Informations sur le praticien répondant au présent questionnaire :

- Homme Femme
 Praticien installé en cabinet Médecin remplaçant

Année d'installation :

Concernant le cabinet médical :

- Cabinet individuel
 Cabinet de groupe
 Maison de santé pluri-professionnelle

Si exercice en maison de santé pluri-professionnelle, présence d'un chirurgien-dentiste :

- Oui Non

Informations sur le bassin de consultation :

- Milieu urbain Milieu rural

- Distance par rapport à l'hôpital le plus proche :

Audit prospectif: Durant le mois à venir, merci de recenser les patients consultant pour un problème bucco-dentaire.

Date de début du recueil : Fin du recueil :

N°	Sexe du patient (H / F)	Age du patient	Profil particulier du patient (toxicomanie, pathologie chronique...)	Traitement du patient (AVK, ...)	Pathologie bucco-dentaire rencontrée	Difficultés rencontrées lors de la consultation / Commentaires
Ex	H	25	toxicomanie	SUBUTEX	Abcès	Accès aux soins dentaires
1						
2						
3						
4						
5						

Commentaires libres :

Merci de répondre à ce questionnaire avant le 30 juin 2016.

Vous recevrez la synthèse des réponses de tous les participants avec le prochain questionnaire en juillet 2016.

Annexe 4 : Synthèse du premier questionnaire et deuxième questionnaire

Suite au premier questionnaire et à l'étude prospective sur un mois, les situations cliniques suivantes ont pu être identifiées par les généralistes participants :

Situations cliniques rencontrées	Nombre de cas	Fréquence (%)
Abcès dentaire	52	31,90
Aphtes et aphtose	12	7,36
Extraction dentaire	10	6,13
Douleur dentaire	9	5,52
Gingivite	7	4,29
Mycose	6	3,68
Traumatisme et fracture dentaire	5	3,07
Parodontite et parodontopathie	5	3,07
Caries	4	2,45
Gingivo-stomatite	4	2,45
Muguet	4	2,45
Xérostomie	3	1,84
SADAM (syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire)	3	1,84
Mobilité dentaire	2	1,23
Kyste apical	2	1,23
Cellulite faciale sur abcès dentaire	2	1,23
Douleur linguale	2	1,23
Ulcération buccale/ linguale	2	1,23
Inflammation palatine	2	1,23
Plaie buccale	2	1,23
Infection gingivale	2	1,23
Impétigo	1	0,61
Perte de bridge	1	0,61
Diapneusie	1	0,61
Saignement dentaire	1	0,61
Inflammation sur poussée dentaire	1	0,61
Infection du sillon gingivo-jugal	1	0,61
Infection sous implant	1	0,61
Soins dentaires	1	0,61
Corps étranger intra-buccal	1	0,61
Lésion gingivale (blanchâtre)	1	0,61
Gingivorragie	1	0,61
Langue saburrale en carte de géographie	1	0,61
Dépôt lingual blanchâtre	1	0,61
Infection dentaire	1	0,61
Hypertrophie gingivale	1	0,61
Chique	1	0,61
Chicots	1	0,61
Induration buccale non spécifique	1	0,61
Névralgie buccale	1	0,61
Contrôle de la cavité buccale	1	0,61
Hypersialie	1	0,61
Douleur jugale	1	0,61
Douleur temporo-mandibulaire	1	0,61
TOTAL	163	100

Lors du premier tour, 110 situations cliniques avaient posé des problèmes aux praticiens contre 63 situations gérées sans difficultés.

Tableau recensant les types de problèmes rapportés au premier tour

Difficultés rapportées	Nombre de cas concernés
Accès aux soins dentaires	46
Difficultés thérapeutiques	10
Antibiothérapie (posologie/prévention de l'endocardite d'Osler/ prescripteur/...)	8
Absence de dentiste référent	7
Refus des soins dentaires	6
Difficultés financières du patient	5
Arrêt de travail (prescripteur/ durée/...)	5
Complications post soins dentaires	4
Difficultés d'examen (ouverture de bouche limitée, patients déments, enfant en bas âge, ...)	3
Etiologie	3
Récidive précoce de la pathologie	3
Défaut de compréhension du patient	2
Démence et soins d'hygiène dentaire (bains de bouche, ...)	1
Absence de courrier du spécialiste	1
Absence de structure adaptée à la prise en charge globale du patient	1
Pas de couverture sociale du patient	1
Manque de formation des généralistes concernant les pathologies bucco-dentaires	1

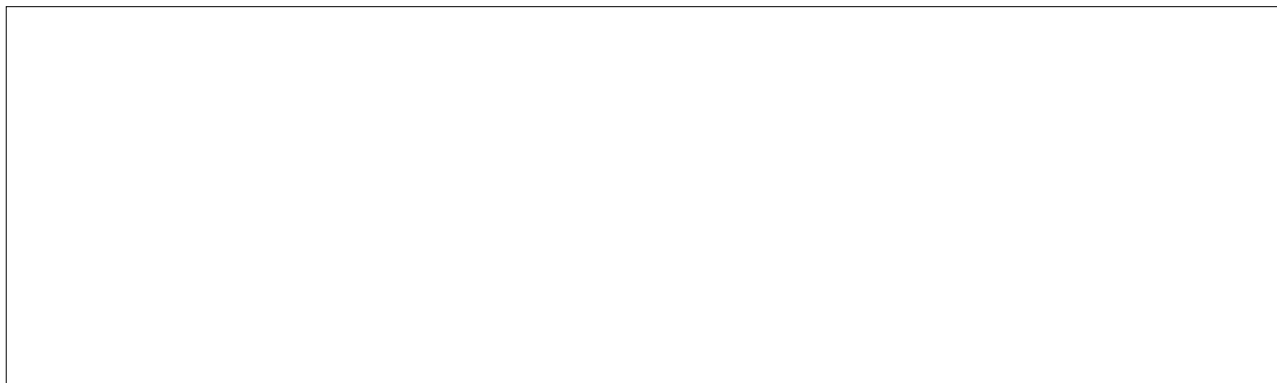
Merci d'avoir participé à ce recueil de situations cliniques.

Suite à la lecture des réponses issues de l'étude prospective, pensez vous que des pathologies supplémentaires devraient être ajoutées ?

Oui

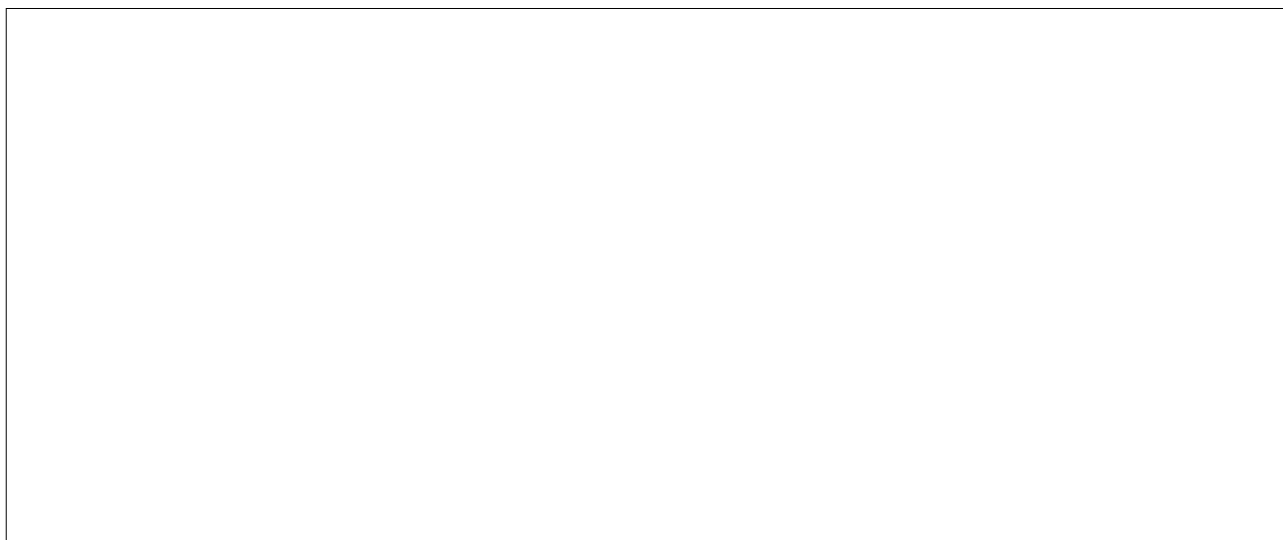
Non

Si oui, lesquelles ?



En dehors du mois de recueil de mai-juin 2016, avez vous rencontré dans votre pratique d'autres pathologies bucco-dentaires.

Ce complément d'informations permettra d'obtenir une liste plus exhaustive de pathologies bucco-dentaires.



Merci de retourner le présent questionnaire **avant le 15 septembre 2016.**

Vous serez sollicité pour le troisième, et dernier, questionnaire afin de préciser le type de difficultés posées par les différentes situations cliniques identifiées.

Je vous remercie de tout cœur pour votre participation et votre assiduité à répondre à ces 3 questionnaires sur votre temps libre que je sais précieux.

Elodie Guissard (thésarde)

Annexe 5 : Synthèse du deuxième questionnaire

Synthèse du 2ème questionnaire

Suite à la lecture des réponses issues de l'étude prospective, pensez vous que des pathologies supplémentaires devraient être ajoutées ?

- 74 médecins ont répondu NON.
- 16 médecins ont répondu OUI.

Soit au total 90 médecins ont répondu au 2ème questionnaire versus 92 pour le 1^{er} questionnaire.

Si oui, lesquelles ?

Séquelle de radiothérapie et prise en charge dentaire	Biphosphonate et ostéonécrose de mâchoire iatrogène	Pathologie tumorale (carcinome épidermoïde) X 4
Asialie / Hyposialie	Lichen plan jugal	Epulis
Lithiase salivaire X 2	Morsure linguale	SADAM
Xérostomie X 3	Caseum amygdalien	Paresthésie de langue
Douleur linguale	Halitose	Luxation mandibulaire
Inadaptation de prothèse dentaire	Agénésie dentaire	Excroissance de la muqueuse jugale
Gingivite	Abcès dentaire	Glossodynie
Nodule (langue/joue)	Leucoplasie	Glossite marginée

En dehors du mois de recueil de mai-juin 2016, avez vous rencontré dans votre pratique d'autres pathologies bucco-dentaires.

- 38 médecins n'ont pas notifié d'autres pathologies bucco-dentaires.
- Les nouvelles pathologies recensées sont indiquées en **rouge**.
- Les pathologies citées en italique correspondent aux réponses obtenues mais portant sur des pathologies déjà identifiées au premier tour.

Prise en charge dentaire - biphosphonate	Hypertrophie localisée de la muqueuse sous dentier
Impétigo	Hémangiome tubéreux de la commissure labiale
Leucoplasie	Amélogénèse imparfaite
Hyposialie	Parotidite
Carcinome épidermoïde de la sphère ORL	Lèvres gercées
Glossodynie	Lithiase salivaire X 2
Asialie post-radique	Nævus palatin
Articulé inversé	Caseum amygdalien
Paresthésies de la langue	Agueusie temporaire
Sinusite maxillaire par pathologie apicale de contiguïté	Morsure linguale
Stomatite ulcérée	Abcès dentaire X 3
Hypersialorrhée X 2	Douleur linguale
Carie X 2	Parodontite chronique post lithiase salivaire
Parodontite	Douleur temporo-mandibulaire
Xérostomie X 2	Lésion buccale
Pertuis gingival avec écoulement purulent sur kyste apical	Candidose buccale
Muguet	Aphtes et aphtose X 4
Examen systématique du nourrisson	Fracture dentaire X 2
Douleur dentaire	Chicots
SADAM X 4	Mycose buccale X 3

Annexe 6 : Troisième questionnaire

Troisième et dernier questionnaire

portant sur l'identification des pathologies bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrées en ambulatoire avec les difficultés qu'elles posent aux généralistes mosellans

Dans le cadre de la méthode Delphi, je vous invite à compléter le tableau suivant afin de préciser, parmi toutes les pathologies recensées lors des 2 tours précédents, celles pour lesquelles une fiche technique d'aide à la prise en charge en médecine générale serait la plus pertinente.

Dans ce but, merci d'indiquer, comme expliqué ci-dessous,

- la fréquence estimée de ces situations cliniques à votre cabinet,
- leur gravité potentielle,
- le niveau de difficulté qu'elles représentent pour vous
- et les difficultés éventuelles qu'elles ont pu générer.

Fréquence :

0 : rare

1 : moyennement fréquent

2 : fréquent

Gravité :

0 : bénin

1 : moyennement grave

2 : très grave

Niveau de difficulté :

0 : pas ou peu de difficulté(s)

1 : niveau de difficulté moyen

2 : beaucoup de difficultés

Pathologies	Fréquence estimée	Gravité estimée	Niveau de difficulté	Types de difficultés rencontrées
<i>Exemple : aphtose</i>	2	0	0	<i>Récidive précoce</i>
Abcès dentaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aphtes / Aphtose	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Extraction dentaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pathologies	Fréquence estimée	Gravité estimée	Niveau de difficulté	Types de difficultés rencontrées
Douleur dentaire				
Mycose buccale				
Gingivite				
SADAM				
Xérostomie				
Traumatisme et fracture dentaires				
Parodontite / parodontopathie				
Pathologie tumorale – carcinome épidermoïde				
Carie				
Gingivo-stomatite				
Muguet				
Plaie buccale dont morsure linguale				

Pathologies	Fréquence estimée	Gravité estimée	Niveau de difficulté	Types de difficultés rencontrées
Douleur linguale				
Lithiase salivaire				
Kyste apical				
Sinusite maxillaire par pathologie apicale de contiguïté				
Ulcération buccale / linguale				
Hypersialie				
Impétigo				
Mobilité dentaire				
Cellulite faciale				
Inflammation palatine				
Infection gingivale				
Chicots				

Pathologies	Fréquence estimée	Gravité estimée	Niveau de difficulté	Types de difficultés rencontrées
Contrôle de la cavité buccale				
Douleur temporo-mandibulaire				
Leucoplasie				
Paresthésies de la langue				
Asialie (notamment post-radique)				
Ostéonécrose de la mâchoire sous biphosphonate				
Hyposialie				
Glossodynie				
Caseum amygdalien				
Perte de bridge				
Diapneusie				
Saignement dentaire				

Pathologies	Fréquence estimée	Gravité estimée	Niveau de difficulté	Types de difficultés rencontrées
Inflammation sur poussée dentaire				
Infection du sillon gingivo-jugal				
Infection sous implant				
Soins dentaires				
Corps étranger intra-buccal				
Hypertrophie gingivale				
Lésion gingivale				
Gingivorragie				
Langue saburrale (« en carte de géographie »)				
Dépôts blanchâtres de langue				
Infection dentaire				
Chique				

Pathologies	Fréquence estimée	Gravité estimée	Niveau de difficulté	Types de difficultés rencontrées
Induration buccale non spécifique				
Névralgie buccale				
Douleur jugale				
Nodule sur joue / langue				
Luxation mandibulaire				
Glossite marginée				
Epulis				
Hémangiome tubéreux de la commissure labiale				
Hypertrophie localisée de la muqueuse sous dentier				
Amélogénèse imparfaite				
Pertuis gingival avec écoulement purulent				
Parotidite				

Pathologies	Fréquence estimée	Gravité estimée	Niveau de difficulté	Types de difficultés rencontrées
Lèvres gercées				
Agénésie dentaire				
Nævus palatin				
Articulé inversé				
Agueusie temporaire				
Séquelle de radiothérapie et prise en charge dentaire				
Lichen plan jugal				
Inadaptation de prothèse dentaire				
Halitose				
Excroissance de la muqueuse jugale				

Merci de me retourner votre questionnaire complété **AVANT le 30 octobre 2016.**

La synthèse de ce dernier questionnaire vous sera communiquée fin novembre 2016.

Les fiches techniques réalisées à partir des besoins identifiés grâce à vos réponses, vous seront

communiquées dans le courant du premier trimestre 2017.

Merci infiniment pour votre participation, votre aide et le temps précieux que vous avez consacré à ce projet. Sans vous, ce travail n'aurait pu être réalisé.

Elodie Guissard (thésarde)

Synthèse du 3ème questionnaire

Suite à la diffusion du dernier questionnaire dans le cadre de ma thèse (portant sur l'identification des pathologies bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrées en ambulatoire avec les difficultés qu'elles posent aux généralistes mosellans), 73 médecins ont répondu.

Vous trouverez ci-joint le récapitulatif des réponses par pathologie.

Certains d'entre eux ont rapporté une redondance dans les items énoncés. Cela est expliqué par la nécessité (liée à la méthodologie de recueil des données) de retranscrire fidèlement les situations pathologiques citées lors des 2 précédents questionnaires par les médecins.

Pour l'analyse fine des différents questionnaires, un regroupement de certaines situations cliniques identiques ou se référant à la même entité clinique a été effectué.

Ainsi,

- après recensement des pathologies ayant motivé au moins 5 consultations lors de l'étude prospective sur un mois (1^{er} questionnaire)
- après identification des pathologies citées au moins 5 fois lors du deuxième questionnaire,
- après pondération de tous les items (comme décrit dans la légende) du 3ème questionnaire,

les pathologies suivantes ont été retenues pour bénéficier d'une fiche technique d'aide à la prise en charge au cabinet :

- Abscès
- Parodontopathie
- Mycose buccale
- Pathologie tumorale
- Xérostomie
- SADAM
- Carie
- Glossodynie

- Gingivo-stomatite
- Ostéonécrose mandibulaire aseptique sous biphosphonates (item non distingué par la fréquence mais par la gravité)

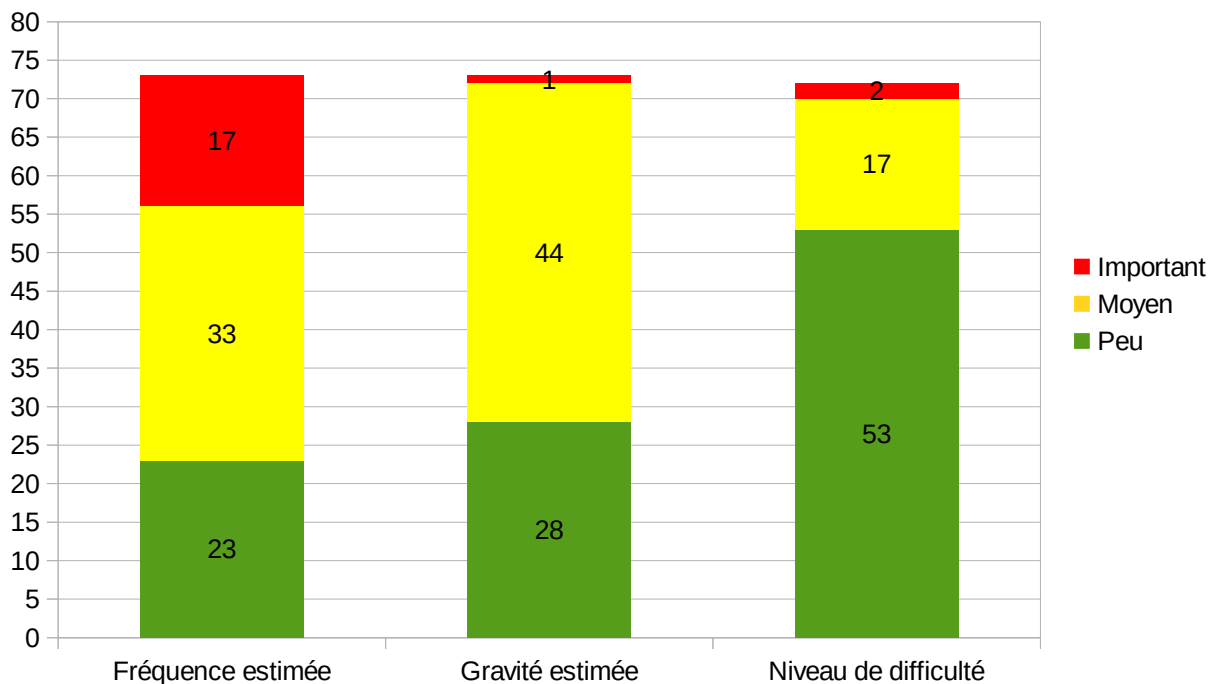
Les fiches techniques réalisées vous seront communiquées par courrier dans le courant du premier trimestre 2017.

Encore merci pour votre aide précieuse et pour le temps que vous avez consacré à cette étude.
En espérant que mon travail répondra à vos attentes et vous sera utile dans votre pratique quotidienne.

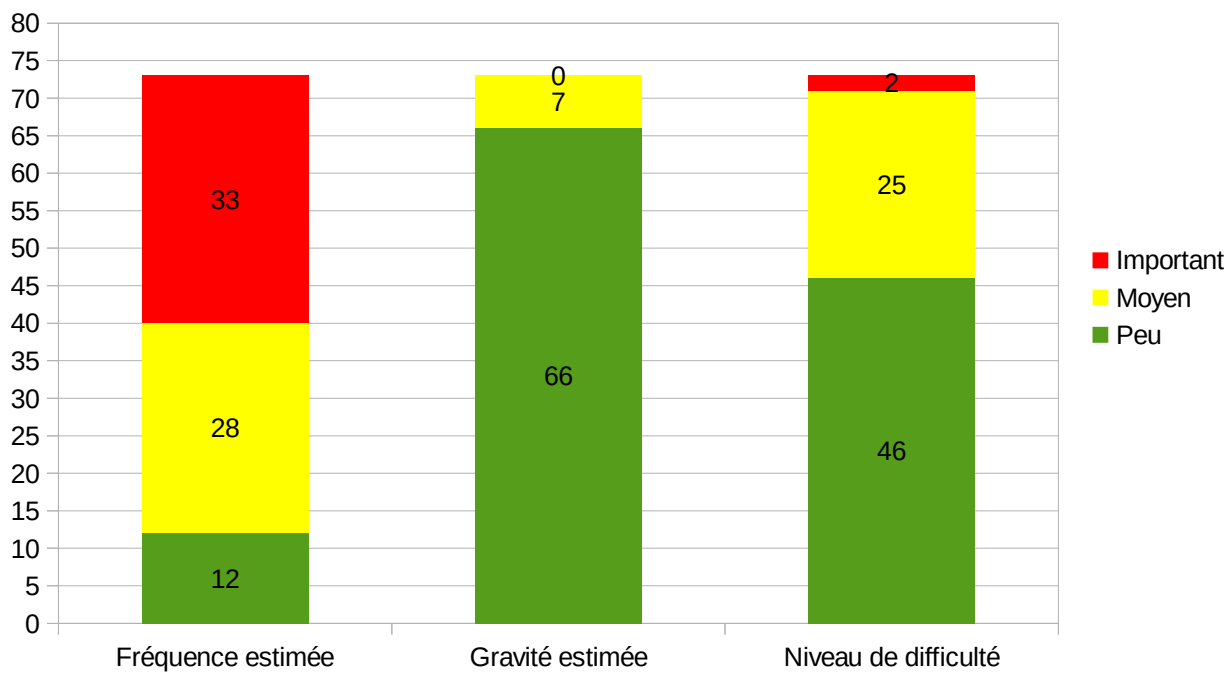
Elodie Guissard (thésarde)

Récapitulatif

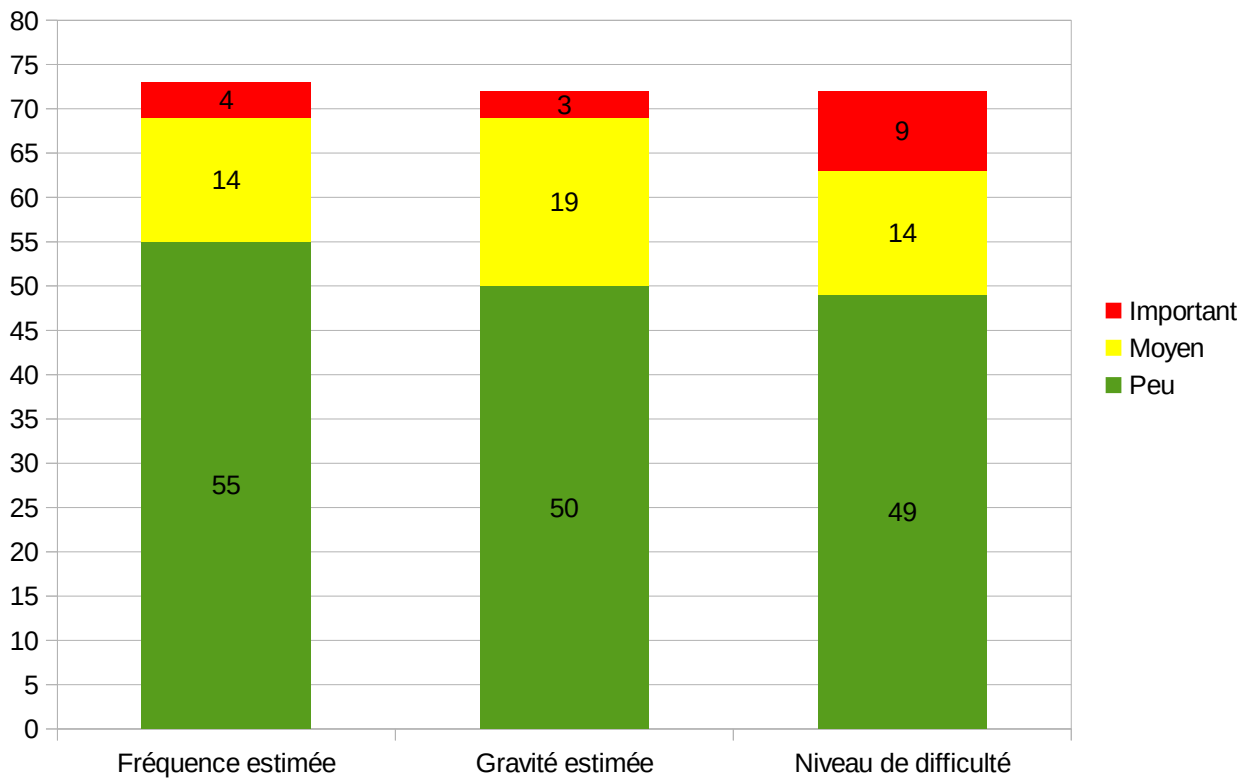
Abcès dentaire



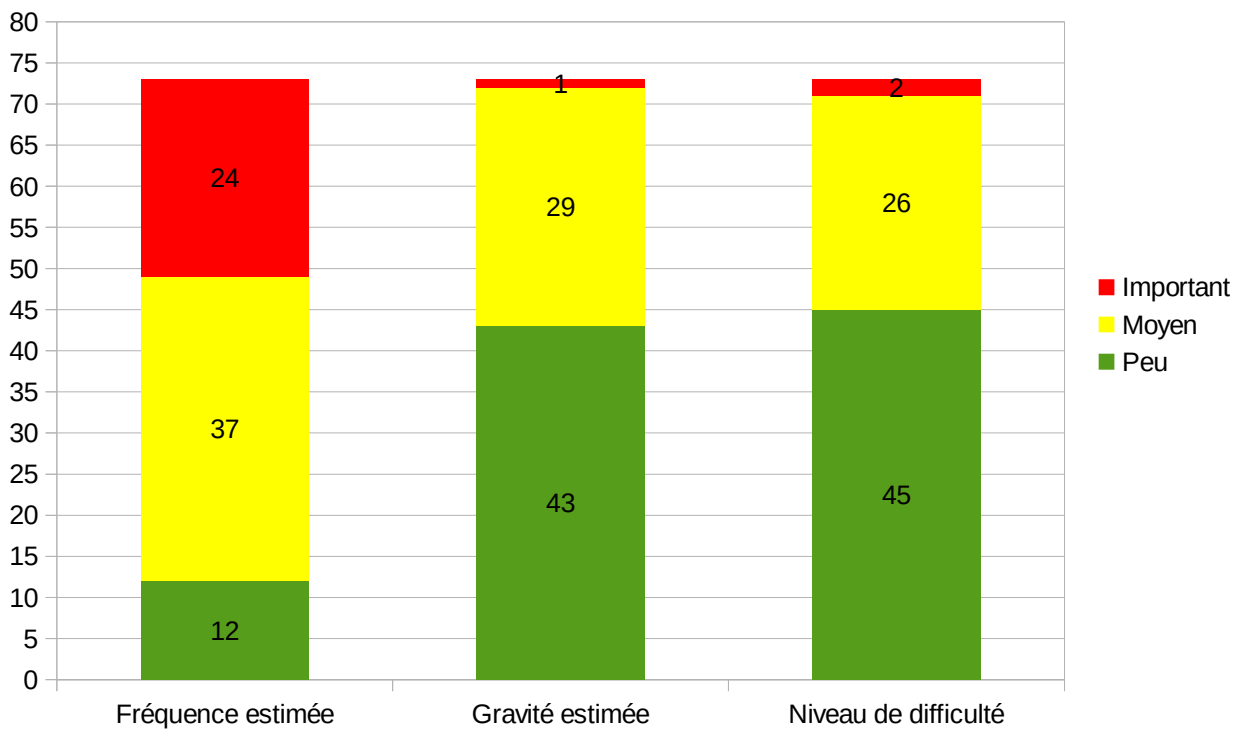
Aphtes / Aphtose



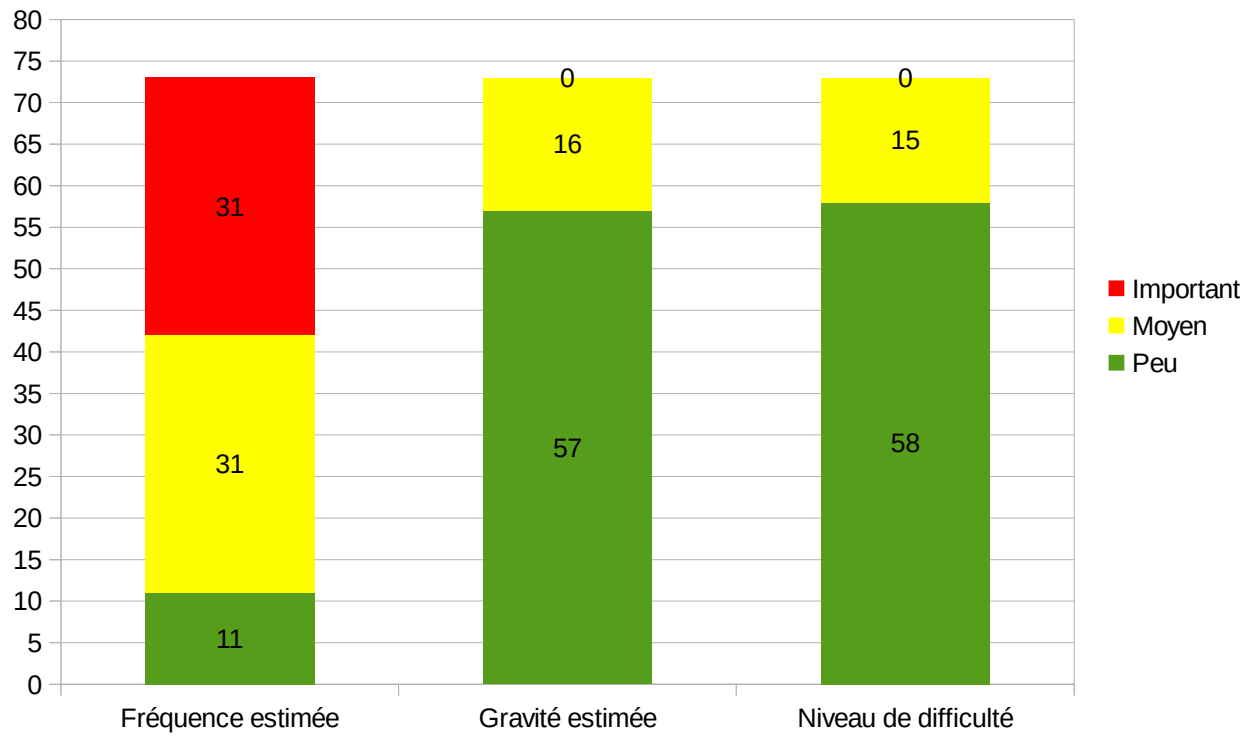
Extraction dentaire



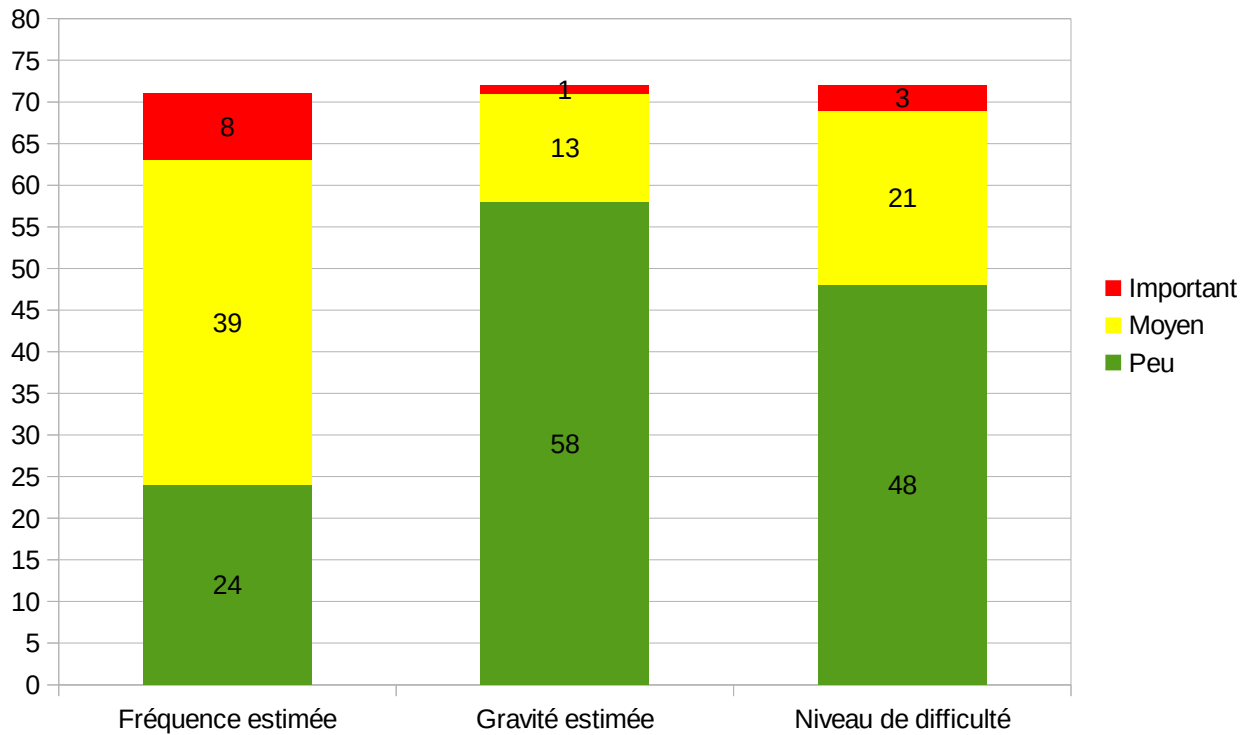
Douleur dentaire



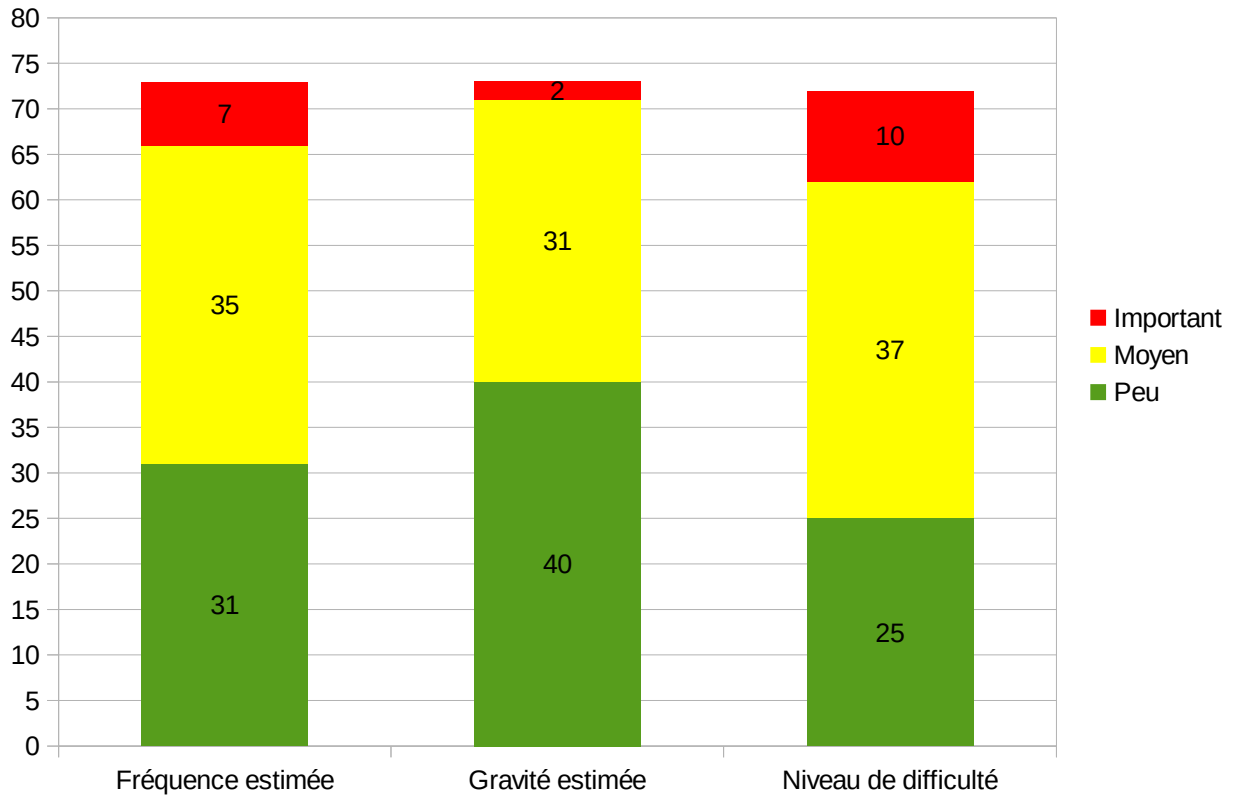
Mycose buccale



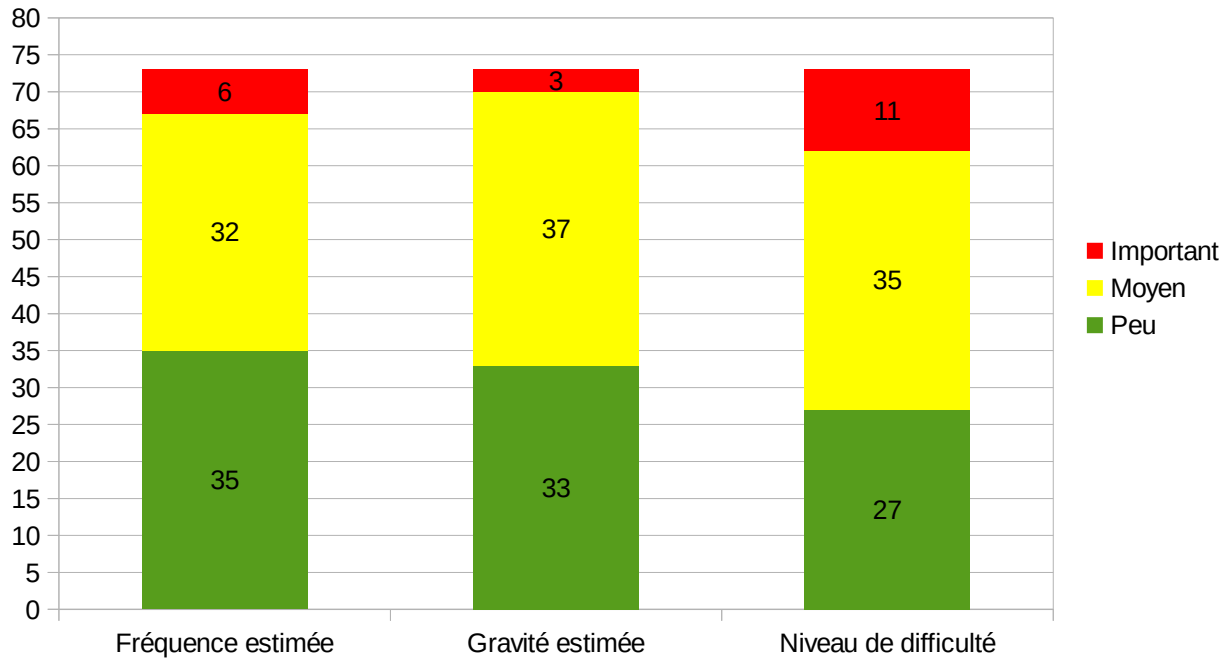
Gingivite



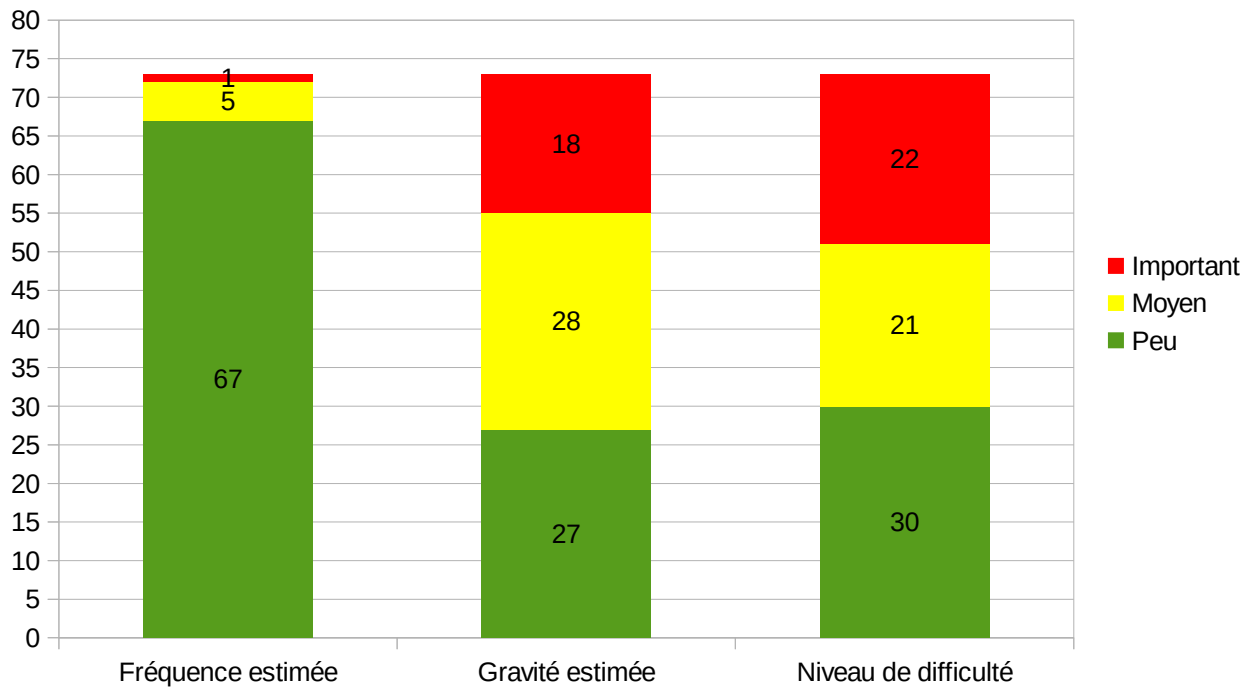
SADAM



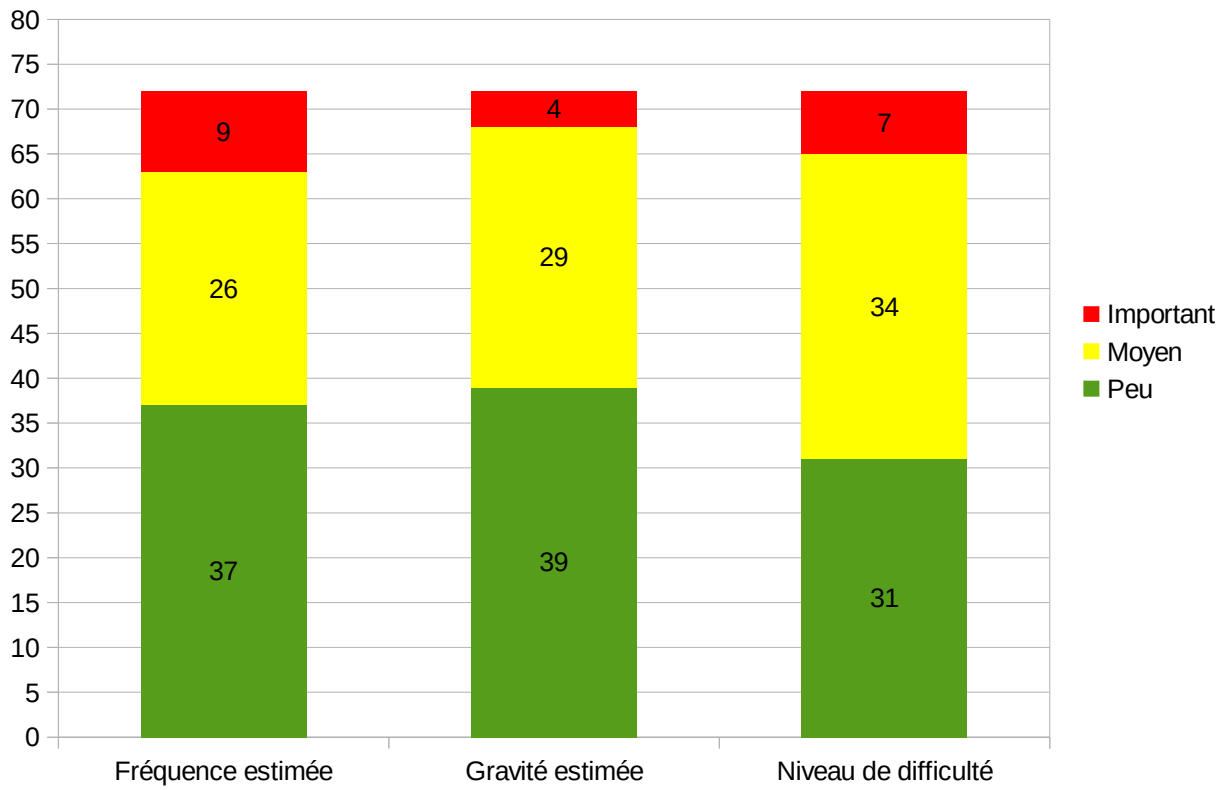
Parodontite / parodontopathie



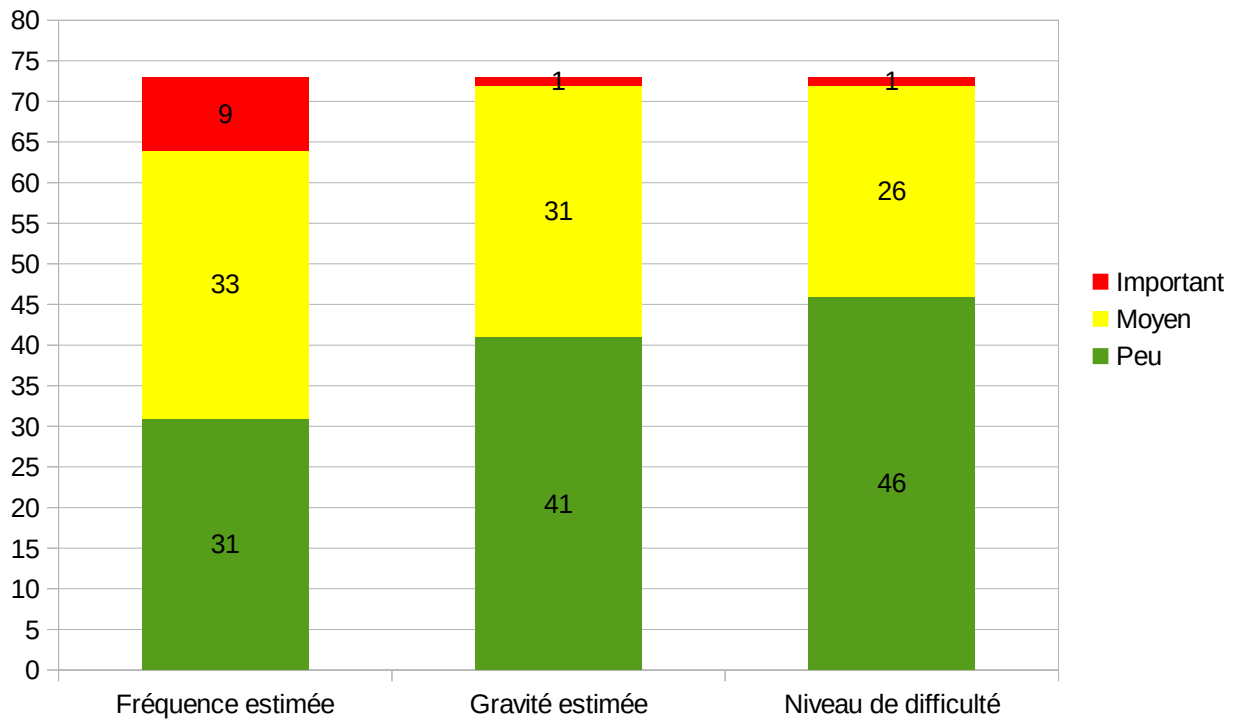
Traumatisme et fracture dentaires



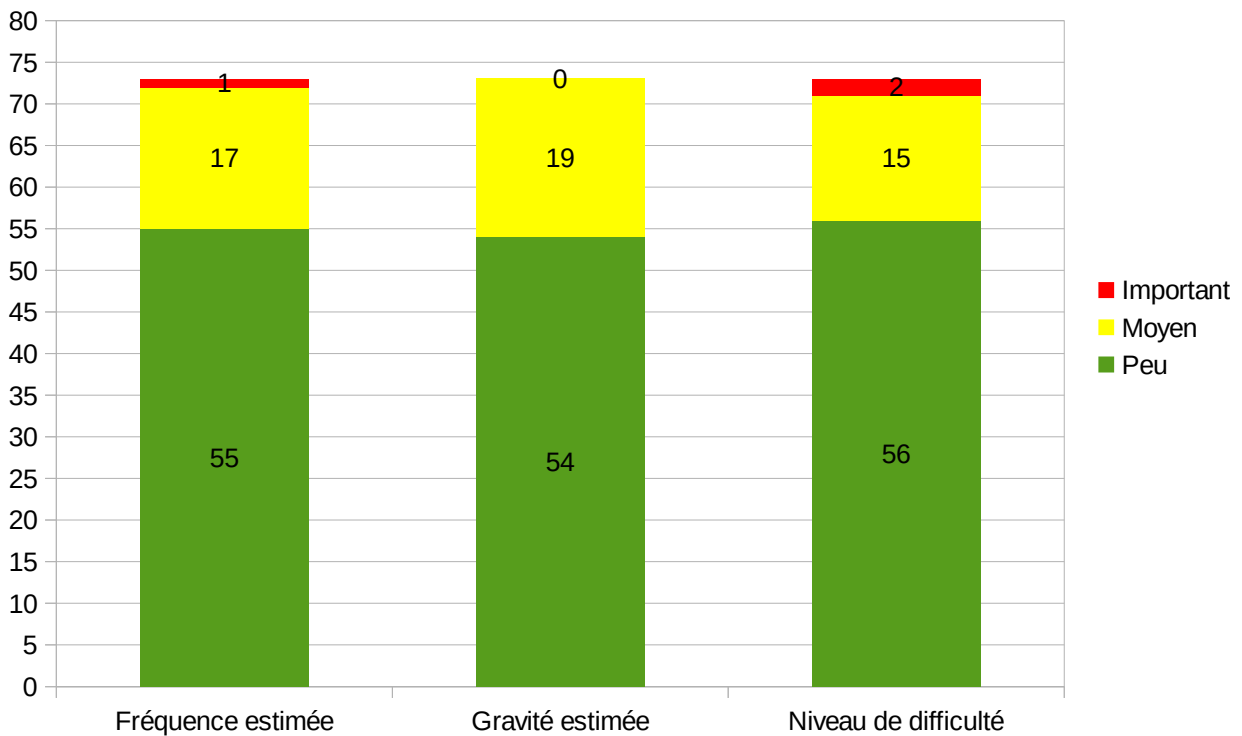
Xérostomie



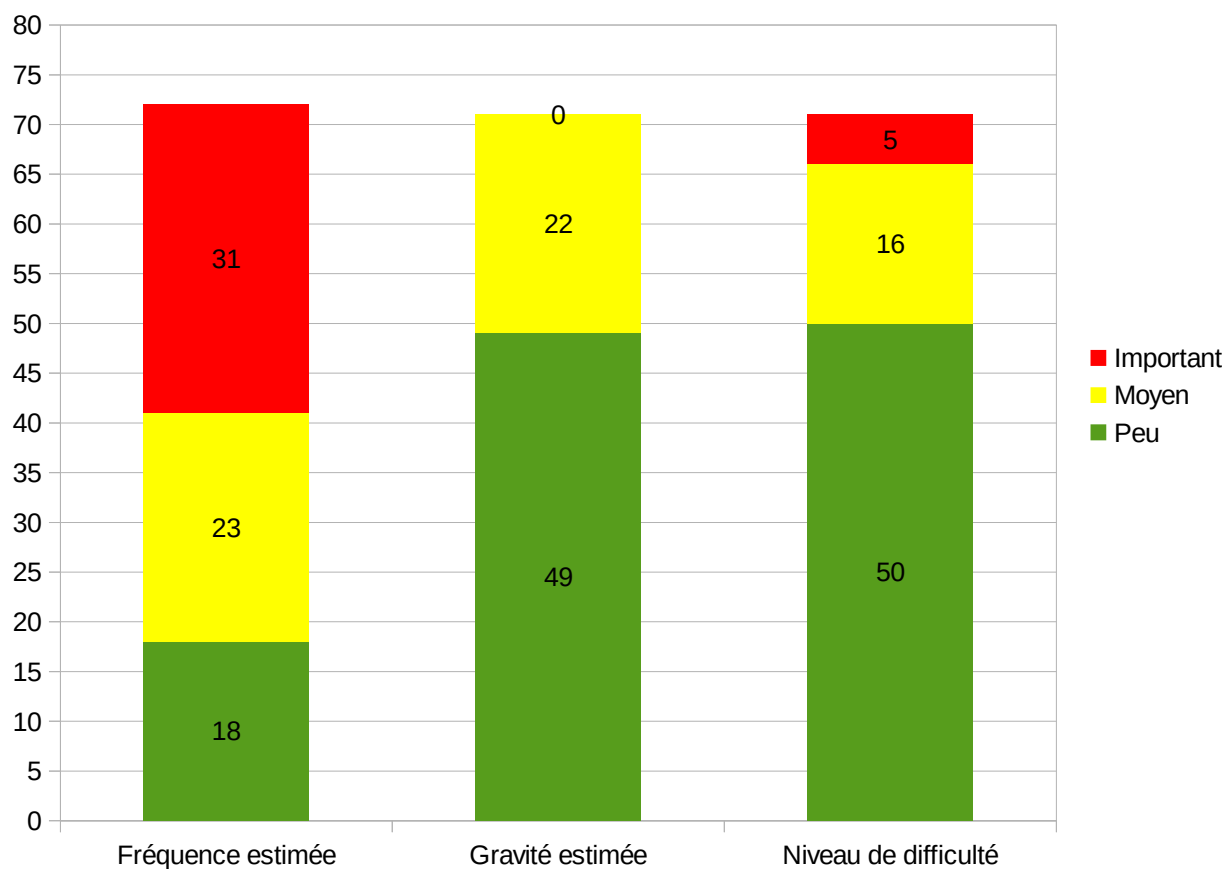
Gingivo - stomatite



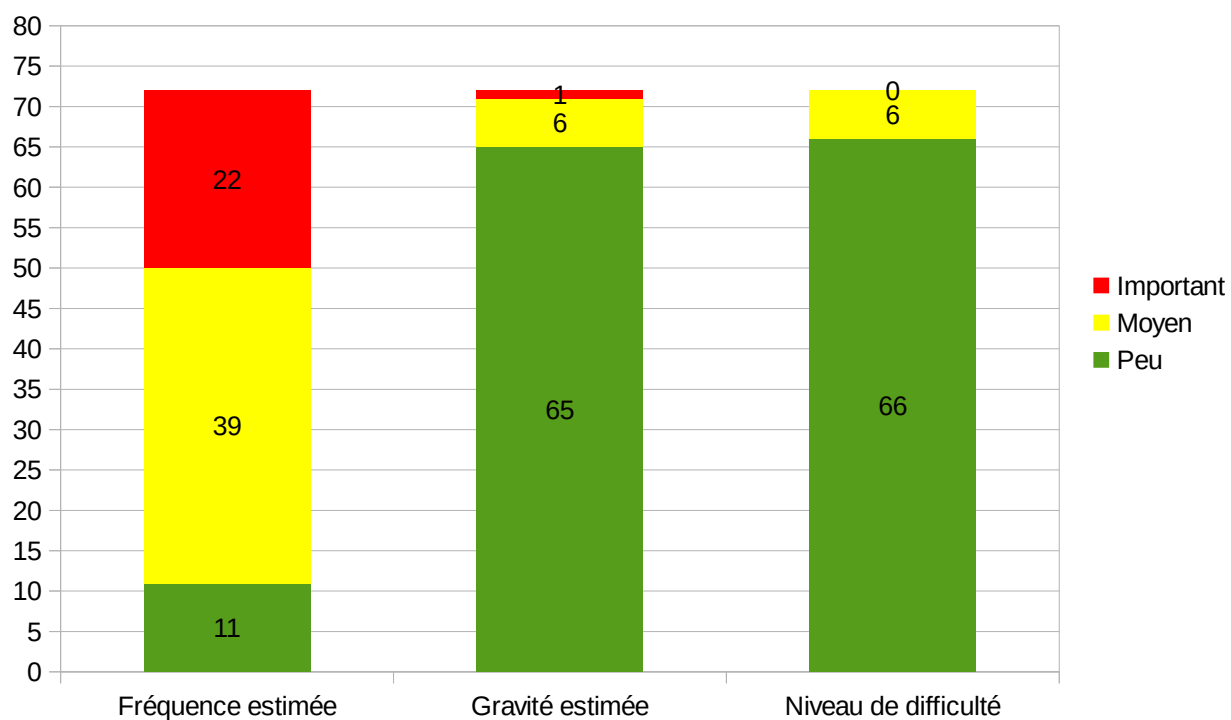
Plaie buccale dont morsure linguale



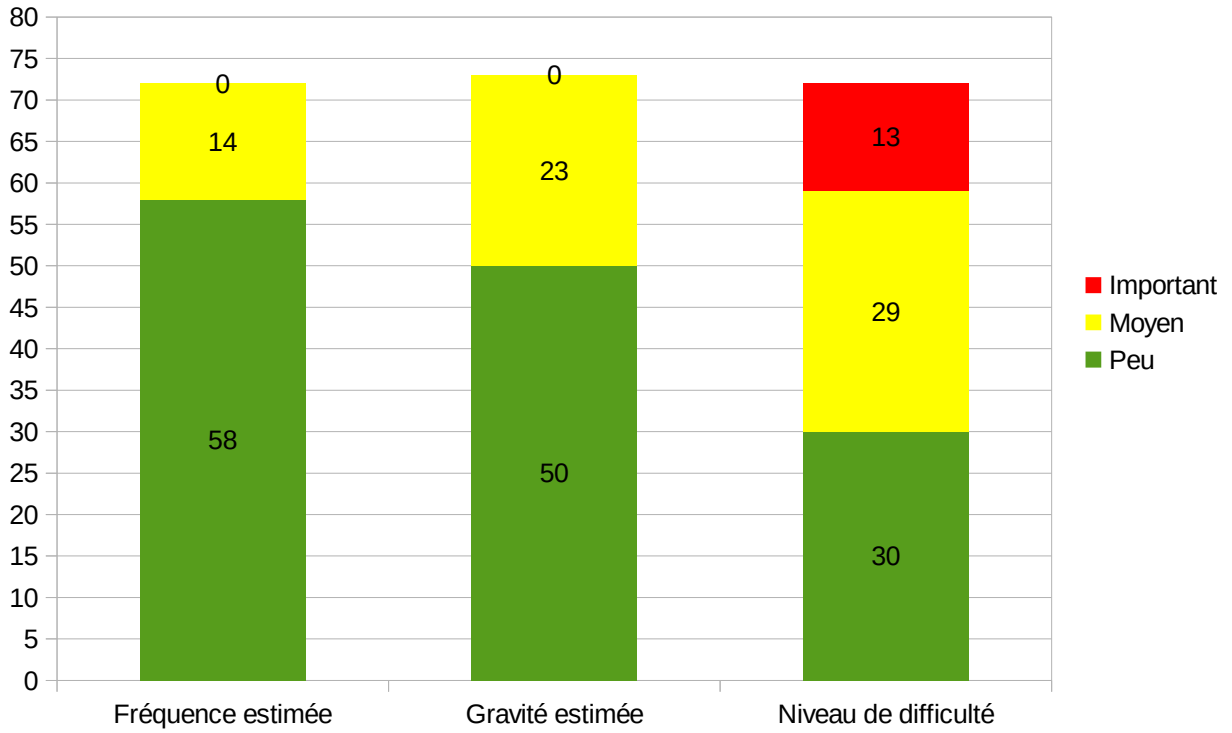
Carie



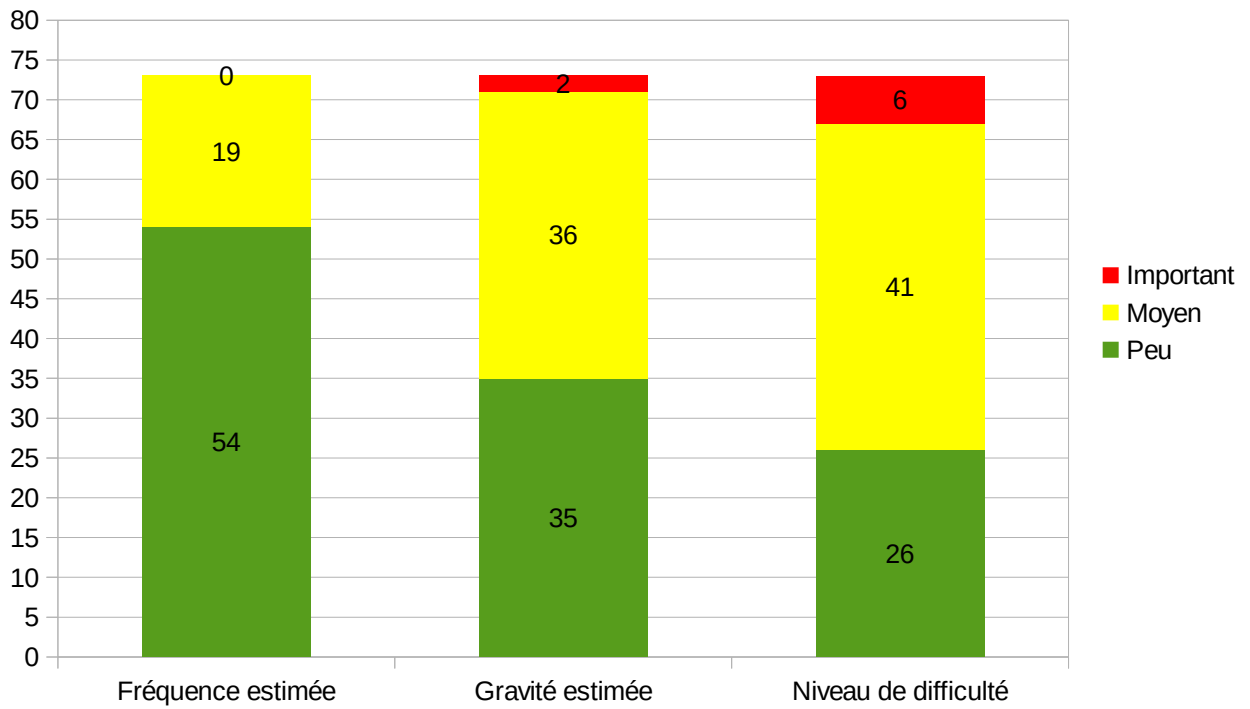
Muguet



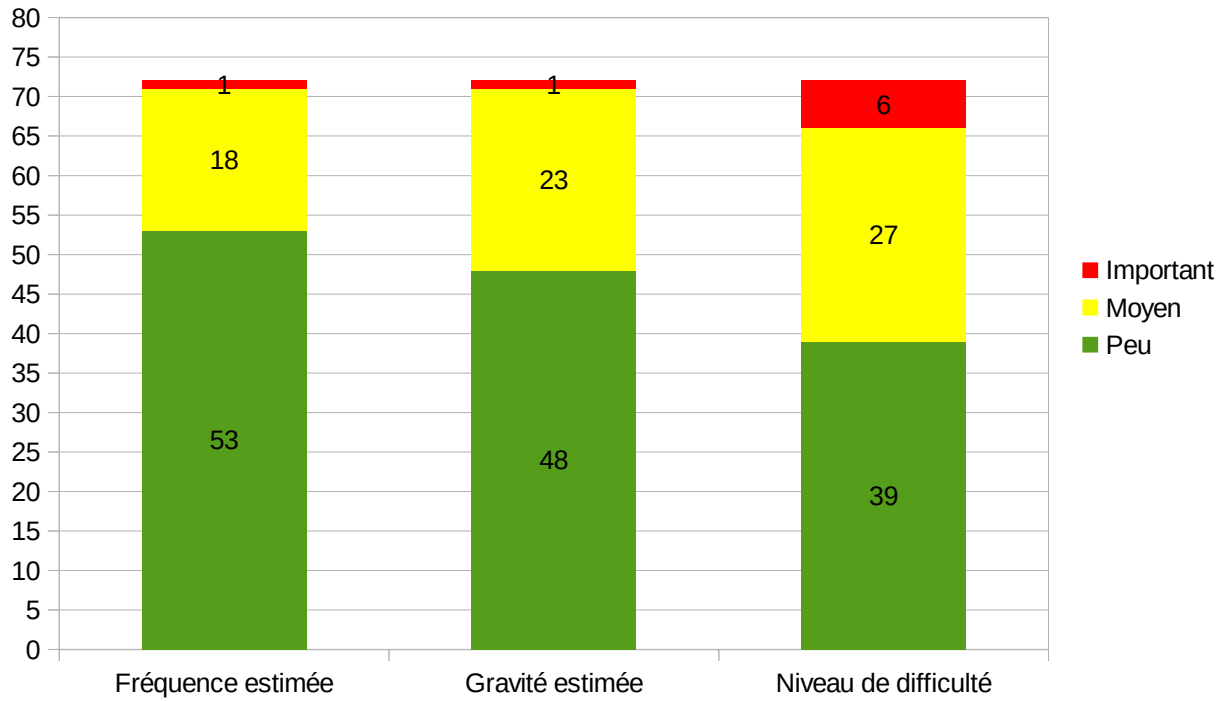
Douleur linguale



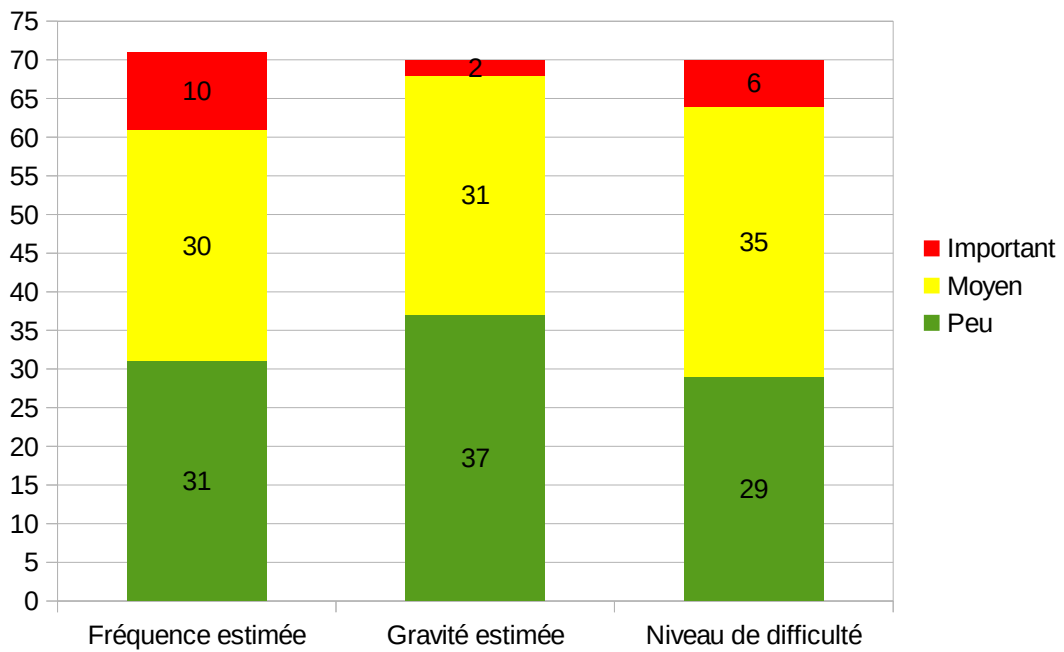
Lithiase salivaire



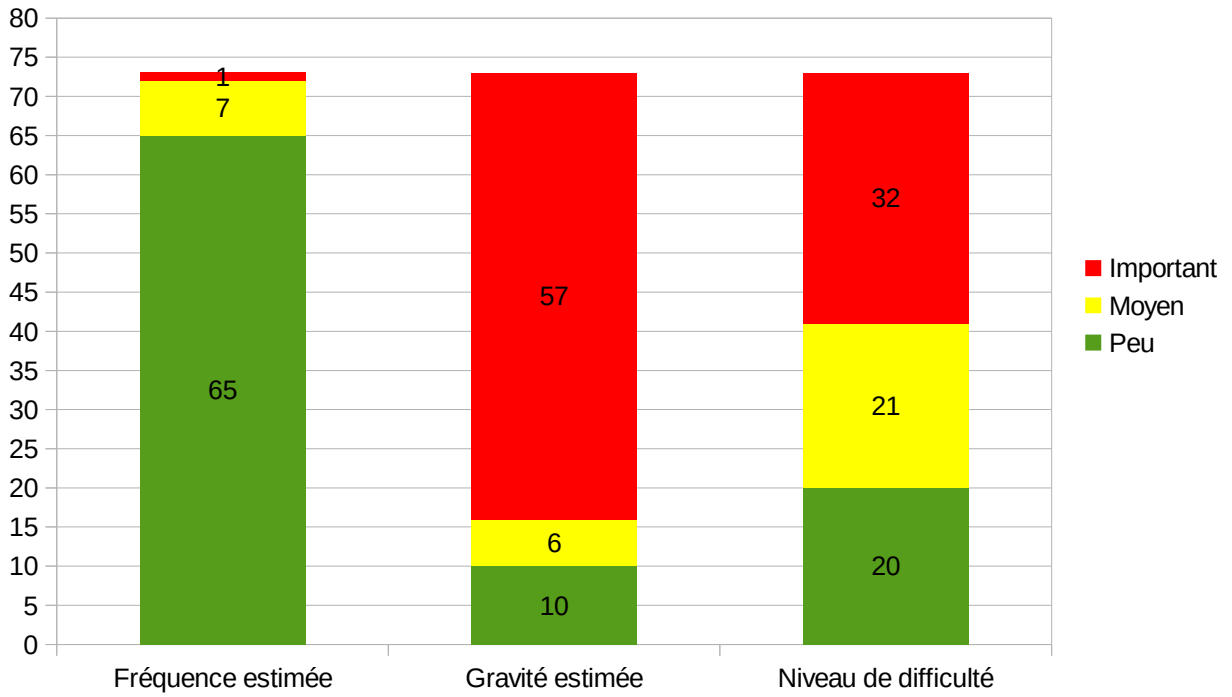
Kyste apical



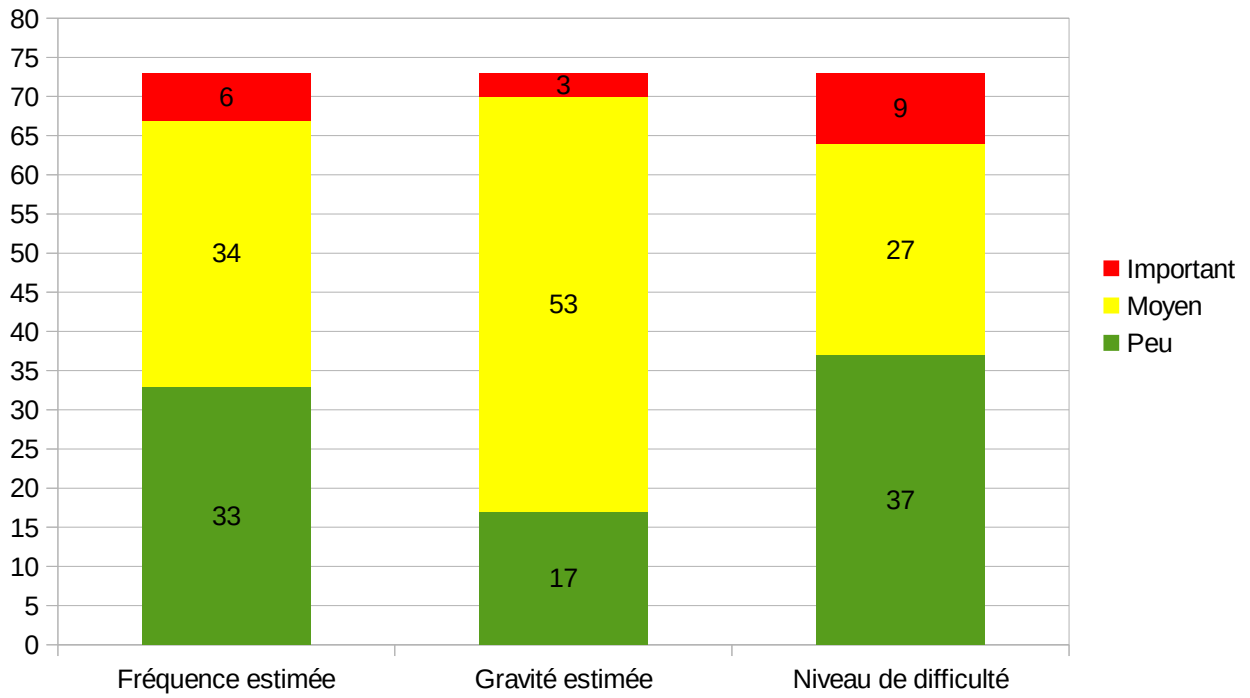
Hyposialie



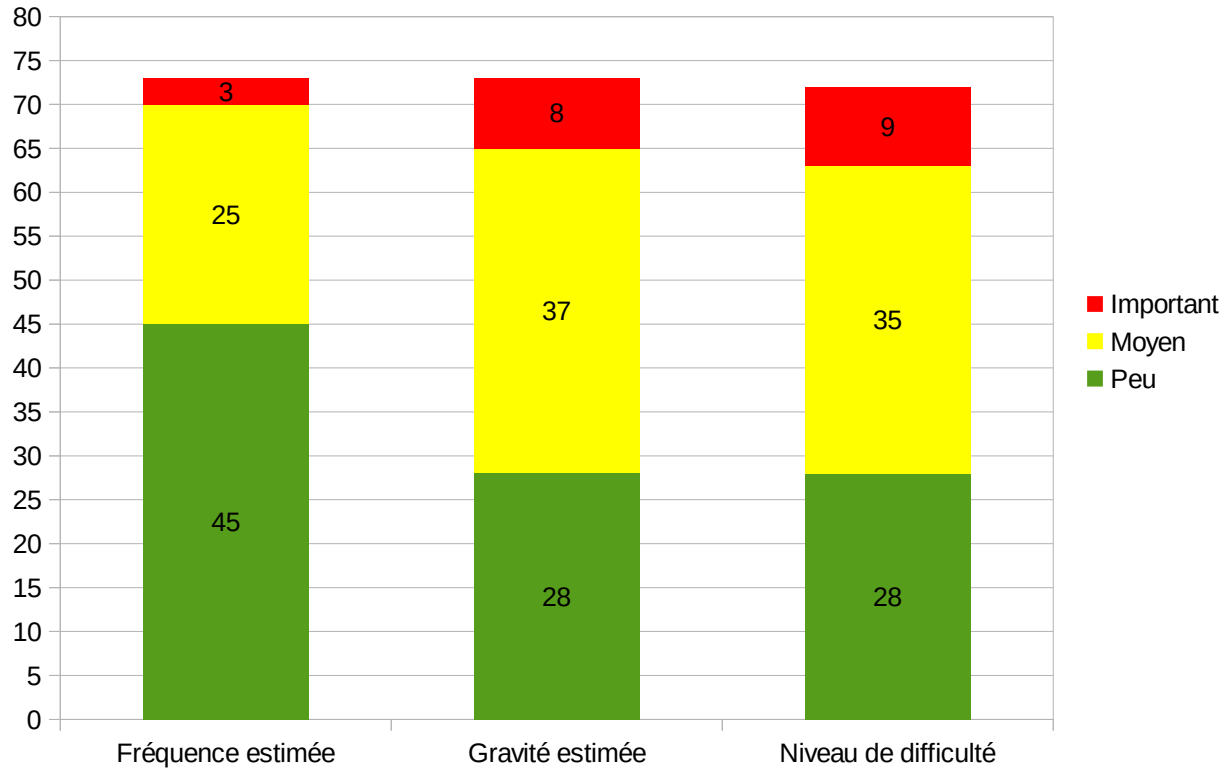
Pathologie tumorale - carcinome épidermoïde



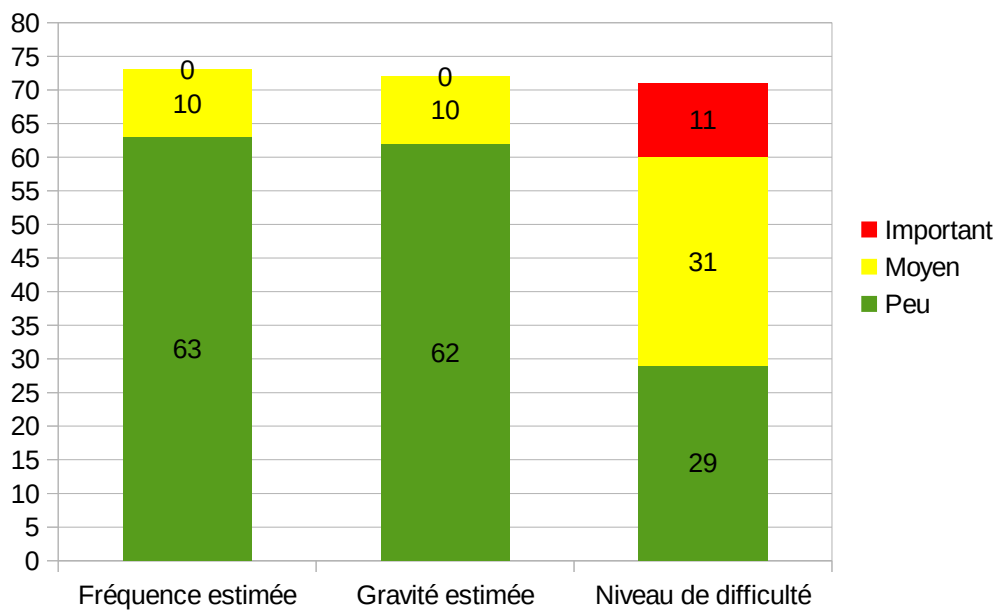
Sinusite maxillaire par pathologie apicale de contiguïté



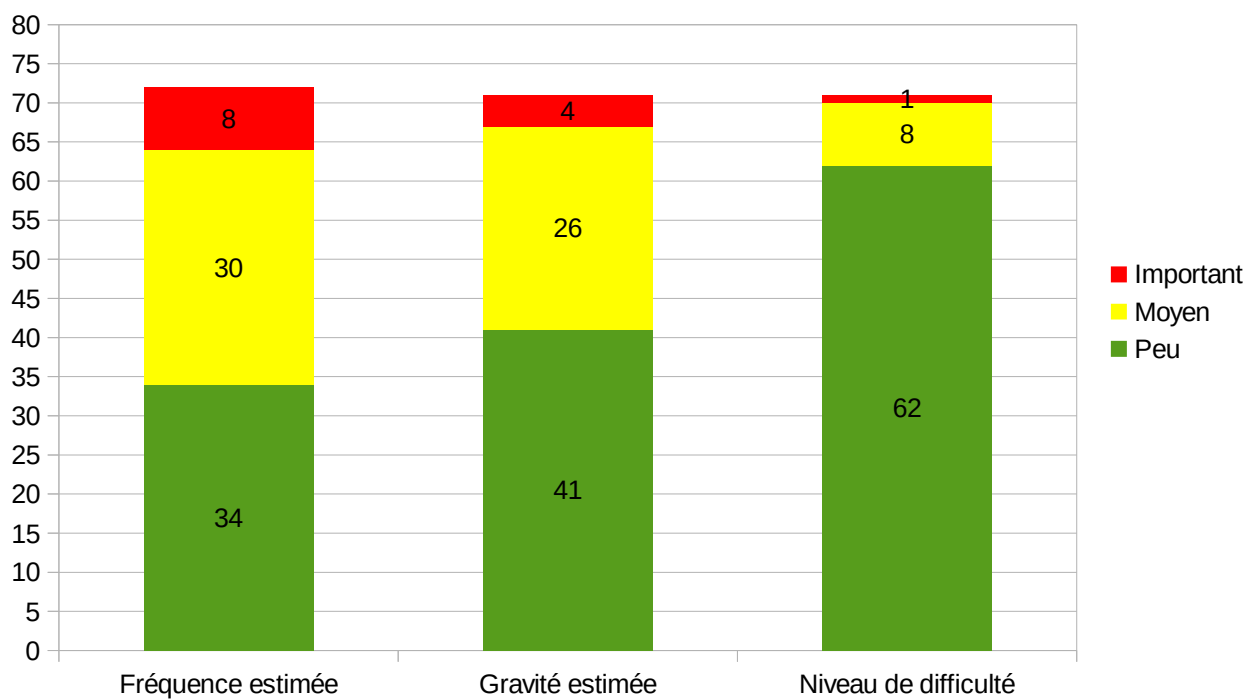
Ulcération buccale / linguale



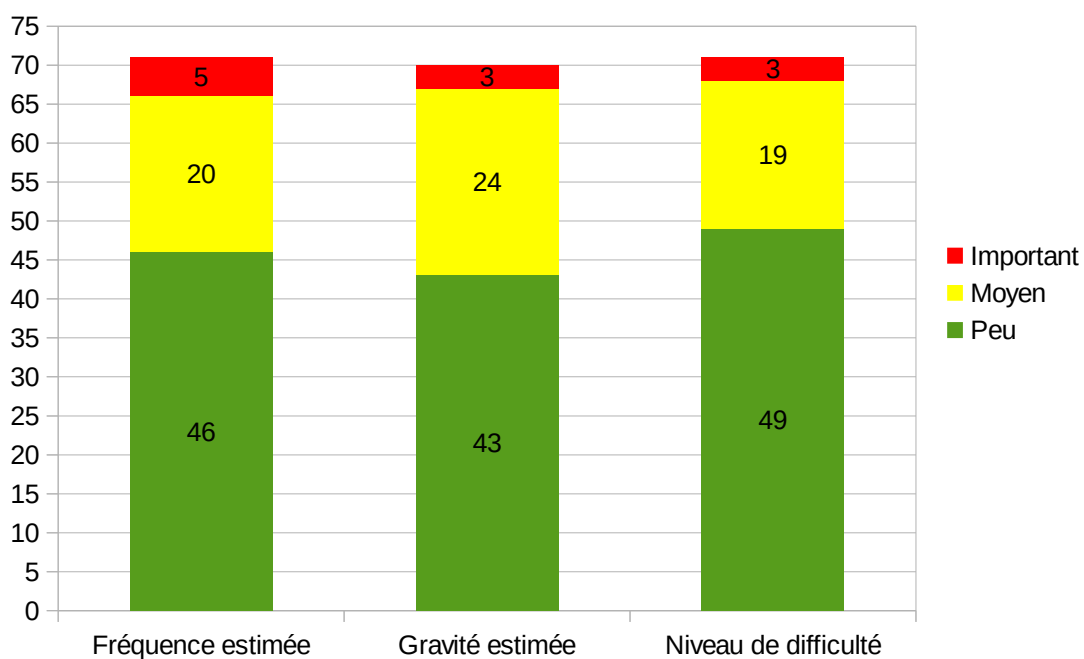
Hypersialie



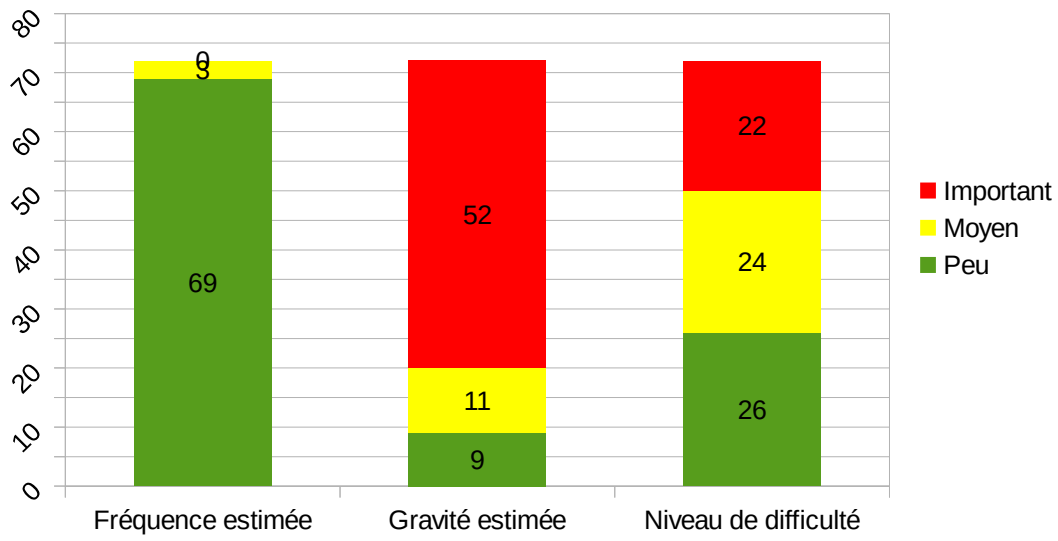
Impétigo



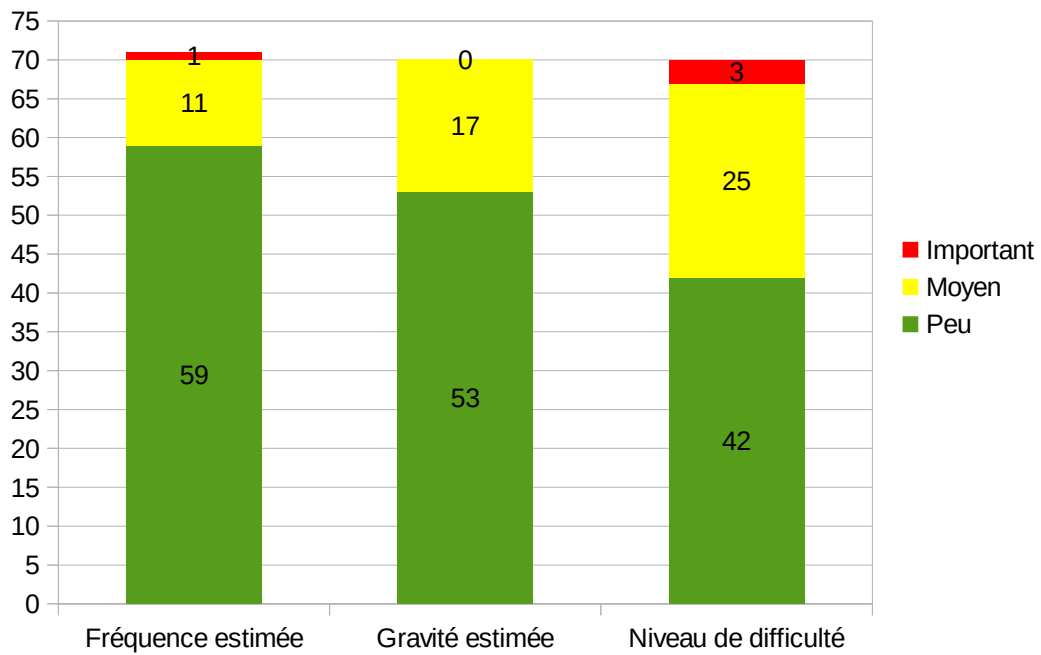
Mobilité dentaire



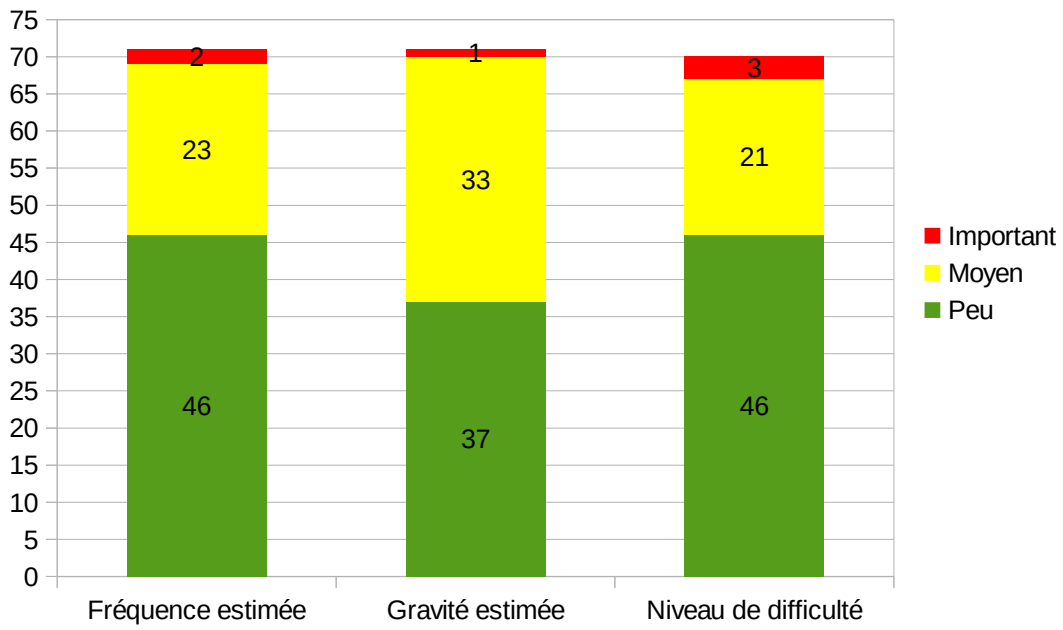
Cellulite faciale



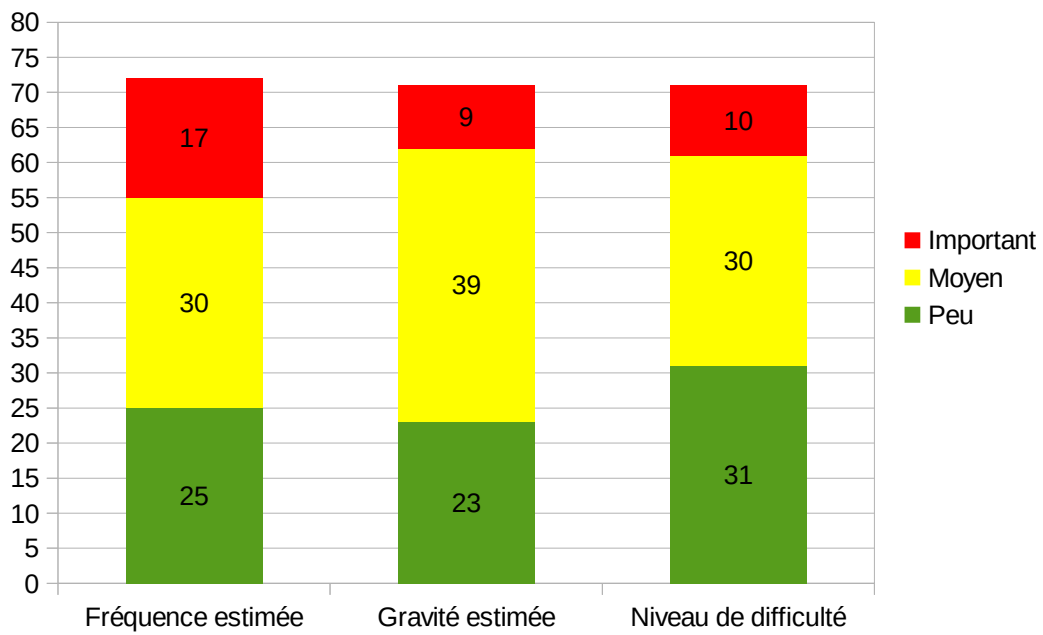
Inflammation palatine



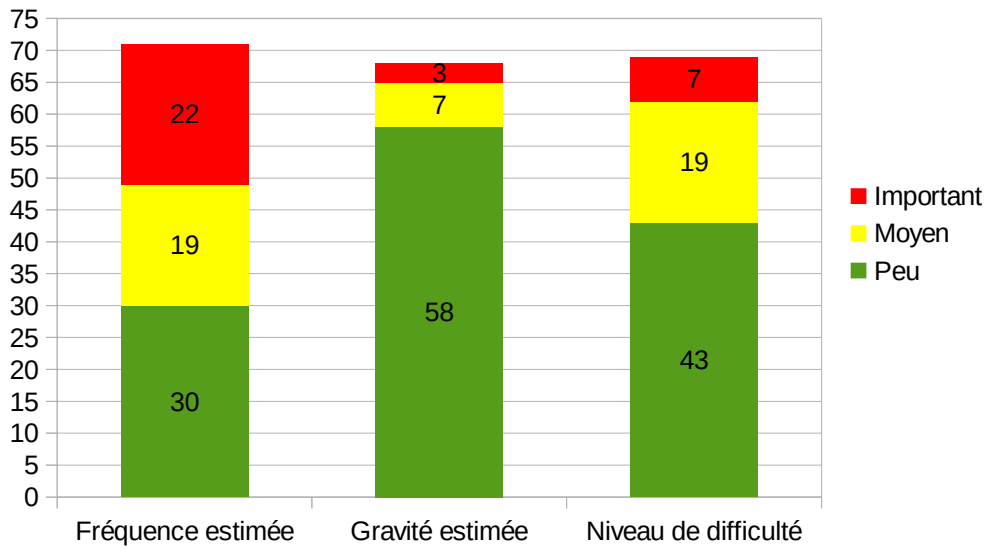
Infection gingivale



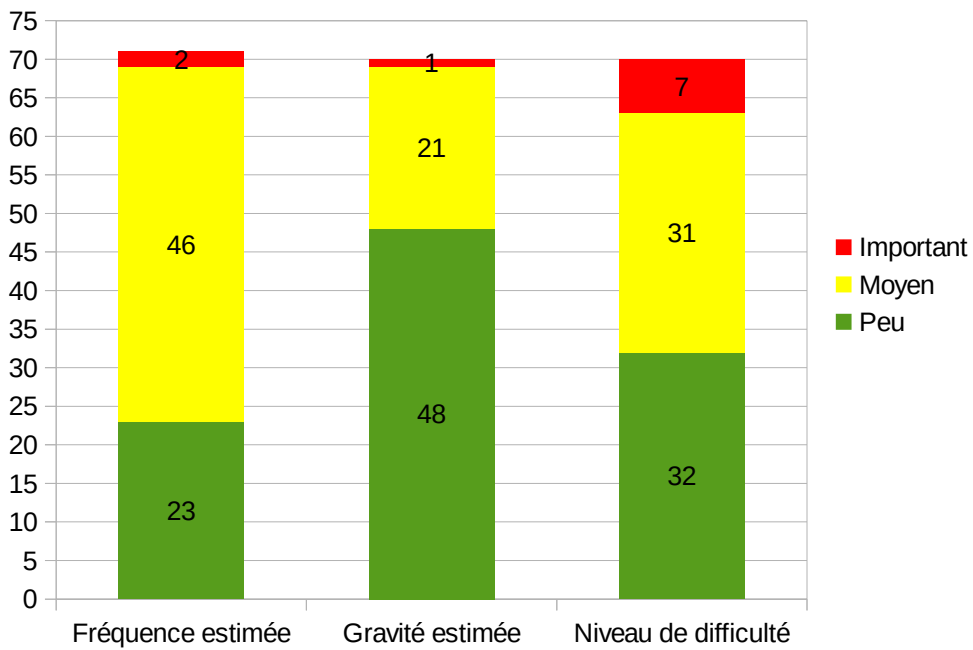
Chicots



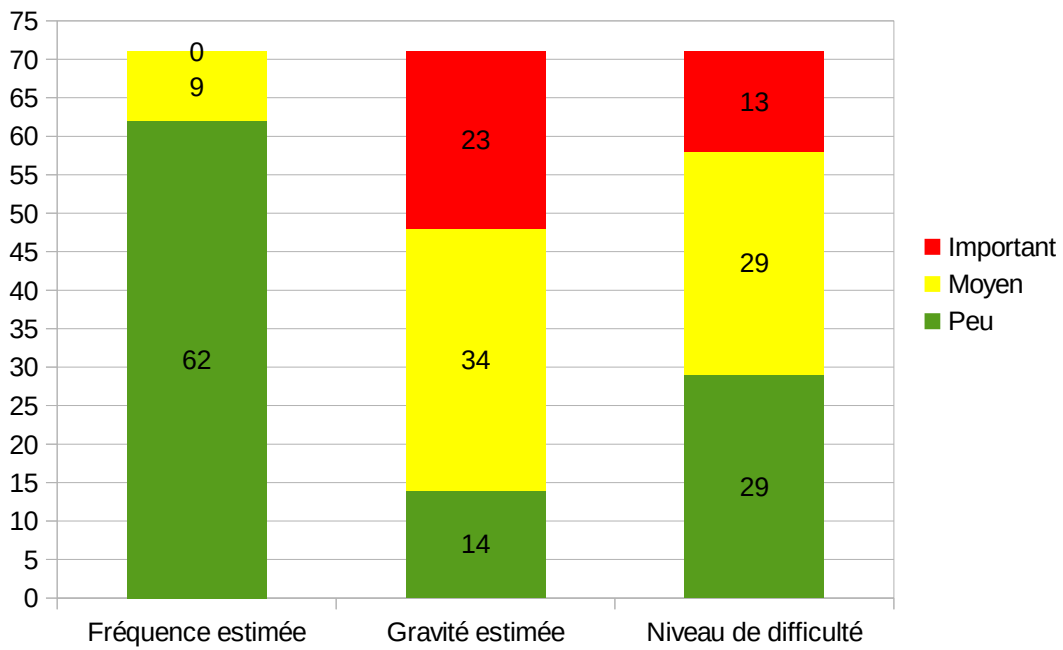
Contrôle de la cavité buccale



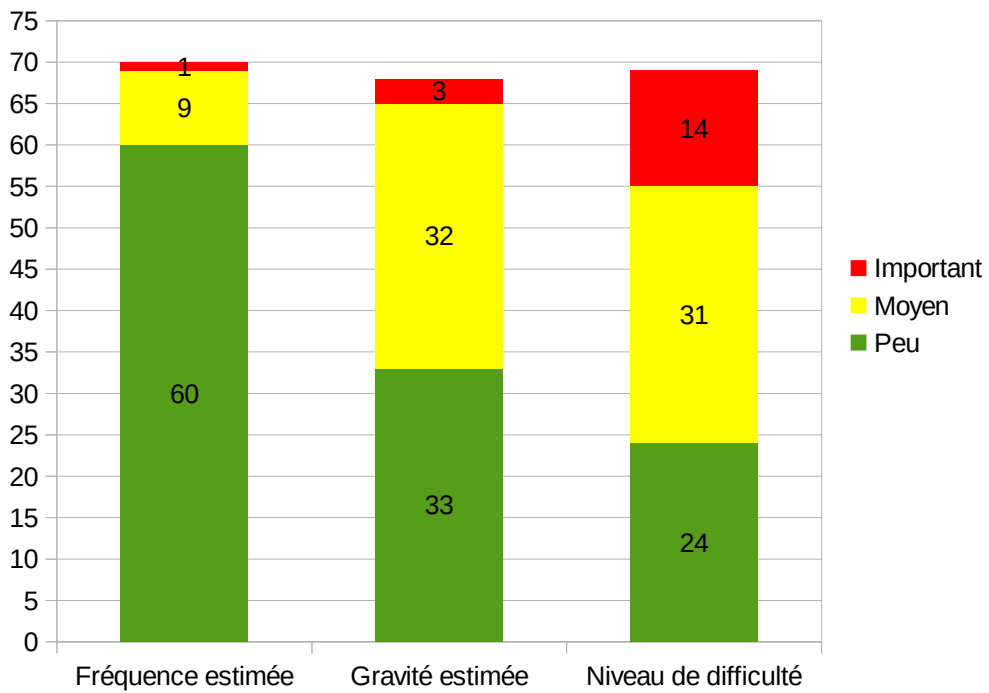
Douleur temporo-mandibulaire



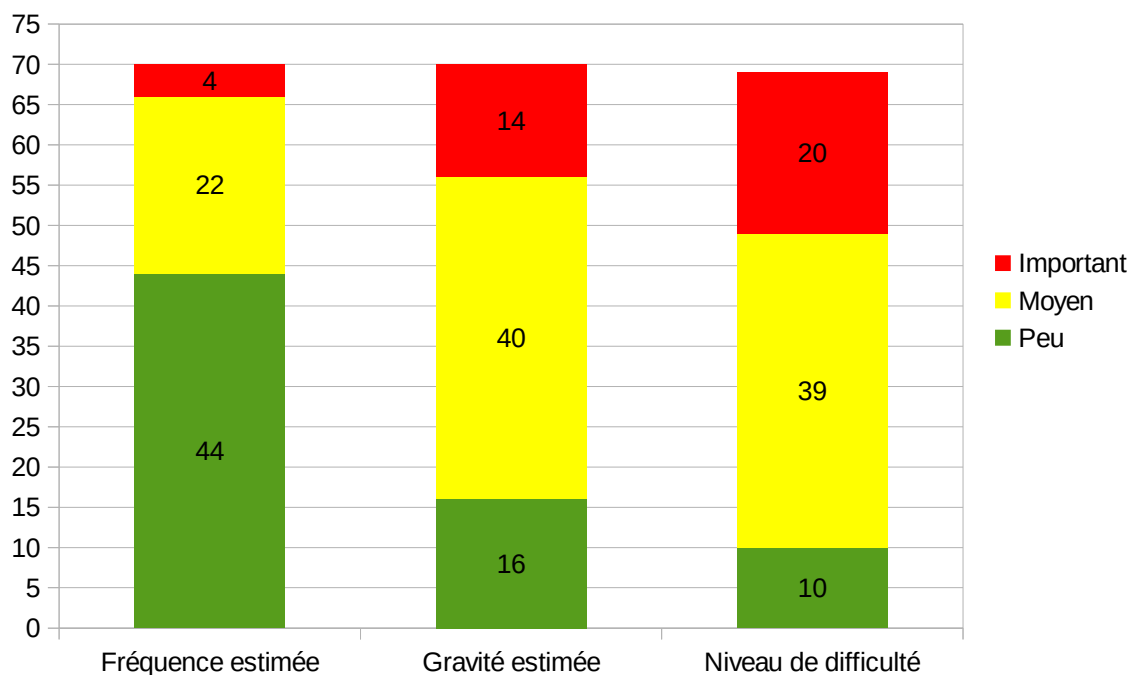
Leucoplasie



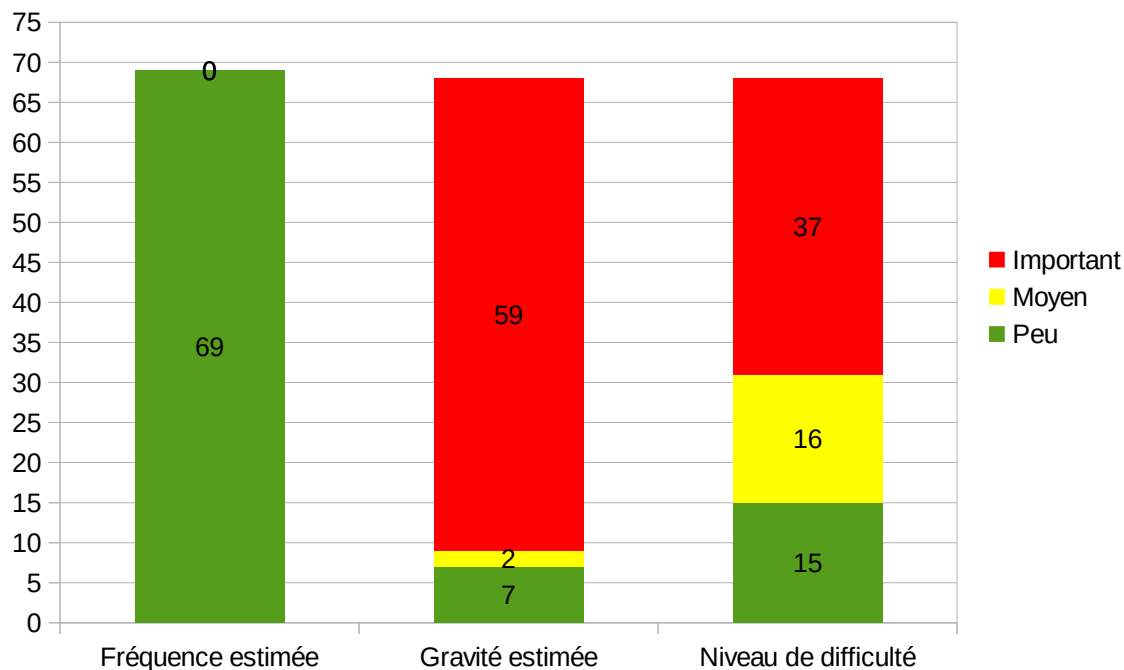
Paresthésies de la langue



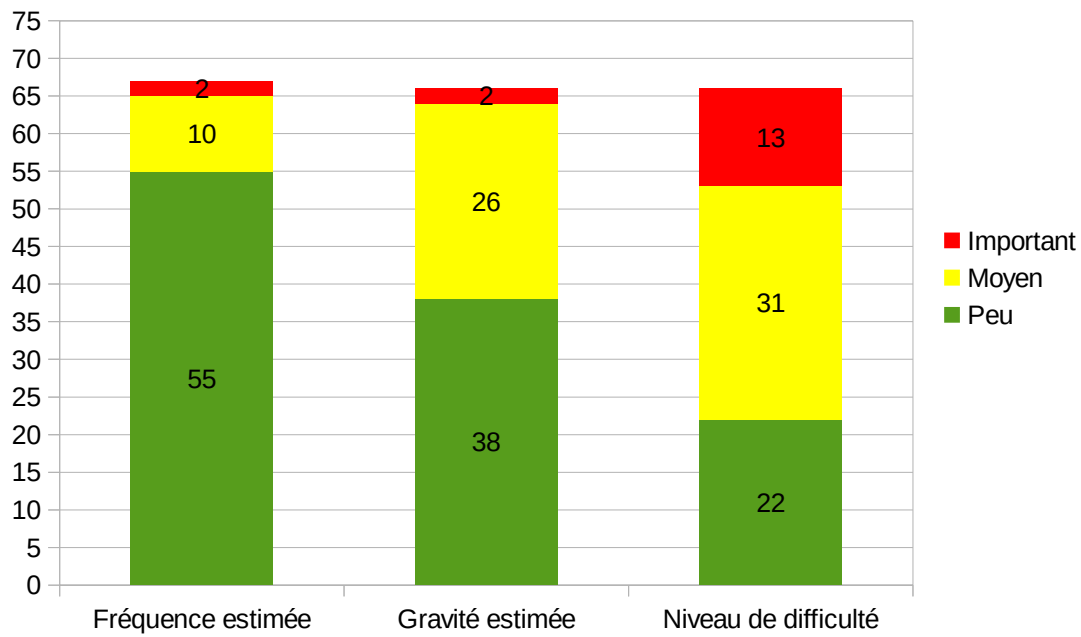
Asialie (notamment post-radique)



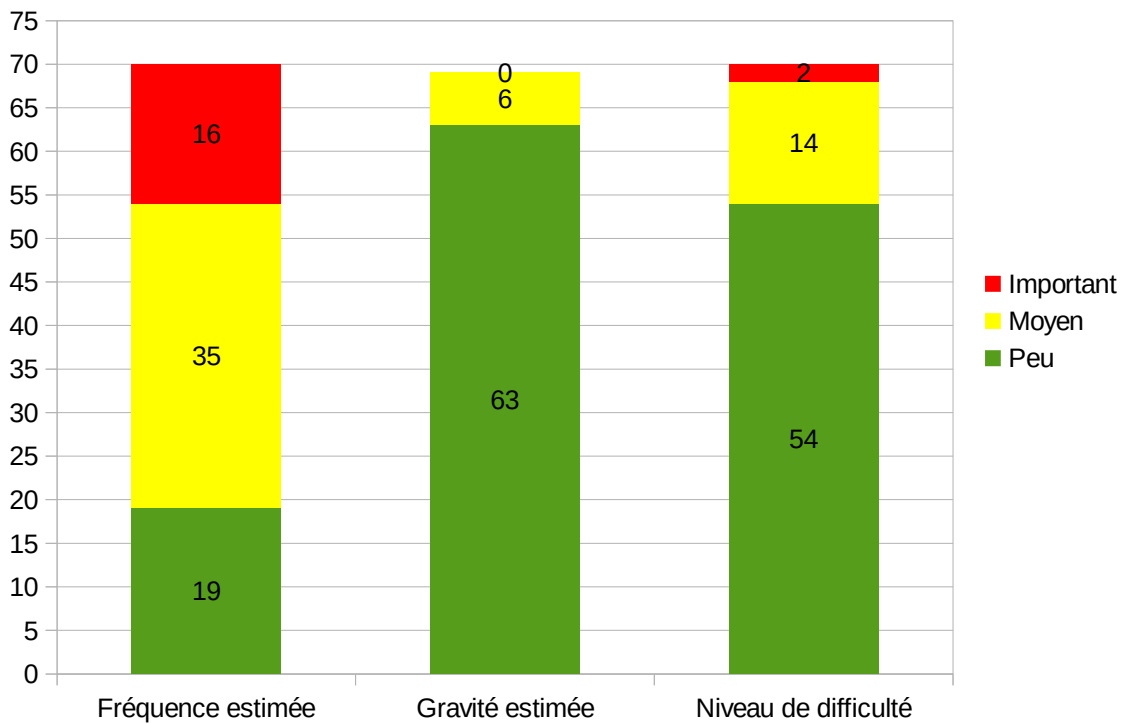
Ostéonécrose de la mâchoire sous biphosphonate



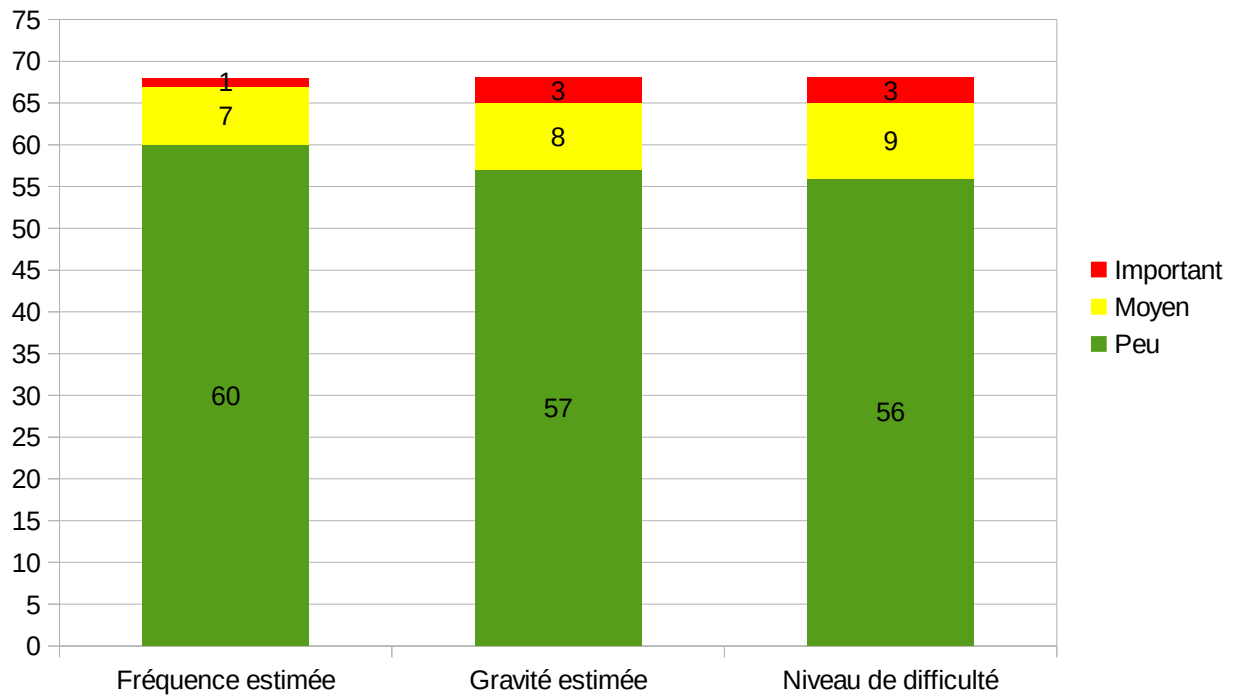
Glossodynie



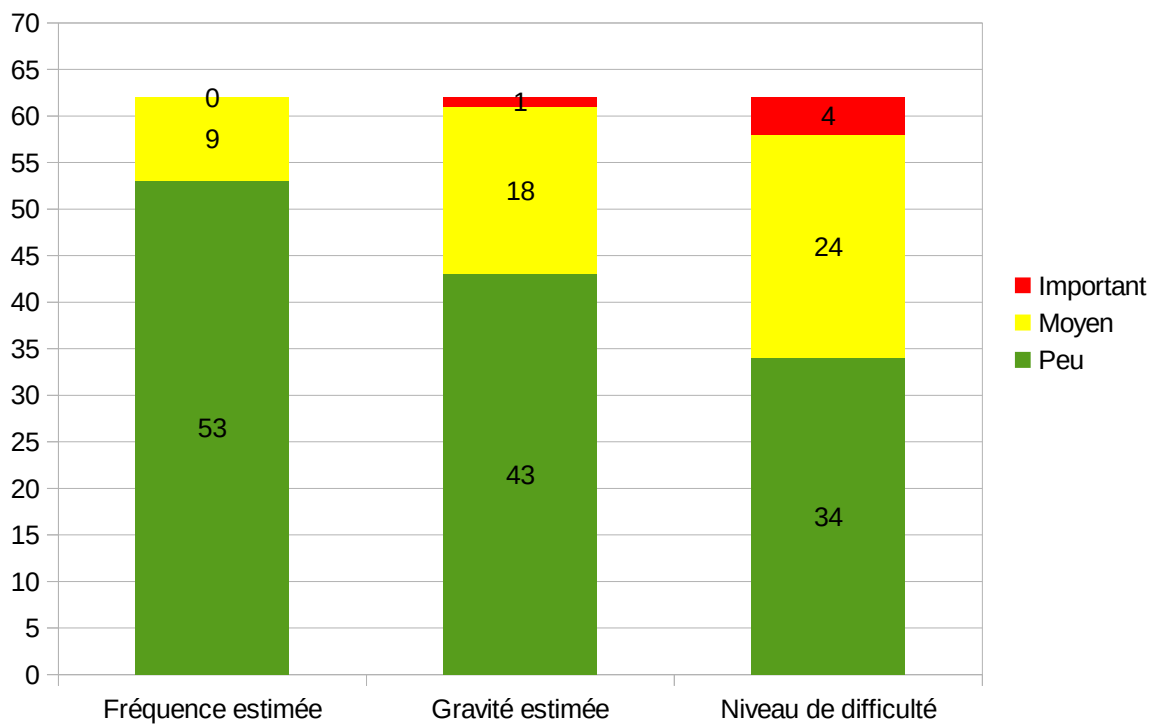
Caseum amygdalien



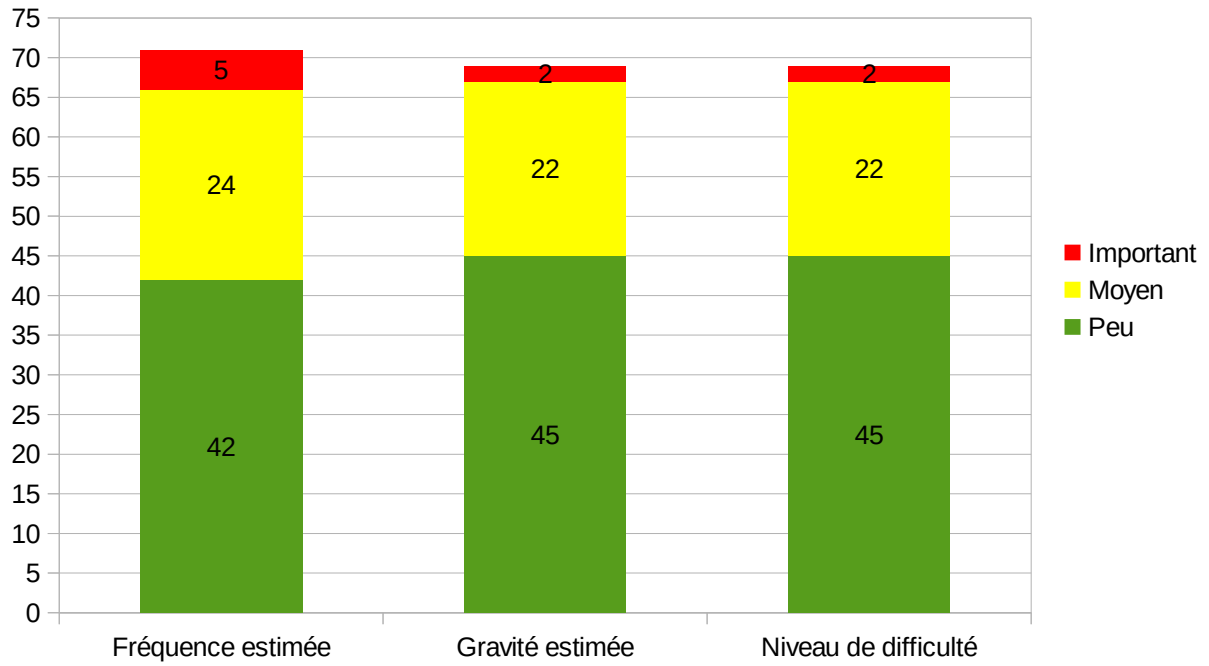
Perte de bridge



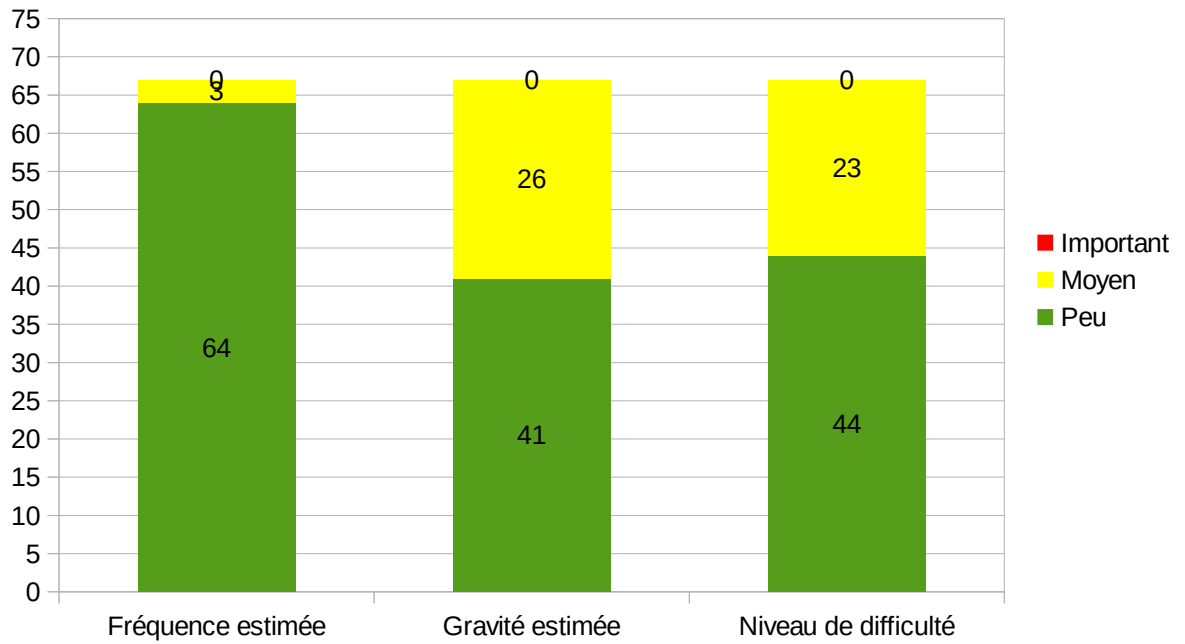
Diapneusie



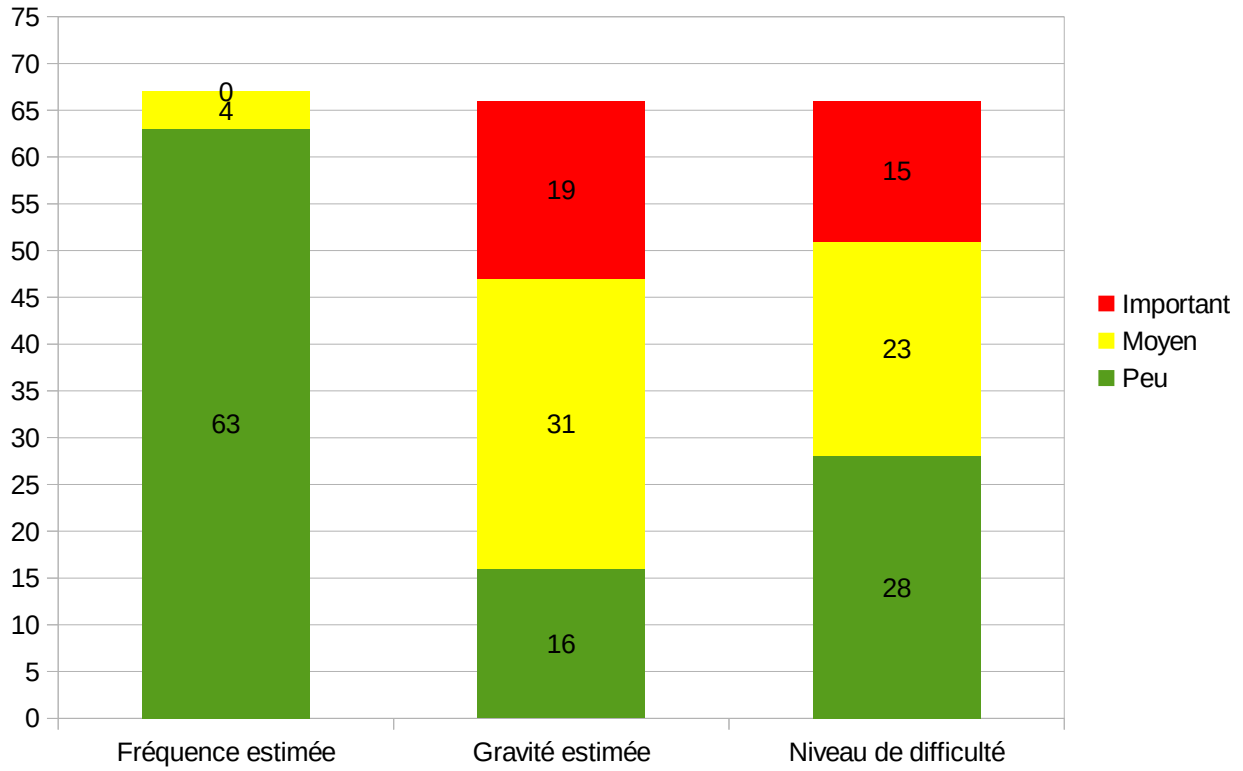
Saignement dentaire



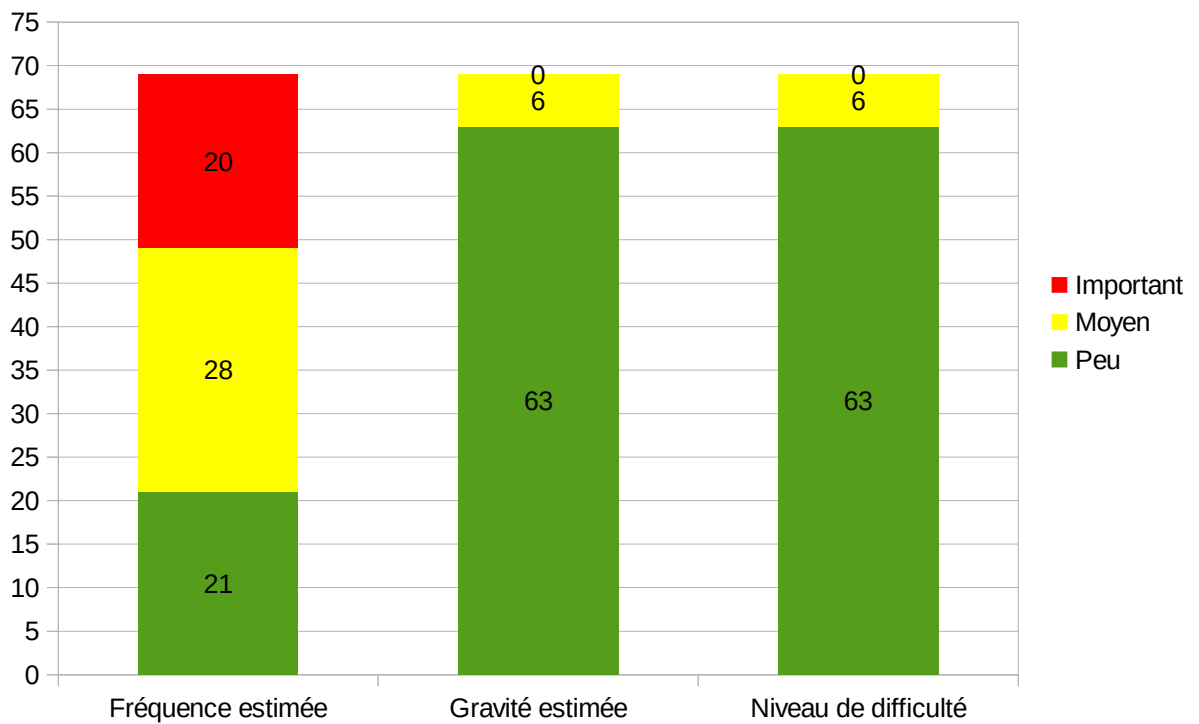
Infection du sillon gingivo-jugal



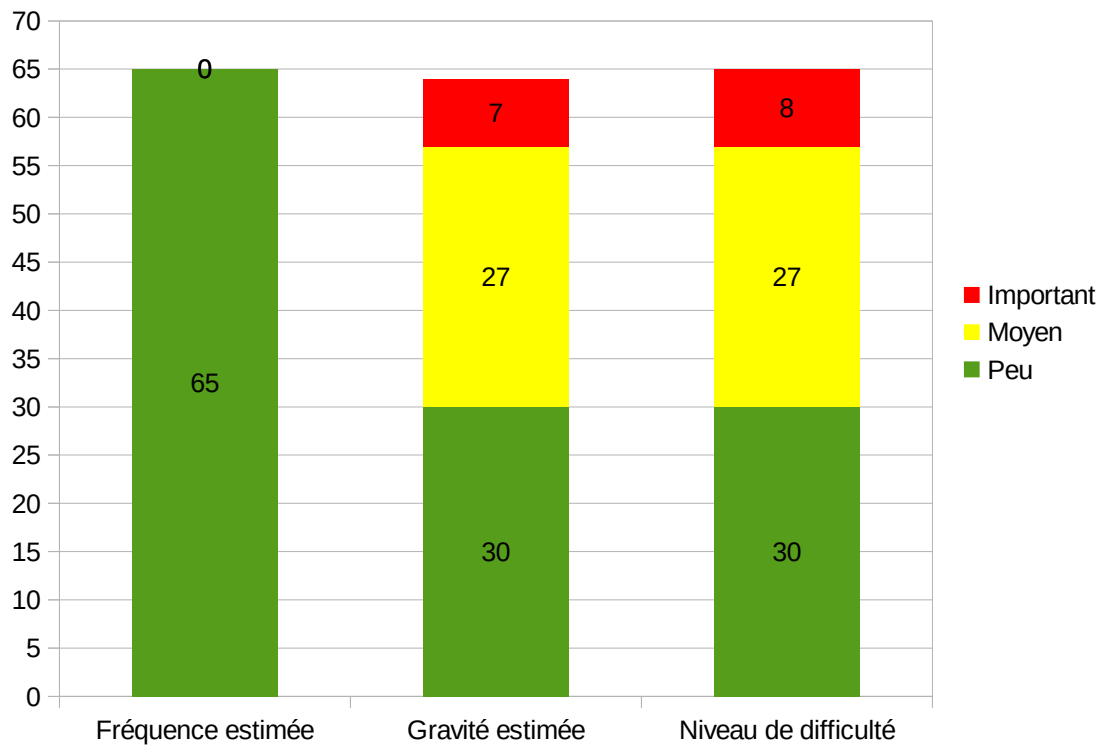
Infection sous implant



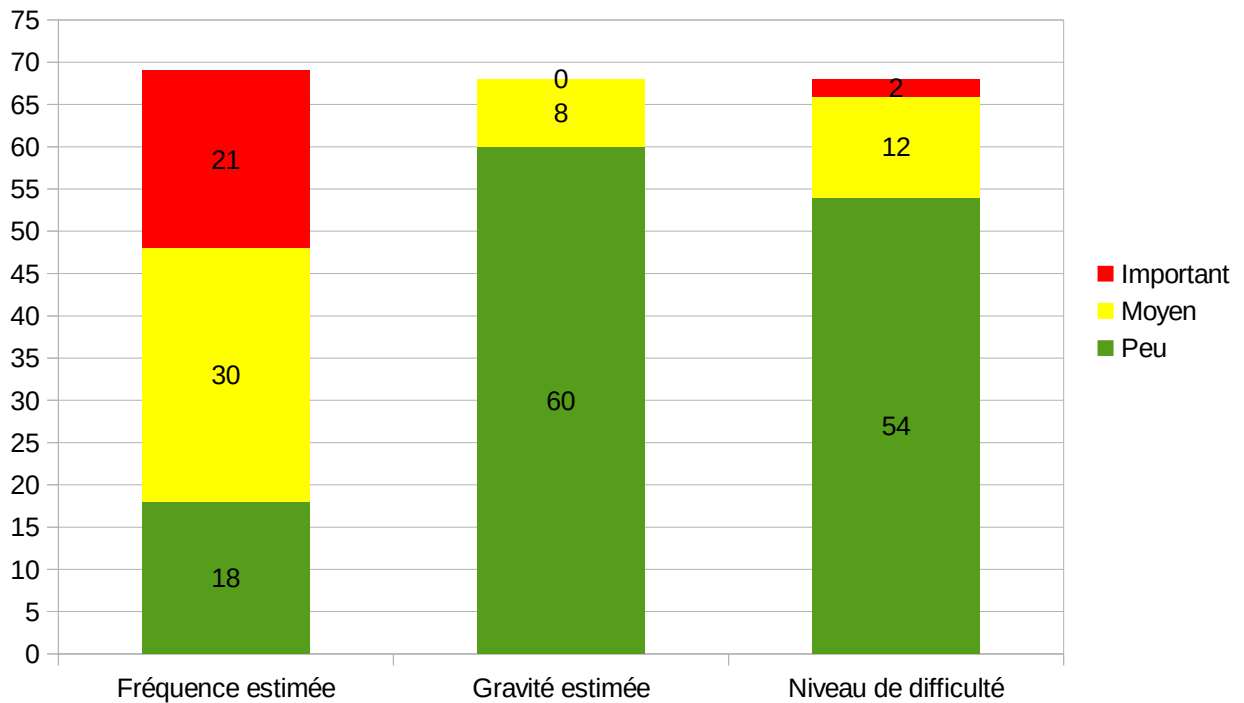
Inflammation sur poussée dentaire



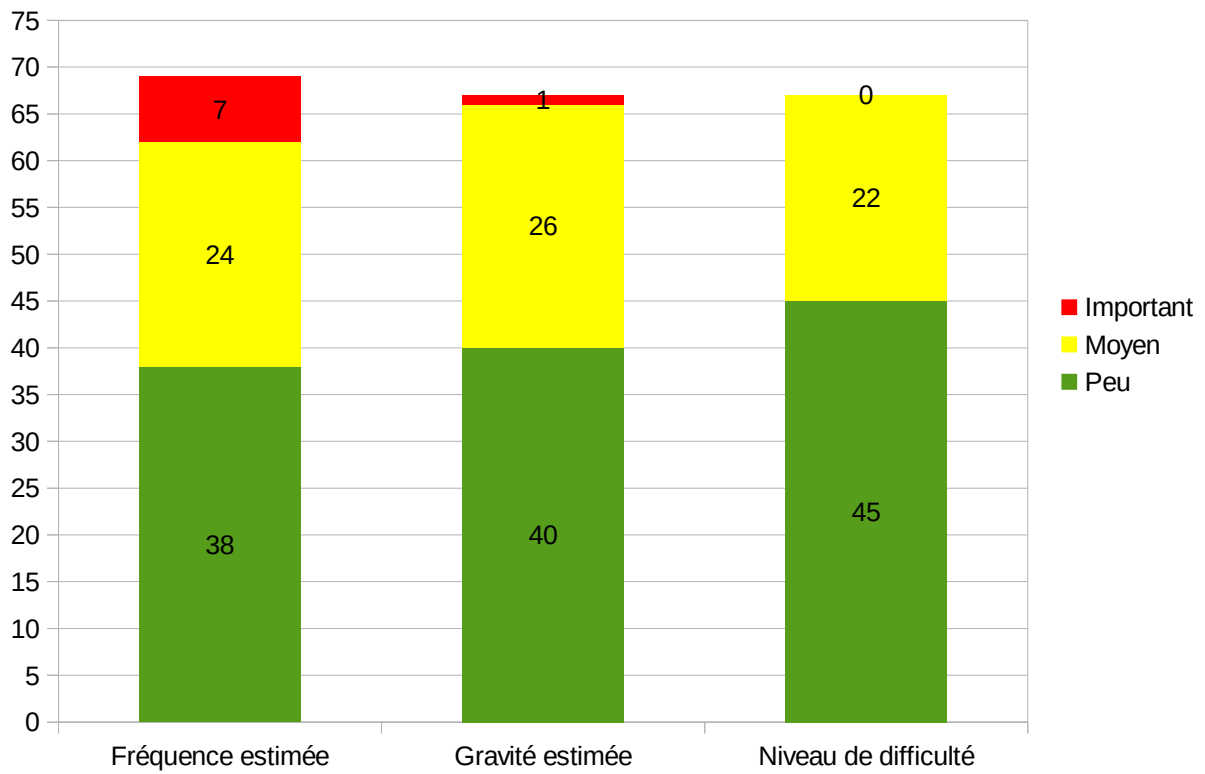
Corps étranger intra-buccal



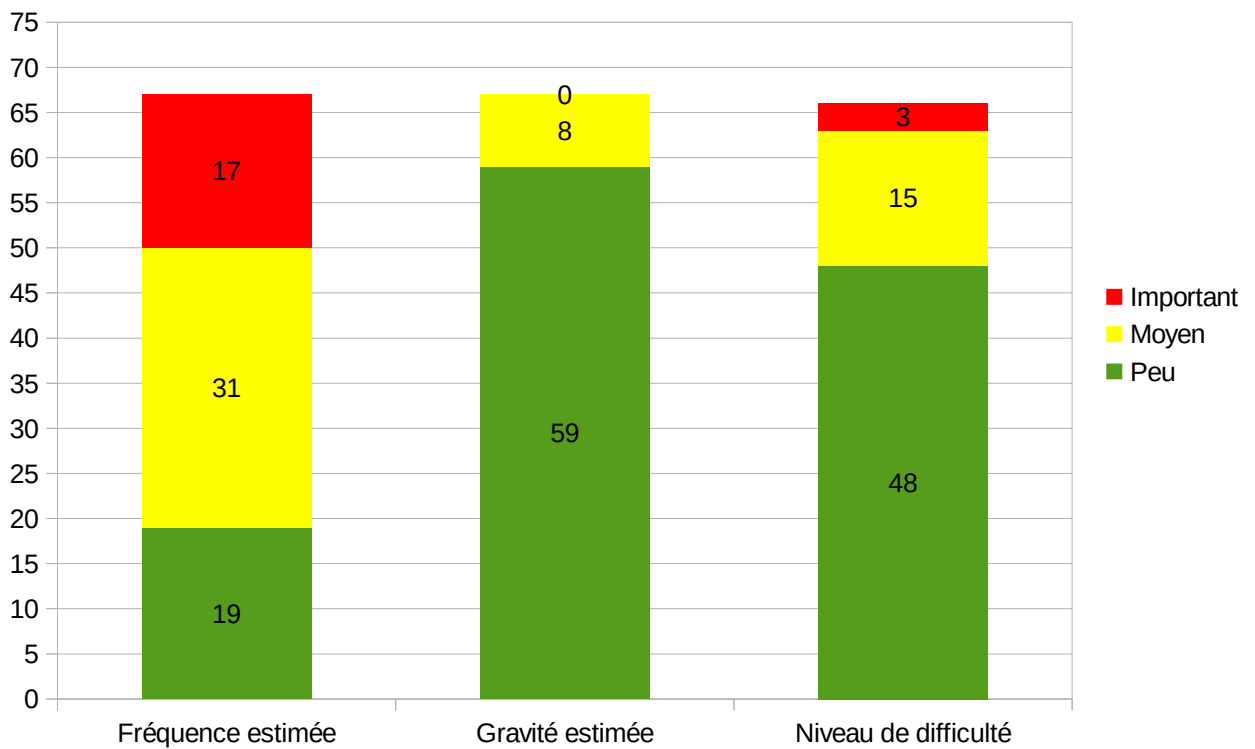
Langue saburrale ("en carte de géographie")



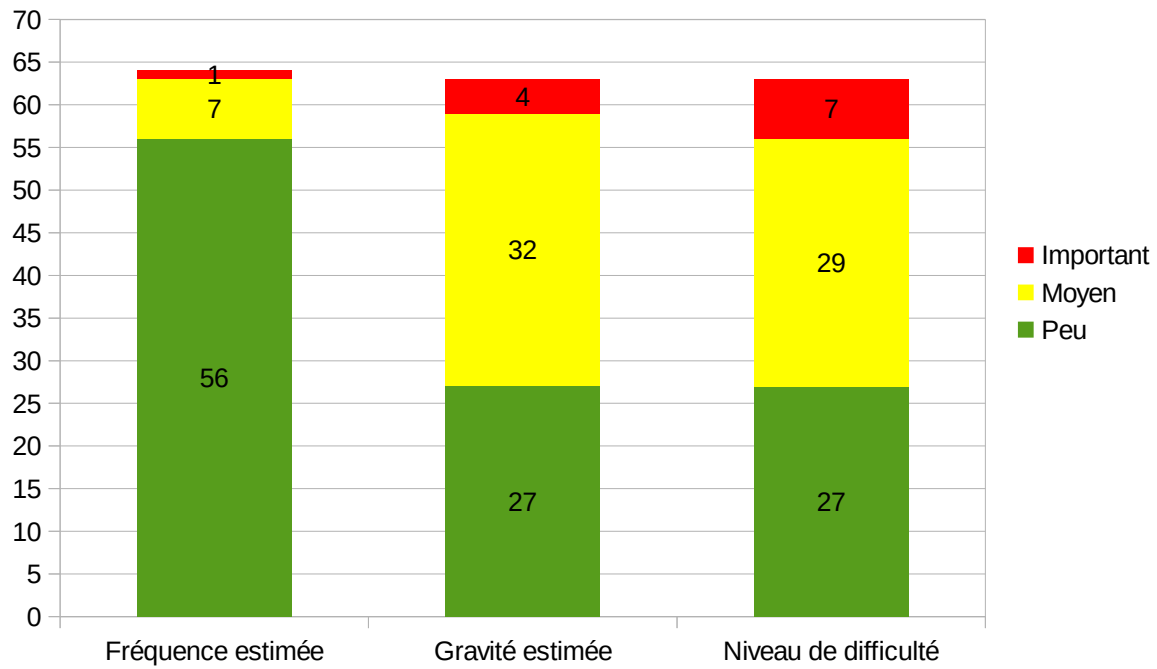
Gingivorragie



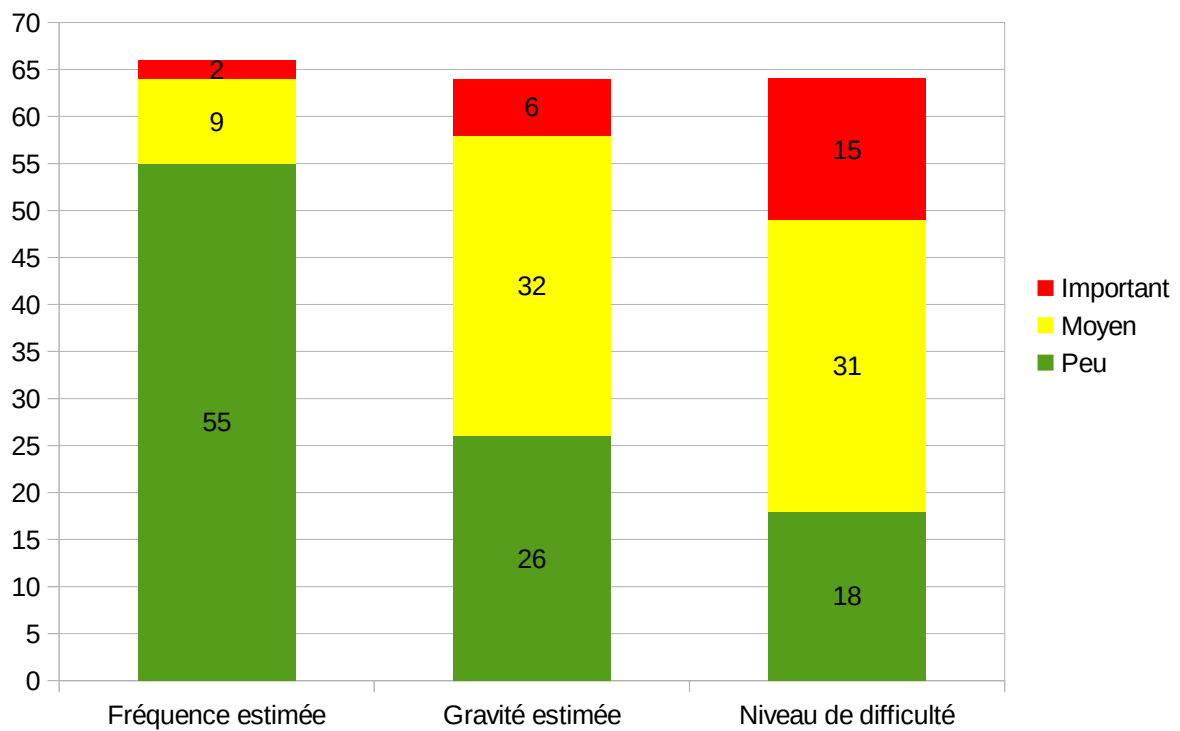
Dépôts blanchâtres de langue



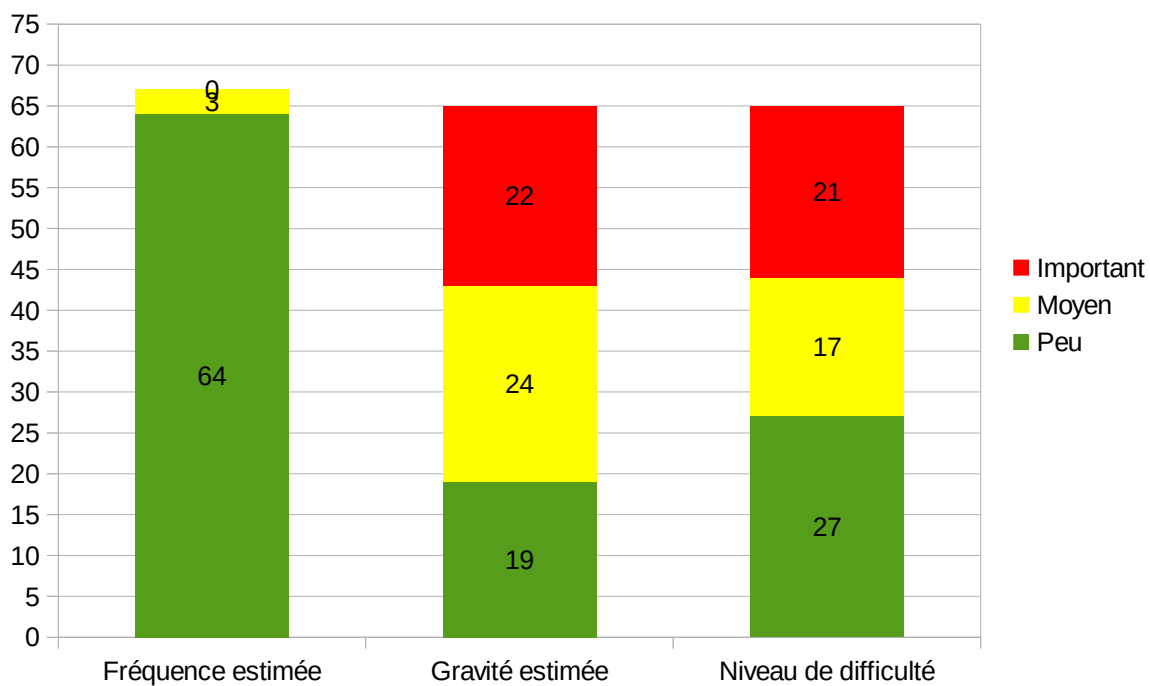
Nodule sur joue / langue



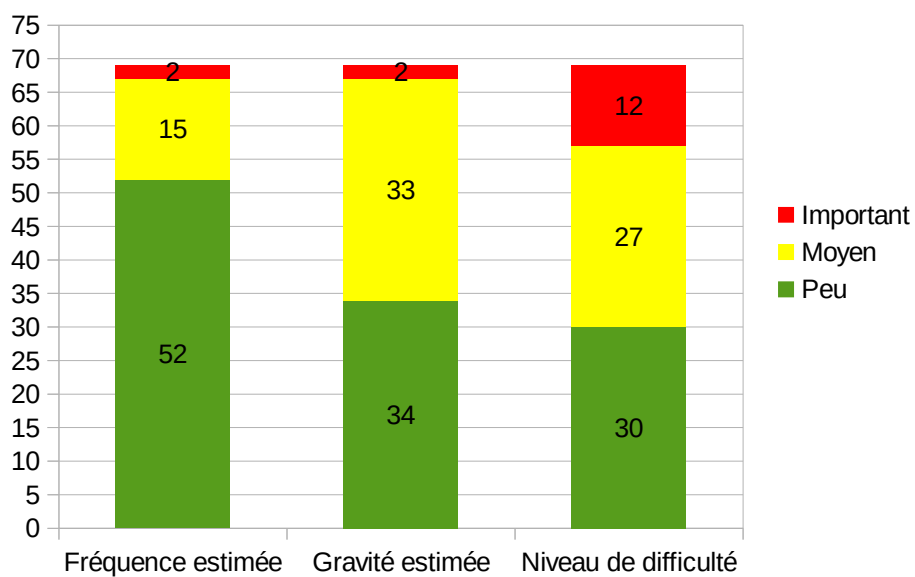
Névralgie buccale



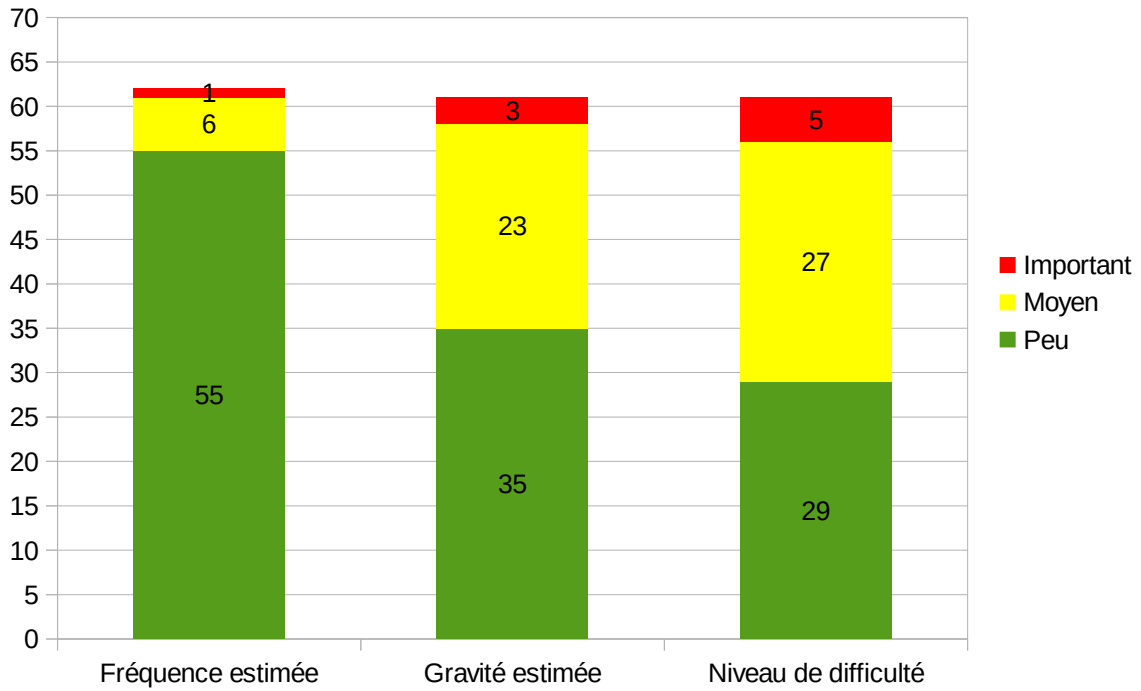
Luxation mandibulaire



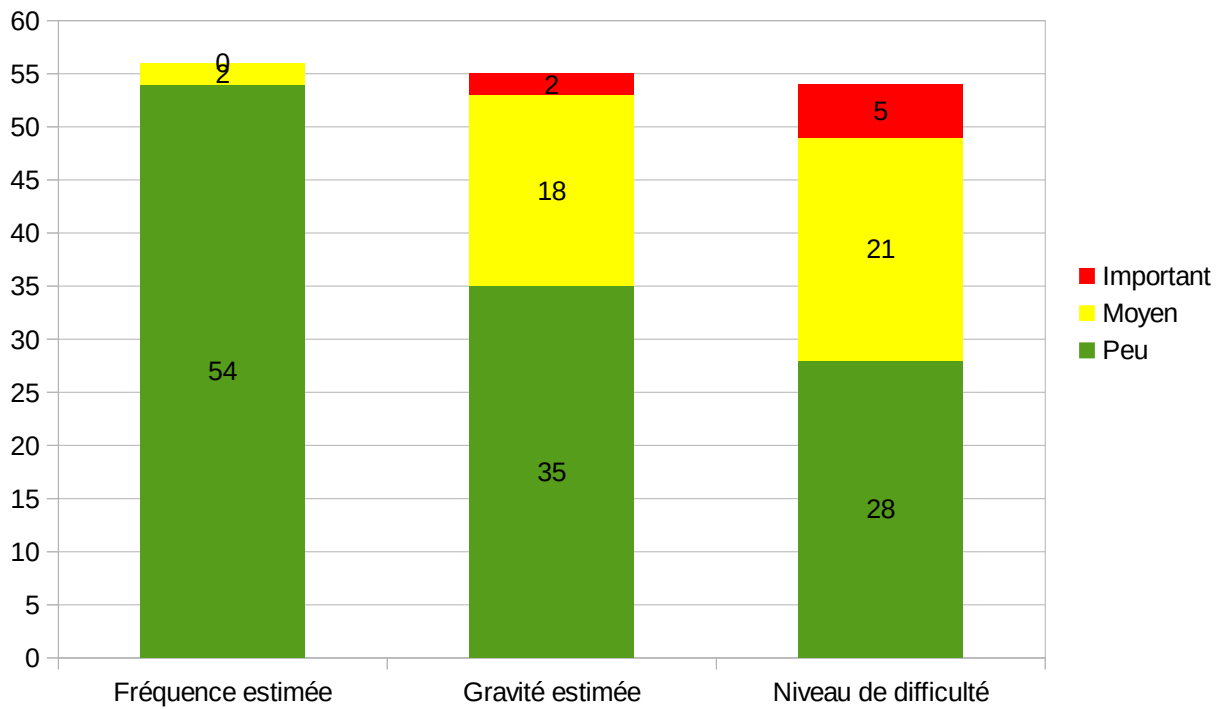
Agueusie temporaire



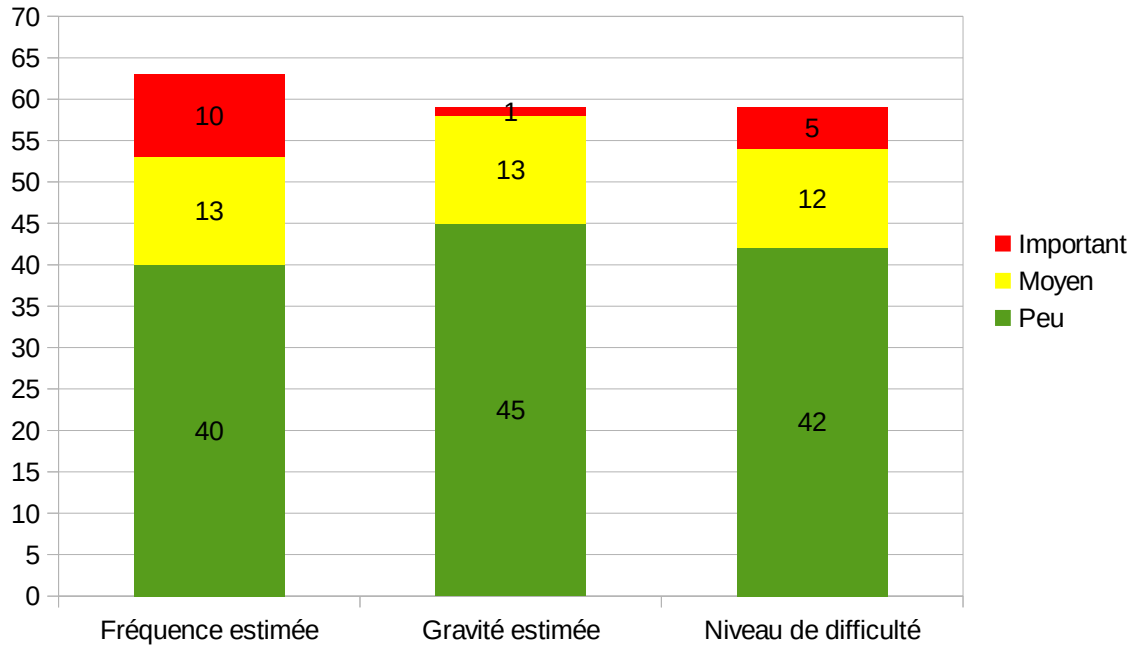
Glossite marginée



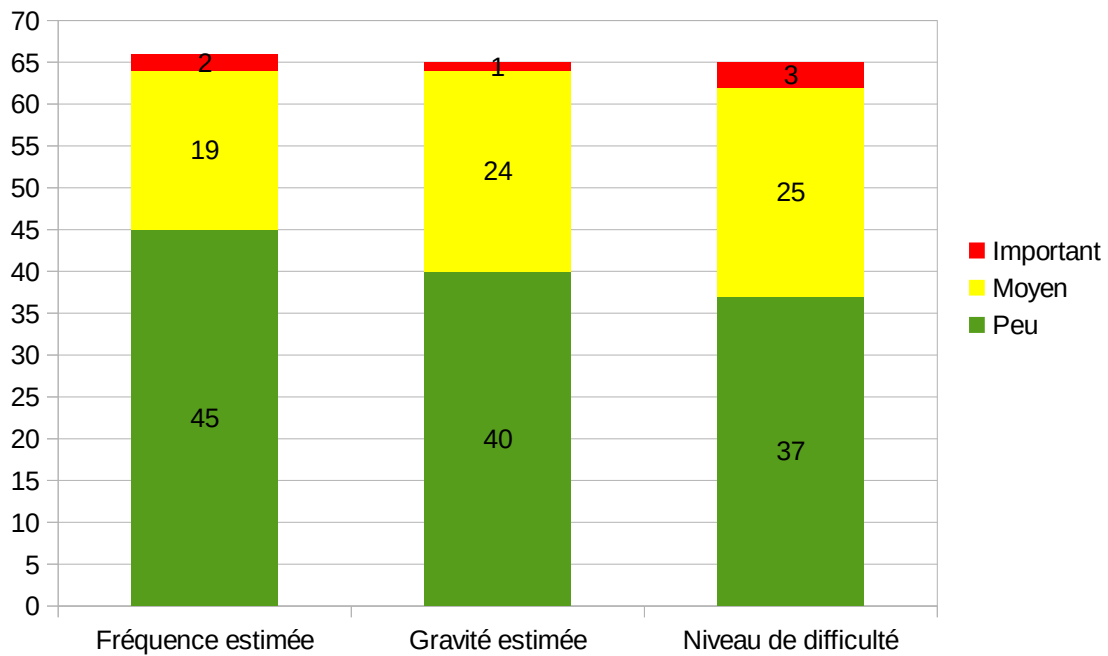
Epulis



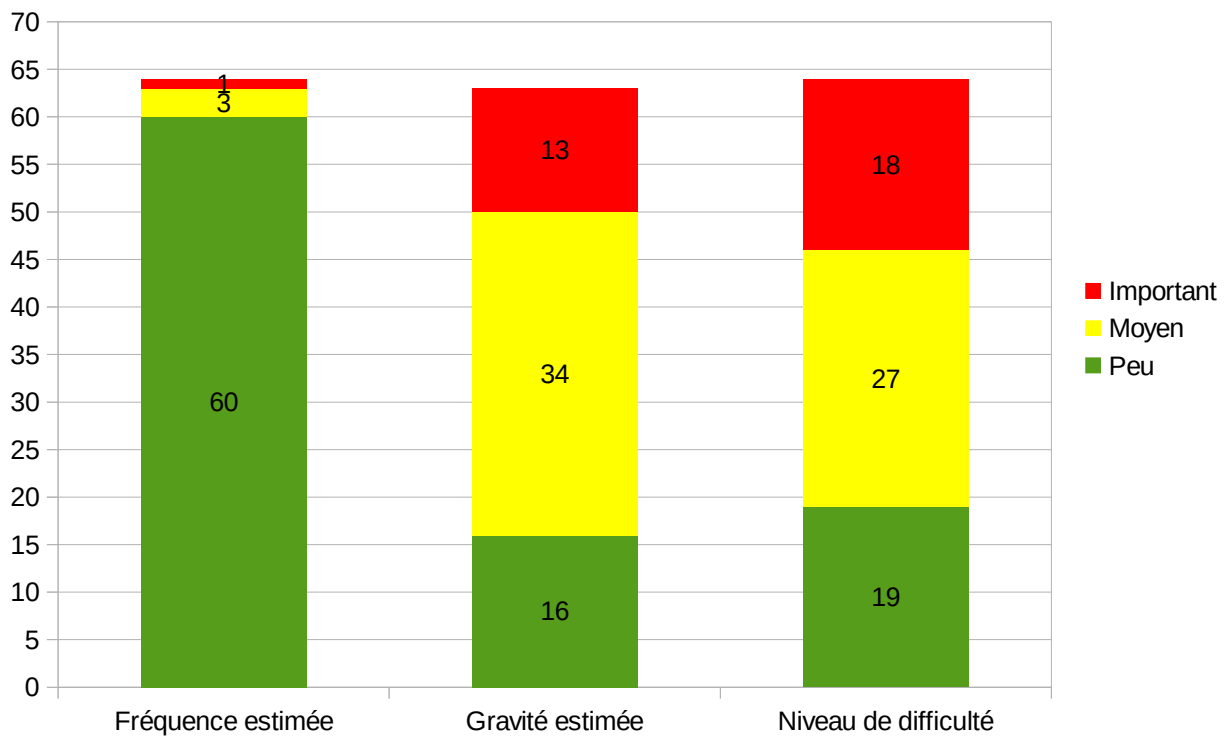
Soins dentaires



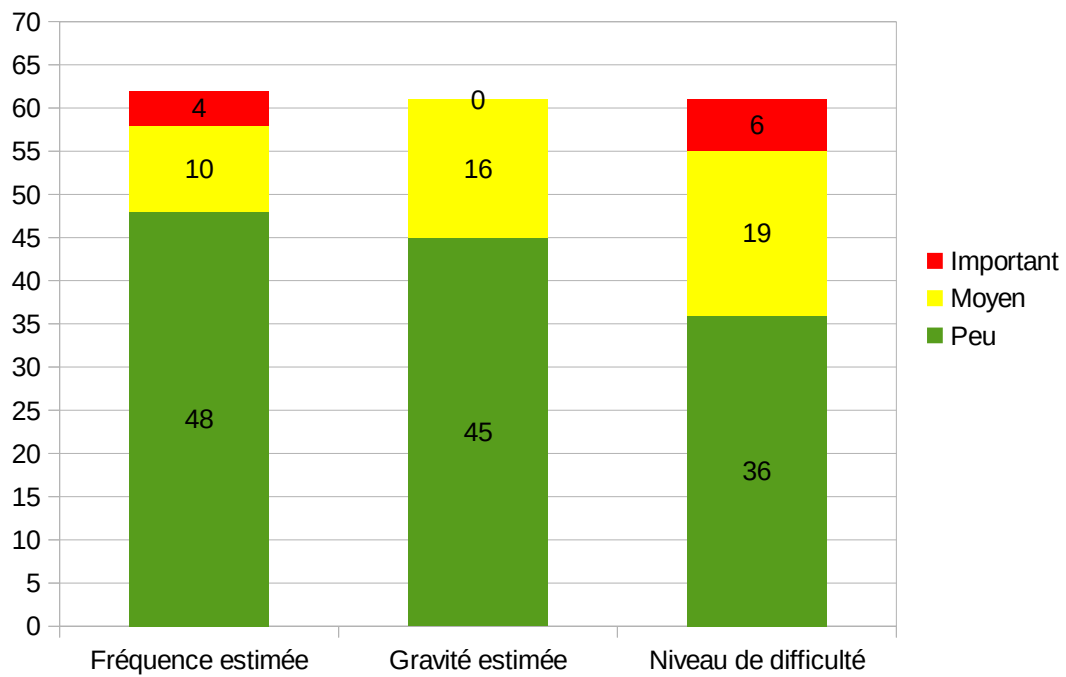
Lésion gingivale



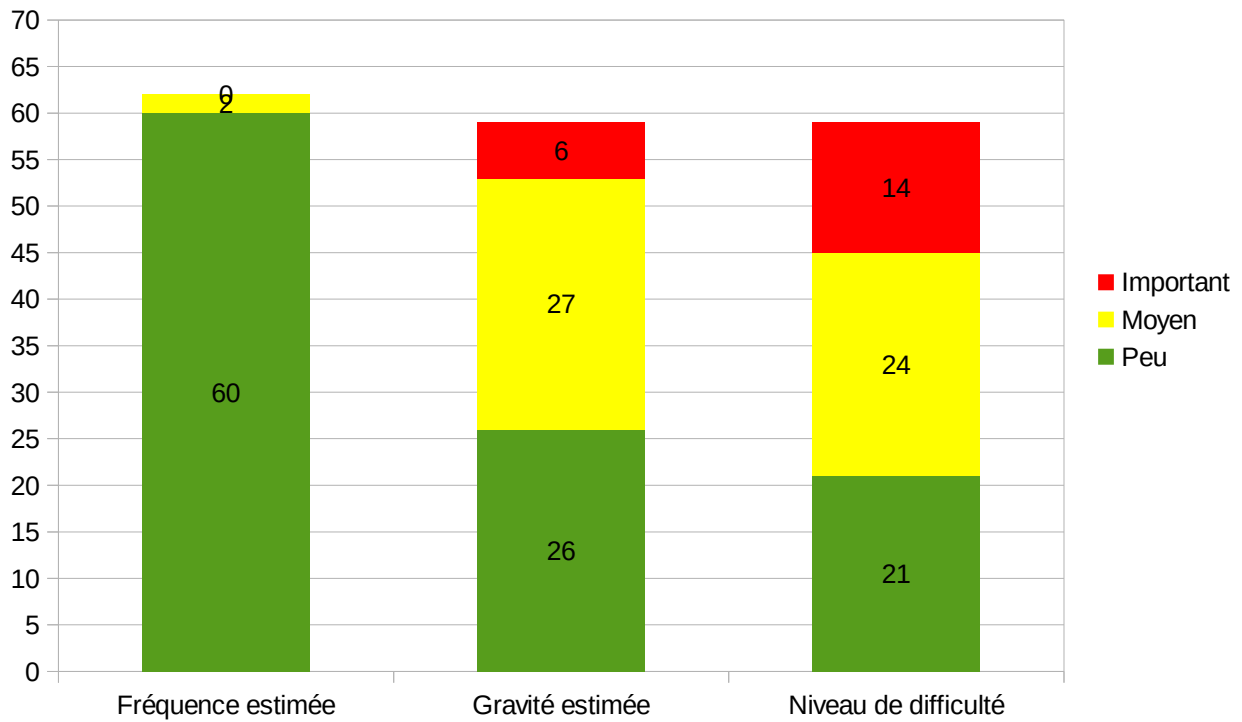
Pertuis gingival avec écoulement purulent



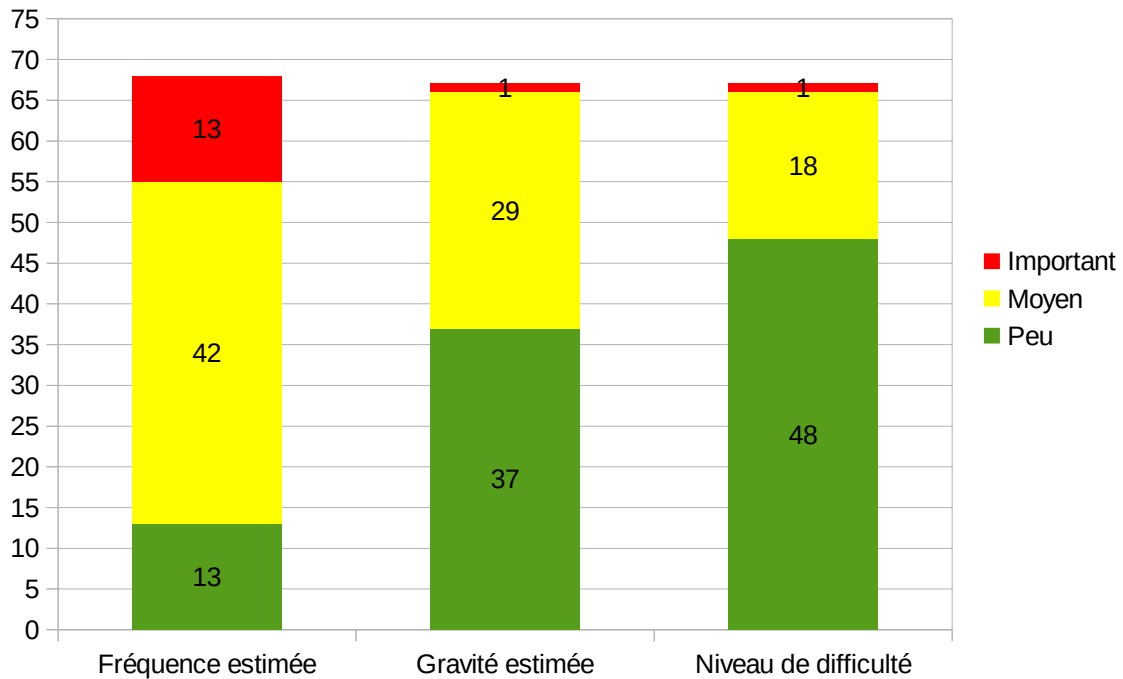
Hypertrophie localisée de la muqueuse sous dentier



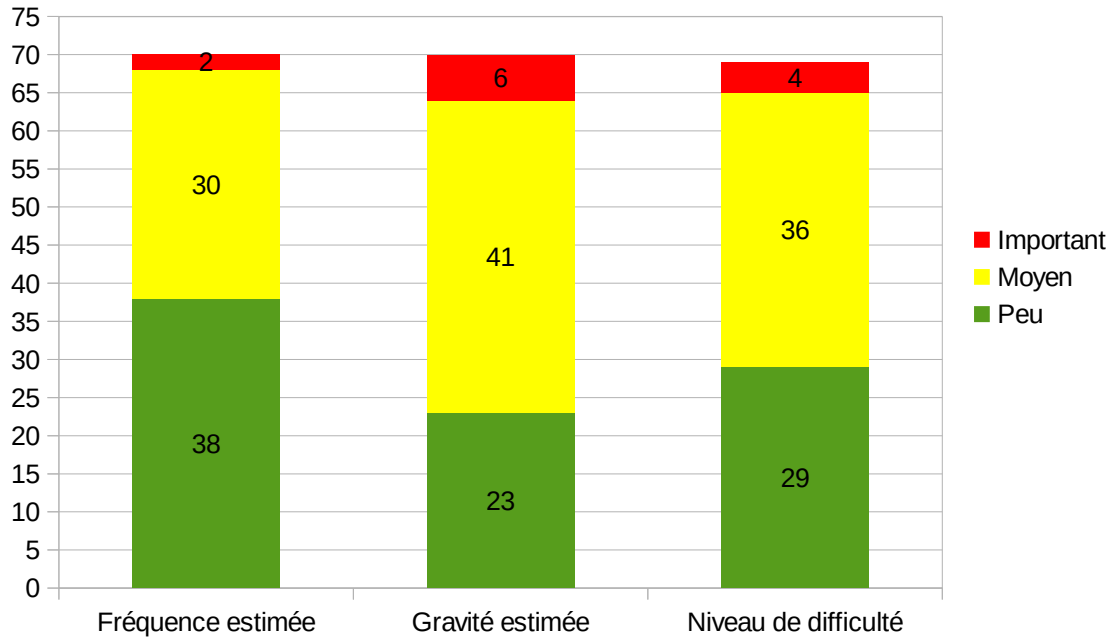
Hémangiome tubéreux de la commissure labiale



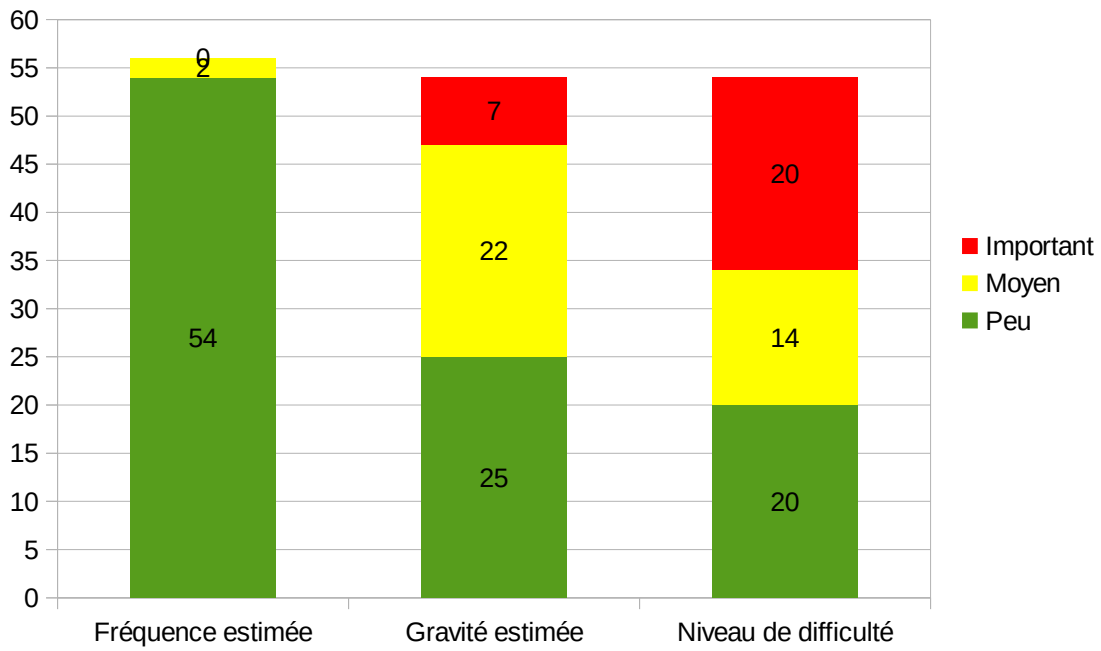
Infection dentaire



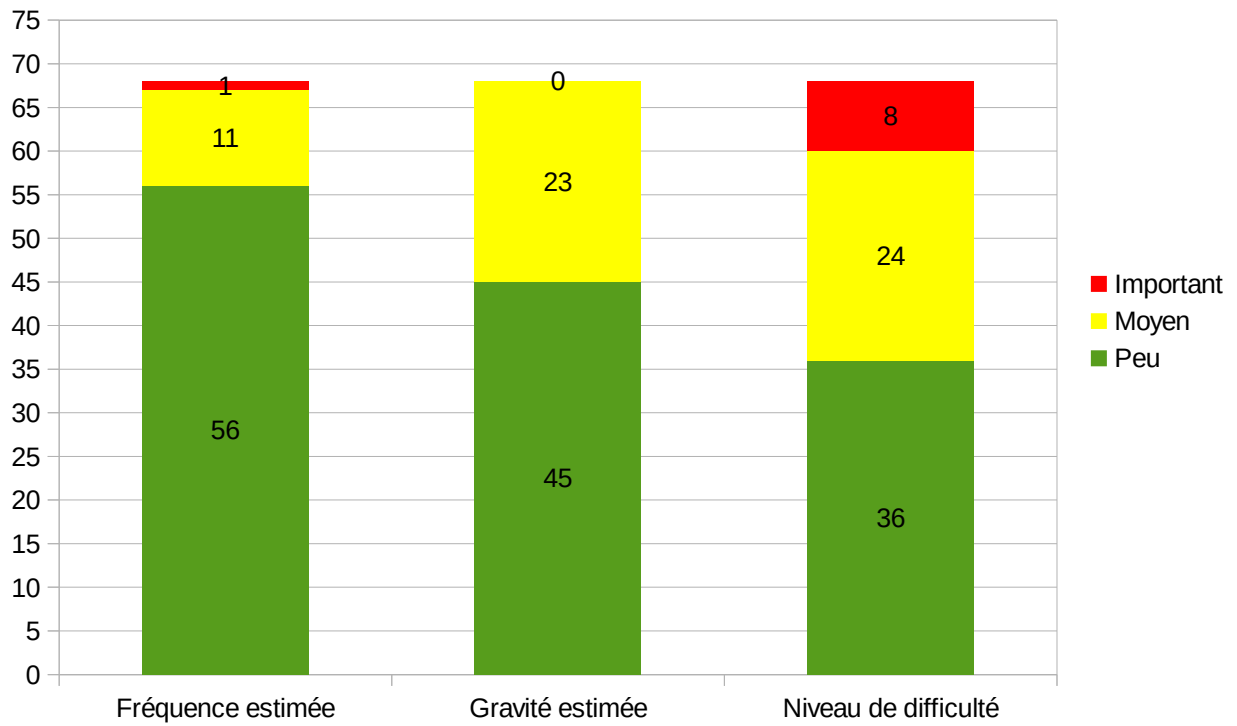
Parotidite



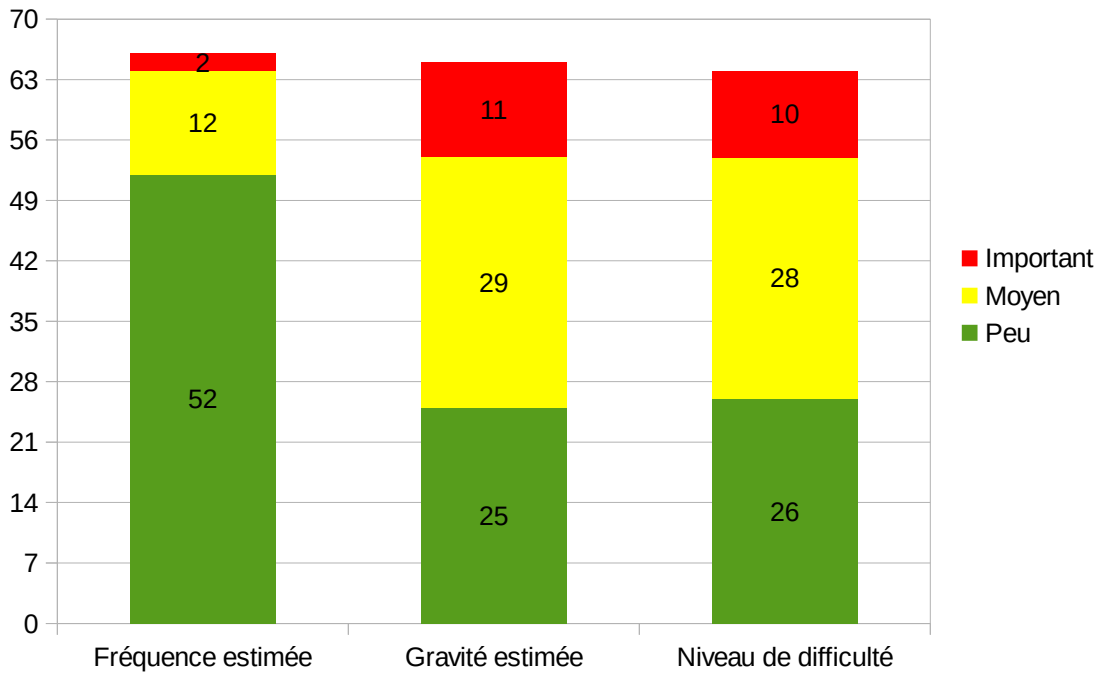
Amélogénèse imparfaite



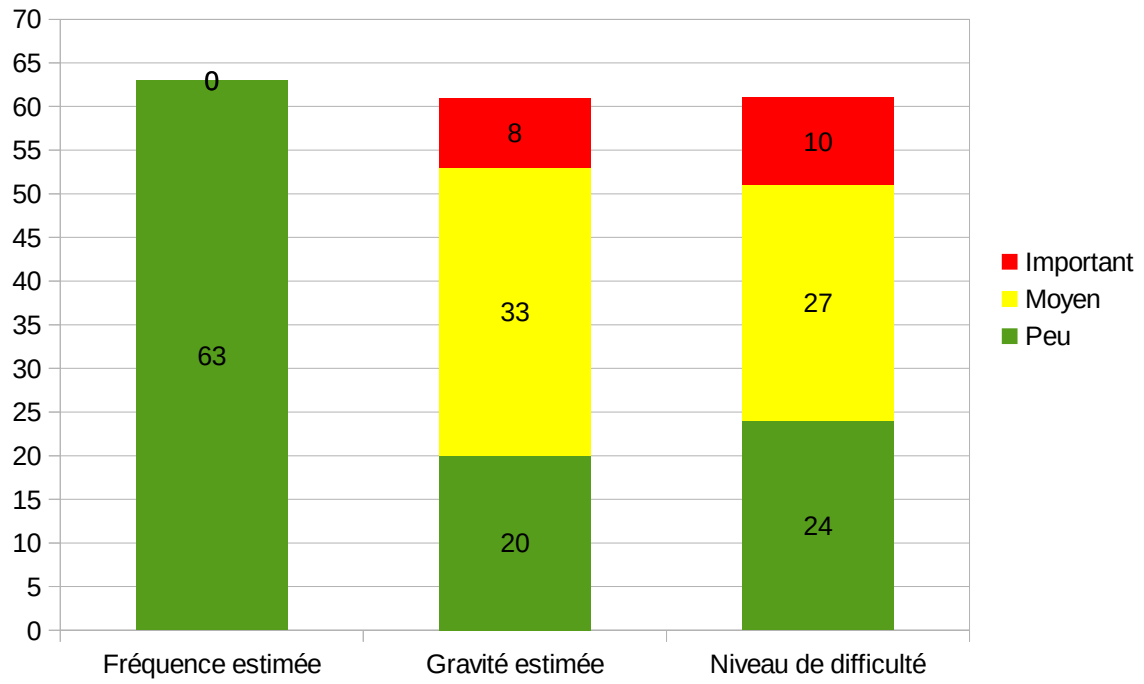
Douleur jugale



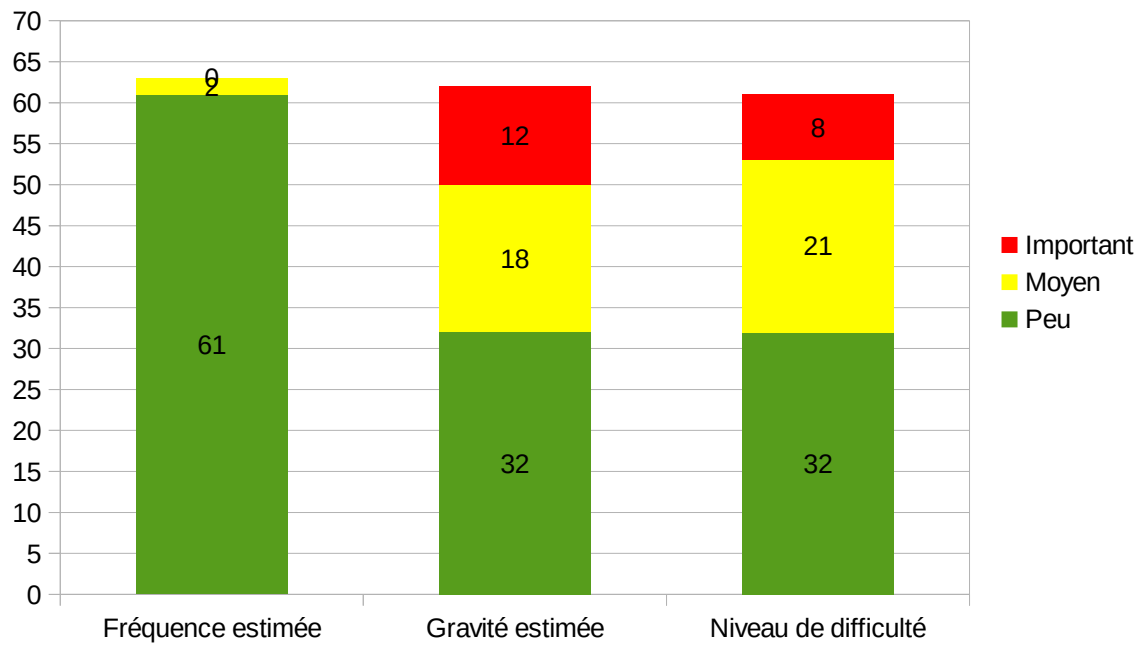
Induration buccale non spécifique



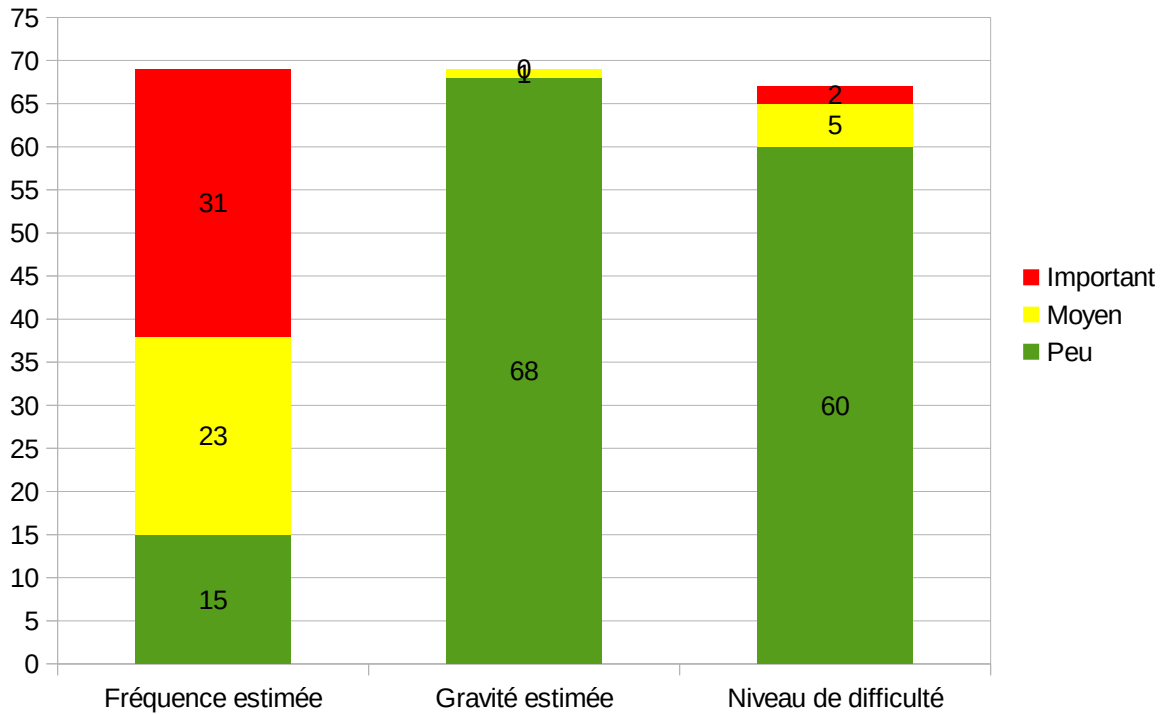
Nævus palatin



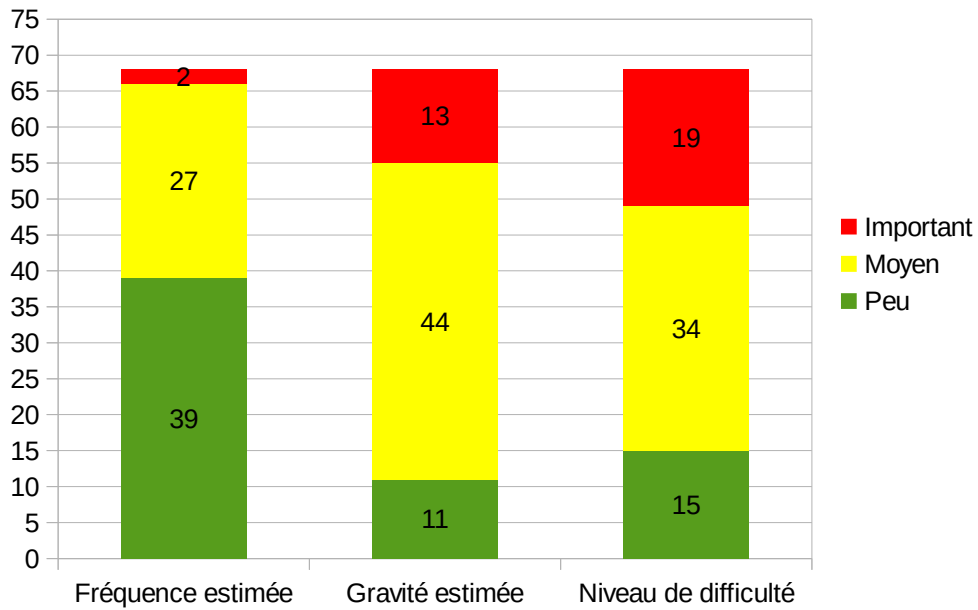
Agénésie dentaire



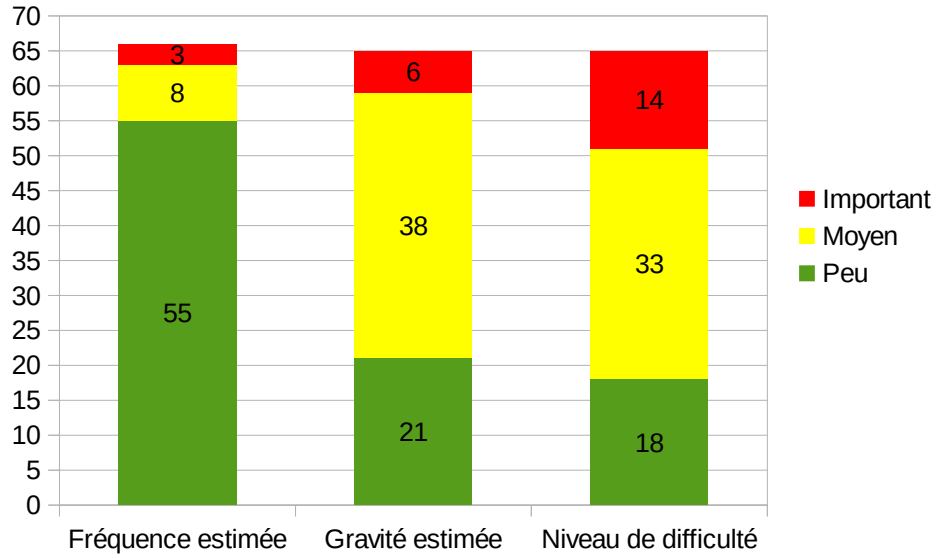
Lèvres gercées



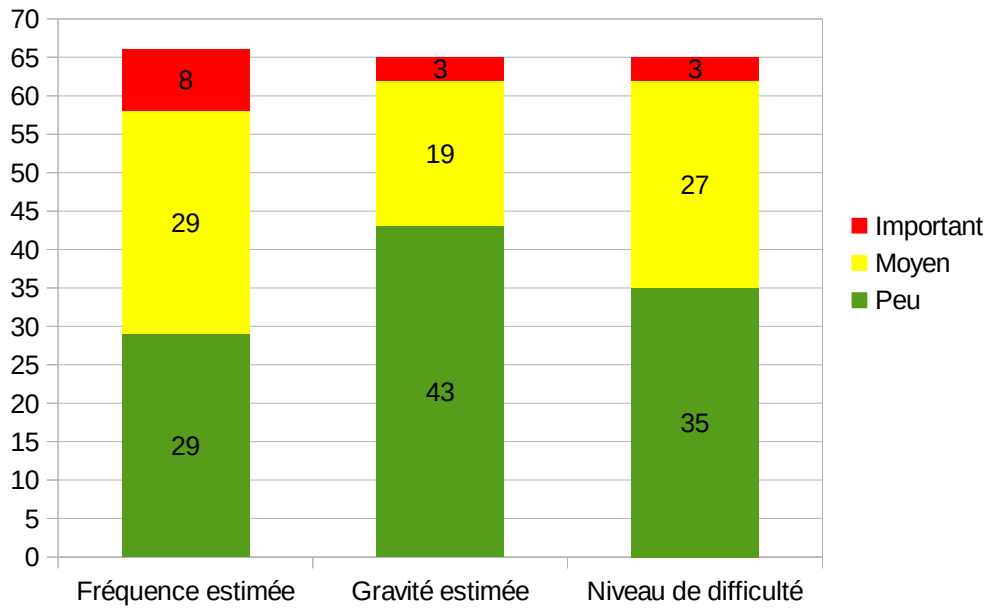
Séquelle de radiothérapie et prise en charge dentaire



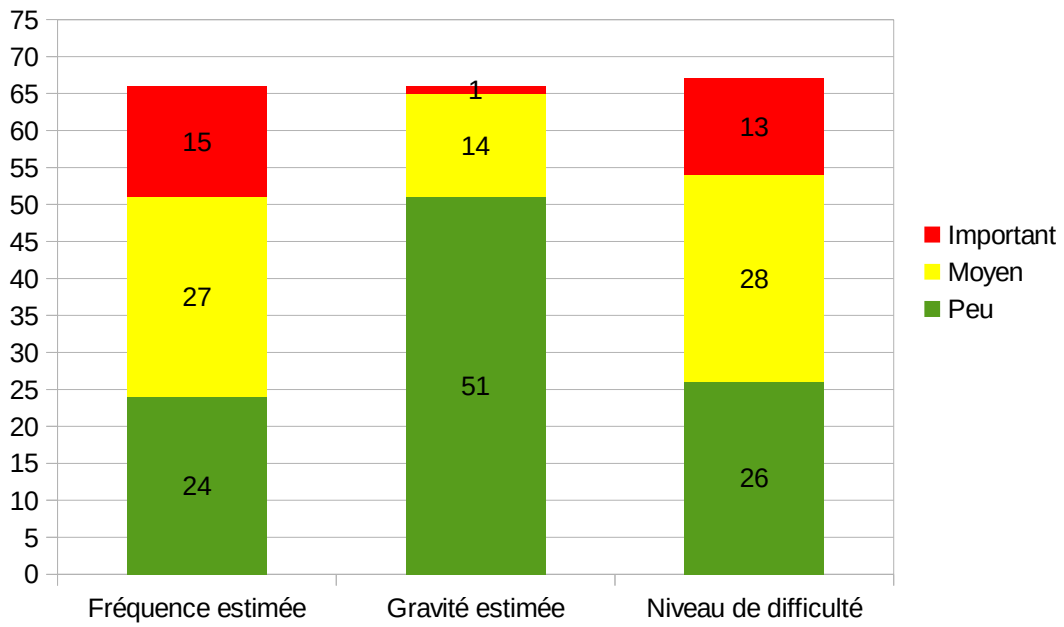
Lichen plan jugal



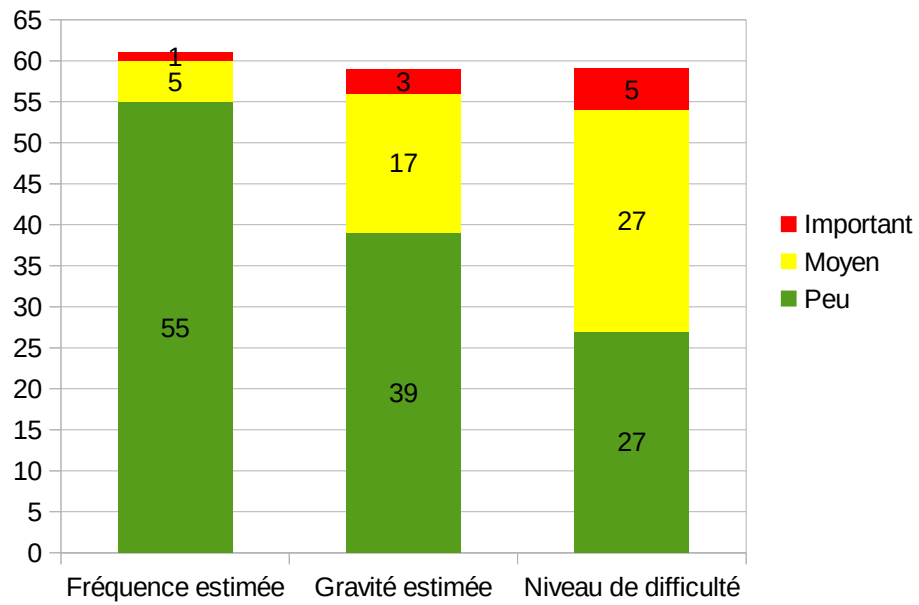
Inadaptation de prothèse dentaire



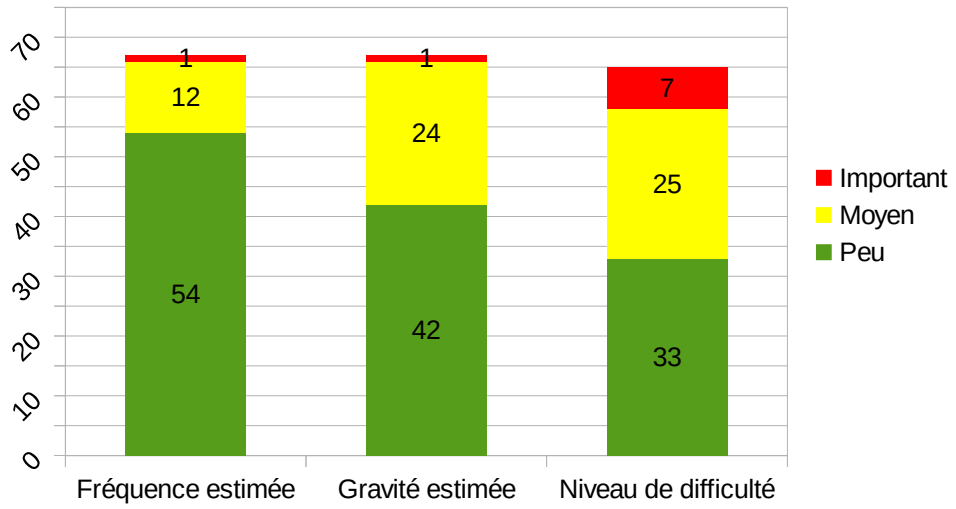
Halitose



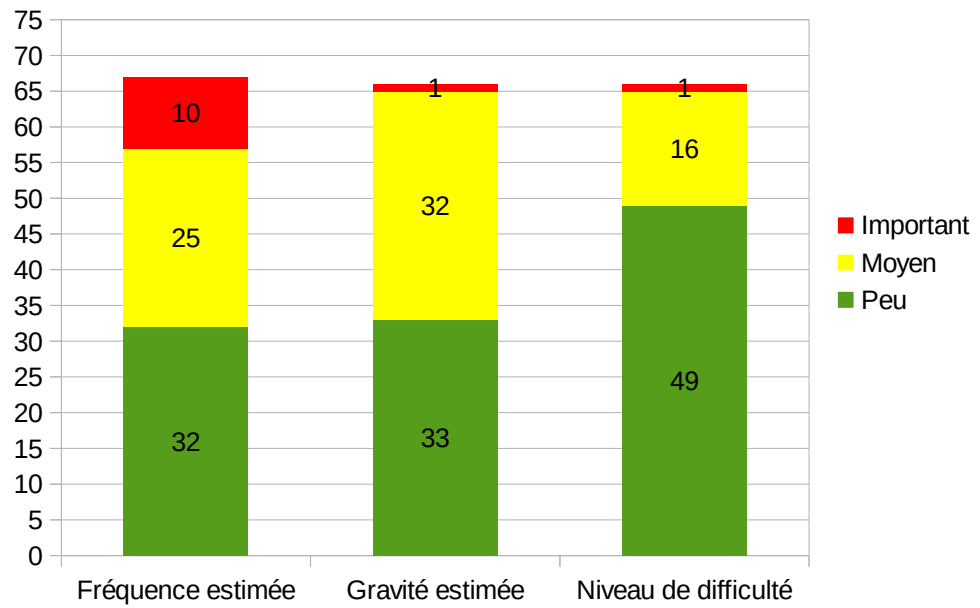
Excroissance de la muqueuse jugale



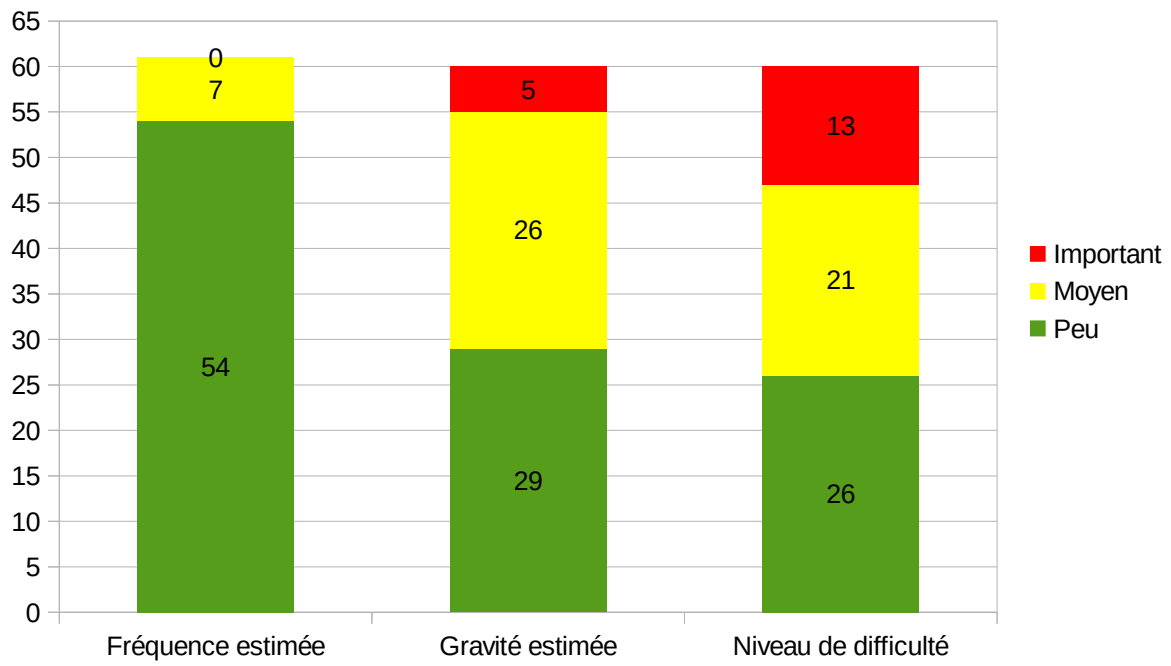
Hypertrophie gingivale



Chique



Articulé inversé



Annexe 8 : Autorisation d'utilisation d'image (UFSBD)

Madame

En réponse à votre email, nous tenions avant tout à vous remercier de l'intérêt que vous portez à la Santé Bucco-Dentaire.

Afin de vous aider dans la réalisation de votre fiche d'aide à la prise en charge sur la maladie parodontale, nous vous donnons notre accord pour faire figurer le schéma présent sur notre site internet, à la condition expresse de faire figurer sous ce dernier la mention « source UFSBD ».

Nous vous remercions par ailleurs de bien vouloir nous faire parvenir une fois finalisée un exemplaire de votre thèse et des fiches réalisées pour notre bibliothèque.

Souhaitant ainsi avoir répondu à votre demande et restant à votre disposition pour toute information complémentaire, nous vous prions de croire, Madame, à l'assurance de nos salutations distinguées

Le Secrétariat Général

Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
Centre Collaborateur OMS

Mail : info@ufsbd.fr

Fax. : 01 44 90 96 54

Standard : 01 44 90 72 80

7 rue Mariotte - 75017 Paris

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Santé bucco-dentaire [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>
2. OMS | L'OMS publie un nouveau rapport sur les maladies bucco-dentaires dans le monde [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/fr/>
3. LivreDesPlans - Plan_national_de_prevention_bucco-dentaire_2006-2010.pdf [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_de_prevention_bucco-dentaire_2006-2010.pdf
4. synthèse du plan Bucco Dentaire - Synthese_du_plan_bucco-dentaire.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_plan_bucco-dentaire.pdf
5. Guide de promotion de la santé bucco-dentaire [Internet]. 2014 [cité 31 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.sante.gov.ma/Documents/GuideFinal.pdf>
6. PRS SROS volet bucco-dentaire (version soumise à concertation) - ars-idf-prs-schema-orga-soins-ambulatoire-bucco-dentaire.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/ars-idf-prs-schema-orga-soins-ambulatoire-bucco-dentaire.pdf>
7. Sarraj F. Analyse des stratégies de prévention bucco-dentaire chez les enfants à haut risque carieux dans la région Ile-de-France [Internet]. 2002 [cité 31 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=1/TTL=1/CLK?IKT=1016&TRM=Analyse+des+strate%CC%81gies+de+pre%CC%81vention+bucco-dentaire+chez+les+enfants+a%CC%80+haut+risque+carieux+dans+la+re%CC%81gion+I%CC%82le-de-France>
8. Dossier-UFSBD-La-Prévention-bucco-dentaire-en-France-un-tournant-à-p-.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/06/Dossier-UFSBD-La-Pr%C3%A9vention-bucco-dentaire-en-France-un-tournant-%C3%A0-p-.pdf>
9. ADF - Association Dentaire Française - Maladies parodontales [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/fiches-pratiques/maladies-parodontales>

10. Fiche-conseil-MALADIE-CARDIAQUE-ET-SANTE-BUCCO-DENTAIRE.pdf [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2016/06/Fiche-conseil-MALADIE-CARDIAQUE-ET-SANTE-BUCCO-DENTAIRE.pdf>
11. - poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf [Internet]. [cité 29 juill 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf>
12. Cellulite cervico-faciale - Cellulite_cervico-faciale.pdf [Internet]. [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Cellulite_cervico-faciale.pdf
13. Kraus F, Dubrulle J-P. Les Français, leur dentiste et l'accès aux soins dentaires.pdf [Internet]. 2013 [cité 5 août 2016]. Disponible sur: http://www.ifop.com/media/poll/2415-1-study_file.pdf
14. RappPersagéesfinal15octobre2006 - Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf
15. adsp: La santé bucco-dentaire en France (juin 2005) [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad510408.pdf>
16. La Santé de l'homme - n° 417 - janvier-février - 2012 - Dossier: Promouvoir la santé bucco-dentaire [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-417.pdf>
17. Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
18. ameli.fr - Les examens bucco-dentaires [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/les-examens-bucco-dentaires/l-examen-bucco-dentaire-m-t-dents.php>
19. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 - rap1800.pdf [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
20. BEH: Inégalités en santé bucco-dentaire dans la population francilienne adulte, 2002-2003 [Internet]. q:/beh/numero_15 2009. 2009 [cité 30 déc 2016]. Disponible sur:

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2009/15/beh_15_2009.pdf

21. PETIN F. BUPHA_TD_2014_PETIN_FIONA.pdf [Internet]. 2014 [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/prive/BUPHA_TD_2014_PETIN_FIONA.pdf
22. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique - Qes170.pdf [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>
23. Inpes - Actualités 2016 -Quel est l'état de santé bucco-dentaire des Français ? [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2016/011-sante-bucco-dentaire.asp>
24. Démographie des chirurgiens-dentistes - Data.gouv.fr [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/demographie-des-chirurgiens-dentistes/>
25. ARS Lorraine: « Ensemble pour la santé des lorrains » [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: http://arslorraine.prod.flexit.fr/index.php?id=97&tx_thematiques_fiche%5Bfiche%5D=67&tx_thematiques_fiche%5Baction%5D=show&tx_thematiques_fiche%5Bcontroller%5D=Fiche&cHash=c70f94cd986eef0e0ce132b5397dc6ef
26. Etat des lieux de la démographie des chirurgiens dentistes - Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf [Internet]. ONDPS. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf
27. Cabinets Dentaires FILIERIS Alsace-Moselle.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.carmiest.fr/userfiles/Cabinets%20Dentaires%20FINAL.pdf>
28. Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009 [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/59789/239739/version/18/file/BEH_7_2013.pdf
29. ARS - Agences Régionales de Santé: Permanence des soins ambulatoire : les dispositifs régionaux en Lorraine [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ars.alsace-champagne-ardenne-lorraine.sante.fr/Permanence-des-soins-ambulatoi.155923.0.html>

30. LATIL Maire. Informations de prévention bucco-dentaire délivrées par les médecins et les chirurgiens-dentistes en Midi-Pyrénées [Internet]. Toulouse III; 2014 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/444/1/2014TOU31019.pdf>

31. John Libbey Eurotext - Médecine - Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. févr 2007 [cité 30 déc 2016];3(2). Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/prevention_en_medecine_generale_une_part_croissante_et_une_evolution_de_l_activite__273005/article.phtml?tab=texte

32. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale. Révision 2010 [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/749/fichier_drcc0d8b.pdf

33. BUPHA_TD_2015_PACOREL_CLEMENTINE.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2015_PACOREL_CLEMENTINE.pdf

34. Vuillaume E. Guide pratique d'odontologie pédiatrique à l'usage du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie;

35. Bulletin officiel n°22 du 7 juin 2007 [Internet]. [cité 31 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>

36. Bulletin Officiel n°20 du 16 mai 2013 - Enseignement supérieur et de la recherche enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cité 31 déc 2016]. Disponible sur: http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1

37. Adaptation des moyens médicaux du voyage transatlantique d'une frégate du XVIII ème siècle. Recherche d'un consensus par procédure Delphi. [Internet]. [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/3923f564-0f2f-47ad-b998-384d7d7b8f69>

38. Celestin LP, Westreich S, Le Goff JF. L'enquête Delphi : oracle ou leurre ? Une évaluation critique. | Base documentaire | BDSP. 2001;16(4):246-56.

39. Maleki K. Méthodes quantitatives de consultation d'experts ; delphi, delphi public, abaque de

régnier et impacts croisés. 2009 [cité 31 déc 2016]. 107 p. (Sciences Humaines et Sociales.).

40. Méthode Delphi - ORSAS Lorraine [Internet]. [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.orsas.fr/etudes/category/38-methodologie.html?download=119:016-delphi>
41. Dr Abramovici, Dr Adra, Dr Archimbaud, Dr Demeaux, Dr Duroux, Dr Kahn, Dr Lelong, Dr Locquet, Dr R, a z, ongles, Dr Sebbah . Fiche pratique : Technique de détection et d'analyse des besoins de formation. La grille FGP (Fréquence, Gravité, Problèmes). 2004; 5 : 185-186. - [pmed-viepeda.pdf](#). [cité 1 sept 2016];(Fiche pratique 016). Disponible sur: <http://www.pedagogie-medecale.org/articles/pmed/pdf/2004/03/pmed-viepeda.pdf>
42. Insee - Population - Moselle : 1 046 468 habitants au 1er janvier 2012 [Internet]. [cité 5 août 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=21951
43. Garnier M, Delamare J, Delamare F, Gélis-Malville É, Delamare L. Dictionnaire illustré des termes de médecine. Paris: Maloine; 2012.
44. - [poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf](#) [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf>
45. 2-Syndrome septicémique (maj) - 2-Bacteriemies et endocardites.pdf [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.pharmaetudes.com/ressources/cours%20internat/section4/2-Bacteriemies%20et%20endocardites.pdf>
46. Abscess dentaire et infection de la gencive : causes et symptômes - ameli-santé [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/abces-dentaire/definition-causes-et-symptomes-de-labces-dentaire.html>
47. À l'Académie de médecine, la cellulite cervico-faciale, urgence méconnue [Internet]. [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2011/03/22/lacademie-de-medecine-la-cellulite-cervico-faciale-urgence-meconnue_575016
48. Cellulites cervico-faciales [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.orl-hopital-lariboisiere.com/Cellulites-cervico-faciales.html>
49. Dental abscess - NHS Choices [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur:

<http://www.nhs.uk/Conditions/Dental-abscess/Pages/Introduction.aspx>

50. Développement et Santé | Cellulite cervico-faciale [Internet]. [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: <https://devsante.org/actualites/cellulite-cervico-faciale>
51. Foyers Infectieux Dentaires / Complications [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.revuedesante.com/Article/foyers-infectieux-dentaires-complications-509.html>
52. J El Azizi El Alaoui et al. Imagerie des cellulites cervico-faciales diffuses. A propos de 43 cas. [Internet]. pe.sfrnet.org. [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: <http://pe.sfrnet.org/Data/ModuleConsultationPoster/pdf/2009/1/4ca0d574-ca20-4e17-a0eb-3cc874801a6c.pdf>
53. Item 256 : Lésions dentaires et gingivales Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie [Internet]. campus.cerimes.fr. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/stomatologie9/site/html/4.html>
54. Item 256 : Lésions dentaires et gingivales - cours.pdf [Internet]. [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/stomatologie9/site/html/cours.pdf>
55. LES CELLULITES D'ORIGINE DENTAIRE CHEZ L'ENFANT | Dossiers du mois [Internet]. [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/les-cellulites-dorigine-dentaire-chez-lenfant.html>
56. LES COMPLICATIONS A DISTANCE DES INFECTIONS DENTAIRES. Par le Dr. A. Hauteville | Conseil Dentaire Dr.Hauteville [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://conseildentaire.com/2011/11/22/les-complications-a-distance-des-infections-dentaires/>
57. Les sinusites maxillaires d'origine dentaire : Du diagnostic au traitement | Dossiers du mois [Internet]. [lecourrierdudentiste.com](http://www.lecourrierdudentiste.com). [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/les-sinusites-maxillaires.html>
58. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire - Recommandation - Prescription-des-antibiotiques-en-pratique-buccodentaire_Septembre2011-2.pdf [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: [http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/afssaps/Prescription-des-](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/afssaps/Prescription-des-antibiotiques-en-pratique-buccodentaire_Septembre2011-2.pdf)

antibiotiques-en-pratique-buccodentaire_Septembre2011-2.pdf

59. Prevalence of Sinus Tract in the Patients Visiting Department of Endodontics, Kermanshah School of Dentistry [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4803844/>
60. these_gen - SCDPHA_TD_2011_GENESTIER_CECILE.pdf [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2011_GENESTIER_CECILE.pdf
61. untitled - recommandations_foyers_infectieux_1.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2016]. Disponible sur: http://societechirorale.com/documents/Recommandations/recommandations_foyers_infectieux_1.pdf
62. Texte long - herpes_long.pdf [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/herpes_long.pdf
63. De Suremain. N et al. La douleur engendrée par les stomatites chez l'enfant. janv 2014 [cité 8 janv 2017];(183). Disponible sur: http://huep.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/146/files/2014/02/De-Suremain_douleur.pdf
64. Item 84: Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents: herpès cutané et muqueux [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_6/site/html/cours.pdf
65. Haute Autorité de Santé - Douleurs et enfant – La codéine, pas avant 12 ans et sous conditions [Internet]. [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2587451/fr/douleurs-et-enfant-la-codeine-pas-avant-12-ans-et-sous-conditions
66. ecnpilly2016-ue6-164-web.pdf [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecnpilly/ecnpilly2016-ue6-164-web.pdf>
67. - poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf>

68. stomatologie-polycopie-douleurs-buccales.pdf [Internet]. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/data/consulter/stomatologie-polycopie-douleurs-buccales.pdf>
69. Paresthésies buccales psychogènes (diagnostic et prise en charge) - Thérapeutique Dermatologique [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1131>
70. BUPHA_TD_2013_RUGA_AGATHE.pdf [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2013_RUGA_AGATHE.pdf
71. DRIDI S-M. 2009 - Rev_Odont_Stomat_2010_39_p145-148.pdf [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: http://www.sop.asso.fr/admin/documents/ros/ROS0000276/Rev_Odont_Stomat_2010_39_p145-148.pdf
72. - poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf>
73. Item 87 – Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : Candida albicans - 87_Infections cutaneo-muqueuses_bacteriennes_et_mycosiques_Candida_albicans.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2016]. Disponible sur: http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MIB/Referentiel_national/87_Infections%20cutaneo-muqueuses_bacteriennes_et_mycosiques_Candida_albicans.pdf?cidReq=DEMATOLOGIE
74. Candidoses - cours UMVF.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/candidoses/site/html/cours.pdf>
75. - poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf>
76. - poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf>
77. Adultes de 40 à 60 ans | UFSBD [Internet]. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur:

<http://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/adultes-de-40-a-60-ans/>

78. Détection précoce des cancers de la cavité buccale - Dépistage et détection précoce | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-cavite-buccale>
79. Epulis-Femmes enceintes | UFSBD [Internet]. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/femmes-enceintes/>
80. Finkelstein MW. Guide pour le diagnostic clinique différentiel des lésions des muqueuses buccales [Internet]. dentalcare.com. 2016 [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.dentalcare.fr/formation-dentaire-professionnels/muqueuse-buccale.aspx?ModuleName=coursecontent&PartID=3&SectionID=-1>
81. Items 145, 141 : Tumeurs de la cavité buccale - stomatologie-polycopie-tumeur-cavite-buccale.pdf [Internet]. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/data/consulter/stomatologie-polycopie-tumeur-cavite-buccale.pdf>
82. Microsoft Word - final cours pour le web2.xml - ORL-polycopie-tumeurs-cavite-buccales-et-vads.pdf [Internet]. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/data/consulter/ORL-polycopie-tumeurs-cavite-buccales-et-vads.pdf>
83. Modules de formation multimédia - Détection précoce des cancers de la cavité buccale | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-cavite-buccale/Modules-de-formation-multimedia>
84. Oncolor:Carcinome épidermoïde de la cavité buccale - Oncologik - OncoLogiK [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://www.oncologik.fr/index.php/Oncolor:Carcinome_%C3%A9pidermo%C3%AFde_de_la_cavit%C3%A9_buccale
85. F. Maschino, J. Guillet. Oral metastasis: a report of 23 cases - International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. févr 2013;42(2):164-8.
86. Soins de soutien pour le cancer de la cavité buccale - Société canadienne du cancer [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer->

type/oral/supportive-care/?region=qc

87. Tumeurs malignes de la cavité buccale - Société canadienne du cancer [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/oral/oral-cancer/malignant-tumours/?region=qc>
88. Xérostomie radio-induite : prévention, traitement, perspectives - Revue Médicale Suisse [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-127/32574>
89. DHPC_140902_+Xgeva_Sept2014.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/content/download/66711/852933/version/1/file/DHPC_140902_+Xgeva_Sept2014.pdf
90. DHPC_Denosumab_23-07-2015.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/content/download/79443/1006009/version/1/file/DHPC_Denosumab_23-07-2015.pdf
91. Médecine buccale - Présentation - EM consulte [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/1097938/resume/osteonecroses-des-maxillaires-sous-bisphosphonates>
92. S.Vincent-Bugnas, P.-Y.Marcy. Ostéonécrose des maxillaires sous bisphosphonates - EM|consulte [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/988987>
93. Barrier A, Lescaille G, Rigolet A. Ostéonécroses des mâchoires induites par les biphosphonates oraux : 12 cas - EM|consulte [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/265637>
94. Osteonecrosis of the Jaw — Do Bisphosphonates Pose a Risk? — NEJM [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp068157>
95. Osteoporosis Medications: Osteonecrosis of the Jaw [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/osteoporosis-medications>
96. Prévention ostéonécroses os maxillaire_patients traités par Biphosphonates IV.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/3c/Pr>

%C3%A9vention%20ost%C3%A9on%C3%A9croses%20os%20maxillaire_patients%20trait
%C3%A9s%20par%20Biphosphonates%20IV.pdf

97. Lan R, Catherine J-H. Reco chirurgie oromaxillofaciale et médicaments antirésorbeurs...VF juillet 2013 - Reco-chirurgie-oromaxillofaciale-et-médicaments-antirésorbeurs...VF-juillet-2013.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.sfscmfco.fr/wp-content/uploads/2012/12/Reco-chirurgie-oromaxillofaciale-et-m%C3%A9dicaments-antir%C3%A9sorbeurs...VF-juillet-2013.pdf>
98. Recommandations sur la prise en charge bucco-dentaire-ANSM [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ansm.sante.fr/content/download/11694/140950/version/2/file/lp071203.pdf>
99. Revue du rhumatisme - Présentation - EM consulte [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/69076/article/treize-cas-d-osteonecroses-des-maxillaires-chez-de>
100. Revue Prescrire - Sommaire du N°256 Décembre 2004 [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/SummaryDetail.aspx?IssueId=256>
101. Revue Prescrire - Sommaire du N°341 Mars 2012 [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/SummaryDetail.aspx?IssueId=341>
102. Sook-Bin Woo, Hellstein JW. Systematic Review: Bisphosphonates and Osteonecrosis of the Jaws | Annals of Internal Medicine | American College of Physicians [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://annals.org/aim/article/723466/systematic-review-bisphosphonates-osteonecrosis-jaws>
103. untitled - recommandations_foyers_infectieux_1.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://societechirorale.com/documents/Recommandations/recommandations_foyers_infectieux_1.pdf
104. Xérostomie radio-induite : prévention, traitement, perspectives - Revue Médicale Suisse [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-127/32574>

105. Les interventions pour la gestion de la sécheresse buccale : thérapies topiques | Cochrane [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD008934/les-interventions-pour-la-gestion-de-la-secheresse-buccale--therapies-topiques>
106. Grille d'évaluation de la xérostomie- SFAP [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/toilette-buccale-v2016_0.pdf
107. Focus Chewing-gum sans sucres | UFSBD [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/focus-chewing-gum/>
108. Début - SCDPHA_TD_2011_LIEBAUT_LILIAN.pdf [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2011_LIEBAUT_LILIAN.pdf
109. CBIP | Folia [Internet]. 2010 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.cbip.be/fr/articles/query?number=F37F01C>
110. Pathologie de l'articulation temporo mandibulaire [Internet]. chirmaxillofaciale.chru-lille.fr. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <http://chirmaxillofaciale.chru-lille.fr/Activites/68142.html>
111. Guide des indications et des procédures des examens radiologiques en odontostomatologie - Recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. Microsoft Word - Guide-Rxodonto7.1.doc - 07_guide_procedure_radio.pdf. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://www.fsd.l.fr/wp-content/uploads/2014/02/07_guide_procedure_radio.pdf
112. Dysfonctionnements de l'ATM [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://chirurgiemaxillofaciale-albi.com/cmfm/atm/dysfonctionnements/index.html>
113. SAID Pierre. Dysfonctionnements de l'appareil manducateur : les bases actuelles du diagnostic [Internet]. Bordeaux; 2015 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01158653/document>
114. Dysfonctionnement de l'atm | Centre Massilien de la Face à Marseille | chirurgie maxillo-faciale, chirurgie de la face, stomatologie, implants dentaires, chirurgie pré-implantaire, fracture du nez, dents de sagesse, extraction dentaire, Parodontologie Marseille [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://centremassiliendelaface.com/la-chirurgie-maxilo-faciale-marseille/maladie-de-l-articulation-de-la-machoire-marseille/dysfonctionnement-de-l-atm->

marseille/

115. - poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf>
116. - poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf>
117. GRIGNON Romain. Evaluation de la prise en charge des infections dentaires en médecine générale [Internet]. Poitiers; 2014 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <zotero://attachment/113/>
118. La maladie carieuse | UFSBD [Internet]. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/la-maladie-carieuse/>
119. Qu'est-ce qu'une carie? - ameli-santé [Internet]. [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/carie-dentaire/quest-ce-quune-carie.html>
120. Soigner une carie dentaire - ameli-santé [Internet]. [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/carie-dentaire/soigner-une-carie.html>
121. Symptômes et diagnostic de la carie dentaire - ameli-santé [Internet]. [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/carie-dentaire/symptomes-et-diagnostic-de-la-carie-dentaire.html>
122. these a imprimer - SCDPHA_TD_2011_GALMICHE_FANNY.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2011_GALMICHE_FANNY.pdf
123. untitled - recommandations_foyers_infectieux_1.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2016]. Disponible sur: http://societechirorale.com/documents/Recommandations/recommandations_foyers_infectieux_1.pdf
124. - poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf>

125. AFSSAPS 2011 [Internet]. [cité 9 déc 2016]. Disponible sur: http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/adaa00a42032d7120262d3c1a8c04a60.pdf
126. Classification des maladies parodontales [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/science/article/pii/S1769683604001298>
127. Détartrage et polissage de routine pour la santé parodontale chez l'adulte | Cochrane [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD004625/detartrage-et-polissage-de-routine-pour-la-sante-parodontale-chez-ladulte>
128. Examen clinique des parodontites [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/science/article/pii/S1769683605000068>
129. Femmes enceintes | UFSBD [Internet]. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/femmes-enceintes/>
130. La maladie parodontale | UFSBD [Internet]. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/la-maladie-parodontale/>
131. Maladies gingivales induites par la plaque [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/science/article/pii/S1762566104000583>
132. Maladies parodontales : connaissances actuelles [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/science/article/pii/S0399077X03002038>
133. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire - Recommandation - Prescription-des-antibiotiques-en-pratique-buccodentaire_Septembre2011-2.pdf [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/afssaps/Prescription-des-antibiotiques-en-pratique-buccodentaire_Septembre2011-2.pdf
134. Traitement de la maladie parodontale pour le contrôle de la glycémie chez les personnes souffrant de diabète | Cochrane [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur:

<http://www.cochrane.org/fr/CD004714/traitement-de-la-maladie-parodontale-pour-le-controle-de-la-glycemie-chez-les-personnes-souffrant-de-diabete>

135. Traitement de la parodontite pour la gestion des maladies du cœur et des vaisseaux sanguins chez les patients atteints de parodontite chronique | Cochrane [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD009197/traitement-de-la-parodontite-pour-la-gestion-des-maladies-du-coeur-et-des-vaisseaux-sanguins-chez-les-patients-atteints-de-parodontite-chronique>
136. La carie de la petite enfance : Aspects cliniques et répercussions | Dossiers du mois [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/la-carie-de-la-petite-enfance-aspects-cliniques-et-repercussions.html>
137. Les biais .pdf [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://medphar.univ-poitiers.fr/santepub/images/staff_2011/0525_BIAIS.pdf
138. La santé bucco-dentaire des jeunes Franciliens de moins de 20 ans. 1-Synthèse générale 2-Besoins en soins bucco-dentaires : analyse clinique 3-Besoins en soins bucco-dentaires : motifs de non recours. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/314674/>
139. [hopital.fr - Quand le décloisonnement ouvre d'immenses champs d'activités](http://www.hopital.fr/Actualites/Quand-le-decloisonnement-ouvre-d-immenses-champs-d-activites) [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.hopital.fr/Actualites/Quand-le-decloisonnement-ouvre-d-immenses-champs-d-activites>
140. Kuffer R. La muqueuse buccale de la clinique au traitement. 2009. 415p. (Med'Com)

VU

NANCY, le **07 février 2017**
Le Président de Thèse

NANCY, le **16 février 2017**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur François PAILLE

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9457

NANCY, le **17 février 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT