



HAL
open science

L'impact du piercing : de la cavité orale à la santé générale

Marine Giaroli

► **To cite this version:**

Marine Giaroli. L'impact du piercing : de la cavité orale à la santé générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-03297625

HAL Id: hal-03297625

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297625v1>

Submitted on 23 Jul 2021

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>

Académie NANCY-METZ

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

Année 2018

THESE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Marine GIAROLI

Née le 31 Août 1991 à Metz (57)

**L'IMPACT DU *PIERCING* : DE LA CAVITÉ
ORALE À LA SANTÉ GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement : le 12 Octobre 2018

Examineurs de la thèse :

Pr P. AMBROSINI	Professeur des Universités	Président
<u>Dr D. JOSEPH</u>	<u>Maître de Conférences</u>	<u>Directeur</u>
Dr N. PAOLI	Assistant Hospitalo-Universitaire	Juge
Dr D. PONGAS	Docteur en Chirurgie Dentaire	Invité

Académie NANCY-METZ

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

Année 2018

THESE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Marine GIAROLI

Née le 31 Août 1991 à Metz (57)

**L'IMPACT DU *PIERCING* : DE LA CAVITÉ
ORALE À LA SANTÉ GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement : le 12 Octobre 2018

Examineurs de la thèse :

Pr P. AMBROSINI	Professeur des Universités	Président
<u>Dr D. JOSEPH</u>	<u>Maître de Conférences</u>	<u>Directeur</u>
Dr N. PAOLI	Assistant Hospitalo-Universitaire	Juge
Dr D. PONGAS	Docteur en Chirurgie Dentaire	Invité

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

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Vice-Doyens : Dr Céline CLEMENT – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Anne-Sophie VAILLANT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr ARTIS - Pr M. VIVIER

Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur émérite : Pr M-P FILLEUL

Département Odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme	<u>DROZ Dominique</u>	Maître de Conférences *
	Mme	JAGER Stéphanie	Maître de Conférences *
	M.	PREVOST Jacques	Maître de Conférences
	Mme	HERNANDEZ Magali	Maître de Conférences *
	M.	LEFAURE Quentin	Assistant
Département Orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	Mme	DARSAT Claire	Assistante*
	M.	<u>EGLOFF Benoît</u>	Maître de Conférences *
	Mme	GREGOIRE Johanne	Assistante
Département Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme	<u>CLÉMENT Céline</u>	Maître de Conférences *
	M.	BAUDET Alexandre	Assistant *
	Mme	NASREDDINE Greyce	Assistante
Département Parodontologie Sous-section 57-01	M.	<u>AMBROSINI Pascal</u>	Professeur des Universités *
	Mme	BISSON Catherine	Maître de Conférences *
	M.	JOSEPH David	Maître de Conférences *
	M.	LACH Patrick	Assistant
	Mme	MAYER-COUPIN Florence	Assistante
	Mme	PAOLI Nathalie	Enseignante univ. – Praticien attachée*
Département Chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme	<u>GUILLET-THIBAUT Julie</u>	Maître de Conférences *
	M.	BRAVETTI Pierre	Maître de Conférences
	Mme	PHULPIN Bérengère	Maître de Conférences *
	M.	CLERC Sébastien	Assistant*
	M.	HASNAOUI Nasr	Assistant
	Mme	KICHENBRAND Charlène	Enseignante univ. – Praticien attachée*
Département Biologie orale Sous-section 57-01	M.	<u>YASUKAWA Kazutoyo</u>	Maître de Conférences *
	M.	MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des Universités *
	Mme	EGLOFF-JURAS Claire	Assistante*
Département Dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	M.	<u>MORTIER Éric</u>	Professeur des Universités *
	M.	AMORY Christophe	Maître de Conférences
	M.	BALTHAZARD Rémy	Maître de Conférences *
	M.	ENGELS-DEUTSCH Marc	Maître de Conférences
	M.	VINCENT Marin	Maître de Conférences*
	Mme	GEBHARD Cécile	Assistante
	M.	GEVREY Alexis	Assistant
	M.	GIESS Renaud	Assistant *
Département Prothèses Sous-section 58-01	M.	<u>DE MARCH Pascal</u>	Maître de Conférences
	M.	SCHOUVER Jacques	Maître de Conférences
	Mme	VAILLANT Anne-Sophie	Maître de Conférences *
	Mme	CORNE Pascale	Maître de Conférences Associée *
	M.	CIESLAK Steve	Assistant
	M.	HIRTZ Pierre	Assistant *
	M.	MAILLET Maxime	Assistant
	Mme	MOEHREL Bethsabée	Assistante
Département Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	M.	VUILLAUME Florian	Assistant
	Mme	<u>STRAZIELLE Catherine</u>	Professeur des Universités *
	Mme	MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maître de Conférences *
	M.	SALOMON Jean-Pierre	Maître de Conférences

Souligné : responsable de département

* temps plein

Mis à jour le 01/09/2018

Monsieur le Docteur Pascal AMBROSINI

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré Nancy I

Habilité à Diriger des Recherches

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Sous-section : Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale

Responsable du Département de Parodontologie

Vous nous faites le grand honneur de présider notre thèse et vous nous faites bénéficier de vos précieux conseils, nous vous en remercions. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profonde gratitude.

Monsieur le Docteur David JOSEPH,

Docteur en chirurgie dentaire

Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier

Sous-section : Chirurgie orale, parodontologie, biologie orale

Nous vous remercions d'avoir accepté la direction de cette thèse. Vous nous avez guidé au mieux tout au long de ce travail. Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir transmis vos connaissances par un enseignement de qualité et une grande disponibilité lors des sessions cliniques. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect et de toute notre gratitude.

Madame le Docteur Nathalie PAOLI,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire - Praticien Hospitalier

Enseignante Universitaire

Sous-section : Chirurgie orale, parodontologie, biologie orale

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Vous avez toujours su nous guider dans notre travail par la qualité de votre enseignement, votre disponibilité et votre gentillesse. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profonde estime.

Monsieur le Docteur Dimitri PONGAS,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Ancien Attaché Hospitalier-Universitaire au sein de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nancy

Ancien Assistant Hospitalier-Universitaire au sein de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nancy

Sous section : Chirurgie orale, parodontologie, biologie orale

Merci pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail. Nous vous remercions de partager vos connaissances dans notre pratique et de nous prodiguer vos précieux conseils qui nous permettent de nous améliorer chaque jour. Puisse cette thèse être l'expression de notre sincère estime et gratitude.

Sommaire

Introduction

1. **Le *piercing* : généralités**
 1. **Les origines du *piercing* et l'image actuelle dans notre société**
 1. Historique
 2. L'image du *piercing* dans la société
 2. **Les différentes localisations**
 1. La langue
 2. La lèvre
 3. Les autres sites
 3. **La réglementation**
 1. Les recommandations encadrant la profession
 2. Les réglementations inhérentes aux *piercings*
 3. L'hygiène et la stérilisation au sein des salons de *piercing*
2. **Le *piercing* et la santé des patients**
 1. **Impact sur la cavité orale**
 1. Les complications à court terme
 2. Les complications à long terme
 3. Exemple de prise en charge d'une atteinte
 2. **L'impact sur la santé générale**
 1. Les agents infectieux
 2. Les conséquences mécaniques
3. **Rôle du chirurgien-dentiste dans l'information et la prévention face aux patients porteurs de *piercings***
 1. **Que dire à un patient candidat à la pose d'un *piercing* ?**
 1. Avant la pose d'un *piercing*
 2. Après la pose d'un *piercing*
 2. **Que dire à un patient porteur d'un *piercing* ?**
 1. Les règles d'hygiène
 2. Le bijou et la vie quotidienne

Conclusion

Liste des figures

Figure 1 : Le Roi K'inich Janaab Pakal représenté avec des lobes d'oreille percés (Source : National Museum of Anthropology, Mexico City, 2014)

Figure 2 : Femme à plateau d'Ethiopie (Source : <https://unmondephoto.wordpress.com/tag/femme-plateau-ethiopie/>, 2011)

Figure 3 : Exemple d'un *piercing* dorso-ventral (Source : Peticola, 2000)

Figure 4 : Exemple d'un *piercing* dorso-latéral (Source : <https://piercingstudio-wien.at/en/piercing-wiki/piercings-en/horizontal-tongue-piercing-snake-eyes/>)

Figure 5 : Les différents types de bijoux : le labret, le barbell et l'anneau (Source : Cidoncha, 2008)

Figure 6 : Les différents types de *piercing* possibles autour des lèvres (Source : <https://www.piercing-street.fr/content/19-le-piercing-a-la-levre>)

Figure 7 : Bijou visible au niveau de la face dorsale de la langue alors qu'il est totalement intégré dans la face ventrale (Source : Theodossy, 2003)

Figure 8 : Hématome de 2 cm de diamètre au niveau de la face ventrale de la langue (Source : Rosivack, 2003)

Figure 9 : Langue bifide suite à une infection sévère de la langue (Source : Fleming, 2005)

Figure 10 : Figure : Radiographie latérale du thorax où l'on peut voir le corps étranger ainsi qu'une rétraction du lobe inférieur droit (Source : Careaga Reyna, 2008)

Figure 11 : Radiographie rétro-alvéolaire présentant un artéfact radiologique dû à un *piercing* de la lèvre supérieure (Source : Zenati, 2012)

Figure 12 : Le fil de nylon est coupé à la longueur souhaitée

Figure 13 : Une des extrémités est fondue à l'aide d'un spot flamme

Figure 14 : Une fois l'extrémité chauffée, elle sera positionnée sur une surface plane pour être aplatie et servir de « stop »

Figure 15 : Fracture du bord libre des incisives (Source : Escudero-Castaño, 2008)

Figure 16 : Interposition du bijou entre 15-16 et 46 (Source : Zenati, 2012)

Figure 17 : Radiographie de 46 (correspond à la photographie précédente) mettant en évidence un délabrement important associé à une atteinte de furcation: la dent a été extraite (Source : Zenati, 2012)

Figure 18 : Présentation schématique de l'action du *piercing* (Source : Zenati, 2012)

Figure 19 : Récession gingivale au niveau de 41 apparue suite au port d'un *piercing* labial inférieur (Source : Zenati, 2012)

Figure 20 : Récession gingivale liée à un *piercing* lingual au niveau de 31 associée à une forte accumulation de tartre (Source : issue de la patientèle du Dr Pongas, Luxembourg)

Figure 21 : Etat de la gencive avant la chirurgie (Source : Ben Tanfous, 2017)

Figure 22 : Première étape opératoire (Source : Ben Tanfous, 2017)

Figure 23 : Deuxième étape opératoire (Source : Ben Tanfous, 2017)

Figure 24 : Troisième étape opératoire (Source : Ben Tanfous, 2017)

Figure 25 : Quatrième étape opératoire (Source : Ben Tanfous, 2017)

Figure 26 : Résultat obtenu à un an (Source : Ben Tanfous, 2017)

Figure 27 : Valve mitrale et végétations (Source : Dubose, 2004)

Figure 28 : IRM Cérébrale mettant en évidence les multiples abcès (signal de haute intensité typique des abcès) (Source : Herskovitz, 2009)

Figure 29 : Correspondance des zones linguales en Médecine Chinoise (Source : Chung, 2015)

Listes des tableaux

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des différents cas d'endocardite infectieuse
(source : Yu et coll., 2010)

Introduction

Le terme *piercing* est en réalité un raccourci que nous employons traditionnellement, qui vient de l'expression anglaise *body piercing*. Il s'agit d'une modification corporelle qui consiste à perforer une ou plusieurs parties du corps afin d'y placer un ornement.

Cette pratique n'est pas récente puisqu'elle était déjà utilisée dans les civilisations anciennes et avait plusieurs symboliques. Par exemple, certaines voyaient le *piercing* comme un moyen de montrer le passage de l'adolescence à l'âge adulte alors que d'autres le considéraient simplement comme une décoration.

Dans les sociétés occidentales, ce n'est que très récemment que les *piercings* au niveau de la sphère orale se sont développés de manière exponentielle, plaçant le *piercing* de la langue en troisième localisation préférée, selon une étude menée par Kluger et coll. en France en 2017.

Parallèlement à cela s'ajoute malheureusement une augmentation des complications engendrées par la pose du bijou, ce qui en fait désormais un réel problème de santé publique.

Nous allons évoquer dans un premier temps, l'évolution du *piercing* au fil des années afin d'aboutir sur son image dans la société actuelle. Nous verrons que l'aspect législatif a pris de nombreuses années avant de se mettre en place pour enfin aboutir récemment à une réglementation encadrant la profession de perceur.

Nous exposerons ensuite les nombreuses complications locales que peut rencontrer un patient candidat à la pose d'un *piercing*, soit directement après l'acte ou bien après des années de port. Puis, nous verrons que le *piercing* peut générer des maladies systémiques.

Enfin, sur le plan médical il est vrai qu'une majorité de praticiens sont opposés à cette pratique, car ils connaissent les risques liés aux *piercings*, il leur appartient d'informer et d'accompagner les patients qui souhaitent réaliser un *piercing*, mais également ceux qui en possèdent déjà un.

Afin d'aider le chirurgien-dentiste, un dépliant à destination des patients sera créé pour les informer sur les conduites à tenir et les risques auxquels ils s'exposent.

1. Le *piercing* : généralités

1.1. Les origines du *piercing* et l'image actuelle dans notre société

1.1.1. Historique

L'art du *piercing* corporel fut adopté par de nombreuses ethnies au fil des siècles. Les premières traces de modifications corporelles ont été retrouvées sur le corps momifié d'Ötzi « l'homme de glace », mis en évidence lors de fouilles archéologiques menées entre l'Italie et l'Autriche (Carmen et coll., 2012). Il présentait les lobes d'oreilles percés ainsi que des trous élargis de 11 mm (Chevallier, 2012).

Durant l'Antiquité, le perçage d'oreille était d'usage en Mésopotamie, ou bien même en Grèce où les hommes portaient parfois des boucles d'oreille.

Par ailleurs, il existait dans la Rome Antique, des femmes nommées *auriculae ornatrices*, elles avaient pour rôle de soigner les lobes souvent blessés des Romaines porteuses de lourdes boucles d'oreilles en or ou en perles.

En Égypte antique, les *piercings* étaient portés par les hommes de haut rang, mais seuls les pharaons et la famille royale étaient autorisés à porter un bijou au niveau du nez (Chevallier, 2012).

Au cours de la période précolombienne, les Incas avaient pour tradition de percer les oreilles des garçons issus de nobles familles pour y placer un bouton avec un disque orné. La symbolique de cet acte était de montrer aux yeux de tous qu'ils étaient des Hommes. Il en était de même chez les Mayas où l'on peut voir notamment le Roi K'inich Janaab Pakal représenté avec des lobes d'oreille percés.



Figure 1 : Le Roi K'inich Janaab Pakal représenté avec des lobes d'oreille percés
(Source : National Museum of Anthropology, Mexico City, 2014)

Étant une civilisation très dévote, les Mayas pratiquaient le perçage de la langue pour se rapprocher des Dieux, mais aussi atteindre par ce rituel religieux de saignée, un état élevé de conscience (Stirn 2003 ; Chevallier 2012). Ce rituel fut repris par certaines tribus indiennes d'Amérique du Nord (Stirn, 2003).

Les *piercings* de la lèvre étaient plus fréquents chez les Aztèques et notamment ceux de haut rang. Ils portaient des labrets en or en forme de serpent avec des pierres de jade ou des obsidiennes (Chevallier, 2012).

Au contraire, le Moyen-âge est une période où le *piercing* était utilisé comme une marque d'exclusion. En effet, il servait à désigner les personnes en marge de la société chrétienne : les bourreaux, les Noirs, les Juifs, les Sarrasins, mais aussi des sujets pratiquant des activités honteuses : la prostituée, le danseur, le dresseur d'animaux et les individus exerçant des métiers de sang comme le boucher, le barbier, le chirurgien.

Toutes ces personnes « exclues » de la société pour différentes raisons étaient dans l'obligation de porter un signe distinctif qui pouvait être un anneau en métal par exemple. Il s'agissait d'un attribut faisant peur, car d'une part il trouvait ses origines en Orient, continent redouté par la chrétienté et d'autre part parce qu'il s'agissait d'une atteinte du corps créé par Dieu. En effet, nous retrouvons dans les écrits saints des condamnations de toutes sortes de marques corporelles comme le montre l'extrait du *lévitique* verset 28 « *Vous ne ferez point d'incisions dans votre chair* » (Bruna, 2001 ; Chevallier, 2012).

Le début de la Renaissance fut marqué par la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb et le *piercing* changea de nouveau de symbolique. Nous retrouvons notamment dans ses récits de voyage une allusion aux ornements en or que portaient les Amérindiens sur leur visage (Grognard, 2006). Ces bijoux deviennent alors symbole d'exotisme.

En Occident, les femmes italiennes puis françaises vont alors porter des boucles d'oreille et les inclure comme élément indispensable de leur toilette. L'anneau n'a donc plus la symbolique du Moyen-âge et ne fait plus peur, bien au contraire. Cette mode va même toucher les hommes au cours de la deuxième moitié du XVI^e siècle et elle atteindra son paroxysme sous le règne d'Henri III connu pour son côté efféminé.

Le XIX^e et le début du XX^e siècle nous laissent très peu d'information, l'unique certitude est que le *piercing* redevient l'attribut du pirate, du gitan (Grognard, 2006 ; Chevallier, 2012).

Durant l'époque moderne, la pratique du *piercing* fut retrouvée un peu partout. Le courant se développa en Allemagne après la Seconde Guerre mondiale, où nous avons pu voir se répandre des *piercings* à la langue et aux lèvres notamment (Stirn, 2003). Puis le *piercing* fut utilisé comme symbole de divers courants notamment le mouvement hippie dans les années 1970, gay ou encore punk (Stirn, 2003 ; Carmen et coll., 2012).

Par la suite, le *piercing* n'était plus seulement réservé aux groupes de marginaux puisqu'il fut utilisé comme accessoire de mode lors des défilés de créateurs tels que

Jean-Paul Gautier ou Vivienne Westwood où les mannequins arboraient des looks punk et sadomasochiste. Ceci va alors démocratiser les *piercings* au sein de la société allant même jusqu'à devenir la marque de fabrique de certaines stars de cinéma ou de la chanson (Stirn, 2003). Et c'est donc dans la logique des choses que le premier studio de *piercing* a été ouvert en 1994 en France sous franchise américaine (Chevallier, 2012).

De nos jours, nous retrouvons encore dans certaines tribus d'Afrique ou d'Amérique l'usage de l'ornement labial issu de pratiques ancestrales. L'ornement peut être par exemple un plateau porté par les femmes. Pour cela, un perçage est réalisé avant l'âge de 10 ans, puis l'orifice est agrandi au fur et à mesure pour finir par la mise en place d'un disque d'argile. Un autre exemple d'ornement est le labret placé dans la lèvre supérieure qui donne une forme de bec de canard à la bouche, forme très appréciée au sein de ces tribus (Heuze, 2000).



Figure 2 : Femme à plateau d'Éthiopie

(Source : <https://unmondephoto.wordpress.com/tag/femme-plateau-ethiopie/>, 2011)

Qu'il soit tantôt un symbole religieux, un attribut de passage de l'adolescence à l'âge adulte, ou un signe de marginalisation, le *piercing* est de plus en plus populaire à l'heure actuelle surtout chez les plus jeunes (Stirn, 2003).

1.1.2. L'image du *piercing* dans la société

Depuis quelques années, de plus en plus de personnes se laissent tenter par la mode du perçage corporel. Ceci est principalement dû à la banalisation par les médias de cet acte et aussi en raison de son caractère réversible (Gunepin et coll., 2010). Il touche en effet toutes les tranches d'âge (avec une prévalence tout de même chez les adolescents), mais aussi toutes les classes sociales et tous les groupes socio-économiques (Van Hoover et coll., 2017).

De nombreux auteurs se sont penchés sur le sujet en publiant des études menées au sein des populations.

En Angleterre, une étude réalisée en 2005 par Bone, Ncube, Nichols et Noah (Bone et coll., 2008) montre qu'environ 10 % des individus âgés de 16 ans ou plus possèdent un *piercing*, avec une prédominance chez le femme. Concernant la localisation, la langue arrive en quatrième position et les lèvres en septième position. Cette étude a aussi permis de montrer qu'à l'époque les *piercings* au niveau de la langue et des lèvres étaient très répandus chez les 16-24 ans, donc relativement nouveaux et en plein essor. Concernant les complications, le *piercing* à la langue est le plus souvent cité avec notamment l'apparition de gonflements. Enfin, pour 80% des individus leur *piercing* a été réalisé chez un professionnel, pour le reste soit le *piercing* a été fait par un ami ou par eux-mêmes.

En France, c'est en 2017 qu'une étude épidémiologique transversale a été menée par Kluger, Misery, Seité et Taieb (Kluger et coll., 2017), sur un échantillon représentatif de la population générale de 5 000 individus de plus de 15 ans. Ces derniers devaient répondre à un questionnaire établi par un groupe de travail constitué par les auteurs, et ce uniquement pour l'étude.

Les résultats ont montré qu'environ 12 % des Français de plus de 15 ans ont un ou plusieurs *piercings*, et il s'agit pour la majorité de femmes avec pour âge moyen du premier *piercing* 18,9 ans contre 20,6 ans pour les hommes. Concernant la localisation, la langue arrive en troisième position préférée. De plus, cette étude a permis de mettre en exergue les complications survenues à la suite de la pose d'un *piercing*. En effet, 40,8 % déclarent avoir eu un problème cutané qui est apparu sur au moins un de leur *piercing*. Pour 2,2 % les complications déclarées étaient principalement des infections, des troubles de la cicatrisation, des irritations et des démangeaisons.

Malgré le pourcentage non négligeable de complications médicales, les adeptes du *piercing* sont de plus en plus nombreux notamment chez les jeunes où les études sociologiques ont montré que le *piercing* est utilisé comme marque de rébellion, c'est un âge où ils cherchent à provoquer. L'adolescence est considérée comme une période difficile, où l'individu subit de nombreux changements (physiques, hormonaux..), le *piercing* est donc un moyen pour l'adolescent d'augmenter l'estime de lui-même, mais aussi de montrer une scission entre l'enfant qu'il était et l'adulte qu'il va devenir (Stirn, 2003). Le *piercing* est donc le témoin d'une transformation (Grogard, 2006).

De plus, il s'agit d'une période où les individus sont facilement influençables, ils cèdent souvent à la pression des pairs et utilisent ainsi le *piercing* comme symbolique d'appartenance à un groupe. Il a été montré que le port de *piercing* chez les adolescents est souvent associé à des comportements déviants comme la consommation d'alcool ou de drogue (Van Hoover et coll., 2017).

Qui plus est, cette pratique n'est pas anodine, car souvent le *piercing* est réalisé sans contrôle parental, respect des règles d'hygiène ou même connaissance des risques encourus (Stirn, 2003).

En outre, l'époque moderne considère le corps comme un outil en perpétuelle évolution. Le perçage corporel est souvent vu comme une mode, un embellissement corporel, mais aussi un moyen de se différencier par rapport aux standards de beauté et en quelque sorte de provoquer. Il symbolise un affront aux normes physiques que la société prône.

Mais les *piercings* sont aussi utilisés comme exutoires en vue d'un mieux-être à certains moments de la vie des personnes, soit pour marquer des moments importants de leur existence, soit pour mettre un point final à des choses négatives. Pour preuve, des individus disent ressentir un sentiment d'entièreté, de renouveau lors de la réalisation d'un *piercing* qui s'accroît à chaque nouveau perçage (Stirn, 2003 ; Van Hoover et coll., 2017).

Malheureusement, la société actuelle stigmatise les individus portant des *piercings* comme des personnes ayant des comportements marginaux, à tendance psychopathologique. Des études ont même associé les actes de perçages comme de l'automutilation et une destruction voulue de sa propre chair. Ce sont surtout les femmes qui sont pointées du doigt et notamment sur leur lieu travail.

Les travailleurs portant des *piercings* sont perçus par les gens comme moins professionnels, et ce surtout dans les professions de santé. Ainsi, beaucoup d'employeurs demandent à leurs salariés de retirer leurs *piercings*. Cependant, ceci peut être vu comme quelque chose de discriminatoire et créer ainsi une mauvaise ambiance de travail. Et ce encore plus pour les individus considérant le *piercing* comme un symbole fort faisant partie de leur identité propre (Stirn, 2003 ; Van Hoover et coll., 2017).

Nous avons vu que les *piercings* sont de plus en plus répandus dans nos sociétés actuelles, mais ils gardent tout de même une connotation négative. Nous allons dans les paragraphes suivants aborder les *piercings* au niveau de la sphère oro-faciale.

1.2. Les différentes localisations

De nombreuses localisations sont possibles au niveau de la face. En effet, il est possible de percer presque toute la région oro-faciale. Les sites de perçage les plus courants sont la langue et les lèvres. La mode s'étend aussi aux joues, à la luvette et aux différents freins (Janssen et Cooper, 2008).

1.2.1. La langue

Il existe deux types de *piercings* linguaux : dorsoventral et dorsolatéral.

- Le *piercing* dorsoventral

C'est le plus courant et le « moins dangereux » des deux. Le perceur insère le bijou de la face dorsale à la face ventrale. Le perçage doit être réalisé avec précaution pour éviter une atteinte des nombreux vaisseaux vascularisant la langue (Peticolas et coll., 2000). Généralement, le *piercing* est réalisé au milieu de la langue juste en avant du frein lingual (De Moor et coll., 2000). Mais, la plupart du temps les individus optent pour la réalisation de plusieurs *piercings* au niveau de la langue (Peticolas et coll., 2000).

Face dorsale



Face ventrale



Figure 3 : Exemple d'un *piercing* dorso-ventral (Source : Peticola, 2000)

- Le *piercing* dorsolatéral

Le *piercing* dorsolatéral est beaucoup plus dangereux à réaliser puisqu'il traverse la langue de part et d'autre. Les deux boules du bijou ressortent sur les côtés latéraux de la langue et se situent à mi-chemin dans le sens antéro-postérieur (Rc et coll., 2012). Récemment, une nouvelle mode est apparue, celle du *Snake piercing*, il s'agit d'un *piercing* dorsolatéral réalisé en bout de langue, les deux boules sortant sur le côté latéral représentent les yeux d'un serpent (Alam et coll., 2016).



Figure 4 : Exemple d'un *piercing* dorso-latéral

(Source : <https://piercingstudio-wien.at/en/piercing-wiki/piercings-en/horizontal-tongue-piercing-snake-eyes/>)

- Le choix du bijou

Le type de bijou le plus courant est le *barbell*, il s'agit d'une simple barre droite ou incurvée avec deux boules vissées aux extrémités. L'anneau peut de même être utilisé comme bijou au niveau de la langue lorsque le *piercing* est réalisé en bordure de celle-ci (Peticolas et coll., 2000). Il peut être fermé soit simplement, soit avec une boule, nous parlons alors de *ball closure ring*. Il peut aussi être ouvert avec une boule à chaque extrémité, il porte alors le nom de *circular barbell* (Rc et coll., 2012). Un dernier type de bijou couramment employé est le *labret stud*, il s'agit d'une barre avec une boule d'un côté et un disque plat de l'autre non amovible (Van Hoover et coll., 2017).

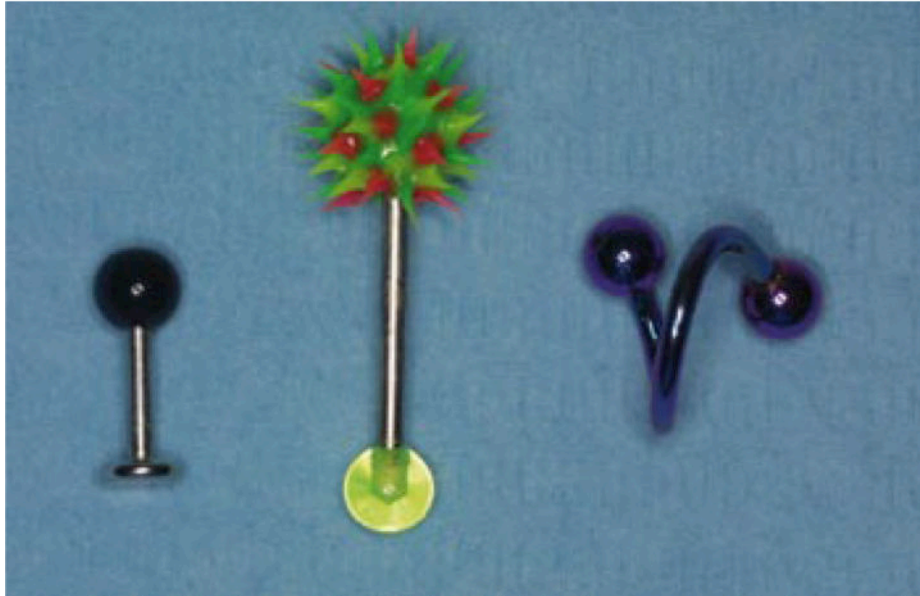


Figure 5 : Les différents types de bijoux : le labret, le barbell et l'anneau

(Source : Cidoncha, 2008)

1.2.2. La lèvre

Un autre site couramment choisi est la lèvre, où le *piercing* peut être réalisé tout autour du vermillon supérieur et inférieur.

Il peut par exemple être centré au niveau de la dépression horizontale entre la lèvre inférieure et le menton qui correspond aux sulcus labiamental et le bord du vermillon.

Il porte le nom de labret (Rc et coll., 2012).

Le site le plus couramment percé au niveau de la lèvre inférieure se trouve non loin de la commissure labiale à droite ou à gauche. Il s'agit du labret décalé.

Il existe d'autres types de *piercings* labiaux. Celui placé au-dessus du vermillon au niveau du philtrum s'appelle le Médusa. Ce dernier peut être décalé à droite ou à gauche, il prendra alors le nom de Monroe ou Madonna (Peticolas et coll., 2000).

Les *piercings* sont insérés de la partie extraorale vers la partie intraorale.

Le type de bijou utilisé est le *labret stud*, l'anneau ou le *barbell* (préférés lorsque le *piercing* est fait à deux endroits rapprochés).

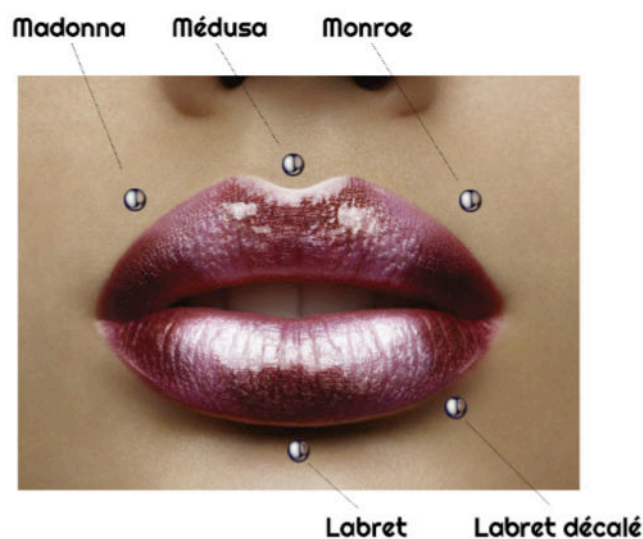


Figure 6 : Les différents types de *piercings* possibles autour des lèvres

(Source : <https://www.piercing-street.fr/content/19-le-piercing-a-la-levre>)

1.2.3. Les autres sites

D'autres localisations moins courantes existent. Il s'agit des joues, des freins (lèvres et langues) et de la lnette (Peticolas et coll., 2000).

- Les joues

Le *piercing* au niveau des joues est souvent situé à la hauteur des fossettes, soit pour en créer, soit pour les accentuer.

Nous pouvons voir certains cas extrêmes où les individus placent des écarteurs au niveau des joues laissant ainsi apparaître leurs prémolaires et molaires supérieures et inférieures.

- Les freins

Les *piercings* au niveau des freins sont appelés les *web piercings*. Il s'agit d'un perçage du frein qui est « *un repli de muqueuse tendue entre deux structures anatomiques* » (Borghetti et Monnet-Corti, 2000). Le *piercing* du frein de la langue porte le nom de *web piercing* lingual. Le *smiley piercing* est situé quant à lui au niveau du frein labial supérieur et le *frowny piercing* est placé au niveau du frein labial inférieur.

- La lnette

« *La lnette est un petit appendice charnu et mobile prolongeant le bord postérieur du voile du palais* », selon le Larousse.

Il est possible de réaliser un *piercing* au niveau de la lnette, mais il est moins répandu en raison de la difficulté d'accessibilité (Peticolas et coll., 2000).

1.3. La réglementation

1.3.1. Les recommandations encadrant la profession en France

Le *piercing* est devenu une pratique de plus en plus courante, mais s'accompagne malheureusement de nombreux incidents. Il est donc important de garder à l'idée qu'il ne s'agit pas d'un acte anodin et qu'il est nécessaire d'encadrer cette pratique.

Les premiers textes de références sont publiés dans les années 2000. Nous retrouvons le « Guide de recommandations pour la prévention des maladies infectieuses, à l'usage des professionnels » édité en 2000 par le CSHPF (Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France) et le « Guide des bonnes pratiques du piercing » publié en 2001 par le Groupe Français d'Etude et de Recherche sur le *Piercing* (Guiard-Schmid, 2001).

Ce n'est qu'en décembre 2007 que l'Académie Nationale de Médecine décide d'établir une succession de recommandations, voyant le nombre croissant des effets dommageables apparaître à la suite de la réalisation d'un *piercing*. En voici quelques-unes (Civatte et Bazex, 2007) :

- Tout d'abord, les mineurs doivent posséder une autorisation parentale pour réaliser un *piercing*. Toutefois, réaliser un *piercing* au niveau lingual est déconseillé avant l'âge de 18 ans.
- Les locaux où les *piercings* sont réalisés doivent être inspectés et recevoir un agrément par les autorités sanitaires adéquates. Ceci concerne notamment la disposition des locaux, le matériel qui doit être à usage unique, si cela n'est pas possible il devra être stérilisé.
- Les personnes réalisant les *piercings* doivent avoir suivi une formation. Elles doivent respecter les règles d'hygiène qui leur ont été enseignées.
- Les futures personnes se faisant percer doivent être informées des risques encourus. Pour cela, une fiche standardisée établie par les autorités doit être

fournie au client. Ce dernier devra donner un consentement éclairé, après un délai de réflexion d'au moins 15 jours, écrit et signé par lui ou ses parents si le client est mineur.

- Le client doit de son côté s'assurer auprès de son médecin qu'il ne souffre d'aucune pathologie qui serait susceptible de contre-indiquer la réalisation du *piercing*.
- Le matériel utilisé pour réaliser les perçages doit respecter les normes européennes et ne plus utiliser de matériaux contenant du Nickel.
- Les personnes réalisant les *piercings* engagent leur responsabilité juridique.
- Les personnes décidant d'ouvrir un salon de perçage doivent en informer les autorités sanitaires. Ces dernières ont pour rôle de veiller au respect et à l'application des mesures en faisant des contrôles réguliers. En cas de non-respect, les propriétaires s'exposent à des sanctions.

Certaines de ces réglementations ont permis d'établir le « décret n°2008-149 du 19 février 2008 fixant les conditions d'hygiène et de salubrité relatives aux pratiques du tatouage avec effraction cutanée et du perçage » (Fillon et coll., 2008).

1.3.2. Les réglementations inhérentes aux *piercings*

- Le nickel

En premier lieu, une directive européenne a été formulée en 1994 visant à interdire l'utilisation du nickel pour tous les bijoux destinés à être en contact avec la peau. Cette dernière a été adaptée pour le droit français par l'arrêté du 1er juillet 2000 revu par l'arrêté du 4 août 2005 et précise que sont interdits à la mise sur le marché les produits contenant du nickel comme cités ci-dessous (Gillot et coll., 2000) :

1. L'assemblage de tiges introduites, à titre temporaire, dans les oreilles percées et dans les autres parties du corps humain qui sont percées, pendant la durée de l'épithélialisation de la blessure provoquée par la perforation, à moins que ces assemblages ne soient homogènes et que la concentration en nickel - en termes de masse de nickel par rapport à la masse totale - ne soit inférieure à 0,05 %.

2. Types de produits destinés à entrer en contact direct et prolongé avec la peau, si le taux de libération du nickel qui se dégage des parties de ces produits entrant en contact direct et prolongé avec la peau est supérieur à 0,5 µg par centimètre carré et par semaine.

3. Types de produits énumérés au point 2 ci-dessus comportant du nickel ou ses composés lorsqu'ils sont recouverts d'une matière autre que le nickel, à moins que ce revêtement ne soit suffisant pour assurer que le taux de libération de nickel qui se dégage des parties de ces produits entrant en contact direct et prolongé avec la peau ne dépasse pas 0,5 µg par centimètre carré par semaine pendant une période d'utilisation normale du produit de deux ans minimum.

La détermination de la teneur en nickel est mesurée conformément à la norme NF EN 1810 (publiée par l'AFNOR en octobre 1998).

La libération du nickel est mesurée conformément à la norme NF EN 1811 (publiée par l'AFNOR en février 1999).

- Les matériaux

Il existe de nombreux matériaux respectant les normes de sécurité tout en restant esthétiques. Nous parlons de matériaux « implantables » c'est-à-dire ceux qui sont placés en première pose. Ces derniers doivent respecter la norme européenne vue précédemment concernant la teneur en nickel. En revanche, nous parlerons de matériaux non implantables pour les bijoux qui seront placés une fois le *piercing* cicatrisé. De plus, une des propriétés importantes est la biocompatibilité du matériau, c'est-à-dire qu'ils doivent être résistants à la corrosion qui peut être causée par les fluides sécrétés par le corps humain (Salmandjee, 2003).

- Le titane (implantable)

Les caractéristiques de cet élément en font un des matériaux idéals pour les bijoux corporels. En effet, il est très léger, donc particulièrement apprécié pour les *piercings* buccaux et très résistant à la corrosion (Salmandjee, 2003). Le grade du titane utilisé pour les *piercings* est le grade 23. Il est composé d'environ 90% de Titane, 6% d'Aluminium et de 4% de Vanadium (Nunney et coll., 2013). Enfin, le titane peut être coloré en surface par anodisation.

- Le PTFE (implantable)

Le Polytétrafluoroéthylène est un polymère très souple donc très apprécié pour les *piercings* de la cavité orale. Il peut facilement être stérilisé donc utilisable comme *piercing* « de pose ».

- PMMA (implantable)

Il s'agit d'un matériau plastique, transparent de haute performance. Il est inerte, et possède une très bonne rigidité et une très bonne stabilité dimensionnelle.

- Platine (implantable)

Il s'agit d'un métal noble ayant de nombreuses qualités, dont la principale est qu'il est l'un des seuls métaux réellement anti-allergéniques. Il est très apprécié dans le milieu du *piercing*, le seul inconvénient est son prix.

- Acier (implantable ou non selon le grade)

Il est très utilisé pour les bijoux de *piercing*. Comme pour le titane, la qualité de l'acier se mesure en grade. Pour les bijoux de *piercing* le grade idéal est de 300, plus particulièrement les grades 316 L et 316 LVM. Mais attention, il faut tenir compte de la directive européenne concernant la teneur nickel. En effet, l'acier chirurgical de grade 316 LVM contient entre 12 et 14 % de nickel, nous ne pouvons donc pas le placer en première pose. Il est réservé plutôt en bijou quotidien.

- Or (implantable en fonction de la pureté)

L'or était utilisé dans les civilisations ancestrales, mais attention il n'est pas adapté à tous les cas. Il faut tenir compte de sa pureté. L'or à 14 carats est adapté aux *piercings* déjà cicatrisés, mais nous éviterons d'utiliser l'or à 9 carats en raison des alliages présents dans sa composition. Il faut faire néanmoins attention aux risques d'allergies, car l'or blanc contient du nickel.

- L'argent (non implantable)

Il est vivement déconseillé d'utiliser ce type de métal, car il n'est pas hypoallergénique. En effet, s'il est en contact avec l'air ou des sécrétions, il devient hautement allergène.

De nombreux matériaux sont utilisés pour les *piercings*, ces derniers sont soumis à des règles qui sont primordiales afin d'encadrer la pratique et leur emploi. De surcroît, il est nécessaire de bien les choisir, mais aussi de les utiliser en respectant certaines règles d'hygiène.

1.3.3. L'hygiène et la stérilisation au sein des salons de *piercing*

Nous l'avons vu dans les paragraphes précédents qu'une tentative d'encadrement des actes a débuté dans les années 2000. Pour cela, une démarche unique en Europe a été entreprise, qui fut de réunir des professionnels de santé et des professionnels du *piercing*. C'est à la suite de cette réunion qu'a été établi le « Guide des bonnes pratiques du *piercing* » destiné à l'usage des professionnels du *piercing* pour limiter le risque de transmission des maladies infectieuses. C'est au sein de ce guide que nous allons trouver toutes les précautions à prendre en matière d'hygiène et de stérilisation (Guiard-Schmid, 2001).

- L'hygiène

Nous allons évoquer les règles d'hygiène inhérentes à un salon de perçage. Elles passent dans un premier temps par une disposition adéquate des locaux et dans un second temps par le respect des protocoles d'hygiène lors de la réalisation de l'acte.

Il est donc nécessaire au sein du salon de perçage d'isoler la salle de *piercing* de la salle d'attente et de la salle de stérilisation.

La pièce où est réalisé le *piercing* se divise en 3 parties :

- Une zone sale
- Une zone moyennement propre
- Une zone propre

La zone « sale » est une zone où sont placées toutes les choses qui ont servi à la réalisation du *piercing* (matériel souillé, compresses, déchets), une poubelle à pédale, un conteneur destiné à contenir les aiguilles usagées...

La zone « moyennement propre » est la zone où le perceur va installer le client. Elle doit normalement contenir un fauteuil pour l'installation du client qui doit être recouvert d'un papier qui sera changé entre chaque acte, un lavabo avec tout le matériel nécessaire à la désinfection et enfin un distributeur de papier absorbant.

La zone « propre » est la zone où sont déballés les instruments stériles nécessaires à la réalisation de l'acte. Cet espace doit être isolé et non contaminable.

Si toutes les conditions sont réunies concernant le local, le perceur peut pratiquer le perçage dans de bonnes conditions.

Voici le déroulement de la réalisation d'un *piercing*.

Avant le geste :

Le perceur se doit d'interroger le client sur son état de santé et de déceler d'éventuelles pathologies, allergies, médicaments qui pourraient contre-indiquer la réalisation de l'acte. De plus, il doit s'assurer de la bonne santé mentale du patient et qu'il n'est sous l'emprise ni de drogue ni d'alcool. Il doit s'assurer que la zone où le *piercing* va être réalisé est indemne de toutes lésions, plaies, etc. Si le *piercing* est réalisé au niveau de la cavité orale le patient doit présenter un état bucco-dentaire correct. En cas de doute, le professionnel doit prendre contact avec le médecin ou dentiste traitant.

Il serait peut-être judicieux de proposer à la profession de fournir aux clients souhaitant se faire percer un questionnaire médical type réalisé en partenariat avec des professionnels de santé afin de pouvoir déceler les personnes à risque.

Le perceur va choisir ensuite un bijou adapté au client. Ce bijou dit « de pose » doit être stérilisé avant son utilisation.

La préparation du matériel :

Au départ, le professionnel installe le client et réalise un lavage des mains avec un savon doux puis se sèche les mains avec du papier à usage unique.

L'étape suivante est la préparation du matériel, pour cela il met des gants non stériles.

Puis il pose un champ stérile sur une tablette en veillant à ne pas toucher l'intérieur stérile du champ, il y dépose tout le matériel stérile en veillant à ne pas le toucher.

Il pose ensuite une coupelle stérile dans laquelle il place du désinfectant et une compresse qui servira à la réalisation de la seconde désinfection.

Il procède au nettoyage et à la première désinfection de la région à percer à l'aide d'un savon doux puis d'un rinçage. Il peut alors passer à la première désinfection à l'aide d'une solution antiseptique composée de polyvidone iodée à 10% ou de chlorhexidine alcoolique à 0,5%.

Une fois la zone bien désinfectée il procède au repérage du *piercing* en veillant à utiliser une encre qui résistera à la seconde désinfection.

La réalisation du perçage :

Tout en respectant des conditions précises d'asepsie, le perceur se lave les mains au savon liquide antiseptique et met des gants chirurgicaux stériles.

Ensuite, il procède à la seconde désinfection à l'aide d'une solution antiseptique à base de polyvidone iodée à 10% ou de chlorhexidine alcoolique à 0,5%.

Si toutes les précautions ont bien été prises le *piercing* est réalisé et le bijou mis en place. Tous les instruments souillés sont alors placés dans des conteneurs, les déchets considérés comme « ménagers » sont placés dans la poubelle quotidienne.

Un nettoyage de la zone à l'aide de compresses stériles et d'eau permet de terminer l'acte.

L'opérateur retire ses gants et réalise un dernier lavage des mains.

- La stérilisation

Tout salon de *piercing* doit posséder une salle de stérilisation du matériel divisée en deux parties distinctes : une partie dite « sale » et une autre dite « propre ». Il est nécessaire d'aller toujours du « sale vers le propre » et d'éviter un croisement du matériel.

Nous allons évoquer les différentes étapes de stérilisation du matériel qui est identique à la stérilisation réalisée au sein d'un cabinet dentaire.

La personne responsable de la stérilisation commence tout d'abord par réaliser une **prédésinfection**, c'est-à-dire qu'elle laisse tremper les instruments souillés dans une solution de détergents-désinfectants pendant la durée déterminée par le fabricant (généralement 15-30 min). Puis réalise un rinçage à l'eau claire.

Ensuite vient l'étape du **nettoyage** qui va permettre d'éliminer les souillures présentes sur le matériel. Il se fait manuellement par brossage des instruments, auquel s'additionne un passage dans un bac à ultrasons.

Une fois cette étape achevée vient l'étape du **séchage** des instruments. Il s'agit là d'une étape importante, car seulement le matériel sec pourra être conditionné correctement et éviter ainsi l'altération de l'emballage.

L'étape suivante est le **conditionnement** c'est-à-dire que l'opérateur va placer les instruments dans un emballage spécifique, les protégeant ainsi du milieu extérieur. Pour fermer hermétiquement le matériel et passer à l'étape de stérilisation, l'opérateur va venir souder l'emballage à l'aide d'une thermosoudeuse. Une fois le matériel propre, sec et bien conditionné nous pouvons passer à la **stérilisation**.

Les objets conditionnés dans leur emballage sont ensuite placés dans un stérilisateur avec vide fractionné et séchage. Concernant les cycles de stérilisation, les paramètres recommandés concernant la température et la durée sont actuellement de **134°C** pendant **18 min**, il s'agit là de la norme de stérilisation prenant en compte les prions.

Une fois le matériel stérilisé, il peut être rangé dans un endroit propre et sec à l'abri de la lumière et la durée de stockage est limitée à 3 mois.

Si toutes les recommandations mises en place étaient respectées par les perceurs, cela permettrait de limiter le risque de transmission des maladies infectieuses et de diminuer les complications postopératoires. Une question se pose alors: « Ces recommandations sont-elles vraiment appliquées ? Et ce dans quelles mesures ? ». Car malgré tout nous rencontrons encore à l'heure actuelle de nombreuses complications qui dépendent en grande partie des moyens mis en œuvre lors des procédures de perçage comme la stérilisation, le choix du matériel, mais aussi la santé du patient et le site où le *piercing* est réalisé (Huber et coll., 2003). Nous allons aborder dans la partie suivante les complications rencontrées à court terme puis à long terme suite à la pose d'un *piercing* au niveau de la sphère oro-faciale.

2. Le *piercing* et la santé des patients

2.1. Impact sur la cavité orale

Le choix de réaliser un *piercing* oral et péri-oral est une mode qui va malheureusement de pair avec une augmentation de la prévalence des complications rencontrées, ce qui devient un véritable problème de santé publique (Gunepin et coll., 2010). En effet, il est très fréquent pour un chirurgien-dentiste de rencontrer des patients présentant des *piercings* au niveau des lèvres ou de la langue lors de sa pratique quotidienne. Malheureusement, nous remarquons souvent lors de l'interrogatoire des patients porteurs de *piercings* que ces derniers ne sont pas informés des problèmes et complications qu'il est possible de rencontrer. Dans ce paragraphe, nous allons aborder l'impact du *piercing* au niveau de la cavité orale en distinguant les complications à court terme c'est-à-dire celles qui surviennent directement à la suite de la pose du *piercing* et les complications à long terme qui apparaissent suite au port quotidien du *piercing* (Moor et coll., 2005).

2.1.1. Les complications à court terme

- L'œdème et la douleur

Lorsque le professionnel place un *piercing* chez son client, il réalise une effraction de la barrière épithéliale cutanée ou muqueuse. Suite à ce traumatisme des différents revêtements, une réponse immédiate apparaît : il s'agit du phénomène inflammatoire (Plastargias et Sakellari, 2014).

Le phénomène inflammatoire se divise en deux étapes principales :

La congestion active qui débute par une vasodilatation artériolaire, qui a pour conséquence une augmentation de l'apport sanguin. Puis les nerfs vasomoteurs se mettent en action, ce qui entraîne alors la congestion. Le site percé est alors rouge et chaud.

Puis vient l'étape de l'**œdème inflammatoire** formé en raison du passage de l'exsudat au sein du tissu conjonctif interstitiel. C'est à ce moment-là qu'apparaît la

tuméfaction. Cette dernière va venir comprimer les terminaisons nerveuses et donc provoquer la douleur.

De plus, cet œdème va permettre un apport au niveau du site d'effraction, de médiateurs chimiques et des cellules de défenses.

Ce phénomène est donc naturel et bénéfique pour pallier l'agression (Collège français des Pathologistes, 2011).

Ainsi au niveau de chaque site oral percé un phénomène d'inflammation local va alors survenir. Nous allons par la suite nous intéresser à un site en particulier : la langue.

En effet, il s'agit d'une zone richement vascularisée et donc l'apparition d'un œdème assez volumineux au niveau lingual est une conséquence normale (Farah et Harmon, 1998).

Une étude de cas d'une jeune femme âgée de 25 ans ayant réalisé un *piercing* lingual a été menée par le Dr Camille S. Farah en 1998 (Farah et Harmon, 1998). Il a été reporté que chez cette patiente un œdème est apparu 6 à 8 heures après la procédure et a augmenté durant les 3 à 4 jours suivants, notamment lors des moments de sollicitation intensive comme les repas, les longues conversations ou les activités physiques.

En raison de cette augmentation de volume, le professionnel doit adapter le bijou initial dit « bijou de pose », c'est-à-dire qu'il doit choisir un bijou d'une longueur allant de 18 à 20 mm afin de permettre l'expansion de la langue percée (Gunepin et coll., 2010). En cas de non-respect de ces recommandations, il se peut qu'en raison de l'œdème le bijou s'intègre dans le tissu lingual au niveau de la face ventrale de la langue. Un geste de chirurgie locale est nécessaire afin de retirer le bijou (Theodossy, 2003 ; Levin et coll., 2005). En revanche, nous retrouvons des cas dans la littérature respectant ces recommandations, mais où les conséquences sont identiques. Ceci serait dû au fait que le patient appuie avec son *piercing* sur les incisives entraînant petit à petit l'intégration du bijou au sein de la muqueuse linguale (Gunepin et coll., 2010).

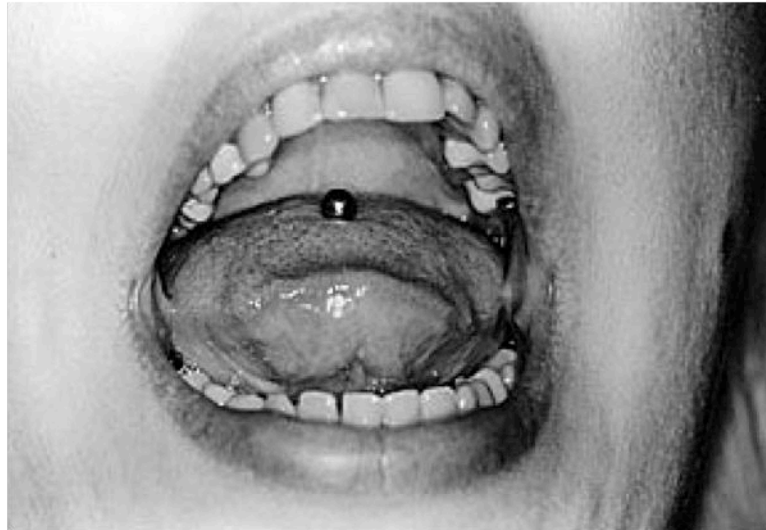


Figure 7 : Bijou visible au niveau de la face dorsale de la langue alors qu'il est totalement intégré dans la face ventrale (Source : Theodossy, 2003)

De plus, une langue œdématisée va créer une gêne lors de la mastication, déglutition et prononciation de son tel que le « s », « sh », « th », « ph », « t » et « v » (Levin et coll., 2005).

Enfin l'œdème peut dans certains cas prendre de telles proportions et obstruer les voies respiratoires mettant en jeu le pronostic vital (Levin et coll., 2005). Il a été reporté dans la littérature le cas d'un patient âgé de 18 ans venant aux urgences 48 h après la pose d'un *piercing* à la langue. Le patient présentait alors des difficultés pour parler, respirer et avaler. L'examen intraoral a permis de mettre en évidence une langue dont le volume avait considérablement augmenté. L'examen des voies aériennes supérieures à l'aide d'un naso-fibroscope a mis en évidence que le gonflement s'entendait jusqu'à la partie postérieure de la langue empêchant le passage de l'air. Le patient souffrait d'une glossite aiguë, il a donc été admis en soins intensifs et mis sous oxygène (Keogh et O'Leary, 2001).

- Le saignement prolongé au niveau de la langue

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, la langue est un organe richement vascularisé. Elle est traversée par l'artère linguale qui provient de l'artère carotide externe et se divise en 3 branches majeures : l'artère dorsale de la langue, l'artère sublinguale et l'artère linguale profonde. Elle est aussi traversée par la veine linguale qui assure le drainage du territoire de la langue dans le tronc veineux tyro-lingo-facial qui se jette ensuite dans la jugulaire interne. Il est donc normal qu'un saignement apparaisse lors de la procédure, mais ce dernier est facilement contrôlable. Si le saignement persiste et devient abondant, il doit être rapidement pris en charge (Peticolas et coll. 2000). Ceci reste très rare du fait de la localisation majoritairement latérale des vaisseaux sanguins et de la position généralement médiane du *piercing* (Gunepin et coll., 2010).

Nous retrouvons deux cas au sein de la littérature de saignements prolongés. Le cas d'une jeune fille de 19 ans dont la position du *piercing* a été décalée par rapport à la ligne médiane entraînant un saignement abondant suivi d'un malaise de la patiente et d'une prise en charge hospitalière (Hardee et coll., 2000).

Le second cas est celui d'un jeune homme de 15 ans qui à la suite de la pose d'un *piercing* lingual, s'est présenté aux urgences pédiatriques en raison d'un saignement prolongé. L'examen intraoral a permis de mettre en évidence au niveau de la face ventrale de la langue un large hématome d'environ 2 cm associé à du tissu nécrotique qu'il a été nécessaire de retirer après avoir fait mordre le patient sur une gaze pour dissiper le caillot (Rosivack et Kao, 2003). Bien sûr, ces complications peuvent devenir significatives si le patient présente des pathologies sanguines telles que des troubles de la coagulation (Maheu-Robert et coll., 2007).



Figure 8 : Hématome de 2 cm de diamètre au niveau de la face ventrale de la langue
(Source : Rosivack, 2003)

- Saignements prolongés et hématomes au niveau des lèvres

Nous retrouvons très peu de données concernant ce type de complication. Seul De Moor et coll. dans une étude (Moor et coll., 2005) menée sur 50 patients dont le but était d'évaluer la situation clinique orale et péri-orale de patient porteur de *piercing*, rapportent l'apparition de ce type de troubles. En effet, nous retrouvons dans cette étude le cas d'un patient présentant un saignement prolongé suite à la réalisation d'un *piercing* à la lèvre et deux cas d'apparition d'hématome au niveau labial.

- Les lésions nerveuses

De nombreux nerfs innervent la région orale et péri-orale. Il est donc possible lors de la réalisation de *piercings* péribuccaux de léser certains de ces nerfs tels que le glosso-pharyngien, l'hypoglosse, le trigéminal ou le facial de façon permanente ou définitive (Peticolas et coll., 2000).

Au niveau lingual, les lésions nerveuses sont plus fréquentes lors des perçages dorso-latéraux que linguaux. Les conséquences vont dépendre du nerf touché et peuvent aller du simple engourdissement à l'altération du goût et/ou de la motricité (Gunepin et coll., 2010).

- Les complications infectieuses locales

Des infections locales peuvent survenir, car la muqueuse qui tapisse la cavité orale et/ou la langue sont transpercées. Des bactéries qui vivent en symbiose au sein de la cavité buccale peuvent être introduites au niveau de la brèche (Gunepin et coll., 2010), mais aussi des bactéries inoculées lors de l'acte. Ces bactéries peuvent être à l'origine d'une infection locale ou bien passer dans le sang et créer une infection à distance (nous verrons cela dans un prochain paragraphe).

Il est donc impératif pour le perceur de respecter des règles d'hygiène strictes comme le port de gants stériles, l'utilisation de matériels jetables ou stérilisables, de bijoux de poses stérilisés au préalable (Maheu-Robert et coll., 2007). Si toutes ces recommandations sont appliquées et que le client suit les règles d'hygiène post pose du *piercing*, le risque de développer une infection est réduit.

Malgré tout, si une infection survient une prise en charge médicale est nécessaire. Le retrait du *piercing* ne doit pas être fait en première intention. En effet, le site se referme rapidement et risque de « piéger » l'infection au sein des tissus l'empêchant de se drainer par l'orifice. Pour éviter la formation d'abcès, les auteurs conseillent soit de laisser le bijou en place soit de le remplacer par du matériel stérile ou un drain chirurgical. Ce geste sera accompagné d'une antibiothérapie adéquate (Gunepin et coll., 2010).

Par contre, s'il y a formation d'un abcès et que ce dernier est collecté une incision et un drainage peuvent être réalisés. Ces gestes seront de même accompagnés d'une antibiothérapie.

Dans la littérature, la survenue d'une infection à la suite d'un *piercing* de la langue est la complication la plus commune et nous estimons à 20% le taux d'infection apparu à la suite d'un *piercing* intraoral (Peticolas et coll., 2000 ; Maheu-Robert et coll., 2007).

Nous retrouvons dans la littérature le cas d'un patient présentant une langue bifide suite à une infection sévère au niveau du site de perçage lingual (Fleming et Flood, 2005).

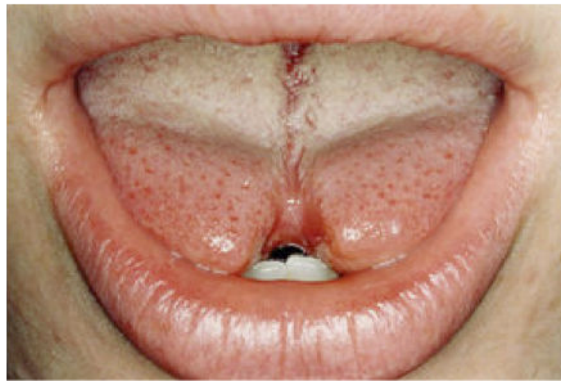


Figure 9 : Langue bifide suite à une infection sévère de la langue

(Source : Fleming, 2005)

2.1.2. Les complications à long terme

- Non dentaires
 - L'allergie

Il s'agit d'une complication qui apparaît soit directement après la pose du *piercing* soit à la suite du port du *piercing*.

Les principaux allergènes auxquels peuvent être exposés les patients sont le cobalt et le nickel (Gunepin et coll., 2010). La réaction la plus courante est l'apparition d'une dermatite de contact. Il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité de type IV qui se manifeste par des rougeurs, des démangeaisons, des petites vésicules (Van Hoover et coll., 2017). Si ce type de réaction apparaît, il est nécessaire d'enlever le *piercing* (Gunepin et coll., 2010).

Nous avons vu dans un paragraphe précédent qu'une réglementation concernant la teneur en nickel dans les bijoux avait été mise en place, mais malgré cela les dermatologues ont constaté une augmentation de l'incidence des allergies en même temps qu'une augmentation du nombre de personnes passant à l'acte (Gunepin et coll., 2010).

- L'hypersalivation

Elle va apparaître, car le *piercing* est un élément étranger qui est introduit dans les tissus. Ainsi, dans une étude publiée en 2002 par Venta et coll. (Ventä et coll., 2005),

63 % des individus porteurs de *piercing* interrogés ont fait part d'une augmentation de leur salivation, contre 26 % pour les individus du groupe contrôle (non-porteurs de *piercing*). En plus, comme nous l'avons évoqué auparavant le *piercing* peut interférer lors de la mastication, déglutition et prononciation de certains sons.

- Le galvanisme

Un courant galvanique va être généré entre une restauration dentaire à l'amalgame et le *piercing* (De Moor et coll., 2000). Un effet de « pile » va être créé entre la restauration à l'amalgame qui correspond à l'anode, le *piercing* qui correspond à la cathode et la salive qui joue le rôle de solution électrolytique (Godinot, 2012). De Moor, dans une étude menée (De Moor et coll., 2000) sur 15 patients porteurs de *piercing* à la langue, nous expose le cas d'un patient porteur d'une large restauration à l'amalgame ainsi que d'un *piercing* à la langue. Ce dernier se plaint de l'apparition d'un courant galvanique lors du contact entre l'amalgame et le *piercing* générant des sensibilités pulpaire. Après discussion avec le patient qui ne souhaite pas retirer le bijou, la décision a été prise de retirer l'amalgame et de le remplacer par une résine composite, entraînant ainsi la disparition des sensibilités pulpaire.

- L'inhalation et l'ingestion

Le *piercing* est un élément étranger qui est manipulé fréquemment par son porteur pour être nettoyé après les repas notamment. Il peut à cette occasion être mal revissé et par conséquent être ingéré ou inhalé par le patient. La conséquence directe peut être une obstruction des voies aériennes et conduire à la mort (Careaga Reyna et coll., 2008). Nous retrouvons dans la littérature le cas d'un jeune homme de 17 ans ayant inhalé son *piercing* lingual. C'est l'apparition d'une sensation d'asphyxie associée à une dyspnée puis l'absence du *piercing* qui a poussé le patient à consulter son médecin. Après examen et radiographie du thorax, le corps étranger a été localisé. En raison du fait que ce corps métallique ne pouvait pas être extrait pas bronchoscopie, une thoracotomie postéro latérale droite sous anesthésie générale fut nécessaire pour le récupérer.

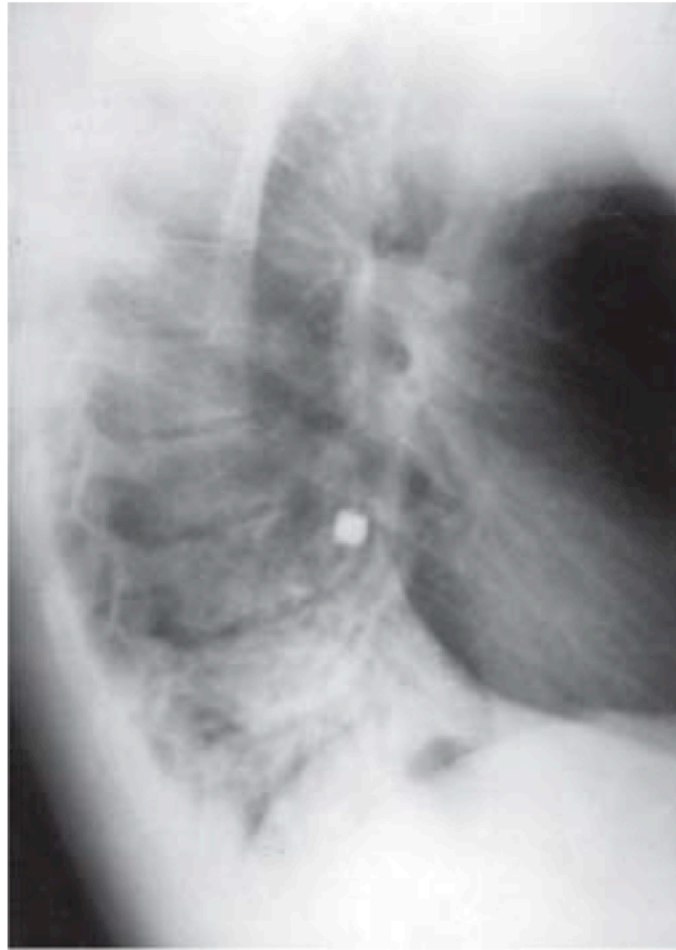


Figure 10 : Figure : Radiographie latérale du thorax où nous pouvons voir le corps étranger ainsi qu'une rétraction du lobe inférieur droit (Source : Careaga Reyna, 2008)

- L'altération tissulaire localisée

La présence quotidienne d'un *piercing* oral et péri-oral peut créer divers traumatismes au niveau de la muqueuse. En effet, le *piercing* peut être à l'origine du développement d'un tissu chéloïde hypertrophique. Cette apparition va être favorisée par la présence de pathologies systémiques, la prise de médicaments ou encore la fumée de cigarette (Escudero-Castaño et coll., 2008). Ces lésions vont apparaître lorsqu'il y a infiltration de tissu non affecté au niveau du site percé. Elles sont caractérisées par la production de mucines interstitielles au niveau du collagène du tissu conjonctif. Ces lésions sont bénignes et ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale. Cependant, si l'on associe bonne hygiène orale et réduction de la taille

du bijou, les lésions vont diminuer. Mais seul le retrait définitif du bijou conduira à la disparition totale des lésions (Maheu-Robert et coll., 2007).

D'autre part, le port quotidien du *piercing* va créer un traumatisme des tissus pouvant générer alors un fibrome traumatique. C'est le tissu conjonctif qui va réagir suite à une irritation chronique en formant une petite tumeur bénigne localisée, d'aspect normal et de consistance molle. En cas de gêne, le seul traitement possible est l'exérèse chirurgicale (Escudero-Castaño et coll., 2008).

D'autres types de lésions peuvent également apparaître au niveau des papilles linguales. En effet, le rapport intime du bijou avec la muqueuse de la langue peut altérer les papilles linguales et être à l'origine d'une dysgueusie, c'est-à-dire la perte progressive du goût (D'dharan et Neelakantan, 2013).

Enfin, un bijou en argent pur peut créer au niveau de la gencive une argyria localisée. Il s'agit d'une coloration de la gencive par les composants du bijou. Cette coloration est semblable au tatouage gingival causé par les restaurations à l'amalgame (D'dharan et Neelakantan, 2013).

- Trouble au niveau de l'ATM

Une étude menée en 2016 par Mejersjo, Ovesson et Mossberg (Mejersjö et coll., 2016) a tenté de démontrer le lien possible entre l'apparition de troubles au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire et la présence de *piercings* oraux. L'étude a été réalisée sur 124 étudiants suédois en troisième année d'étude secondaire. Pour mener à bien cette étude, les auteurs ont mis en place un questionnaire portant sur l'intensité de la douleur orofaciale et la présence de dysfonction. Puis, un examen clinique scindé en deux parties a été réalisé: une première où deux dentistes étudiant en détail l'ATM puis une seconde où ils évaluent le degré d'attrition et d'érosion des incisives supérieures et des premières molaires.

Les résultats ont montré que plus de la moitié des sujets avec un *piercing* oral présentaient un indice de dysfonction clinique modéré à sévère. En effet, la présence

du *piercing* pourrait introduire des parafunctions, c'est-à-dire générer des activités anormales de l'appareil manducateur et une sollicitation accrue des muscles, mise en évidence par des tensions musculaires présentes chez les sujets examinés. Les parafunctions les plus courantes chez les porteurs de *piercing* sont les tics de morsure du bijou et le « jeu » au sein de la cavité orale.

Ce sont ces parafunctions qui seraient donc à l'origine des troubles au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire.

- Obstacle au cours des soins dentaires et médicaux

Le port de *piercings* peut se révéler être une entrave lors de certaines procédures médicales et dentaires (Dermata et Arhakis, 2013). En effet, lors d'un examen intraoral, et notamment lors de la réalisation de radiographie rétroalvéolaire et panoramique, la présence de *piercings* va bloquer la transmission des rayons X, créant ainsi des artéfacts radiographiques. Il est de ce fait demandé au patient de retirer les bijoux lors des examens radiographiques (Peticolas et coll., 2000; Alam et coll., 2016).

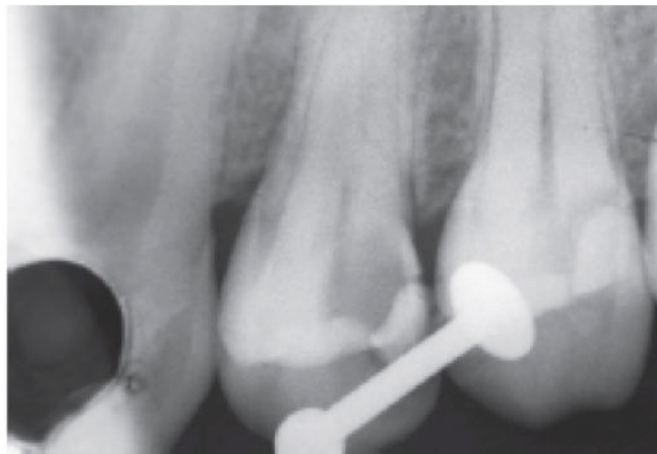


Figure 11 : Radiographie rétroalvéolaire présentant un artéfact radiologique dû à un *piercing* de la lèvre supérieure (Source : Zenati, 2012)

De plus, lors d'une anesthésie tronculaire, une partie de la langue est engourdie, le patient perd donc ses repères au sein de la cavité orale. Le risque de créer des dommages au niveau dentaire est donc augmenté (Peticolas et coll., 2000). Dans ce cas, il est conseillé de retirer le bijou. Cependant, certains patients sont réticents à l'idée de retirer leur *piercing*, car l'orifice peut se refermer en quasiment deux heures. Pour pallier cela, Peticolas et coll. (Peticolas et coll., 2000), proposent une solution provisoire qui est de mettre en place au niveau du site de perçage un fil de nylon adaptable en fonction du diamètre de l'orifice. Cette solution peut permettre la réalisation des actes sans gêne pour le patient et pour le praticien (Gunepin et coll., 2010). Ci-dessous voici le protocole étape par étape (Peticolas et coll., 2000):

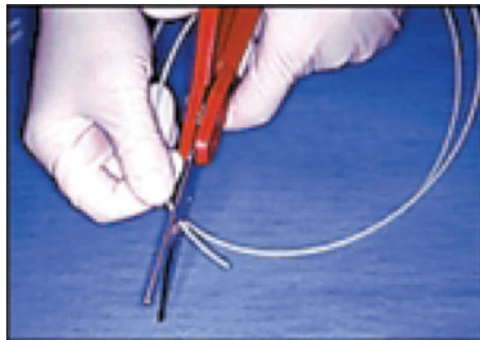


Figure 12 : Le fil de nylon est coupé à la longueur souhaitée

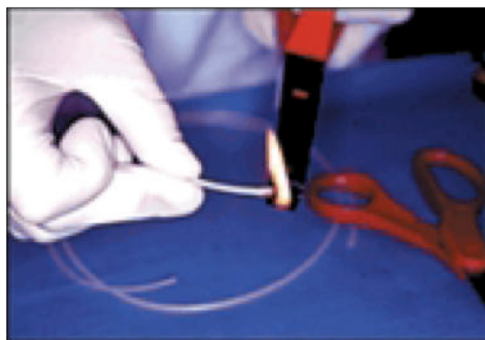


Figure 13 : Une des extrémités est fondue à l'aide d'un spot flamme



Figure 14 : Une fois l'extrémité chauffée, elle sera positionnée sur une surface plane pour être aplatie et servir de « stop »

Enfin, lors des anesthésies générales le *piercing* peut s'avérer être à l'origine de certains désagréments, mais le retrait systématique du bijou avant une intervention chirurgicale n'est pas unanime. En effet, certains praticiens demandent la dépose avant l'intervention chirurgicale pour des raisons de sécurité, prévenant ainsi tous problèmes lors de l'intubation (blessure, inhalation, etc..), d'autres n'estiment pas cela nécessaire (Gunepin et coll., 2010). Cependant, il n'existe pas à l'heure actuelle de recommandations sur le sujet, les décisions sont prises en accord avec le patient (Muller, 2016).

- Dentaires
 - Sur les tissus durs

La présence d'un corps étranger au sein d'une cavité orale étroite va créer des chocs inévitables entre le bijou et les surfaces dentaires. Nous parlerons de *wrecking-ball dental fracture* qui concerne les porteurs de *piercing* lingual (Zenati et Raybaud, 2012). C'est lors de mouvements quotidiens tels que la déglutition, la phonation, la mastication que le *piercing* lingual va s'entrechoquer avec les organes dentaires, mais aussi lorsque le patient développe des mauvaises habitudes comme les tics de morsure du *piercing* ou l'interposition du bijou entre les incisives (De Urbiola Alís et Viñals Iglesias, 2005). Au niveau des dents postérieures, les conséquences seront des pertes superficielles de tissus dentaires, des fissures, des fractures. Au niveau du bord libre des dents du secteur antérieur, une usure anormale pourra apparaître (Gunepin et coll., 2010).



Figure 15 : Fracture du bord libre des incisives (Source : Escudero-Castaño, 2008)



Figure 16 : Interposition du bijou entre 15-16 et 46 (Source : Zenati, 2012)

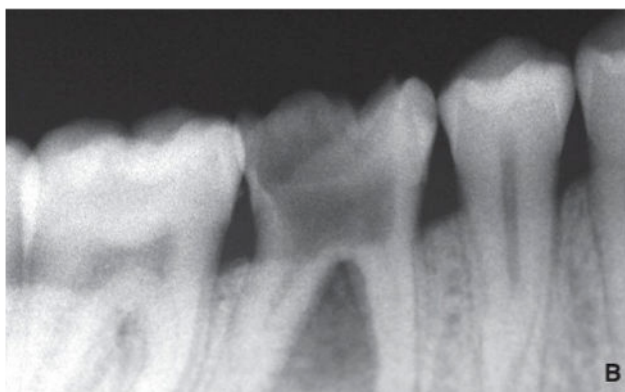


Figure 17 : Radiographie de 46 (correspond à la photographie précédente) mettant en évidence un délabrement important associé à une atteinte de furcation: la dent a été extraite (Source : Zenati, 2012)

Nous retrouvons au sein de la littérature de nombreux cas de fissures/fractures dentaires qui se manifestent par des sensibilités au froid, au sucré et dans certains cas par des abcès.

L'apparition de ce type d'atteintes sera influencée par divers facteurs, comme le positionnement, le type de matériaux et l'ancienneté du bijou.

En effet, un bijou positionné en pointe de langue (comme le *Snake piercing*) aura tendance à créer plus d'atteintes des structures dentaires (Jeger et coll., 2009).

Traditionnellement, les *piercings* sont composés d'extrémités en métal, mais nous retrouvons à l'heure actuelle sur le marché, des bijoux non métalliques avec des extrémités en caoutchouc, occasionnant a priori moins de dommages (Maheu-Robert et coll., 2007).

Enfin, l'ancienneté du bijou reste un des facteurs primordiaux. En effet, dans une étude menée par Campbell et coll. (Campbell et coll., 2002) en 2002, 47 % des sujets présentent des fissures au niveau des molaires et prémolaires causées par un *piercing* posé il y a plus de 4 ans.

Concernant les soins à apporter à ces dents ils se feront au cas par cas, et en fonction du maintien ou du retrait du *piercing* (Maheu-Robert et coll., 2007). Les dommages simples pourront être obturés à la résine composite. En cas de

délabrement plus conséquent, l'utilisation d'onlay-inlay ou de couronnes en céramique est à proscrire, car le *piercing* peut créer des éclats au niveau des surfaces des couronnes laissant ainsi apparaître le métal sous-jacent (Zenati et Raybaud, 2012). Enfin, si la fracture ou le délabrement sont trop importants la dent devra être extraite (De Moor et coll., 2000 ; Zenati et Raybaud, 2012).

Nous ne retrouvons pas au sein de la littérature d'articles préconisant un matériau en particulier adapté à cette situation : le seul conseil, si le patient ne souhaite pas retirer son *piercing*, serait de remplacer les tiges métalliques par des tiges en Téflon® ou en acrylique, mais aucune étude n'a montré avec certitude leur efficacité sur le long terme (Zenati et Raybaud, 2012).

- Sur les tissus mous

Comme sur les tissus durs, le *piercing* aura un impact sur la muqueuse qui tapisse la cavité orale. Le traumatisme créé par les chocs répétés va provoquer une blessure au niveau de la gencive, il en résulte donc une inflammation (Brooks et coll., 2003). Pour le *piercing* lingual, l'inflammation sera plus importante si les dimensions du bijou sont inadaptées et le bijou placé en pointe de langue (Zenati et Raybaud, 2012).

Exemple du traumatisme créé par un *piercing* labial inférieur type labret:

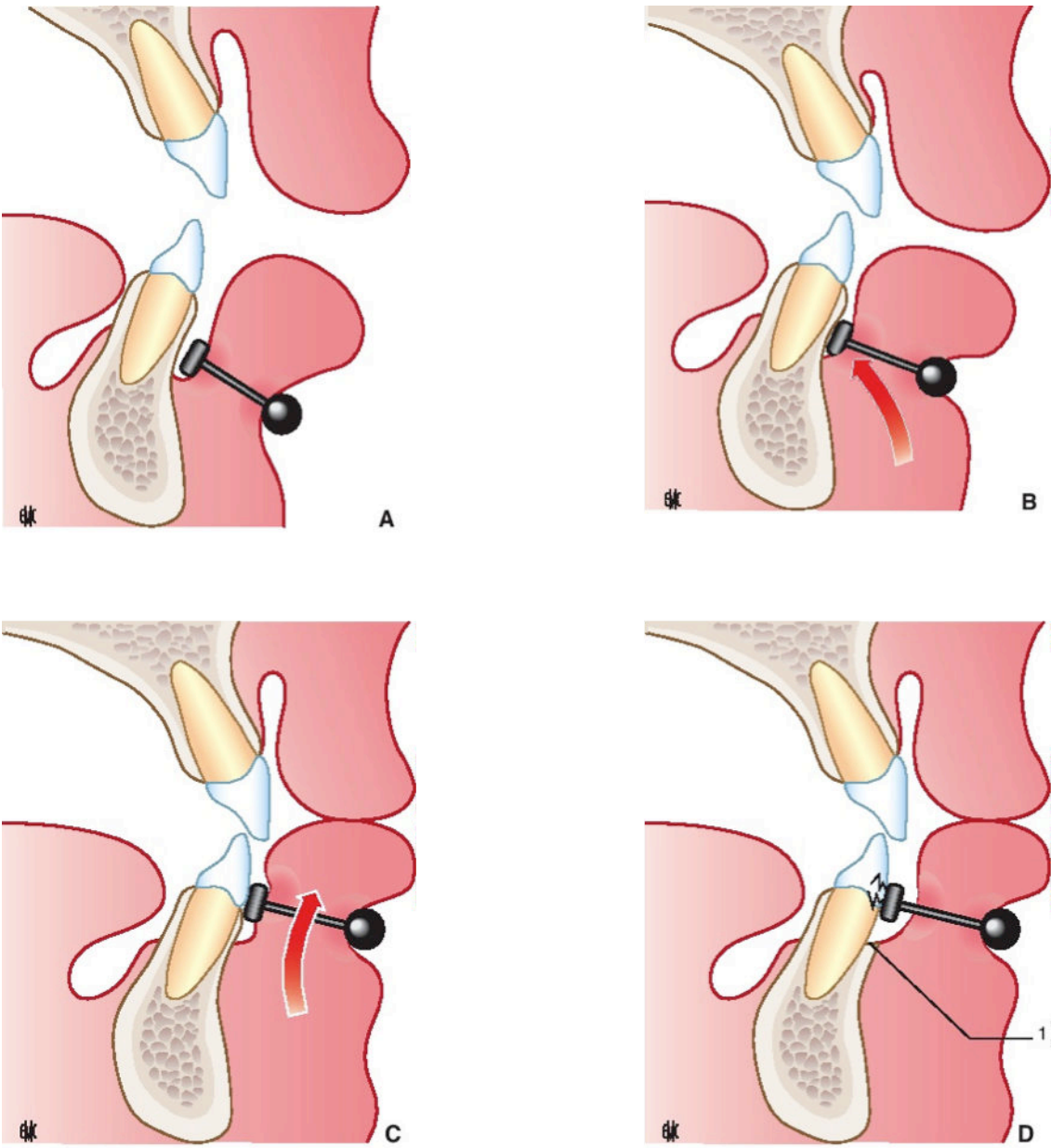


Figure 18 : Présentation schématique de l'action du *piercing* (Source : Zenati, 2012)

Le schéma A : Placement du *piercing* en l'absence de mouvements.

Le schéma B : Lors des mouvements de la lèvre inférieure, le muscle mentonnier est activé et le *piercing* sera plaqué contre la gencive.

Le schéma C et D: La fermeture des lèvres avec la concurrence de la houppe du menton vient élever la partie interne du labret, créant ainsi l'altération de la gencive attachée.

Une fois l'inflammation créée celle-ci va progresser, détruire les tissus conjonctifs tandis que l'épithélium sulculaire proliférant s'unit avec l'épithélium oral proximal. À cela s'associe une résorption de l'os alvéolaire. Les mouvements apicaux de la gencive marginale entraînent le développement de la récession parodontale et la surface radiculaire est peu à peu exposée (Brooks et coll. 2003). Cette exposition met 2 ans environ à apparaître selon une étude (Campbell et coll., 2002) de Campbell et coll.

De plus, c'est en fonction de la localisation du *piercing* : labiale inférieure/supérieure, linguale, jugale, que la position de la récession sera déterminée (Zenati et Raybaud, 2012).

Concernant la typologie des récessions liées au port d'un bijou, elles ont l'aspect d'une fente assez étroite (Maheu-Robert et coll., 2007), leur profondeur est d'environ 2 à 3 mm et dans certains cas elles peuvent atteindre la ligne muco-gingivale (Cidoncha Cabrezio et coll., 2008). Enfin, il existe des cas où la perte d'attache parodontale est extrême et s'associe à une résorption osseuse conduisant à la perte de la dent se trouvant face au *piercing* (Maheu-Robert et coll., 2007; Zenati et Raybaud, 2012).



Figure 19 : Récession gingivale au niveau de 41 apparue suite au port d'un *piercing* labial inférieur (Source : Zenati, 2012)

Chez un patient porteur d'un *piercing* labial, un bon brossage associé à une bonne hygiène ne peut prévenir l'apparition des récessions, car le *piercing* vient continuellement frotter la ligne gingivale (Zenati et Raybaud, 2012).

Par contre, la perte d'attache associée à la présence de germes parodontaux pourrait entraîner la formation de poches si le parodonte est épais et des récessions si le parodonte est fin. C'est le cas au niveau lingual où la récession peut être associée à une augmentation de la profondeur des poches parodontales (Cidoncha Cabrezio et coll., 2008). Les germes parodontaux peuvent être retrouvés au sein de la plaque dentaire, mais aussi au niveau du site percé et sur la surface du bijou. Une étude a été menée en Allemagne par Ziebolz (Ziebolz et coll., 2009) sur 12 patients porteurs d'un *piercing* à la langue et avait pour but de déterminer la quantité de germes parodontopathogènes que nous pouvons retrouver au niveau du site de perçage. Pour cela, un prélèvement a été fait autour du site percé puis analysé par PCR. En parallèle, une évaluation de leur hygiène orale et un questionnaire concernant leur habitude de vie (patient fumeur, habitude de nettoyage du bijou, etc..) ont été réalisés. Les analyses microbiologiques du site de perçage ont montré que le bijou constitue un réservoir pour les germes parodontopathogènes. De plus, l'étude a mis en évidence que plus un *piercing* était ancien et l'hygiène du bijou

mauvaise, plus la quantité de bactéries à potentiel parodontopathogène très élevé était importante.

Il semblerait donc que le *piercing* soit une surface colonisée par des germes parodontaux et de surcroît en l'absence d'une hygiène orale adéquate.



Figure 20 : Récession gingivale liée à un *piercing* lingual au niveau de 31 associée à une forte accumulation de tartre

(Source : issue de la patientèle du Dr Pongas, Luxembourg)

2.1.3. Exemple de prise en charge d'une atteinte

Nous allons dans ce paragraphe aborder la prise en charge des récessions liées au port d'un *piercing*. Les motivations peuvent être diverses :

- L'esthétique.
- Le recouvrement radiculaire pour limiter les sensibilités et l'apparition de carie.
- La nécessité de récupérer une hauteur suffisante de gencive favorisant un contrôle plaque adéquat.

Le choix de la technique utilisée se fera en fonction de la localisation, mais aussi de la morphologie et de l'extension (Classification de Miller) (Cidoncha Cabrezio et coll., 2008).

Liste des différentes techniques de chirurgie plastique parodontales proposées pour le recouvrement radiculaire (Borghetti et Monnet-Corti, 2000):

1. Lambeau positionné latéralement
2. Lambeau positionné coronairement
3. Greffe gingivale
4. Greffe de conjonctif (GC)
 - GC associée à LPC
 - GC associée à LPL
 - GC avec technique de l'enveloppe
 - La tunnellation
5. Régénération tissulaire guidée (RTG)
 - RTG avec membranes non résorbables
 - RTG avec membranes résorbables

Ci-dessous voici une des techniques utilisées que nous allons étudier : la greffe épithélio-conjonctive ou greffe gingivale libre.

Les indications :

L'indication classique est celle des sites mandibulaires présentant des dénudations radiculaires avec absence de gencives attachées. Les zones ne doivent pas être impliquées au niveau esthétique.

La technique (Borghetti et Monnet-Corti, 2000):

Le patient présente une récession de classe I de Miller.



Figure 21 : État de la gencive avant la chirurgie (Source : Ben Tanfous, 2017)

La préparation du lit receveur : La première incision est horizontale et est faite coronairement à la ligne mucogingivale dans le tissu kératinisé de part et d'autre de la zone à traiter et se poursuit dans le sulcus de la dent concernée. Puis deux incisions verticales proximales sont réalisées.



Figure 22 : Première étape opératoire (Source : Ben Tanfous, 2017)

L'étape suivante est la dissection en épaisseur partielle qui doit débuter de l'angle proximal. La lame à une direction apicale et est maintenue parallèle à la surface osseuse sous-jacente. Lorsque le lambeau muqueux est entièrement disséqué, il est éliminé ou repositionné apicalement.



Figure 23 : Deuxième étape opératoire (Source : Ben Tanfous, 2017)

Ensuite, vient l'étape de prélèvement du greffon au niveau du palais. Les dimensions correspondent à celles du lit receveur (un patron pourra être réalisé). À l'aide d'une lame 15, les contours sont délimités puis la lame est placée horizontalement à la surface épithéliale, à une profondeur d'environ 1 mm. Une fois le greffon prélevé il pourra être retouché et adapté au site receveur. Le site palatin sera protégé par une éponge hémostatique puis recouvert par un pansement chirurgical type Coe-Pack®.



Figure 24 : Troisième étape opératoire (Source : Ben Tanfous, 2017)

Le greffon est suturé verticalement à chaque papille et horizontalement aux berges du lit receveur. Dans le sens vertical, il est plaqué par des sutures qui seront suspendues autour des dents et accrochées au périoste du fond du vestibule.

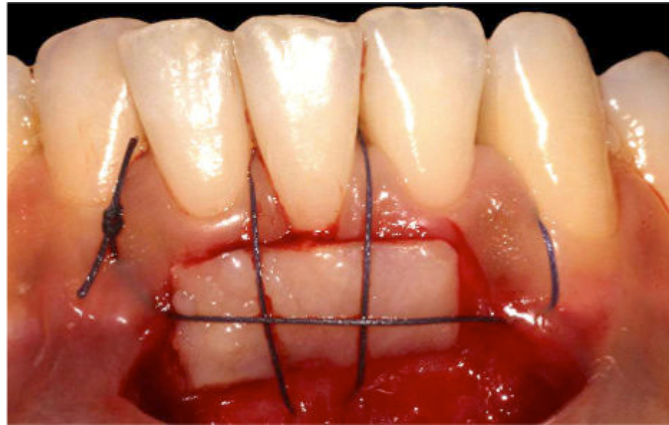


Figure 25 : Quatrième étape opératoire (Source : Ben Tanfous, 2017)



Figure 26 : Résultat obtenu à un an (Source : Ben Tanfous, 2017)

La technique présentée ci-dessus est une des possibilités de recouvrement que nous pouvons utiliser. Il existe de multiples techniques que le praticien adaptera en fonction du cas.

2.2. L'impact sur la santé générale

2.2.1. Les agents infectieux

- Méthode transmission des agents infectieux

Une fois le *piercing* réalisé, la brèche formée constitue une plaie ouverte au sein de la cavité orale. Cette plaie peut être une source de complications infectieuses locales (comme étudié dans le paragraphe précédent), mais aussi de complications infectieuses systémiques (Maheu-Robert et coll., 2007). Les facteurs prédisposant au développement d'une infection peuvent être séparés en, d'une part ceux liés à la lésion muqueuse au cours de la procédure avec entrée de microorganismes et possible bactériémie transitoire durant la période de cicatrisation de trois à six semaines, et d'autre part ceux liés au non-respect des règles d'hygiène entourant le processus de perçage (Yu et coll., 2010). Concernant les *piercings* de la lèvre et des joues, la porte d'entrée est double, car ils sont à la fois en contact avec la peau et la cavité orale.

Par ailleurs, même si toutes les précautions sont prises pour éviter la contamination du sujet, le risque infectieux perdure (Gunepin et coll., 2010). En effet, d'après la littérature l'orifice ne guérit jamais totalement ce qui fait que le patient est face à un risque de contamination continue même si la période de cicatrisation de 4 semaines est passée (Shteyer et Howell, 1970). Ce risque est augmenté si le patient a une mauvaise hygiène orale, car l'accumulation de nourriture sur le bijou favorise la formation de tartre. Le *piercing* devient donc un environnement propice aux infections (Friedrich et coll., 2014), favorisées également par les nombreux traumatismes liés à la présence persistante au sein de la cavité orale d'un corps étranger (Yu et coll., 2010).

En raison de la vascularisation abondante de la langue, mais aussi des autres sites oraux faciaux, il va se produire comme nous l'avons évoqué précédemment une bactériémie transitoire à chaque perçage (Friedrich et coll., 2014). Il s'agit, selon le *Larousse Médical*, du passage ponctuel d'une faible quantité de bactéries dans le sang, qui ne donne pas lieu dans la majorité des cas à des manifestations cliniques si le sujet est immunocompétent (Friedrich et coll., 2014). Mais la décharge de

toxines peut être répétée ou bien avoir lieu chez un sujet immunodéprimé et entraîner des infections secondaires d'autres organes par les microorganismes de la cavité orale (Maheu-Robert et coll., 2007).

La bactériémie est asymptomatique, mais des symptômes tels que de la fièvre, des frissons, des tremblements peuvent apparaître, évoquant alors un possible sepsis ou choc septique.

Il existe une autre possibilité de diffusion des microorganismes par l'intermédiaire des ganglions lymphatiques du fait de leur proximité avec la cavité orale. Si cette diffusion est effective, elle peut causer des troubles de la parole, une obstruction des voies respiratoires et mettre en jeu le pronostic vital du patient (D'dharan et Neelakantan, 2013).

Les microorganismes rencontrés peuvent être multiples et causer différentes atteintes. Nous allons présenter dans le paragraphe suivant des cas de patients contaminés par des microorganismes suite à la réalisation de *piercings* oraux faciaux ainsi que leur prise en charge.

- Exemples de la littérature
 - Les bactéries
 - L'endocardite infectieuse

Il s'agit d'une infection de l'endocarde (membrane de tissus conjonctifs qui tapisse la partie interne du cœur), d'une ou plusieurs valves cardiaques, en raison du passage dans le sang de bactéries (plus rarement de germes intracellulaires ou de levures) (Fanjeaux, 2014). Cette atteinte peut survenir chez des patients sains ou apparemment sains, mais dans la plupart des cas il s'agit de patients présentant des malformations cardiaques, des pathologies valvulaires cardiaques ou encore du matériel prothétique.

Les bactéries vont venir se greffer sur l'endocarde, ce qui a pour conséquence le développement de lésions infectieuses auxquelles s'associe la formation de végétations constituées d'un amas de fibrines, de plaquettes et d'agents infectieux. Cette formation entraîne un risque infectieux secondaire par une possible dispersion

dans la circulation sanguine. Il s'agit d'une maladie générale, car elle peut avoir de lourdes complications sur divers organes (Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT), 2017). Il est important de noter que seuls certains agents infectieux sont à l'origine d'une endocardite infectieuse, il s'agit notamment des Cocci gram positif qui possèdent un facteur d'adhésion à l'épithélium lésé.



Figure 27 : Valve mitrale et végétations (Source : Dubose, 2004)

Une étude menée par Hennequin-Hoenderdos et coll. (Hennequin-Hoenderdos et coll., 2011) en 2011 basée sur la recherche des cas présentant des complications liées au port d'un *piercing* oral et péri-oral au sein de deux sources à savoir MEDLINE et the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), fait état de 8 cas d'endocardites infectieuses. L'apparition de l'atteinte varie entre une semaine et un mois de port, avec une moyenne d'apparition à 5 semaines de port. La plupart des sujets portent un *piercing* à la langue et seulement un au niveau du frein labial maxillaire.

Les bactéries retrouvées sont des *Streptococcus* gram-positive bacteria, *Streptococcus viridans*, *Methicillin-résistant Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus aureus*, gram-négative *Neisseria mucosa*, gram-negative *Haemophilus parainfluenzae* et *Haemophilus Aphrophilus*. Parmi les huit cas, trois des sujets présentaient une pathologie cardiaque depuis l'enfance et un sujet a fait part d'antécédent d'injection de drogue, mais plus de consommation récente.

Tableau récapitulatif des différents cas d'endocardite infectieuse (Source : Yu et coll., 2010)

Année de publication	Âge du patient et sexe	Microbiologie /Localisation	Temps de latence entre perçage et déclaration de la maladie	Cardiopathie préexistante	Traitement	Conséquences
2001 (Tronel et coll., 2001)	20/F	<i>Neisseria mucosa</i> / voie respiratoire supérieure	1 mois	Non	Traitements antibiotiques : ceftriaxone (2g en IV/J) et ciprofloxacine (400 mg IV/j) pendant 28 jours	Réduction de moitié de la taille des végétations allant jusqu'à une récupération complète

2002 (Rahimi, 2002)	25/H	Haemophilus aphrophilus/ cavité orale et voie aérienne supérieure	2 mois	Intervention chirurgicale à l'âge de 8 ans pour une correction d'une sténose aortique congénitale	Traitements antibiotiques : Ceftriaxone (IV) et Gentamicin (IV) pendant 42 jours	Renvoi à la maison pour poursuivre les soins et conseil de remplacement de la valve aortique après la fin de l'antibiothérapie, mais le patient n'est pas revenu.
2002 (Harding et coll., 2002)	18/F	Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> / peau	1 semaine	Non	Traitements antibiotiques (non spécifiés) et remplacement de la valve mitrale	Un scanner et IRM ont mis en évidence une embolisation au niveau du cerveau avant la chirurgie. Les résultats n'ont pas été communiqués
2003 (Goldrick)	Non disponible					
2003 (Friedel et coll., 2003)	26/H	<i>Haemophilus Parainfluenzae</i> / cavité orale	1 semaine	Non	Traitements antibiotiques : Cefataxime 2g IV/8h, Vancomycin 1g IV/12h et Gentamycin	Embolisation au niveau cérébral ; récupération complète

					1g IV/12h puis un ajustement Ceftriaxone 2g/j IV et remplacement de la valve mitrale	
(2004) (Dubose et Pratt, 2004)	18/F	<i>S aureus</i> / fosses nasales et peau	6 semaines	Non	Vancomycin (IV) pendant 42 jours suivi par un remplacement de la valve mitrale	Embolisation au niveau du cerveau ; Récupération complète
2005 (Lick et coll., 2005)	27/H	Streptococcus viridans	6 semaines	Souffle au cœur depuis l'enfance	Pénicilline G et gentamicin pendant 42 jours ; Opération de ROSS	Récupération complète
2007 (Kloppenburg et Maessen, 2007)	30/F	Alpha hemolytic Streptococcus / bouche ou intestin	Non renseigné	Non	Traitement antibiotique en IV et remplacement de la valve mitrale	Récupération complète

Concernant les cas présentant des pathologies cardiaques, aucune antibioprophylaxie n'a été mise en place avant la réalisation de l'acte. Pourtant la prophylaxie est recommandée pour les patients à haut risque d'endocardite infectieuse (groupe A), à savoir les patients porteurs d'une prothèse valvulaire, ceux

souffrant d'une cardiopathie congénitale cyanogène non opérée et ceux ayant des antécédents d'endocardite infectieuse, lorsqu'ils subissent un geste à haut risque de contamination. **Malheureusement il n'existe aucune directive officielle concernant les perçages pour les individus sensibles.**

L'antibioprophylaxie se justifie en raison du haut caractère infectieux lié à l'acte et devrait suivre le même schéma que pour une procédure dentaire invasive avec effraction de la muqueuse à savoir une prise unique de 2g d'amoxicilline par voie orale 1h30 avant la procédure ou en cas d'allergie à l'amoxicilline, une prise unique par voie orale de 600 mg de clindamycine 1h30 avant l'acte. En effet, le perçage est un acte à haut risque infectieux en raison de plusieurs facteurs : le caractère invasif de la procédure, la présence d'une écologie microbienne au niveau du site de perçage, la procédure de perçage qui est effectuée par du personnel non médical et la plupart du temps dans des conditions d'hygiènes inadéquates et enfin des conseils postopératoires non expliqués aux clients.

Le risque est augmenté en raison du nombre croissant d'adeptes chez les enfants et les jeunes adultes souvent non éduqués aux inconvénients concernant leur pathologie cardiaque. À cela s'ajoute un défaut de connaissance et de formation des perceurs sur les pathologies à risque, comme le montre une étude de Stead datant de 2006 menée sur 63 établissements de perçage dans le Sud-Ouest de l'Angleterre. Sur les 63 établissements sollicités, seulement 22 ont accepté de répondre au questionnaire, et sur ces 22 établissements un seul et unique a pour habitude de questionner les clients sur leurs éventuelles pathologies cardiaques. Nous ne retrouvons aucune étude menée en France sur les salons de perçage, et les recommandations officielles sont inexistantes à part le « Guide des bonnes pratiques » publié en 2001, mais aucune mise à jour n'a été effectuée depuis. Il semble donc nécessaire de sensibiliser les perceurs à ce risque et qu'en cas de doute ils orientent les patients vers leur médecin traitant afin qu'ils prennent les dispositions nécessaires avant la pose (Millar et Moore, 2004 ; Yu et coll., 2010).

Enfin, certains auteurs tels que Yu et Millar déconseillent la pose de *piercings* aux patients souffrant d'affections cardiaques prédisposant à l'endocardite infectieuse en raison du traumatisme chronique du bijou sur les muqueuses. Les traumatismes

répétés vont créer des bactériémies continues représentant un risque de développement d'endocardites infectieuses.

➤ L'abcès cérébral

L'abcès cérébral est décrit comme une collection purulente à l'intérieur du cerveau et plus précisément au niveau du parenchyme cérébral. Il est peu fréquent chez le patient immunocompétent. Il s'agit d'une pathologie grave, son diagnostic doit être évoqué rapidement afin que le patient soit pris en charge de manière efficace. Les étiologies sont diverses, il peut survenir soit (Greenlee, 2018) :

- 1) Par continuité, c'est-à-dire que des germes issus d'un foyer septique du voisinage (ORL principalement) vont diffuser au travers de la circulation sanguine et atteindre les zones cérébrales.
- 2) Par dissémination hémotogène, il s'agit dans ce cas d'un foyer à distance, par exemple une infection pulmonaire, une endocardite infectieuse.
- 3) Les causes inconnues (environ 25 % des cas).

Les bactéries les plus souvent retrouvées sont des streptocoques du groupe *intermedius* ou des bactéries anaérobies. Lorsqu'ils ont pour origines l'oropharynx, ils peuvent être polymicrobiens (streptocoques et anaérobies) (Bally et coll., 2009). Nous retrouvons aussi certains cas d'abcès cérébraux où les germes en cause sont des protozoaires et des champignons (Greenlee, 2018).

Les symptômes les plus courants sont des céphalées, des nausées, des vomissements, des somnolences, des convulsions, des déficits neurologiques focaux, évoluant de plusieurs jours à plusieurs semaines. Cependant, chez certains patients les manifestations ne sont pas franches, voire absentes, rendant le diagnostic souvent compliqué.

La confirmation du diagnostic peut se faire par IRM avec injection de produit de contraste ou TDM avec produit de contraste. L'image caractéristique est une prise de

contraste annulaire, régulière et fine, avec un centre hypodense et entouré d'œdème.

Le traitement initial est l'antibiothérapie empirique en l'absence de détermination des bactéries en cause, avec l'association d'amoxicilline ou de céfotaxime et du métronidazole. Ce traitement peut se faire seul en cas d'abcès de moins de 2 cm, ou lors des premières étapes de développement. Un contrôle régulier par IRM ou scanner est nécessaire afin de suivre l'évolution de l'atteinte.

L'indication de ponction-aspiration par stéréotaxie se fait en cas d'abcès volumineux, accessible et lorsque le tableau clinique neurologique est préoccupant. Ainsi par culture le germe pourra être isolé et l'antibiothérapie adaptée.

Nous retrouvons au sein de la littérature deux cas de patients ayant développé des abcès cérébraux qui seraient en lien avec la réalisation d'un *piercing* au niveau lingual.

Le premier est celui d'une jeune femme de 22 ans sans antécédents médicaux qui possède un *piercing* lingual. Après la réalisation de son *piercing*, la patiente souffrait de douleur, sa langue était œdématiée et elle présentait un écoulement purulent au niveau du site de perçage. Elle a décidé de retirer le bijou et les symptômes ont disparu deux jours post retrait. Elle n'est pas allée consulter de médecin et n'a décrit aucun symptôme d'ordre général.

Un mois après le perçage la patiente a commencé à se plaindre de céphalées diffuses, de nausées, de vomissements pendant 2 jours. Elle est alors allée consulter son médecin et durant l'examen clinique la patiente n'avait pas de fièvre, ses signes vitaux étaient normaux. Aucun autre signe n'était présent à part une légère ataxie du côté gauche au cours du *heel-to-shin* test. C'est l'examen neuroradiologique avec injection de gadolinium qui a permis de confirmer la présence d'un abcès cérébral solitaire. La patiente a subi une craniotomie suboccipitale droite permettant le drainage de l'abcès. Puis une irrigation du cervelet à l'aide de bacitracine associée à une solution saline a été mise en place et le site opératoire fermé sans la pose de drains.

La patiente a été traitée par une séquence probabiliste d'antibiotiques avant l'obtention des résultats de la culture, à savoir de la vancomycine, de la ceftazidime et du métronidazole.

La culture bactérienne a permis de mettre en évidence la présence de *Streptococcus viridans*, des *micros peptostreptococcus* et des espèces *non israéliennes* d'*Actinomyces* et *Eikenella corrodens*, et ainsi l'antibiothérapie a pu être modifiée en ceftriaxone et en métronidazole pendant 6 semaines. Un suivi régulier de la patiente a été mis en place jusqu'à son rétablissement qui s'est déroulé sans incident majeur (Martinello et Cooney, 2003).

Le second cas concerne un patient de 22 ans présentant de multiples abcès cérébraux qui seraient apparus suite à la pose d'un *piercing* lingual. L'IRM cérébrale a permis de mettre en évidence 13 lésions caractéristiques associées à des œdèmes environnants et des saignements focaux pour certaines. Le même protocole que pour le cas précédent a été mis en place ce qui a permis d'améliorer l'état clinique du patient. Il a donc pu être orienté vers un service de réhabilitation. Mais, malheureusement 3 semaines plus tard le patient a développé une insuffisance hépatique probablement due à une bactériémie liée au cathéter, s'en est suivi un choc septique et quelques jours plus tard le décès du patient (Herskovitz et coll., 2009).

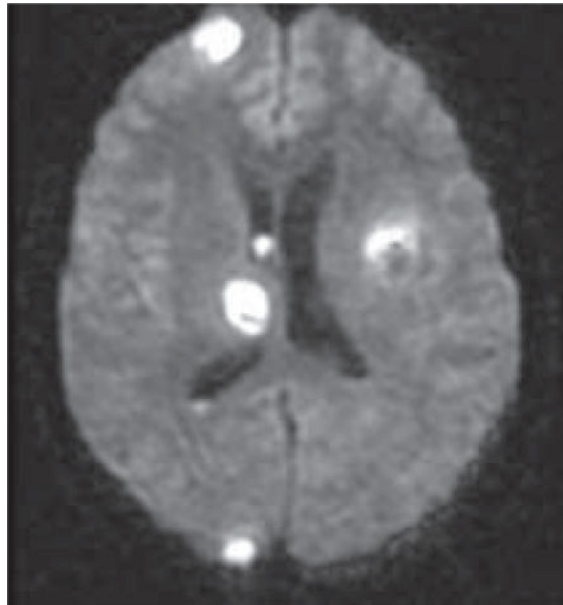


Figure 28 : IRM cérébrale mettant en évidence les multiples abcès (signal de haute intensité typique des abcès) (Source : Herskovitz, 2009)

Les cas d'abcès cérébraux liés à la pose d'un *piercing* lingual restent cependant isolés et basés sur l'élimination des autres foyers possibles. Par contre, selon la littérature médicale des infections dentaires, sinusiennes peuvent être impliquées dans la pathogenèse des abcès cérébraux (Bally et coll., 2009).

Cependant, les patients présentés dans les cas précédents n'ont fait état d'aucune pathologie ou d'antécédent d'infections autre que celles liées au *piercing* au cours de leur interrogatoire. Seule, la patiente du premier cas a fait part d'antécédents d'utilisations de drogues injectables ce qui aurait pu être la cause de l'abcès cérébral. Mais les différents examens (examen physique, échographie cardiaque, culture sanguine) se sont révélés négatifs.

En résumé, c'est donc la présence récente d'une infection de la langue suite à la pose d'un *piercing*, une flore microbienne orale retrouvée dans les cultures des échantillons peropératoires et l'absence d'autres foyers infectieux qui plaident en faveur d'un lien de cause à effet entre la pose du *piercing* lingual et le

développement de l'abcès cérébral. Le diagnostic n'est pas basé sur des faits scientifiques, car nous ne retrouvons au sein de la littérature aucun article traitant de la pathogenèse d'abcès cérébraux lié à la pose d'un *piercing* lingual. Il est donc établi par une sorte d'arbre décisionnel qui n'a pas de valeur scientifique, mais qui permet de trouver la cause probable.

➤ Le tétanos

Le tétanos est une maladie du système nerveux causée par la bactérie *Clostridium tetani*. Elle n'est pas contagieuse c'est-à-dire qu'elle ne peut être transmise entre individus. Il résulte de la contamination d'une plaie naturelle ou chirurgicale par des spores (endospores) de *Clostridium tetani*. Les bactéries se développent dans la plaie et produisent une toxine qui se propage dans tout le corps et provoque les symptômes de la maladie (Isola, 2013). Les symptômes initiaux seront des raideurs ainsi que des spasmes, au niveau de la mâchoire (= trismus), qui vont se diffuser par la suite dans tout le corps. Elle reste cependant rare en raison du développement de la vaccination obligatoire. Elle peut être rencontrée dans de rares cas chez les personnes âgées qui sont non ou mal vaccinées.

Nous retrouvons au sein de la littérature le cas d'une patiente ayant développé un tétanos céphalique suite au perçage de la langue. Il s'agit d'une forme rare du tétanos causée principalement par des plaies au niveau de la tête et du cou. Cette affection évolue fréquemment vers la forme généralisée du tétanos avec les risques et les complications qui en découlent. Du fait de la rareté de la maladie et d'un indice de suspicion réduit de la part du personnel soignant, le diagnostic de la maladie a été posé avec un retard de 13 jours. Le rétablissement de la patiente n'a pas été total, car elle présentait jusqu'à 6 mois après sa sortie une faiblesse faciale droite, d'où l'importance d'une reconnaissance précoce et d'un diagnostic rapide (Dyce et coll., 2000).

▪ Les virus

Contrairement aux infections liées aux bactéries, les infections virales aiguës sont plus faciles à mettre en lien avec le geste de perçage récent. C'est un interrogatoire

précis et rigoureux qui peut permettre au praticien d'établir ce lien, le problème n'étant pas soulevé de manière spontanée par le patient. En revanche, l'infection peut passer inaperçue et l'imputation à un geste antérieur de *piercing* est beaucoup plus délicate et nécessite des examens complémentaires tels que des tests sérologiques par exemple. De ce fait, nous estimons que les infections virales secondaires au perçage sont probablement sous-évaluées (Gunepin et coll., 2010).

Comme pour les bactéries les virus peuvent s'introduire dans l'organisme par l'effraction au niveau de la muqueuse causée par le *piercing*

- Les mécanismes de transmission (Guiard-Schmid, 2001):
 - De manière croisée soit entre le professionnel et son client ou entre le client et le client précédent. Ce sont les microorganismes présents sur le matériel à l'origine de l'effraction qui seront alors inoculés lors de l'acte. Ils peuvent provenir soit d'une faute d'asepsie (matériel en contact avec une surface durant la procédure, main de l'opérateur contaminée), d'une souillure sanguine, du matériel mal stérilisé. Dans ce cas c'est le matériel qui constitue le vecteur de contamination.
 - Par auto contamination du client. Les microorganismes présents sur la surface de la peau ou des muqueuses du client. Cette contamination se produit lorsque la préparation locale du site d'intervention ne respecte pas le protocole. Ce mécanisme peut causer une infection chez un client à partir de ses propres microorganismes ou bien une dissémination à partir d'une infection déjà présente.

Une fois le virus entré dans l'organisme, sa diffusion se fera par voie lymphatique. Le virus sera diffusé par les macrophages jusqu'aux tissus et organes lymphoïdes périphériques proches de la porte d'entrée. C'est au sein des ganglions que la réplication virale se fera et ainsi engendrera une amplification du nombre de virus. La « descendance virale » ainsi formée va se diffuser à travers les lymphatiques afférents, vers le tissu lymphoïde puis à travers les vaisseaux lymphatiques efférents

pour infecter les cellules en contact étroit avec la circulation sanguine. Une brève virémie primaire peut apparaître à la suite de cette propagation initiale.

La libération du virus dans la circulation sanguine va induire une virémie secondaire dont la durée est d'environ plusieurs jours et qui met le virus en contact avec le système capillaire de tout le corps. Les virus ont une spécificité pour un organe cible nous parlerons de tropisme. Cette spécificité est déterminée par la sensibilité sélective des cellules, les barrières physiques, la température, le pH local et les défenses de l'hôte. Ainsi, le virus peut pénétrer dans l'organe cible, à partir des capillaires, en se répliquant à l'intérieur d'une cellule endothéliale capillaire ou d'un macrophage fixe, puis être libéré du côté de l'organe cible du capillaire. Le virus peut également diffuser à travers de petits espaces dans l'endothélium capillaire ou pénétrer dans la paroi capillaire à travers un leucocyte migrant infecté. Le virus peut ensuite se répliquer et se propager au sein de l'organe cible ou du site d'excrétion. La maladie se produit si le virus se réplique dans un nombre suffisant de cellules essentielles et les détruit.

La dernière étape est l'excrétion du virus de l'organisme par différentes voies (tractus digestif, salive par exemple). C'est en infectant d'autres sujets que le virus va pouvoir survivre et se développer au sein de la population (Baron et coll., 1996).

➤ L'herpès simplex

L'infection à Herpès Simplex Virus (HSV) fait partie des infections les plus courantes au sein de la population. Il existe deux types d'infection à HSV. L'herpès simplex HSV-1 dont l'expression se fera au niveau oro-labial, est transmis par contact simple généralement pendant la petite enfance. Lorsque le virus entre dans l'organisme, nous parlons de primo-infection. Elle peut passer inaperçue ou se manifester par l'apparition d'une gingivostomatite herpétique dont les symptômes classiques seront l'apparition de fièvre, d'une haleine fétide, la présence de lésions vésiculeuses et des ulcérations muqueuses. Une fois le virus transmis, il reste en latence dans le ganglion trijumeau. Il pourra se réactiver avec ou sans symptôme selon une fréquence variable.

Le second est l'herpès simplex HSV-2 qui est transmis par voie sexuelle à partir de l'adolescence. Il reste quant à lui en latence dans les ganglions sacrés (Whitley, 2002 ; Meylan, 2011).

En cas de transmission de ce virus chez des patients immunodéprimés ou chez des femmes enceintes le risque de voir apparaître des d'infections généralisées notamment des hépatites est augmenté. Cependant, nous retrouvons au sein de la littérature sept cas de patients immunocompétents ayant développé des hépatites fulminantes causées par HSV.

Le cas présenté ci-dessous est celui d'une patiente immunocompétente de 19 ans ayant développé une hépatite due à HSV suite à la réalisation d'un *piercing* au niveau de la langue. Cette dernière s'est présentée aux urgences avec des symptômes de fatigues, de fièvre et des douleurs abdominales. Aucune particularité n'a été relevée lors de son interrogatoire médical. L'ensemble des symptômes décrit a orienté le diagnostic vers un début d'infection virale et un traitement symptomatique lui a été administré. La patiente est revenue aux urgences trois jours plus tard avec une inflammation douloureuse au niveau de son *piercing* lingual (posé environ 1 à 2 semaines avant la seconde visite) et une disparition des symptômes de départ. Elle a tout d'abord été traitée pour une candidose. Ensuite, un prélèvement lingual a été réalisé afin d'effectuer une culture bactérienne. Cette dernière a révélé la présence de streptocoque beta hémolytique groupe C, en corrélation avec la présence d'une infection bactérienne.

Quelques jours plus tard, la patiente s'est de nouveau présentée aux urgences avec une fièvre beaucoup plus importante, des douleurs abdominales, des vomissements, des diarrhées, des douleurs musculaires et articulaires. La prise de sang a révélé un taux d'enzyme hépatique élevé et qui n'a cessé de croître les jours suivants. Les autres données concernant des infections telles que VIH, VHC, EBV, VHB se sont révélées toutes négatives. Le scanner a mis en évidence la présence de tâches au niveau du foie et un abcès lingual d'environ 4 mm. L'état de la patiente a continué de se dégrader au fil des jours. L'équipe médicale a donc décidé de procéder à une greffe du foie. Mais malheureusement, la patiente est décédée avant l'intervention.

Après son décès les résultats de la culture virale du prélèvement lingual étaient positifs à HSV, de même que la sérologie.

Cette pathologie relativement rare présente un tableau clinique non spécifique rendant son diagnostic précoce souvent compliqué, mais nécessaire pour mettre en place rapidement une thérapie antivirale. Le non-traitement d'une hépatite herpétique est associé au décès du patient dans 80 à 90 % des cas (Lakhan et Harle, 2008).

➤ Les virus de l'hépatite B et C

Ces virus sont responsables des hépatites qui sont des infections systémiques avec un tropisme hépatique exclusif. Ils sont à l'origine d'atteintes hépatiques, mais peuvent aussi créer des manifestations extra-hépatiques dues à la réaction immune de l'hôte.

L'hépatite B

Les symptômes sont variables et dépendent du caractère chronique ou aigu de la pathologie. Après une infection aiguë, la guérison se produit dans 90 à 95 % des cas, si l'infection se produit à l'âge adulte. En revanche, dans 5 à 10 % des cas l'évolution se fera vers la forme chronique. En cas de passage à la chronicité, il y a risque d'évolution vers une fibrose hépatique, suivi d'une cirrhose et d'une dégénérescence en carcinome hépatocellulaire (Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT), 2017). La particularité du VHB est qu'il peut produire un carcinome hépatocellulaire sans passage par le stade de cirrhose (Yang et coll., 2015).

À l'heure actuelle, il n'existe pas de cas au sein de la littérature de transmission du VHB lors de la réalisation d'un *piercing* oral, seulement des cas de patients ayant réalisé un *piercing* situé à un autre endroit du corps. Cependant, le risque potentiel de transmission existe. En effet, comme nous l'avons évoqué auparavant, lors de la réalisation d'un *piercing*, une effraction muqueuse se produit, créant une exposition directe au système sanguin. Prenons par exemple le cas d'un patient atteint d'une hépatite B chronique asymptomatique venant pour se faire percer la langue. Le

matériel utilisé lors du perçage sera souillé par le sang de ce patient. La contamination par le VHB est donc possible puisque le virus est présent dans les sécrétions, notamment le sang principal liquide biologique mis en jeu lors du perçage. Si le matériel est réutilisé sans être décontaminé, le virus pourra être transmis au patient suivant (Maheu-Robert et coll., 2007).

Il est évident que l'acte de perçage n'est pas anodin et que les règles d'hygiène doivent être respectées scrupuleusement (Maspero et coll., 2014).

L'hépatite C

Elle est causée par le VHC. De même que l'hépatite B, les symptômes seront différents en fonction des phases aiguës ou chroniques. La guérison spontanée est possible après une infection aiguë, elle concerne environ 15 à 30 % des cas et le passage à la chronicité est plus élevé que pour l'hépatite B puisqu'il touche 70 % à 85 % des cas. L'évolution sera la même que pour l'hépatite B à savoir une fibrose, puis une cirrhose et enfin une dégénérescence en carcinome. Dans la majorité des cas, sa forme aiguë est asymptomatique, de même pour la forme chronique, ainsi sa découverte est souvent fortuite. La voie sanguine est la principale voie de transmission (Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT), 2017).

Comme pour le virus du VHB, nous ne retrouvons pas de cas de transmission du VHC suite à la réalisation d'un *piercing* oral. Il est évident que le risque est aussi présent.

Ce risque de transmission était déjà soulevé il y a 20 ans puisque le Conseil de l'Union Européenne avait décidé d'exclure du don de sang les personnes ayant réalisé un *piercing* l'année précédant le don.

Dans le cadre du plan de lutte national contre les hépatites B et C, en France, le Ministère de la Santé a décidé de rédiger en septembre 2000 un Guide des bonnes pratiques, afin établir les principales règles d'hygiène à appliquer par les perceurs (Ouzan, 2004).

Les choses se sont accélérées puisqu'en février 2008, un décret est paru afin d'encadrer la profession, notamment sur les règles d'hygiène (voir première partie).

Si toutefois, les causes infectieuses sont les plus documentées au travers de nombreuses études de cas, le *piercing* pourrait être à l'origine d'autres complications comme les complications mécaniques que nous allons développer dans le paragraphe suivant.

2.2.2. Les conséquences mécaniques (Chung et coll., 2015)

Nous allons dans ce paragraphe aborder les cas de deux patientes présentant des douleurs abdominales et des vomissements qui seraient liés à leur *piercing* lingual.

Le premier cas est celui d'une jeune femme de 21 ans qui souffrait depuis 6 mois de douleurs abdominales sévères, de nausées, de vomissements, d'épisodes de diarrhées et de constipations. Au cours de ses différentes hospitalisations, la patiente a subi de nombreux examens qui se sont tous révélés négatifs. L'ensemble des traitements prescrits se sont révélés inefficaces excepté le Carafate® qui lui a apporté un léger soulagement. Elle prenait en plus du Reglan®, du Protonix®, du Nexium® et du Perocet®. De plus, elle a fait part d'une tonsillectomie à l'âge de 9 ans.

L'examen clinique :

La patiente présente une obésité moyenne. Elle possède un *piercing* lingual réalisé 5 ans auparavant situé à environ 1,5 cm de la pointe de langue.

Le début du traitement :

La première étape fut le retrait du *piercing*. Puis le praticien a réalisé plusieurs injections de 2 cc de preservative-free procaïne, ainsi que 1 cc autour de la cicatrice située au niveau de la tonsille droite.

Seulement 5 min après l'injection la patiente a remarqué une nette diminution de ses nausées.

Huit jours plus tard :

Les douleurs abdominales ont beaucoup diminué et la patiente a noté un unique épisode de vomissement.

Le praticien a procédé de nouveau à l'injection de 2 cc de preservative-free procaïne, ainsi que 1 cc autour de la cicatrice située au niveau de la tonsille droite. En plus, le praticien a effectué une séance d'acupuncture au niveau des points Spleen 9, Spleen 6 et Péricardium.

Un mois plus tard :

La patiente a noté une amélioration de son état général. Le traitement fut le même avec des injections répétées au niveau lingual associées à de l'acupuncture au niveau des oreilles et du corps.

Six ans plus tard (la patiente a été perdue de vue) :

Elle a fait part d'un soulagement complet pendant quelques années et occasionnellement quelques épisodes de douleur et de vomissement.

Mais au cours des deux dernières années, les symptômes sont redevenus aussi intenses qu'au départ et associés cette fois à des douleurs au niveau du dos. Après une nouvelle injection de 2 cc de 0,5 % de preservative-free procaïne toujours au niveau de la cicatrice linguale les symptômes ont immédiatement disparu. Ce soulagement a duré quelques heures, après quoi les symptômes de base ont été améliorés de seulement 30-40%. Elle devra de nouveau être soumise à des examens et des traitements.

Le second cas est celui d'une jeune femme de 19 ans qui présentait depuis 2 ans des douleurs abdominales, des nausées, des vomissements, des reflux gastriques, une sensation d'estomac rempli, des désordres alimentaires et des vertiges.

De même que la patiente précédente les examens se sont révélés négatifs. Elle a subi une tonsillectomie à l'âge de 11 ans ainsi que l'extraction des dents de sagesse.

Le même protocole a été mis en place, mais au départ le praticien a réalisé les injections au niveau de la cicatrice du *piercing* au nombril et d'une autre cicatrice au niveau de la jambe.

Trois semaines plus tard, la patiente n'a pas noté d'amélioration de ses symptômes. Le praticien a découvert une seconde cicatrice de *piercing* au niveau de la langue. Les injections ont cette fois été réalisées à ce niveau et toujours associées à une séance d'acupuncture.

Au cours des visites suivantes, son état s'est amélioré jusqu'à la disparition totale de ses symptômes.

Ces deux cas mettent en évidence plusieurs liens possibles entre d'une part la localisation du *piercing* et l'apparition de troubles chroniques gastro-intestinaux, et d'autre part la contribution possible de l'acupuncture associée à la thérapie neurale dans le traitement de ce type d'atteinte.

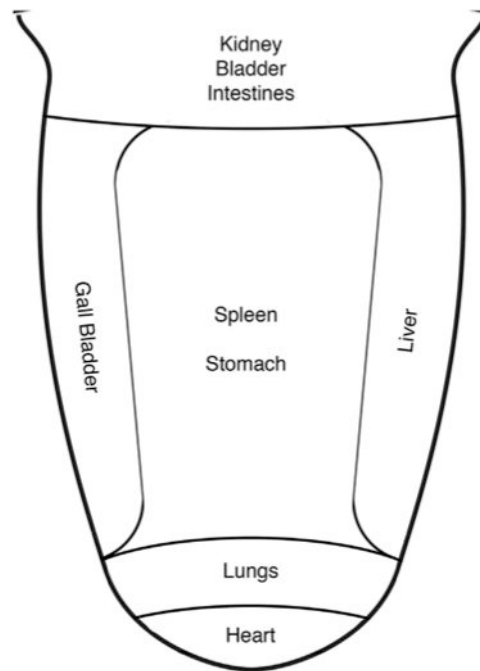


Figure 29 : Correspondance des zones linguales en Médecine Chinoise (Source : Chung, 2015)

En effet, il semblerait que selon la Médecine Traditionnelle Chinoise la zone où les *piercings* linguaux sont posés habituellement correspond à la zone de l'estomac. Pour le médecin chinois, la langue est un élément diagnostique et toutes les anomalies détectées au niveau de cette zone sont à corréliser avec des problèmes au niveau de l'estomac. Ce qui laisse donc penser que le *piercing* lingual chez les deux patientes serait à l'origine des troubles chroniques gastro-intestinaux.

Cette étude montre aussi que l'utilisation de la thérapie neurale autour de la cicatrice formée par le *piercing* semble être un moyen efficace de traitement. Cette technique consiste en l'injection d'un anesthésique local autour de la cicatrice. Il semblerait que l'injection permette de résoudre le champ d'interférence provenant de cicatrices anormales. Ce champ d'interférence peut-être généré par n'importe quel tissu endommagé ici la langue, ce qui entraînerait une stimulation chronique des neurones afférents dans le système nerveux autonome. Ceci provoquerait une activité réflexe autonome chronique comme les nausées, les vomissements et les douleurs abdominales. Le fonctionnement de cette méthode est encore soumis à des recherches.

Il semblerait tout de même nécessaire de mettre en place des études cas-témoins et de cohortes afin de déterminer l'efficacité de cette thérapie associée à l'acupuncture, mais aussi le lien entre la localisation du *piercing* et les atteintes chroniques gastro-intestinales.

Comme nous l'avons vu dans cette seconde partie, il existe un nombre important de complications qui peuvent survenir suite à la réalisation d'un *piercing*. Ces complications peuvent concerner la sphère orale et apparaître immédiatement après la pose ou bien survenir après un certain temps de port et occasionner des dommages sur les tissus mous et dentaires. Le *piercing* peut aussi entraîner des complications au niveau systémique allant dans certains cas jusqu'à causer la mort du sujet. Le *piercing* étant réalisé au niveau de la sphère buccale, le chirurgien-dentiste doit être concerné par cette pratique de plus en plus en vogue. Nous allons voir dans la dernière partie le rôle du chirurgien-dentiste dans l'information et la prévention face aux porteurs de *piercing*.

3. Rôle du chirurgien-dentiste dans l'information et la prévention face aux patients porteurs de *piercing*

Il est nécessaire pour les chirurgiens-dentistes d'avoir des connaissances concernant les *piercings* oraux. Ces derniers doivent être à même de prendre en charge des patients souhaitant se faire percer, de pouvoir les renseigner sur les risques et les complications. Ils doivent également être capables de proposer une thérapeutique adaptée aux patients percés souffrant d'une atteinte en lien avec le *piercing*. Il est vrai que le dentiste joue un rôle clé puisque bien trop souvent les patients ont tendance à minimiser les conséquences possibles de la pose d'un *piercing*. En effet, dans une étude menée par Levin et coll. en 2005, sur les 389 patients porteurs de *piercing* interrogés, 225 ne connaissaient pas les dangers de ce type de *piercing* (Gunepin et coll., 2010 ; Maspero et coll., 2014).

3.1. Que dire à un patient candidat à la pose d'un *piercing* ?

3.1.1. Avant la pose d'un *piercing*

Si un patient consulte son chirurgien-dentiste avant de réaliser un *piercing*, il est de notre devoir de l'informer et de l'amener à se poser les bonnes questions. De plus, si le patient nous questionne, il s'agit déjà d'un point positif. Notre rôle n'est pas de se montrer fermes quant à cette pratique en dissuadant le patient de se faire percer mais en adoptant une attitude bienveillante en lui exposant les conséquences possibles. Dans tous les cas, la décision finale sera prise par le patient, mais en connaissance de cause (Fehrenbach, 1998 ; Orgelot et Orgelot, 2002).

Exemple de questions possibles :

- Pourquoi vouloir se faire percer la langue alors qu'elle est parfaitement saine ?
- Savez-vous que le *piercing* peut créer des troubles de l'élocution ?
- Connaissez-vous les conséquences possibles au niveau de vos dents et gencives ?

- Outre le risque infectieux savez-vous qu'il existe d'autres complications possibles ?

Si le patient est tout de même candidat au perçage, le praticien doit tout d'abord réaliser un questionnaire médical approfondi afin de détecter les éventuelles pathologies ou traitements qui contre-indiqueraient formellement le perçage (Salmandjee, 2003; Gunepin et coll., 2010).

- Cas où le *piercing* est à déconseiller :

Les patients sous traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire : Il existe un risque de saignements prolongés que le perceur et le patient ne sont pas en mesure de gérer sans intervention d'un praticien qualifié.

Les patients sous traitement aux corticostéroïdes : en cas de prise orale régulière, le risque de développer une infection est augmenté, car ce traitement peut induire une immunodépression.

Les patients présentant une infection de la peau : même si l'infection n'est pas localisée au niveau oral, cette dernière pourrait se répandre, atteindre le *piercing* et ainsi causer des complications.

Les patients alcooliques ou toxicomanes : ces types de patients ne sont souvent pas conscients de leur acte et de plus ont souvent des troubles de la coagulation du sang.

- Cas où le *piercing* est à interdire :

Les patients atteints d'hémophilie : En raison du risque de saignement accru.

Les patients atteints du SIDA, de l'hépatite B et C : il s'agit de patients souvent immunodéprimés où le risque de développement d'infection systémique est augmenté. Il existe aussi un risque de contamination du perceur et de sa patientèle.

Les patients sous chimiothérapie : il s'agit de patients ayant de lourds traitements qui affaiblissent considérablement le système immunitaire, ce qui augmente le risque de développer des infections.

Les patients souffrant de cardiopathie et notamment ceux à risque d'endocardite infectieuse : (voir paragraphe sur l'endocardite infectieuse)

Les patients souffrant d'asthme : Il y a risque d'aspiration, ce qui peut causer voir aggraver une crise d'asthme.

L'état bucco-dentaire : la présence d'une infection orale ou d'un mauvais état bucco-dentaire contre-indique la réalisation d'un *piercing* au risque d'aggraver la situation.

- Cas où il est préférable d'attendre :

Les femmes enceintes : Éviter de faire courir un risque, quel qu'il soit à la maman et au bébé.

Les mineurs : Normalement, il est interdit selon les recommandations de décembre 2007 de l'Académie Nationale de Médecine de réaliser un *piercing* aux patients mineurs. En pratique, chaque perceur applique sa propre politique à ce sujet. Il reste cependant nécessaire, chez l'adolescent, d'attendre en raison de la croissance qui n'est pas terminée.

Le dentiste doit de plus informer son patient sur les règles d'hygiènes. En effet, le patient doit bien choisir son salon de perçage et s'informer au préalable des conditions de réalisation du *piercing*. Il faut conseiller au patient de vérifier si le professionnel se lave les mains et porte des gants avant de réaliser le *piercing*, s'il utilise du matériel stérile, des aiguilles à usage unique et si le bijou est sorti d'une pochette de conditionnement à témoin de couleur. Ce sont les règles d'hygiène de base à respecter par le perceur. Il serait même préférable que le patient se rende dans plusieurs salons de perçage pour voir si le professionnel possède les licences

nécessaires à l'exercice de la profession (Salmandjee, 2003 ; Gunepin et coll., 2010).

3.1.2. Après la pose d'un *piercing*

Il convient au patient de connaître les règles de soin à appliquer après la pose d'un *piercing*, car souvent les perceurs ne donnent peu ou pas d'instruction. Il est nécessaire de bien faire comprendre aux patients qu'un *piercing* constitue une plaie au niveau buccal, en contact avec une multitude de bactéries et que des soins sont à apporter afin de réduire le risque de complications. L'acte en lui-même est rapide et peu douloureux (il se réalise sans anesthésie), mais la cicatrisation est quant à elle plus longue, elle varie de 3 à 6 semaines et c'est à ce moment-là que le patient doit être particulièrement vigilant. Une fois la langue percée, il faut que le perceur place au niveau de l'orifice un bijou dit de pose d'environ 18 à 20 mm pour permettre l'expansion de la langue et éviter que le bijou pénètre dans l'épaisseur linguale. Ce n'est qu'au bout de 2 semaines après l'acte que le bijou pourra être remplacé par un bijou fantaisie (Maspero et coll., 2014).

Directement après la pose du *piercing*, le patient devra manger des aliments liquides et froids, et ce durant les 24 premières heures afin de réduire l'œdème, puis adopter les jours suivants une alimentation molle. Les aliments durs, épicés et chauds sont à proscrire pendant environ une semaine. Concernant les *piercings* linguaux, certains auteurs préconisent même de venir déposer la nourriture avec ses doigts ou couverts non souillés directement au contact des molaires et d'engager doucement la mastication, ceci permettrait d'éviter de mordre le *piercing*. Pour les *piercings* situés autour des lèvres, il faudra éviter d'ouvrir la bouche trop grande, car le *piercing* peut venir s'accrocher sur les dents (Gunepin et coll., 2010).

L'apparition de douleurs, de rougeurs, de gonflements, de légers saignements est normale à la suite de la pose du *piercing* et pourra perdurer pendant environ trois jours. Le patient ne doit pas être inquiet si un liquide jaunâtre s'écoule du site de perçage, ceci est normal. Il est constitué de lymphes, de cellules mortes et il ne faut pas le confondre avec un écoulement de pus. Par contre, après une semaine les symptômes doivent disparaître. Si le patient voit apparaître au niveau du site de

perçage un écoulement vert/jaune, un tissu épaissi, une inflammation, un abcès, un saignement ou de la fièvre, il faut l'informer qu'il doit se rendre rapidement chez son dentiste ou médecin traitant (Gunepin et coll., 2010 ; Association of professional piercers, 2011).

Concernant le nettoyage, il faut déjà faire entendre au patient que le *piercing* doit toujours se manipuler avec des mains propres. Le patient ne devra pas effectuer de bain de bouche pendant 24 heures, quelle que soit la localisation du *piercing*. Les habitudes de brossage doivent rester les mêmes et la brosse à dents changée régulièrement. Si le patient possède un *piercing* lingual, il faudra qu'il brosse doucement le dos de la langue puis le bijou et réalise 3 fois par jour après les repas pendant 10 jours des bains de bouche sans alcool à la Chlorhexidine. Elle est efficace contre les bactéries Gram + et Gram – (Turesky et coll., 1977) et permet d'éviter l'accumulation alimentaire autour du *piercing*. Il ne faut pas toucher au *piercing* lors de la phase de cicatrisation sauf en cas de force majeure.

Pour les *piercings* en contact avec la face cutanée (lèvres et joues par exemple), il est conseillé d'éliminer les résidus secs et agglomérés autour de l'orifice à l'aide d'eau tiède et de savon puis de rincer. En complément, il est conseillé d'appliquer un antiseptique local tel que la Biseptine® 2 fois par jour pendant environ 7 à 10 jours. Pour le rinçage, le patient peut utiliser du sérum physiologique et surtout finir par un séchage rigoureux de la plaie à l'aide d'un linge propre ou encore mieux avec de l'air ou une serviette en papier, ce qui évite toute macération et limite ainsi le risque d'infection. Attention, il faut éviter de recouvrir la plaie avec un pansement ou des crèmes (cosmétiques, maquillage, etc.) (Orgelot et Orgelot, 2002).

Enfin, il faut expliquer au patient que le site de perçage cicatrise de l'extérieur vers l'intérieur, ce qui laisse croire que le site est cicatrisé alors qu'il ne l'est pas totalement : le patient stoppe donc de lui-même les soins, ce qui augmente le risque de complications (Gunepin et coll., 2010).

D'autres précautions sont à respecter à la suite de la pose du *piercing*. Il faut éviter de stimuler la langue en mâchant des *chewing-gums*, en jouant avec le bijou, éviter de mettre le bijou en contact avec des objets souillés en grignotant des stylos, des

branches de lunettes par exemple et ne pas partager de fourchette, de cuillère avec une tierce personne, etc.

La consommation d'alcool, de tabac, de drogues, les contacts oraux-oraux et oraux-génitaux, ainsi que l'exposition au soleil sont à éviter (Gunepin et coll., 2010).

Il faut conseiller au patient de dormir avec la tête inclinée vers le haut et de ne pas s'appuyer sur la perforation pendant les premières nuits au risque de provoquer une irritation du site (Orgelot et Orgelot, 2002).

Il faut éviter de se baigner dans un lac, une piscine ou un jacuzzi en raison de la forte concentration bactérienne présente au sein des eaux stagnantes. Si la pratique est impossible à éviter, il est souhaitable d'utiliser un patch imperméable pour que la zone ne soit pas au contact des bactéries, puis surtout bien laver la zone après la baignade et finir par un séchage efficace (Abner et coll., 2015).

Enfin, l'application de maquillage doit se faire à distance du *piercing* pour éviter tout risque d'infection ou d'irritation.

Si toutes les recommandations sont respectées normalement l'ensemble des symptômes « normaux » post pose doivent disparaître au bout d'une semaine sans aucun traitement médicamenteux. Un rendez-vous de contrôle doit être programmé 10 jours après la pose, afin de voir si le processus de cicatrisation se déroule normalement et décider une fois l'œdème disparu, si le « bijou de pose » peut être remplacé par le « bijou fantaisie » dont la longueur varie de 12 à 15 mm (Gunepin et coll., 2010).

3.2. Que dire à un patient porteur d'un *piercing* ?

En tant que professionnel de santé, il est important de donner aux patients des conseils adéquats afin qu'ils aient une hygiène optimale et des habitudes de vie limitant les risques d'apparition de complications ou d'atteintes dentaires.

3.2.1. Les règles d'hygiène :

Le dentiste a un rôle de prévention, c'est pourquoi il doit donner des conseils au patient afin qu'il garde une bonne hygiène dentaire. Pour cela, le patient doit réaliser son brossage normalement après chaque repas d'une durée de 2 à 3 min et d'ajouter à cela le passage des bossettes interdentaires pour éliminer le biofilm bactérien localisé au niveau interproximal. Une fois la plaie cicatrisée, il devra brosser très précautionneusement autour du bijou afin d'éliminer les éventuels dépôts alimentaires qui risqueraient de former du tartre autour du bijou. La présence de résidus secs autour du *piercing* peut irriter les muqueuses et créer un environnement propice à augmenter le risque infectieux. Pour plus d'efficacité, le bijou pourra être retiré, mais attention il devra toujours être manipulé avec des mains propres (Orgelot et Orgelot, 2002).

Lors des contrôles dentaires, le dentiste pourra vérifier la tenue bijou, le nettoyer si nécessaire, déloger les éventuels dépôts avec la seringue air-eau à l'endroit où est placé le *piercing* et pour finir prodiguer les conseils d'entretien donnés ci-dessus (Gunepin et coll., 2010).

3.2.2. Le bijou et la vie quotidienne :

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, le port d'un *piercing* peut produire à long terme des atteintes sur les tissus dentaires et gingivaux. Pour pallier cela, certains auteurs préconisent de porter un bijou en acrylique ou en Téflon® ce qui pourrait maintenir une bonne santé dentaire et parodontale (Zenati et Raybaud, 2012).

Il est nécessaire de dire au patient de ne pas jouer avec le bijou ou de l'interposer entre les arcades de façon volontaire au risque de détériorer les tissus durs. Il serait même préférable de retirer le bijou pendant les repas afin de prévenir le risque de morsure involontaire (Gunepin et coll., 2010).

Pour prévenir le risque d'inhalation, il faut conseiller au patient de vérifier plusieurs fois par jour si les extrémités du bijou sont toujours bien vissées (Orgelot et Orgelot, 2002).

Il faut suggérer au patient de toujours garder sur lui une barre de rechange pour pouvoir la remplacer en cas de perte ou de bris (Association of professional piercers, 2011).

Le patient devra être vigilant, car le *piercing* peut s'emmêler dans les draps ou vêtements et donc être arraché lors de son sommeil. De même lors de sports violents ou de traitement orthodontique le *piercing* peut être arraché, il est donc conseillé de le retirer (Zenati et Raybaud, 2012).

Il est préférable de demander au patient de retirer le *piercing* lors des soins dentaires ou lors de réalisation de radiographie (voir paragraphe Obstacle au cours des soins dentaires et médicaux).

Par contre, le patient doit bien garder à l'esprit que le site de perçage lingual se referme très vite (au bout de 2 heures le processus est déjà engagé), pour les autres *piercing* oraux le temps est plus long. Il est donc nécessaire de le remettre en place le plus rapidement possible (Gunepin et coll., 2010).

En cas d'apparition de signes infectieux, l'APP (Association of Professional Piercers) conseille de laisser en place le bijou pour permettre le drainage de l'infection. Le retrait du bijou entraîne automatiquement la fermeture de l'orifice et donc le possible emprisonnement de l'infection à l'intérieur des tissus. Le retrait doit donc être indiqué par un professionnel ainsi que la prise d'antibiotiques adéquate.

Cela fait peu de temps que le rôle du chirurgien-dentiste est apparu comme important face au patient porteur de *piercings*. En effet, c'est seulement depuis 2002, suite au décès d'une patiente porteuse d'un *piercing* lingual que le président d'honneur de la SOP (Société Odontologique de Paris) Philippe SAFAR a décidé de publier un article pour mobiliser les Chirurgiens-Dentistes et mettre en avant leur rôle face à cette mode grandissante. Pour faire bouger les choses et informer le grand

public, une fiche informative à destination des patients a été créée en 2003. Cette initiative fut le point de départ du développement d'autres mesures destinées à informer et protéger les patients porteurs de *piercings* ou désireux de se faire percer (Safar, 2008).

Conclusion

Le perçage corporel est une tradition ancestrale pratiquée par certaines civilisations et souvent en lien avec une symbolique très forte. À l'heure actuelle, il s'est imposé dans la société comme un accessoire de mode, un moyen d'embellir le corps. Cette mode tend à repousser les limites dites « conventionnelles » de leurs localisations, en réalisant des perçages au niveau buccal et péri-buccal. Ceci faisant courir des risques non négligeables à leurs adeptes.

En tant que praticien, il semble donc nécessaire d'en tenir compte. D'une part, le chirurgien-dentiste se doit d'informer les patients sur les risques encourus, mais aussi de prévenir, voire traiter les éventuelles complications. De plus, la présence de *piercings* buccaux nous oblige parfois à faire des compromis en termes de thérapeutique.

Une question se pose alors : « Que faire face à cette mode ? » Aucune réponse claire n'a été apportée, les pouvoirs publics essaient de réglementer la profession de perceur et les professionnels de santé tentent d'informer voire de dissuader les candidats au *piercing*.

Cependant, la problématique ne porte pas uniquement sur le respect des règles d'hygiène, mais aussi sur les nombreuses conséquences qui sont inhérentes à la pose et au port du *piercing*, par exemple les fractures dentaires. Malheureusement, trop peu de choses sont faites à ce sujet et le chirurgien-dentiste se retrouve donc seul, au premier plan pour accompagner les patients qui recourent au perçage. Il convient pour le professionnel de santé de connaître les risques liés à cette pratique afin de pouvoir offrir une information claire à ses patients. Un dépliant à destination des patients a été conçu en vue d'aider le dentiste dans la diffusion de ces informations (Cf. Annexe).

Références bibliographiques

1. Abner T, Franco Z, Alqahtani B. Taking care of piercings. RDH. 2015; 35(9): 110-112.
2. Alam MN, Sabir M, Panda S, John T. Tongue Piercing Mania - Danger Ahead. EC Dent Sci. 2016; 5(1): 935-940.
3. Bally J, Curien R, Brenot S, Sourdou A, Lê A, Bravetti P. Abscess cérébraux d'origine dentaire : à propos de deux cas. Actual Odonto Stomatol. 2009 ; (248) : 361-367.
4. Bone A, Ncube F, Nichols T, Noah ND. Body piercing in England : a survey of piercing at sites other than earlobe. BMJ. 2008; 336(7658): 1426-1428.
5. Borghetti A, Monnet-Corti V. Chirurgie plastique et parodontale. Rueil-Malmaison : Editions CDP ; 2003. 498p.
6. Brooks JK, Hooper KA, Reynolds MA. Formation of mucogingival defects associated with intraoral and perioral piercing: case reports. J Am Dent Assoc 1939. 2003; 134(7): 837-843.
7. Bruna D. Piercing : sur les traces d'une infamie médiévale. Paris : Editions Textuel ; 2001. 160p.
8. Campbell A, Moore A, Williams E, Stephens J, Tatakis DN. Tongue Piercing: Impact of Time and Barbell Stem Length on Lingual Gingival Recession and Tooth Chipping. J Periodontol. 2002; 73(3): 289-297.
9. Careaga Reyna G, Alfaro Gómez F, Argüero Sánchez R. Broncoaspiración de cuerpo extraño por « piercing » lingual. Rev Inst Nac Enfermedades Respir. 2008; 21(1): 26-28.
10. Carmen RA, Guitar AE, Dillon HM. Ultimate Answers to Proximate Questions: The Evolutionary Motivations Behind Tattoos and Body Piercings in Popular Culture. Rev Gen Psychol. 2012; 16(2): 134-143.

11. Chung MK, Chung D, LaRiccia PJ. Tongue piercing and chronic abdominal pain with nausea and vomiting--two cases. *Explore (NY)*. 2015; 11(1): 59-62.
12. Cidoncha Cabrezio G, Sanchez Saborido G, Dominguez Moreno E, Herrera Urena JI. Piercing oral: una amenaza para la salud. *Cient Dent*. 2008; 5(1): 21-29.
13. Civatte J, Bazex J. « Piercings » et tatouages : la fréquence des complications justifie une réglementation. *Bull. Acad. Natle Méd*. 2007 ; 191(9) : 1819-1838.
14. D'dharan SR, Neelakantan P. Oral Piercings: An Art That Destroys. *Int J Clin Dent*. 2013; 6(4): 361-366.
15. De Moor RJ, De Witte AM, De Bruyne MA. Tongue piercing and associated oral and dental complications. *Endod Dent Traumatol*. 2000; 16(5): 232-237.
16. De Moor RJ, De Witte AM, Delmé KI, De Bruyne MA, Hommez GM, Goyvaerts D. Dental and oral complications of lip and tongue piercings. *Br Dent J*. 2005; 199(8): 506-509
17. De Urbiola Alís I, Viñals Iglesias H. Algunas consideraciones acerca de los piercings orales. *Av En Odontoestomatol*. 2005; 21(5): 259-269.
18. Dermata A, Arhakis A. Complications of Oral Piercing. *Balk J Stomatol*. 2013; 17: 117-121.
19. Dubose J, Pratt JW. Victim of fashion: Endocarditis after oral piercing. *Curr Surg*. 2004; 61(5): 474-477.
20. Dyce O, Bruno JR, Hong D, Silverstein K, Brown MJ, Mirza N. Tongue piercing. The new « rusty nail »? *Head Neck*. 2000; 22(7): 728-732.
21. Escudero-Castaño N, Perea-García MA, Campo-Trapero J, Cano-Sánchez, Bascones-Martínez A. Oral and Perioral Piercing Complications. *Open Dent J*. 2008; 2: 133-136.

22. Fanjeaux N. Endocardite infectieuse d'origine dentaire : mythe et réalités [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université de Lorraine. Faculté d'odontologie de Nancy ; 2014. 169p.
23. Farah CS, Harmon DM. Tongue piercing: Case report and review of current practice. *Aust Dent J.* 1998; 43(6): 387-389.
24. Fehrenbach MJ. Tongue piercing and potential oral complications. *J Dent Hyg JDH.* 1998; 72(1): 23-25.
25. Fleming PS, Flood TR. Bifid tongue - a complication of tongue piercing. *Br Dent J.* 2005; 198(5): 265.
26. Friedel JM, Stehlik J, Desai M, Granato JE. Infective endocarditis after oral body piercing. *Cardiol Rev.* 2003; 11(5): 252-255.
27. Friedrich L, Madrid C, Ödman-Jaques M, Yersin B, Carron PN. Complications liées aux piercings. *Rev Med Suisse.* 2014 ; 10 : 662-668.
28. Godinot J. Le point de contact interdentaire : revue des moyens à disposition du praticien pour sa reconstitution en odontologie restauratrice [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université Henri Poincaré - Nancy 1. Faculté d'odontologie de Nancy ; 2012. 154p.
29. Grognard C. Psychosomatique et sexualité : Tatouage, piercing : Décoration ? Décorporation ? Dénaturation du corps ou retour au primitif ? *Gynécol Obstet Fertil.* 2006 ; 34(1) : 41-43.
30. Guiard-Schmid JB. Guide des bonnes pratiques du piercing : guide technique à l'usage des professionnels du piercing, recommandations pour la prévention de la transmission des maladies infectieuses. Paris : Assistance publique Hôpitaux de Paris ; 2001. 88p.
31. Gunepin M, Derache F, Blin E, Morell É. Le piercing lingual et ses complications : implications militaires. *Médecine buccale, chirurgie buccale : MBCB.* 2010 ; 16(1) : 3-14.

32. Hardee PS, Mallya LR, Hutchison IL. Tongue piercing resulting in hypotensive collapse. *Br Dent J*. 2000; 188(12): 657-658.
33. Harding PR, Yerkey MW, Deye G, Storey D. Methicillin resistant *Staphylococcus Aureus* (MRSA) endocarditis secondary to tongue piercing. *J Miss State Med Assoc*. 2002; 43(4): 109.
34. Hennequin-Hoenderdos NL, Slot DE, Van der Weijden GA. Complications of oral and peri-oral piercings: a summary of case reports. *Int J Dent Hyg*. 2011; 9(2): 101-109.
35. Herskovitz MY, Goldsher D, Finkelstein R, Bar-Lavi Y, Constantinescu M, Telman G. Multiple brain abscesses associated with tongue piercing. *Arch Neurol*. 2009; 66(10): 1292.
36. Heuze S. *Changer le corps*. Paris : La Musardine ; 2000. 199p.
37. Huber MA, Terezhalmay GT, Moore WS. Oral/perioral piercing. *Quintessence Int Berl Ger* 1985. 2003; 34(9): 722-723.
38. Jeger F, Lussi A, Zimmerli B. Piercings et bijoux buccaux : un aperçu. *Rev Mens Suisse Odontostomatol*. 2009 ; 119 : 624-631.
39. Keogh IJ, O'Leary G. Serious complication of tongue piercing. *J Laryngol Amp Otol*. 2001; 115(3): 233-234.
40. Kloppenburg G, Maessen JG. *Streptococcus* endocarditis after tongue piercing. *J Heart Valve Dis*. 2007; 16(3): 328-330.
41. Kluger N, Misery L, Seit  S, Taieb C. Les piercings corporels :  tude épidémiologique sur un échantillon représentatif de 5000 français. *Ann Dermatol Venereol*. 2017 ; 144(12S) : 234-235.
42. Lakhan SE, Harle L. Fatal fulminant herpes simplex hepatitis secondary to tongue piercing in an immunocompetent adult: a case report. *J Med Case Reports*. 2008; 2: 356.

43. Levin L, Zadik Y, Becker T. Oral and dental complications of intra-oral piercing. *Dent Traumatol.* 2005; 21(6): 341-343.
44. Lick SD, Edozie SN, Woodside KJ, Conti VR. Streptococcus viridans endocarditis from tongue piercing. *J Emerg Med.* 2005; 29(1): 57-59.
45. Maheu-Robert LF, Andrian E, Grenier D. Overview of complications secondary to tongue and lip piercings. *J Can Dent Assoc.* 2007; 73(4): 327-331.
46. Martinello RA, Cooney EL. Cerebellar Brain Abscess Associated with Tongue Piercing. *Clin Infect Dis.* 2003; 36(2): 32-34.
47. Maspero C, Farronato G, Giannini L, Kairyte L, Pisani L, Galbiati G. The complication of oral piercing and the role of dentist in their prevention: a literature review. *Stomatologija.* 2014; 16(3): 118-124.
48. Mejersjö C, Ovesson D, Mossberg B. Oral parafunctions, piercing and signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school students. *Acta Odontol Scand.* 2016; 74(4): 279-284.
49. Meylan P. Infections à virus de l'herpès simplex : mise à jour pour le praticien. *Rev Med Suisse.* 2011; 7: 886-893.
50. Millar BC, Moore JE. Antibiotic prophylaxis, body piercing and infective endocarditis. *J Antimicrob Chemother.* 2004; 53(2): 123-126.
51. Muller C. Port de piercings, quelles pratiques en anesthésie-réanimation-urgences ? *Oxymag.* 2016; 29(151): 21-24.
52. Orgelot JP, Orgelot A. Mutilations volontaires actuelles au niveau de la bouche (attitude du chirurgien dentiste face à ces mutilations) [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université Henri Poincaré. Faculté d'odontologie de Nancy ; 2002. 183p.
53. Ouzan D. Piercing et hépatite C : Phénomène de mode ou problème de Santé Publique ? *Gastroentérologie Clin Biol.* 2004 ; 28(5) : 455-457.
54. Peticolas T, Tilliss T, Cross-Poline G. Oral and Perioral Piercing: A Unique Form of Self-Expression. *J Contemp Dent Pract.* 2000; 1(3): 1-10.

55. Pramod RC, Suresh Kandagal V, Kadashetti V, Shivakumar KM, Pramod SI, Sharan JS. Oral piercing: A risky fashion. *J Educ Ethics Dent*. 2012; 2(2): 56-60.
56. Rosivack RG, Kao JY. Prolonged bleeding following tongue piercing: a case report and review of complications. *Pediatr Dent*. 2003; 25(2): 154-156.
57. Salmandjee Y. Piercings et tatouages. Paris : Editions d'Organisation ; 2003. 160p.
58. Shteyer A, Howell RM. Tissue reactions to chronic irritation of the tongue in germfree and conventional rats. *J Oral Surg Am Dent Assoc* 1965. 1970; 28(2): 109-112.
59. Stirn A. Body piercing : medical consequences and psychological motivations. *The Lancet*. 2003; 361(9364): 1205-1215.
60. Theodossy T. A complication of tongue piercing. A case report and review of the literature. *Br Dent J*. 2003; 194(10): 551-552.
61. Tronel H, Chaudemanche H, Pechier N, Doutrelant L, Hoen B. Endocarditis due to *Neisseria mucosa* after tongue piercing. *Clin Microbiol Infect*. 2001; 7(5): 275-276.
62. Turesky S, Warner V, Lin PS, Soloway B. Prolongation of antibacterial activity of chlorhexidine adsorbed to teeth. Effect of sulfates. *J Periodontol*. 1977; 48(10): 646-649.
63. Van Hoover C, Rademayer CA, Farley CL. Body Piercing: Motivations and Implications for Health. *J Midwifery Womens Health*. 2017; 62(5): 521-530.
64. Ventä I, Lakoma A, Haahtela S, Peltola J, Ylipaavalniemi P, Turtola L. Oral piercings among first-year university students. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005; 99(5): 546-549.
65. Whitley RJ. Herpes Simplex Virus Infection. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2002; 13(1): 6-11.

66. Yu CH, Minnema BJ, Gold WL. Bacterial infections complicating tongue piercing. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2010; 21(1): 70-74.
67. Zenati L, Raybaud H. Piercing et santé orale : entre phénomène de société et problème de santé publique. *EMC - Odontologie.* 2013; 8(2): 1-12.
68. Ziebolz D, Hornecker E, Mausberg RF. Microbiological findings at tongue piercing sites: implications to oral health. *Int J Dent Hyg.* 2009; 7(4): 256-262.

Références bibliographiques électroniques

1. Akhondi H, Rahimi AR. Haemophilus aphrophilus Endocarditis after Tongue Piercing. Emerging Infectious Disease journal [Internet]. 2002 [consulté le 13 avril 2018]; 8(8): 850-1. Disponible sur: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/8/8/01-0458_article
2. Association of professional piercers. Taking care of your new oral piercing [Internet]. 2011 [consulté le 4 juin 2018]. Disponible sur: https://www.safepiercing.org/docs/APP_OralMinors_Web.pdf
3. AZoM. Grade 23 Ti 6Al 4V ELI Alloy (UNS R56401) [Internet]. 2013 [consulté le 29 juillet 2018]. Disponible sur: <https://www.azom.com/article.aspx?ArticleID=9365>
4. Baron S, Fons M, Albrecht T. Viral Pathogenesis [Internet]. In: Baron S, éditeur. Medical Microbiology. 4th éd. Galveston (TX): University of Texas Medical Branch at Galveston; 1996 [consulté le 24 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK8149/>
5. Chevallier J. Le piercing dans l'art et l'histoire [Internet]. 2012 [consulté le 5 décembre 2017]. Disponible sur : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2012x046x003/HSMx2012x046x003x0295.pdf>
6. Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT). ECN.PILLY [Internet]. 2018 [consulté le 12 avril 2018]. Disponible sur : <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue6-163-nb.pdf>
7. Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT). ECN.PILLY [Internet]. 2018 [consulté le 12 avril 2018]. Disponible sur : <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue6-149-nb.pdf>.

8. Collège français des Pathologistes (CoPath). La réaction inflammatoire. Les inflammations [Internet]. 2011-2012 [consulté le 13 février 2018]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/anatomie-pathologique/enseignement/anapath_3/site/html/cours.pdf
9. Fillon F, Bachelot R, Dati R. Décret n° 2008-149 du 19 février 2008 fixant les conditions d'hygiène et de salubrité relatives aux pratiques du tatouage avec effraction cutanée et du perçage, et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [Internet]. 2008 [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018149461>
10. Gillot D, Lebranchu M, Parly F, Pierret C. Arrêté du 18 juillet 2000 relatif à l'interdiction de mise sur le marché de certains produits contenant du nickel [Internet]. 2000 [consulté le 11 janvier 2018] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000399782&categorieLien=id>
11. Greenlee JE. Abscess cérébral [Internet]. 2018 [consulté le 1 mai 2018]. Disponible sur : <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-neurologiques/infections-c%C3%A9r%C3%A9brales/abc%C3%A8s-c%C3%A9r%C3%A9bral>
12. Isola, Vicki J, Ph. D. Tetanus [Internet]. 2013 [consulté le 21 mai 2018]; Magill's Medical Guide (Online Edition), 2013, 5p.
13. Janssen KM, Cooper BR. Oral Piercing: An Overview. J Allied Health Sci Pract [Internet]. 2008 [consulté le 8 juillet 2018]; 6(3), Article 6. Disponible sur: <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol6/iss3/6>
14. Plastargias I, Sakellari D. The Consequences of Tongue Piercing on Oral and Periodontal Tissues. ISRN Dent [Internet]. 2014 [consulté le 9 juillet 2018]; 2014: 876510. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926233/>

15. Safar P. Piercing : briser le silence [Internet]. 2008 [consulté le 15 juin 2018]. Disponible sur : <https://www.sop.asso.fr/l-association/les-editos/86-piercing-briser-le-silence>

16. Yang S, Wang D, Zhang Y, Yu C, Ren J, Xu K, et al. Transmission of Hepatitis B and C Virus Infection Through Body Piercing. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2015 [consulté le 31 mai 2018]; 94(47). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5058954/>

LE NETTOYAGE

LES PIERCINGS LINGUAUX:

- **BROSSAGE** de dents: 2 à 3 min. après les repas.
- **BROSSAGE** doux de la face dorsale de la langue et du bijou.
- **BAIN DE BOUCHE** à la chlorhexidine à commencer 24h après le percage et ce pendant 10 jours.
Ne retirez pas votre piercing pendant la phase de cicatrisation, sauf en cas d'urgence.



LES PIERCINGS EN CONTACT AVEC LA PEAU:

- **NETTOYAGE** des résidus autour du bijou à l'aide d'eau et de savon.
- **RINCAGE**.
- **APPLICATION** d'un antiseptique local 2 fois par jour pendant 7 jours.
- **RINCAGE** au sérum physiologique.
- **SÉCHAGE** à l'aide d'un papier propre.

ATTENTION Votre plaie peut donner l'impression d'être cicatrisée; ceci est dû à la cicatrisation qui se fait de l'extérieur vers l'intérieur, il ne faut surtout pas stopper les soins

Si toutefois, des signes infectieux apparaissent tels que l'écoulement de pus, une forte douleur, de la fièvre, n'hésitez pas à contacter votre médecin ou dentiste traitant.

LE PIERCING ET LA VIE QUOTIDIENNE

Passé la période de cicatrisation, il faut tout de même rester vigilant

- Toujours vérifier que les extrémités du piercing soient bien vissées
- Garder avec soi une barre de rechange, en cas de perte ou bris de celle actuelle
- Faire attention pendant le sommeil, ou lors de sports violents que le bijou ne soit pas arraché.
- Retirer le piercing lors d'un traitement orthodontique.
- Maintenir une hygiène orale optimale (brossage rigoureux accompagné d'un brossage efficace du piercing pour éviter la formation de tartre autour). Le piercing peut être retiré pour le nettoyage, mais attention, il doit être remis en place au bout de 2 heures car la fermeture est très rapide.
- Porter un bijou en acrylique ou en Téflon® afin de maintenir votre santé dentaire et celle de vos gencives
- Se rendre régulièrement chez son dentiste traitant
- Lors des soins dentaires, retirer le bijou afin de faciliter le travail du praticien.
- En cas de signes infectieux, ne retirez pas le bijou par vous-même, car l'orifice peut se refermer, et donc emprisonner l'infection à l'intérieur des tissus. Ne le faites que sur les conseils du praticien.



LA FACE CACHÉE du PIERCING ORAL



VOUS SOUHAITEZ RÉALISER UN PIERCING AU NIVEAU DE LA SPHÈRE ORALE ?

AVANT LA POSE

- Réfléchissez bien avant d'agir; il ne s'agit pas d'un acte anodin.
- Demandez à votre médecin ou dentiste traitant si vous ne souffrez pas d'une pathologie qui contre-indiquerait la pose.
- En cas de prise de médicaments, assurez vous qu'ils ne contre-indiquent pas la pose du piercing.
- Si vous êtes enceinte ou mineur, ne vous précipitez pas.
- Renseignez vous auprès des différents perceurs sur leur technique et le respect des règles d'hygiène.

Voici quelques exemples de risques auxquels vous vous exposez. Les conséquences peuvent être graves; soyez en informés



Présence de pus autour du piercing



Fracture dentaire



Hématome



Infection



Rétraction de la gencive

APRES LA POSE

Les 3 premiers jours, un **GONFLEMENT** va apparaître; il peut s'accompagner de **SAIGNEMENTS**, de **ROUGEURS** et de **DOULEURS**. Ceci est normal, mais ne doit pas excéder une semaine.

CONCERNANT L'ALIMENTATION

- Le 1er jour, il faut préférer une alimentation liquide et froide pour aider à diminuer le gonflement
- Les aliments durs, chauds et épicés sont à proscrire
- Pour éviter de mordre le bijou involontairement, déposez la nourriture avec vos doigts ou vos couverts propres au niveau des molaires
- Lors de la mastication, évitez d'ouvrir la bouche de façon exagérée, car les bijoux autour des lèvres peuvent s'agripper au niveau des dents

A ÉVITER

- Les sollicitations exagérées (ex: mâcher du chewing gum ...)
- Ne pas mettre en contact des objets souillés avec la plaie.
- Ne pas partager avec une tierce personne des couverts, bols ou autre.
- Ne pas fumer, consommer de l'alcool ou drogues.
- Eviter de se baigner dans des eaux stagnantes, telles que piscines, lacs. Sinon, protéger la plaie par un patch imperméable.
- Eviter l'exposition au soleil
- Ne pas dormir en s'appuyant sur la plaie, mais plutôt la tête inclinée vers le haut.
- Eviter les contacts oraux-oraux ou oraux - génitaux



Table des matières

Sommaire	2
Liste des figures	10
Listes des tableaux	13
Introduction	14
1. Le <i>piercing</i> : généralités	16
1.1. Les origines du <i>piercing</i> et l'image actuelle dans notre société	16
1.1.1. Historique.....	16
1.1.2. L'image du <i>piercing</i> dans la société.....	20
1.2. Les différentes localisations	22
1.2.1. La langue	23
· Le <i>piercing</i> dorsoventral	23
· Le <i>piercing</i> dorsolatéral	23
· Le choix du bijou.....	24
1.2.2. La lèvre	26
1.2.3. Les autres sites.....	27
· Les joues	27
· Les freins	27
· La lchette	27
1.3. La réglementation	28
1.3.1. Les recommandations encadrant la profession en France.....	28
1.3.2. Les réglementations inhérentes aux <i>piercings</i>	29
· Le nickel	29
· Les matériaux	30
o Le titane (implantable).....	31
o Le PTFE (implantable).....	31
o PMMA (implantable).....	31
o Platine (implantable).....	31
o Acier (implantable ou non selon le grade).....	31
o Or (implantable en fonction de la pureté)	32
o L'argent (non implantable).....	32
1.3.3. L'hygiène et la stérilisation au sein des salons de <i>piercing</i>	32

· L'hygiène	33
· La stérilisation.....	35
2. Le <i>piercing</i> et la santé des patients	37
2.1. Impact sur la cavité orale	37
2.1.1. Les complications à court terme	37
· L'œdème et la douleur.....	37
· Le saignement prolongé au niveau de la langue.....	40
· Saignements prolongés et hématomes au niveau des lèvres	41
· Les lésions nerveuses	41
· Les complications infectieuses locales.....	42
2.1.2. Les complications à long terme	43
· Non dentaires	43
o L'allergie	43
o L'hypersalivation.....	43
o Le galvanisme	44
o L'inhalation et l'ingestion	44
o L'altération tissulaire localisée.....	45
o Trouble au niveau de l'ATM.....	46
o Obstacle au cours des soins dentaires et médicaux	47
· Dentaires	49
o Sur les tissus durs	49
o Sur les tissus mous	52
2.1.3. Exemple de prise en charge d'une atteinte	56
2.2. L'impact sur la santé générale	61
2.2.1. Les agents infectieux.....	61
· Méthode transmission des agents infectieux.....	61
o Exemples de la littérature	62
1.1.1. Les conséquences mécaniques (Chung et coll., 2015).....	78
2. Rôle du chirurgien-dentiste dans l'information et la prévention face aux patients porteurs de <i>piercing</i>.....	83
2.1. Que dire à un patient candidat à la pose d'un <i>piercing</i> ?	83
2.1.1. Avant la pose d'un <i>piercing</i>	83
2.1.2. Après la pose d'un <i>piercing</i>	86
2.2. Que dire à un patient porteur d'un <i>piercing</i> ?	88

2.2.1. Les règles d'hygiène :	89
2.2.2. Le bijou et la vie quotidienne :	89
Conclusion	92
Références bibliographiques.....	93
Références bibliographiques électroniques	100



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ
D'ODONTOLOGIE
DE LORRAINE

Jury : Président : P. AMBROSINI – Professeur des Universités
Juges : D. JOSEPH – Maître de Conférences des Universités
N. PAOLI – Assistant hospitalo-universitaire
D. PONGAS – Docteur en Chirurgie Dentaire

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par : **Mademoiselle GIAROLI Marine**

né(e) à : **METZ (Meurthe-et-Moselle)**

le **31 août 1991**

et ayant pour titre : « **L'impact du piercing : de la cavité orale à la santé générale** ».

Le président du jury

P. AMBROSINI

Le doyen,
de la faculté d'odontologie

J.M. MARTRETTE
FACULTÉ
D'ODONTOLOGIE
DE LORRAINE

autorise à soutenir et imprimer la thèse 10477

NANCY, le 12 octobre 2018

Le président de l'université de Lorraine

P. MUTZENHARDT



GIAROLI Marine - L'impact du piercing : de la cavité orale à la santé générale

Nancy 2018 : 110 pages. 29 figures ; 1 tableau

Th. : Chir.-Dent. : Nancy 2018

Mots-clefs :

- Piercing
- Infection
- Prévention
- Cavité buccale

Résumé :

Le but de cette thèse est de démontrer l'impact du piercing de la cavité orale puis les répercussions sur la santé générale. Pour cela dans un premier temps nous montrerons le développement du piercing au sein de la société actuelle et la réglementation en vigueur au sein de l'UE. Dans un second temps nous présenterons les différentes complications rencontrées à court terme et à long terme au sein de la cavité orale. Dans une troisième partie, nous développerons les altérations possibles au niveau de la santé générale notamment la transmission de pathologie telles que le VIH, Hépatite C par exemple. Enfin, nous exposerons le rôle du chirurgien dentiste dans la prévention chez les patients porteurs de piercing et nous élaborerons une fiche de synthèse à remettre aux patients porteurs de piercing et à ceux désireux de se faire percer.

Membres du jury :

Pr P. AMBROSINI	Professeur des Universités	Président
<u>Dr D. JOSEPH</u>	<u>Maître de Conférences</u>	<u>Directeur</u>
Dr N. PAOLI	Assistant Hospitalo-Universitaire	Juge
Dr D. PONGAS	Docteur en Chirurgie Dentaire	Invité

Adresse de l'auteur :

Marine GIAROLI
8 rue Jacquemin
57280 SEMECOURT