

Réunion SFTG – Lille du 8 novembre 2000

Thème : la pathologie buccale

animateurs : Drs Valérie Masson (La Madeleine) et Thierry Abraham (Marquette)

invité : Dr Jean-Pierre Buffetaud, stomatologiste (Marcq en Barœul)

Traumatismes dentaires

Lithiase salivaire

Accidents de dents de sagesse

L'orthodontie

Situation n°1

Mercredi, Jean-Daniel, 7 ans, arrive en urgence à la consultation, il a reçu la balle de hockey en plein visage, et comme il ne porte jamais de protège-dents, il a dans son mouchoir une incisive centrale et à l'examen vous constatez que deux autres dents sont presque arrachées.

Que faites-vous ?

réponse

A 7 ans, ce n'est plus une dent de lait, donc on essaye de la remettre en place, avant d'arriver chez le médecin, on la conserve dans la bouche du patient, ou dans du lait si elle reste à l'air libre, elle se dessèche, le lait est bien à défaut du milieu buccal, des expérimentations l'ont démontré

chercher d'autres lésions (lèvres, nez...), il peut y avoir une fracture associée du rebord alvéolaire s'il y a fracture de la racine (avulsion non complète de la dent) : impossible de réimplanter si le traumatisme est récent, la réimplantation est peu douloureuse car il y a sidération des fibres nerveuses faire un cliché panoramique, s'il y a plusieurs dents concernées, faire une contention chez l'enfant, souvent la pulpe se réhabite car l'apex de la racine est ouvert, on peut le tester à distance du traumatisme: chlorure d'éthyle sur la dent, s'il y a douleur au froid, elle est vivante sinon il faut dévitaliser, car ça évoluera vers le granulome apical puis le kyste. On juge la récupération à 3 mois. Ne pas gratter la racine dentaire ni cureter l'alvéole, sinon on enlève le ligament alvéolaire.

Évolution : dans les 8 ans maximum, il y aura résorption radiculaire (rhizalyse), ce geste de réimplantation est mainteneur d'espace, pour réaliser à terme un bridge ou un implant

Les dents subluxées vers le palais : réduire la luxation, fixer par une contention, et faire surveiller par le dentiste.

Si l'enfant a 15 ans : idem, mais la dent sera dévitalisée dans les semaines suivantes

traitement antibiotiques avec anti-inflammatoires non stéroïdiens de principe, c'est comme une fracture ouverte, Rodogyl® est bien car il y a beaucoup d'anaérobies dans la bouche
Rodogyl : association de spiramycine (750 000 UI) et métronidazole (125 mg) par comprimé

Infection dentaire : fluxion de la joue, cliniquement, une dent très sensible au choc, avec une cellulite séreuse

NE PAS PRESCRIRE D'ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROÏDIENS, NI DE CORTICOÏDES,
car ça provoque une cellulite gangréneuse, même s'il y a un antibiotique,
on observe 15 cas par an au CHU de Lille

la cellulite gangréneuse donne peu de température, et peu de douleur, puis ça file dans le médiastin, et provoque nécrose et ruptures vasculaires, même chez un sujet jeune, et sans terrain fragilisé...

le traitement : Augmentin® (amoxicilline + acide clavulanique) plus Flagyl® (métronidazole), ou Rodogyl®, toujours associer métronidazole, et aussi glace sur la joue (pas de chaud), des bains de bouche, des antalgiques centraux

ça doit dégonfler en 3 jours, sinon ça se collecte et il faut drainer,
prescrire 10 jours d'antibiotiques et revoir à _ jours

les composites (à la place des amalgames dentaires) fonctionnent par une polymérisation exothermique : il peut se produire donc une mortification pulpaire à bas bruit sous le composite, on peut donc avoir une authentique infection sous une dent qui paraît saine
ces composites sont souvent beaucoup plus chers

contention de 3 mois pour une dent sub-luxée, le pronostic est meilleur, mais il y a un traumatisme osseux de l'alvéole

en conclusion, dans ces traumatisme dentaires on ne risque rien de tenter

certificat pour assurances : toujours émettre des réserves sur la vitalité ultérieure de la pulpe

traumatisme à 4 ans : ne pas réimplanter les dents de lait

à 18mois/2 ans, si la dent est enfoncée, antibiotiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens (1) et attendre, la dent redescend progressivement

(1) ici, on peut car c'est un traumatisme sans infection encore

question : y a-t-il traumatisme du germe de la dent définitive ? à surveiller, car il peut y avoir problème dans l'apparition des dents définitives et leur positionnement

tenter de récupérer les dents pour réimplanter (même « dans le caniveau » après un chute)

si on ne maintient pas l'espace, il y aura trouble de l'articulé, et problème pour un bridge futur

la perte d'une dent est la bonne indication de la pose d'un implant quelques mois après, à condition qu'il y ait suffisamment d'os

les dents de sagesse ont des rapports anatomiques avec le nerf dentaire inférieur, ou même il passe au milieu des racines; si on enlève la dent : on le lèse, d'où troubles sensitifs de l'hémi-machoire, et même parfois douleurs de désafférentation

faire donc un scanner pour voir où est le nerf par rapport à la dent

Situation n°2

Valérie adore les sucreries, à la fin de la consultation, elle vous signale que rien qu'en pensant à son « 4h », ça gonfle là en-dessous, et même depuis quelques jours ça fait mal

réponse

problème de la **lithiase sous-maxillaire**, associée ou non à une colique sous-maxillaire
bien palper au doigt le canal de Wharton, on peut trouver un petit calcul bloqué à la caroncule, on fait une petite anesthésie locale, et on donne un petit coup de bistouri sur le sphincter sous le frein de la langue

faire un examen radio de base (pas de sialographie tout de suite), on fait un « mordu » (le film dans la bouche, avec un cliché mou, et on voit le calcul, sialographie si on ne voit pas le calcul, l'échographie n'est pas utile.

On peut voir un calcul unique ou un empierrement

demandeur si c'est un épisode initial, car si c'est ancien, il y a sans doute une sous-maxillite, dans ce cas, ou en cas de gros calcul, on fera une sous-maxillectomie par voie cutanée, avec antibiotiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens, il y a un risque neurologique, il existe des rapports entre le bassinet de la glande et le nerf lingual, la lésion du nerf est responsable d'hypoesthésie du bord de la langue

il y aussi des risques d'atteinte du rameau inférieur du nerf facial

s'il y a une sclérose ancienne, on trouve des adhérences

traitement : Spasfon ® (phloroglucinol) 2 comprimés 3 fois par jour, pendant 10/15 jours, anti-inflammatoires non stéroïdiens (5/6 jours) et antibiotiques (7 jours) Rovamycine ® qui se concentre dans la salive, amoxicilline ou Dalacine ® (clindamycine) aussi

s'il y a empierrement du canal de Wharton : sous-maxillectomie

s'il y a un calcul antérieur unique, extraire le calcul par chirurgie locale buccale, puis teinture de Jaborandi (30 gouttes 3 fois par jour) plusieurs mois, c'est mieux que Sulfarlem ® (anétholtrithione) et Spasfon ®

ou le calcul s'expulse sous le traitement

lithotritie : un seul appareil en France à Paris, il faut plusieurs séances, pas remboursées, ça coûte 800 f, on élimine 2 mm de calcul par séance
on peut traiter avec des sondes à ultra-sons, ce n'est pas toujours facile
la chirurgie continuera encore longtemps dans cette pathologie

lithiase parotidienne

si le calcul est à la caroncule : anesthésie locale, coup de bistouri, c'est facile
si le calcul est plus loin, en amont de la baïonnette du canal, il ne passera pas
l'abord chirurgical est délicat à cause du nerf facial
faut-il faire une parotidectomie pour lithiase ? on est en milieu inflammatoire, le nerf risque beaucoup

autrefois on tentait de mettre la glande au repos par ligature du canal de Sténon, ce qui conduisait progressivement à une sclérose de la glande, mais c'était très désagréable (gonflements itératifs de la glande sous la pression de la salive)

en cas de parotide récidivante, un médecin oto-rhino-laryngologiste peut faire une section du nerf de Jacobson dans l'oreille moyenne

parotide ou sous-maxillite chez l'enfant : la lithiase est exceptionnelle
c'est souvent bactérien, et passe à la puberté

la sialographie avec injection de lipiodol est intéressante comme thérapeutique: le lipiodol a des vertus désinfectantes
on traite au Spasfon ®, on fait aussi des lavages endocanalaire avec de l'amoxicilline

l'étiologie de la lithiase est inconnue

la lithiase d'une glande salivaire accessoire a un aspect de nodule dur jaunâtre : exérèse sous anesthésie locale

« grenouillette » du plancher de la bouche : marsupialiser et ne pas refermer

la lithiase de la sublinguale est très rare

Situation n°3

Martine vous consulte pour des douleurs d'oreille à droite, à l'examen RAS en dehors d'une dent de sagesse un peu volumineuse qui pousse de travers et visiblement il y a peu de place, les incisives centrales se chevauchent.

Que proposez-vous ?

Les dents de sagesse peuvent être responsables de :
compression qui déplace les autres dents
otalgie réflexe
péricoronarite chronique, voire aiguë,

donner antibiotiques sans anti-inflammatoires,
faire un panoramique dentaire, pour voir la position de la dent de sagesse, son inclusion ou non, et poser l'indication d'extraction ou pas, qui se fera le plus souvent au fauteuil sous anesthésie locale

les dents du bas sont plus douloureuses que celles du haut, laisser le choix d'extraction sous anesthésie générale ou locale

l'œdème post-op dure 2/3 jours maximum, on doit parfois vider un petit hématome
enlever les dents de sagesse à la fin du traitement d'orthodontie (14/16 ans)
pas de traitement multibague trop tôt
maintenant la sécurité sociale accepte le démarrage du traitement jusqu'à 16 ans

faire une radio panoramique à la fin du traitement orthodontique, et selon la position des germes des dents de sagesse on sait si les dents vont se déplacer, si oui on les enlève
parfois on enlève même les germes des dents de sagesse plus tôt s'ils gênent l'éruption des dents de 12 ans
si à 9 ans les incisives supérieures ne sont pas sorties, faire panoramique

enlever les dents surnuméraires

il faut parfois aider à la sortie de la dent : on dégage la canine palatine par chirurgie, puis on fait un collage orthodontique pour la mettre en place, cette canine est très importante, elle a une fonction de pilier, elle verrouille l'occlusion, sinon on a des troubles fonctionnels de l'articulation temporo-maxillaire

traitement des troubles fonctionnels de l'articulation temporo-maxillaire : gouttière occlusale que l'on porte la nuit, et rééquilibration articulaire

chirurgie : si échec du traitement fonctionnel, on ne fait plus de ménisectomie de l'articulation temporo-maxillaire, car ça conduit à l'arthrose

si le ménisque est luxé en permanence, on fait une fixation chirurgicale postérieure, plus une kinésithérapie spécifique

Jean-Michel Maes au CHU de Lille est le plus expérimenté de la région pour la chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire

dans cette pathologie, on constate souvent des troubles psychiques associés

Situation n°4

Docteur, j'ai consulté, sur les conseils de mon dentiste, un spécialiste pour mon fils Bertrand. Il veut lui faire porter un appareil, c'est pas un peu une mode tout ça ?

Et puis c'est pas remboursé... que me conseillez-vous ?

il existe parfois des traitements non justifiés
mais il y a des indications importantes

prime enfance, à 4/5 ans, la promandibulie (prognatisme): faire porter une fronde mentonnière la nuit si ça continue, faire une ostéotomie de mandibule, voire bi-maxillaire si le maxillaire supérieur croît insuffisamment

les grands prognates ont des problèmes d'alimentation, s'il se trouvent être édentés ensuite, on aura des problèmes pour les prothèses

il peut y avoir une béance associée, avec interposition linguale et troubles esthétiques

l'insuffisance de croissance antéro-postérieure (rétrogénie), la rétromandibulie, la rétromaxillie supérieure donnent des troubles esthétiques et des troubles de l'articulation temporo-maxillaire

il y a des résultats possibles en orthodontie avant d'opérer par les activateurs de croissance, ce sont des appareils amovibles qui stimulent la croissance de la mandibule

existent des insuffisances de développement vertical : la branche montante est trop courte et provoque une béance buccale : il faut opérer aussi

à 8/9 ans, les dents définitives ont une taille adulte, mais pas encore les maxillaires, il y a une dysharmonie dento-maxillaire transitoire qui s'arrange avec la croissance

l'orthodontie de l'adulte est possible, ou la chirurgie au besoin, mais ça engendre une modification du faciès, il faut être bien équilibré psychologiquement pour le faire.

Le panoramique est l'examen indispensable de débrouillage

la position des dents est fonction de l'action de tous les muscles (joues, plancher de la bouche, etc) et donc le déplacement dentaire peut récidiver, même après ablation des dents de sagesse

les paresthésies buccales ou glossodynies sont très souvent psychogènes, autres étiologies :

• candidose buccale chronique : on voit une langue un peu saburrale, il faut écouillonner soi-même pour faire le prélèvement pour culture avant d'envoyer au laboratoire, il faut gratter la langue avant de prélever, si on prélève trop superficiellement on n'aura rien à la culture, attendre avant de traiter

• micro-angiopathie diabétique

• troubles capillaires : faire une capillaroscopie linguale et unguéale

• allergie à la prothèse dentaire, en particulier au colorant de la résine : on voit un petit liseré rouge au bord de la prothèse, la faire enlever 15 jours, et demander un avis allergologique

• allergie au nickel, au chrome des couronnes

la langue noire est souvent candidose chronique, mais pas toujours, il existe la langue chevelue par

hyperkératose des papilles (chercher le VIH), badigeonner avec une solution à 0,20 d'Aberel ® (trétinoïne) pendant 6 à 8 semaines

la mycose : la prouver

faire un traitement local et général

Triflucan 50 ® (fluconazole) pendant 21 jours, et bains de bouche prolongé 3 fois par jour avec Fungizone ® suspension (amphotéricine B), après usage d'un gratte-langue (en pharmacie), avaler la Fungizone ensuite

glossodynie : penser au reflux gastro-œsophagien

mycose souvent après antibiotiques, ou en cas d'hyposialie (syndrome de Gougerot-Sjogren) : prescrire la teinture de Jaborandi, Sulfarlem, Bisolvon ® (bromhexine) 3 par jour pour fluidifier

mycose chez un édenté appareillé: traiter la prothèse (microporeuse), la brosser le soir et la tremper dans de la Bétadine ® (povidone iodée) ou de la Fungizone

allergie à la prothèse : la faire en résine incolore

il risque bientôt de manquer de stomatologistes en France (5 diplômés par an actuellement)

compte-rendu : Dr Luc Beaumadier

relecture : Dr Jean-Pierre Buffetaud

*réunion organisée sans laboratoire pharmaceutique
texte lisible sur www.sftg.net*