



## Congrès ADF 2018

### Dossier de presse

*Jeudi 7 juin 2018*

---

---

#### Contacts presse

**ADF** Marie-laurence Ruche : [marie-laurence.ruche@adf-asso.fr](mailto:marie-laurence.ruche@adf-asso.fr) - 01 58 22 17 19 / 06 15 04 81 84

**PRPA** Sophie Matos : [sophie.matos@prpa.fr](mailto:sophie.matos@prpa.fr) - 01 46 99 69 69 / 06 11 21 44 89

Diane-Morgane Rabuat : [diane-morgane.rabuat@prpa.fr](mailto:diane-morgane.rabuat@prpa.fr) – 01 46 99 69 69 / 06 28 79 00 61

## LE CONGRÈS DE L'ADF LE RENDEZ-VOUS PHARE DE LA MÉDECINE BUCCO-DENTAIRE

---

Événement de référence dans le domaine de la médecine bucco-dentaire, le Congrès de l'Association dentaire française, toujours plus vaste et varié, s'impose comme le lieu d'excellence de formation médicale continue. Premier dans son domaine au niveau européen, sa particularité est d'offrir le privilège unique de concentrer en un seul lieu toutes les nouveautés liées à l'exercice dentaire et d'associer, dans le même temps et sur un même espace, un programme scientifique proposant plus d'une centaine de séances abordant les thèmes les plus techniques, animées par près de 400 conférenciers et une exposition d'envergure internationale regroupant plus de 400 exposants, répartis sur 4 niveaux (soit 23 000 m<sup>2</sup>) au Palais des Congrès de Paris.

Industriels, universitaires, professionnels de terrain, pouvoirs publics, autorités sanitaires... Tous y participent, très impliqués pour améliorer les pratiques et optimiser les soins prodigués.

***“ Chaque année, le Congrès de l'ADF réunit dans un même lieu et en même temps toute la filière dentaire. En rassemblant ainsi tous les acteurs, il montre l'unité, la force et la vitalité de la profession. ”***

Dr Joël Trouillet, secrétaire-général

Par le biais de ce rendez-vous, l'ADF accompagne les chirurgiens-dentistes dans leur maîtrise des nouvelles techniques mises au point par des industriels de pointe.

***“ D'année en année notre exercice évolue vers une plus grande complexité. Nous nous devons de nous former de façon continue en théorie et en pratique ”***

Dr Jean-Patrick Druo, secrétaire-général

### LE CONGRÈS EN QUELQUES CHIFFRES

Seront présents :

**400 exposants français et étrangers dont 40 nouveaux venus**

Seront proposés :

**des milliers de produits et techniques de pointe**

Seront organisées :

**101 séances de formation continue** toutes privilégiant l'interactivité (dont 27 seront en interprétation simultanée français-anglais)

Sont attendus :

**6 000 congressistes** (chirurgiens-dentistes, étudiants, assistant(e)s dentaires, prothésistes dentaires...) pour participer aux séances de formation continue et **27 000 visiteurs** pour parcourir les allées de l'Exposition

**« SOIGNER L'ENGAGEMENT QUI NOUS UNIT »**  
**CONGRÈS DE L'ADF 2018 : DU 27 NOVEMBRE AU 1<sup>ER</sup> DÉCEMBRE 2018**

---

Engagement politique ou sociétal, tous les secteurs font face à un enrichissement de l'implication des hommes, citoyens qui aspirent à devenir acteurs de leur vie et de leur société.

L'engagement est aujourd'hui une valeur éthique que nous retrouvons de plus en plus dans notre communauté, notamment auprès de la jeune génération.

De leur côté, les chirurgiens-dentistes ont toujours incarné une profession fortement engagée constituant ainsi le socle de leurs valeurs. Cet engagement est d'autant plus fort aujourd'hui que différents changements politiques et sociétaux risquent de modifier les pratiques. « Soigner, l'engagement qui nous unit », thème du Congrès 2018, rappelle que les chirurgiens-dentistes sont des praticiens qui soignent les patients avec les meilleures technologies existantes aujourd'hui. Au-delà de cette dimension scientifique, l'objectif et l'engagement qui unissent la profession aujourd'hui se concentrent autour du patient.

***“ Les praticiens doivent se sentir investis de la vocation de tout mettre en œuvre pour soigner leurs patients. Forts et fiers de leurs convictions, ils témoignent également d'un sentiment d'unité, tout en conservant leur indépendance et leur manière d'exercer leur métier ”***

Dr Michel Pompignoli, président du Congrès 2018

Aujourd'hui, la profession est en plein bouleversement et risque de l'être encore davantage avec les réformes à venir. Dans 90% des cas, le chirurgien-dentiste est un professionnel libéral, exerçant toutefois avec une grande disparité dans son mode d'exercice ; cependant quel que soit ce mode d'exercice, il est certain que chacun sera impacté par la révolution numérique et les profondes mutations qui se profilent pour tout le système de santé en particulier.

Le Congrès 2018 sera centré sur l'engagement scientifique, sociétal et politique des professionnels de la filière dentaire. Cette dernière craint en effet de souffrir de difficultés de plus en plus importantes pour proposer au patient des traitements en accord avec les évolutions technologiques que les industriels mettent à sa disposition.

***“ Il s'agit, ensemble, de proposer un nouveau pacte entre les chirurgiens-dentistes et leurs patients, pour une santé bucco-dentaire d'excellence ”***

Dr Michel Pompignoli, président du Congrès 2018

Chaque séance du programme scientifique rappellera le thème du Congrès et l'objectif de prévention que les chirurgiens-dentistes portent collectivement, toujours au bénéfice du patient.

En avant-première du Congrès, focus sur trois sujets qui illustrent comment la profession dentaire est unie pour soigner toujours mieux ses patients. Ces thèmes feront l'objet de séances de formation et donnent l'occasion de faire le point sur :

- **Les idées reçues sur l'hygiène bucco-dentaire**
- **Dépister les troubles des conduites alimentaires au cabinet dentaire**
- **Les petits bobos de la bouche : parfois pas si bénins**

## LES IDÉES REÇUES SUR L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

*Entretien avec le Dr Frédéric Duffau, chirurgien-dentiste avec un exercice exclusif en parodontie*

**De 60 à 120 espèces bactériennes peuplent notre flore buccale : 1 milliards d'entre elles peuvent coloniser la surface visible d'une dent et jusqu'à 10 milliards peuvent élire domicile entre nos canines, incisives, molaires et compagnie ! Pour maintenir le juste équilibre entre les bonnes et les mauvaises bactéries, les gestes d'hygiène bucco-dentaire doivent être efficaces et adaptés. Cela nécessite d'apprendre les bonnes pratiques et d'acquérir une connaissance des outils disponibles et des produits de soins. Quelle brosse à dents ? Fil ou brossettes ? Choix du dentifrice ?**

Notre bouche est un réservoir à bactéries d'espèces variées qui protègent cette cavité mais qui parfois peuvent aussi engendrer un déséquilibre. Des bactéries peuvent adhérer sur les dents et former ainsi la plaque dentaire. La régulation entre les bonnes et les mauvaises bactéries se fait au quotidien grâce à une bonne hygiène bucco-dentaire. Mais lorsque le brossage est insuffisant, irrégulier, mal adapté, que le nettoyage interdentaire est négligé, oublié, s'installe alors un déséquilibre de la flore buccale entraînant des caries ou des maladies infectieuses comme la parodontite (inflammation et destruction des tissus qui entourent et soutiennent les dents).

Aujourd'hui, 74% des Français suivent les recommandations officielles de brossage des dents (2 fois par jour durant 2 minutes). Pourtant, les chirurgiens-dentistes diagnostiquent toujours des caries chez un enfant sur 2 et chez 98% des adultes ainsi que des parodontites chez un adulte sur 2. Cela illustre bien une mauvaise pratique des gestes pour maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire.

Certaines croyances sur l'hygiène bucco-dentaire continuent d'avoir la dent dure : se brosser les dents suffit pour éliminer la plaque dentaire ..., l'usage du fil dentaire est inutile ..., faire des bains de bouche ou mastiquer un chewing-gum permet de faire l'impasse sur le brossage...

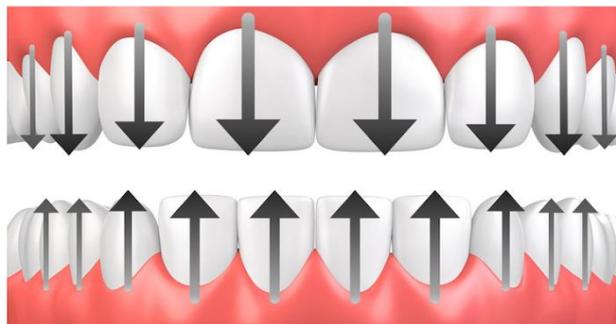
L'Association dentaire française revient sur les grandes idées reçues qui perdurent dans les esprits. L'occasion de lever une bonne fois pour toutes les derniers doutes...

### **LE DENTIFRICE ENLEVE A LUI SEUL LA PLAQUE DENTAIRE.**

**FAUX.** Aujourd'hui, on trouve pléthore de dentifrices avec des promesses plus alléchantes les unes que les autres : blanchissant, reminéralisant, contre la plaque dentaire, antibactérien... Il faut cependant savoir que seul 49,2% de la plaque dentaire est enlevée lors du brossage avec le dentifrice contre 50,3% sans dentifrice. Le dentifrice n'a pas d'effet concret sur la plaque mais apporte un confort lié à la sensation de fraîcheur et de propreté. Pour éliminer efficacement la plaque dentaire, il ne faut pas tant s'attarder sur le choix du dentifrice mais bien plus sur l'action mécanique du brossage des dents pour casser les adhésions créées par les bactéries de la plaque dentaire.

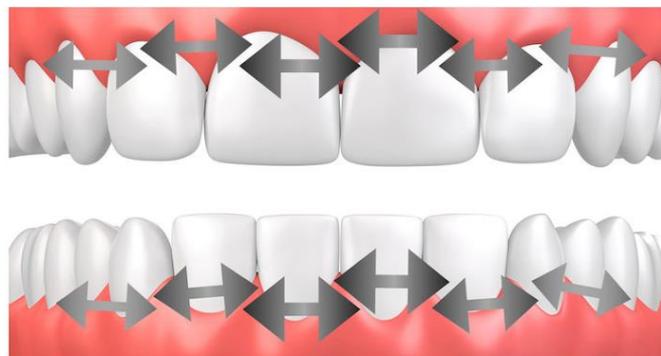
### **IL N'Y A QU'UNE SEULE METHODE DE BROSSAGE.**

**FAUX.** Il existe une dizaine de méthodes de brossages dont la plus connue en France est celle du rouleau. Elle consiste à effectuer un mouvement qui commence de la gencive et continue vers la dent.



Technique du rouleau.

Dans d'autres pays, la technique de Bass est aussi couramment employée. Elle vise à nettoyer avec plus de précision la jonction entre les dents et la gencive avec des mouvements horizontaux de faible amplitude sur chacune des dents.



Technique de Bass.

Acquérir une bonne méthode de brossage exige un temps d'apprentissage et d'appropriation. Si la force du brossage des brosses à dents électriques est régulée, il faut être vigilant sur celle exercée avec une brosse à dents manuelle qui peut se révéler traumatique. D'autre part, selon les caractéristiques liées à la dentition (forme des dents, épaisseur des gencives...), le brossage ne sera pas le même. Une ou plusieurs séances pour améliorer l'hygiène orale peuvent être réalisées par le chirurgien-dentiste au cabinet (cf. encadré p.6).

#### **TOUTES LES BROSSES A DENTS SE VALENT.**

**FAUX** : Il existe deux catégories de brosses à dents : manuelle ou électrique. Pour les premières, le choix est très large (souple, dure, à tête ronde ou ovale ...). De l'usage classique au cas particulier (patient opéré de la cavité buccale ou possédant un appareil d'orthodontie), les caractéristiques de la brosse à dents ont toutes leur importance pour répondre aux besoins des utilisateurs : le type de brins (ceux souples apportent un brossage tout en douceur); un manche rigide est préconisé pour un meilleur contrôle de la pression exercée ; la forme de la tête (une petite taille permet d'accéder à toutes les zones de la bouche) ; le type d'implantation des brins (forme biseautée, poils croisés ou coniques, etc.)...

Les brosses à dents électriques quant à elles proposent plusieurs mouvements possibles dont les plus connus sont : oscillation-rotatifs (haut-bas et cercles) et soniques (vibrations). Perçue souvent à tort comme plus intuitive, la manipulation des brosses à dents électriques nécessite également un apprentissage pour un usage optimal. Le chirurgien-dentiste est à même de dispenser les conseils pour une bonne utilisation.

Qu'elle soit électrique ou manuelle, l'efficacité de ces brosses sur la charge bactérienne et l'inflammation gingivale est similaire et dépend plus de l'utilisateur que du matériel.

Quelle que soit la catégorie de brosse à dents, il est recommandé d'utiliser celles à brins souples. Néanmoins 38% des Français utilisent encore des brosses à brins durs ou médiums. Il est également préconisé de changer de brosse à dents tous les 3 à 4 mois.

#### **NETTOYER L'ESPACE INTERDENTAIRE EST INUTILE.**

**FAUX.** 10 milliards de bactéries peuvent se loger dans un espace interdentaire mal nettoyé. 59,3 % à 77,5 % des faces interdentaires, hors molaires, sont touchées par une carie, tandis que les parodontites attaquent préférentiellement les racines dans l'espace entre les dents. Le passage du fil dentaire ou des brossettes interdentaires permet d'éliminer la plaque dentaire dans ces espaces et y assure la prévention des caries et de l'inflammation gingivale.

Le fil dentaire n'est efficace que s'il est bien utilisé : il ne faut pas simplement passer le fil mais plutôt frotter la surface dentaire. Cela nécessite un apprentissage que le chirurgien-dentiste est à même de dispenser auprès des patients. Le fil dentaire présente une limite qui est de ne pas pouvoir atteindre les concavités de certaines surfaces dentaires.

Les brossettes interdentaires prennent alors le relai pour pallier cette limite et nettoyer ces zones difficiles d'accès. Il existe différents calibres qui peuvent être déterminés avec l'aide du chirurgien-dentiste pour un usage optimal (cf. encadré en bas de page).

Malgré la diversité des outils disponibles pour conserver une bonne hygiène bucco-dentaire, cela ne suffit pas à prévenir l'apparition de maux dentaires comme une carie, une parodontite, ou le déchaussement des dents... Afin de les éviter, il est crucial d'allier les bons instruments aux bons gestes. Un apprentissage de ces bonnes pratiques auprès de son chirurgien-dentiste est la meilleure solution pour un usage répondant à des besoins personnels.



Calibrage des brossettes interdentaires dans de petits espaces interdentaires (à gauche) et dans de larges espaces (à droite).

### Comment se déroule une séance consacrée à l'hygiène orale ?

Le chirurgien-dentiste observe au cabinet la manière dont le patient se brosse les dents. Il établit un bilan sur les gestes utilisés par le patient notamment les critères de pression exercée sur la brosse, orientation des gestes...

Par la suite, il fait un contrôle dans la cavité buccale pour repérer les caractéristiques propres à chacun qui permettront d'adapter le brossage et d'orienter l'utilisation de différents outils disponibles : forme des dents (présence ou non de concavités ...), épaisseur de la gencive, etc.

Il donne ensuite des conseils sur le type de brosse à dents à adopter, sur les moyens de nettoyage interdentaire à utiliser quotidiennement et sur la méthode d'utilisation de ces instruments.

## DÉPISTER LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

---

**Entretien avec le Pr Pierre Colon**, Professeur des universités (Université Paris Diderot), praticien hospitalier en odontologie conservatrice et endodontie dans le service d'odontologie Garancière de l'hôpital Rothschild (AP-HP, Paris) **et le Pr Nathalie Godart**, Pédopsychiatre pour adolescents à la Fondation Santé des Etudiants de France (FSEF, Paris ; UVSQ Versailles)

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) concernent, à des degrés divers, jusqu'à 10% des jeunes filles et trois à dix fois moins d'hommes selon les troubles. Ils recouvrent différents aspects pouvant se manifester par une restriction alimentaire, comme dans l'anorexie mentale, ou non (comme dans la boulimie ou l'hyperphagie boulimique<sup>1</sup>), et peuvent être associés à des comportements tels que des vomissements, consommation anormalement élevée de soda, de sucre ou d'alcool du type « binge drinking ».

Si ces "troubles" sont désormais mieux connus du grand public et pris en charge sur le plan psychiatrique, leurs conséquences sur la santé bucco-dentaire restent largement ignorées y compris des professionnels.

Dents usées, caries, gencives rétractées, hypersensibilités, peuvent constituer des manifestations cliniques de telles habitudes nocives et l'examen clinique dentaire peut permettre d'établir un diagnostic précoce de troubles des conduites alimentaires.

Les études épidémiologiques ont démontré une prévalence particulièrement élevée de ce type de conduites alimentaire parmi les adolescents et les jeunes adultes.

### L'ANOREXIE MENTALE ET SA PRISE EN CHARGE MEDICALE

Dès les premières années de la maladie, des lésions d'usure apparaissent sur les dents. Si les plus caractéristiques sont liées aux vomissements, l'anorexie mentale purement restrictive provoque également des altérations des dents, les habitudes particulières de ces malades entrant aussi en ligne de compte. Les gencives peuvent par ailleurs se rétracter et exposer les racines aux attaques acides et brossages trop fréquents et énergiques. Dans l'idée de se purifier ou, le cas échéant, pour ne pas sentir le vomi, certaines patientes se brossent les dents dix ou quinze fois par jour, pendant près de vingt minutes !

Les crises de boulimie et l'alimentation particulière des personnes atteintes de TCA les exposent également au reflux gastro-œsophagien (RGO), souvent nocturne, qui engendre de nouvelles attaques acides pouvant passer inaperçues. Ces lésions se localisent parfois d'un seul côté de la mâchoire en fonction de la position adoptée pour dormir. Cependant ces dernières peuvent aussi concerner la face externe des dents, du fait des consommations importantes de boissons acides. Le Pr Colon précise que « *pour se remplir l'estomac ou aider aux vomissements, certaines patientes avalent jusqu'à six litres de soda par jour. Or, il est désormais bien établi que ces boissons sont un facteur majeur d'érosion. Et quand elles assaisonnent leurs crudités, c'est bien souvent de vinaigre, jus de citron ou moutarde...* »

Beaucoup de professionnels de santé sont concernés par cette pathologie : médecins généralistes, pédiatres, psychiatres, pédopsychiatres, médecins urgentistes, gastro-entérologues, nutritionnistes... Les praticiens spécialisés dans les troubles des conduites alimentaires ont l'habitude de travailler en réseau et souhaitent intégrer des chirurgiens-dentistes et des orthodontistes mais rencontrent beaucoup de difficultés qui sont souvent liées à une méconnaissance de ces pathologies et des prises en charge médicales associées.

---

<sup>1</sup> L'hyperphagie boulimique implique la prise d'aliments en quantités importantes sur une courte période de temps. Contrairement à la boulimie, l'hyperphagie exclut les stratégies de contrôle du poids que sont les vomissements, la prise de laxatifs ou un régime restrictif « efficace ». La prise alimentaire hyperphagique est suivie d'un sentiment de honte et de culpabilité, encore amplifié car le patient souffre souvent de surcharge pondérale ou d'obésité.

Pourtant, les chirurgiens-dentistes sont en mesure de poser un diagnostic précoce. Les rendez-vous réguliers, centrés sur la santé dentaire des patients, permettent d'installer une relation de confiance avec les adolescents notamment.

La collaboration multidisciplinaire (psychiatre, médecin, chirurgien-dentiste) est la clé de la réussite des soins dans l'anorexie mentale. En effet, sans renutrition pas d'amélioration psychique, sans prise en charge psychologique pas d'amélioration possible au long cours et sans stabilisation ou guérison pas de soins dentaires possibles.

Les traitements pour lutter contre les troubles des conduites alimentaires vont avoir des objectifs sur les plans nutritionnels, physiques et psychologiques. Ils visent, en cas de dénutrition, à une normalisation pondérale, et en cas de crise de boulimie à une réduction voire un arrêt de celle-ci et le traitement des complications médicales. Les soins psychothérapeutiques sont indispensables et sont centrés sur les troubles des conduites alimentaires, mais prennent également en compte les troubles associés (dépression, anxiété) et le retentissement familial. Les soins sont délivrés le plus souvent en ambulatoire mais peuvent nécessiter une hospitalisation en particulier en cas de risque vital lié à la dénutrition, à une hypokaliémie (pertes en potassium sévère influençant le rythme cardiaque) ou un risque suicidaire, en cas de trouble psychiatrique associé (*voir recommandations HAS Anorexie mentale et boulimie et hyperphagie boulimique*).

Cette prise en charge nécessite parfois la prescription d'antidépresseurs ou de neuroleptiques auxquels il faut être attentifs car ils auront toujours des conséquences négatives sur le flux salivaire : augmentation du risque carieux et progression plus rapide des lésions érosives.

**L'anorexie mentale** est un trouble complexe qui se manifeste par un amaigrissement important, une altération importante de l'estime de soi, un « contrôle » pathologique (poids, appétit, performances sportives et intellectuelles) et est associée aux comportements addictifs (alcool, tabac, sucre, stupéfiants, sodas, sports d'endurance...) et aux troubles dépressifs et anxieux. Cette maladie doit être prise très au sérieux car, parmi les maladies psychiatriques, c'est celle qui présente le taux de mortalité le plus élevé soit par suicide soit par complication médicales.

## LES AUTRES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES A RISQUE EROSIF

Les adolescents présentent de plus en plus une prévalence élevée des lésions érosives de leurs dents, indépendamment d'un diagnostic de trouble des conduites alimentaires. La consommation de sodas, principalement en dehors des heures de repas, favorise une durée de contact importante entre la boisson acide et les dents. Plusieurs études datant de 2010, présentent des résultats alarmants : l'érosion dentaire est visible sur les dents temporaires dans 17 à 78 % des cas et se poursuit ensuite sur les dents permanentes. D'autres études plus récentes insistent sur le rôle prépondérant des habitudes alimentaires, notamment la consommation de sodas, sur une augmentation de la prévalence des lésions érosives chez l'adolescent.

Les manifestations bucco-dentaires précoces, consécutives à une alimentation acide, consistent en des atteintes des pointes des molaires (temporaires et permanentes) et des prémolaires.

Le relief de la dent s'estompe et la dentine apparaît dans un premier temps à travers l'émail avec une couleur jaune. Les faces extérieures des incisives et des canines sont atteintes en cas de consommation importante de sodas avec un verre, les dents étant alors immergées dans la boisson acide.

En présence de vomissements, qui surviennent fréquemment à visée de contrôle du poids chez de nombreux adolescents, les faces linguales des incisives et canines sont atteintes ainsi que les faces linguales des prémolaires et molaires.

## COMMENT PREVENIR CES TROUBLES OU LES INTERCEPTER ?

Un examen clinique ciblé et attentif au cabinet dentaire permet d'identifier des conduites alimentaires à risques et d'être parfois à l'origine du diagnostic de troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale ou boulimie le plus souvent) et donc à l'origine d'une prise en charge médicale adaptée.

Pendant une consultation au cabinet, sans être intrusif, les questions portant sur l'alimentation provenant d'un chirurgien-dentiste ne sont pas perturbantes pour un adolescent. Ce peut être l'occasion d'échanger dans une relation de confiance mais en l'absence de l'entourage familial. L'enseignement d'une méthode de brossage et quelques explications concernant la consommation de sodas telles que l'utilisation d'une paille ou le fait d'éviter une consommation par petites gorgées sur une période prolongée permet de ne pas aller vers l'interdiction mais vers la responsabilisation.

Par honte ou culpabilité, beaucoup de patients ne vont plus chez le dentiste. Consulter permet pourtant de limiter les dégâts. Lorsque la maladie n'est pas guérie, le chirurgien-dentiste peut proposer un apport local de fluor et le remplacement des pertes d'émail et de dentine par des résines composites permettant de redonner aux dents une hauteur, une forme et une couleur naturelles. Les restaurations composites sont un peu moins brillantes et résistantes que les facettes et couronnes en céramique mais elles offrent l'avantage de ne retirer aucun tissu sain. Une fois guéries, les patientes peuvent ainsi parfaire les résultats comme elles le souhaitent.

Il est primordial d'instaurer un suivi, non seulement pour évaluer l'évolution des pertes tissulaires mais pour là encore sensibiliser et responsabiliser l'adolescent. Ce suivi permettra de prévenir des dommages plus conséquents et donnera la possibilité aux patients d'exprimer leurs craintes et ainsi les aider à communiquer sur leurs problèmes dentaires.

Il est également important d'agir en amont des lésions déjà présentes afin de les intercepter dès que possible et de promulguer des conseils tels que d'éviter de se brosser les dents immédiatement après un vomissement.

Etablir un lien dès que possible entre le chirurgien-dentiste et le médecin traitant, qu'il soit généraliste, diététicien ou psychiatre, représentera un bénéfice certain pour le devenir des dents des patientes. En l'absence de prise en charge médicale, les patientes doivent être incitées à consulter auprès d'un service hospitalier spécialisé.

Une ligne téléphonique « Anorexie-boulimie-Info écoute » (0810 037037) mise en place par le réseau TCA Francilien<sup>2</sup> et la FFAB (Fédération Anorexie Boulimie)<sup>3</sup> peut permettre, à la fois aux personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires et aux professionnels de santé, de poser des questions, en toute confidentialité, et de recevoir des informations utiles mais aussi orienter vers les professionnels compétents.

---

<sup>2</sup> Réseau TCA Francilien : réseau de coordination, de communication et d'articulation entre les structures de soins et de prise en charge des troubles des conduites alimentaires afin d'en améliorer la prise en charge et de limiter le nomadisme médical. Sont concernés des psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, médecins généralistes, psychologues, nutritionnistes, urgentistes, réanimateurs, diététiciennes, chirurgiens-dentistes, enseignants, assistantes sociales, associations de patients etc., libéraux ou hospitaliers.  
<http://www.reseautca-idf.org/>

<sup>3</sup> Avec le soutien de la Fondation de France, de la région Ile de France, de la MGEN, de la DGS

## LES BOBOS DE LA BOUCHE : PARFOIS PAS SI BÉNINS

*Entretien avec le Pr Géraldine Lescaille, chirurgien-dentiste spécialisée en chirurgie orale\* à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière de Paris*

Petits mais grandement gênants, les petits bobos de la bouche font mal notamment en parlant et en mangeant. Ils peuvent toucher la langue comme les gencives, l'intérieur des joues ou le palais. Aphtes, petites plaies, herpès, champignons, grenouillettes, verrues... S'ils ne présentent aucun risque pour notre santé, il faut néanmoins s'en méfier s'ils ne disparaissent pas au bout de quelques jours. En effet, ils peuvent être révélateurs d'une pathologie plus grave comme un cancer de la bouche ou de l'amygdale ou d'une MST... Le chirurgien-dentiste qui s'occupe de traiter les dents, est avant tout un spécialiste des maux de bouche, qui réalisera dans ce cas un examen complet de la cavité buccale et une biopsie si nécessaire. Poser un diagnostic précis et précoce est primordial pour conserver une bonne santé bucco-dentaire et éviter qu'elle ne dégénère.

Toute la cavité buccale est tapissée d'une muqueuse, dont la structure est très proche de la peau et qui se prolonge jusqu'au pharynx. Comme la peau, la muqueuse buccale peut donc présenter toutes sortes de pathologies. Ces « agressions » sont le plus souvent bénignes, mais elles peuvent entraîner une atteinte de l'intégrité de cette muqueuse et en faire un « terrain » propice à un cancer.

Petit tour d'horizon des petits « bobos » qui peuvent se nicher au creux de notre bouche.

- **Les plaies ou traumatismes :** Les plaies ou traumatismes dans la bouche apparaissent pour plusieurs raisons. Ils peuvent être d'origine thermique (boissons ou aliments chauds, aspirine posée sur la gencive pour soulager une douleur dentaire, ...) ou mécanique (ustensiles coupants ou tranchants utilisés dans la bouche, blessure lors de l'alimentation, arête de poisson, croûte de pain, ...).



Blessure traumatique sur le bord latéral de la langue lors du repas

- **Les aphtes :** Les aphtes sont de petites ulcérations qui peuvent apparaître partout dans la bouche et notamment à l'intérieur des joues, des lèvres et sur la langue. Ce sont des lésions rondes ou ovalaires, avec un fond blanc-jaune et un contour rouge. Les aphtes ne sont pas contagieux et sont bénins. Ils guérissent en général en maximum deux semaines, sans laisser de cicatrice. Ils peuvent être provoqués par : la consommation de certains aliments (chocolat, fromage, noix, fruits avec peau, etc.), le stress et la fatigue, l'arrêt du tabac, certaines maladies (maladie de Crohn, maladie de Behçet), la prise de certains médicaments (anti-inflammatoires, anti-stéroïdiens, bêtabloquants, antidépresseurs).

Bien que douloureux pendant 2 à 5 jours, ils ne nécessitent pas de traitement, sauf en cas de lésions multiples fortement récidivantes avec recherche d'une cause médicale et mise en place d'un traitement de fond.



Aphtes multiples, apparition datant de 2 jours.

- **L'herpès** : L'herpès est un virus très contagieux qui reste à vie dans l'organisme. Il apparaît souvent le plus classiquement sous forme de « bouton de fièvre », c'est à dire de petit bouquet de vésicules jaunâtres au bord d'une lèvre (herpès labial), ou d'une narine, dans la bouche, ou sur les gencives. Ça brûle un peu, démange beaucoup et suinte plus ou moins avant de s'encroûter et de disparaître sans laisser de trace. Une fois que l'on est infecté par le virus, il persiste toute la vie dans l'organisme, sans pour autant causer de symptômes permanents. De temps à autre, pour diverses raisons (fatigue, fièvre, exposition au soleil...), le virus se « réveille » et déclenche une lésion. On dit que les personnes qui ont été infectées par ce virus en sont porteuses et peuvent être contagieuses même lorsqu'il n'y a pas de lésion. Gênantes, les lésions d'herpès n'ont pas de conséquences importantes pour la santé, hormis pour les personnes qui ont un système immunitaire déficient (par exemple, en raison de la prise de médicaments, du sida ou de toute autre maladie qui affaiblit le système immunitaire). Chez ces personnes et chez les jeunes enfants, l'infection par le virus peut entraîner de graves complications.



Vésicules en bouquet d'origine virale (herpès) apparition dans les 24h dans un contexte fébrile.

- **Les champignons de la bouche** : les champignons qui peuvent apparaître dans notre cavité buccale sont généralement appelés candidoses ou mycoses. Moins connues que leur pendant

gynécologique ou cutané, les mycoses buccales se révèlent tout aussi gênantes. Les mycoses buccales sont des infections le plus souvent provoquées par un champignon appelé *candida albicans*. Ce germe est présent en temps normal dans la flore de la bouche, sans provoquer d'infection. Lorsque cette levure prolifère, elle provoque une mycose : les médecins parlent alors de candidose buccale. Les patients immunodéprimés, sous antibiotiques et/ ou avec une bouche sèche ont plus de risque d'être atteints. On différencie les candidoses aiguës de type muguet (fréquent chez l'enfant) ou provoquées par la prise d'antibiotiques, des candidoses chroniques que l'on peut diagnostiquer chez des patients atteints de sida, ayant reçu une greffe d'organe, sous traitement de chimiothérapie. Face à ces affections, le traitement consistera en un traitement antifongique.



Muguet chez une patiente immunodéprimée apparition il y a deux jours suite à sensation de brûlure buccale.

- **Les grenouillettes** : les grenouillettes qu'on appelle également mucocèle ou kyste mucoïde, correspondent à des bulles bleutées qui doivent leur nom à la ressemblance avec le ventre des grenouilles. Elles se développent sous la langue ou sur la face interne de la lèvre inférieure par accumulation de salive dans les glandes salivaires. Cette affection n'est pas grave pour la santé mais nécessite un geste chirurgical local afin d'éviter les récurrences.
- **Les cancers** : Les cancers de la bouche peuvent se développer n'importe où sur la muqueuse buccale mais également sur les amygdales. Il s'agit le plus souvent de carcinome mais il peut également s'agir de lymphome ou d'autres types de cancer, comme les cancers des glandes salivaires. De manière générale, le tabac est le principal facteur de risque de ces cancers, en association ou non à la consommation d'alcool. L'infection par le papillomavirus est également un facteur de risque, spécifiquement pour les cancers des amygdales et de la base de la langue. Classiquement, ces cancers sont plus fréquents chez les hommes de plus de 50 ans, mais ces cancers sont en augmentation chez les femmes, et chez les patients de moins de 50 ans même sans intoxication tabagique.  
Le premier symptôme du cancer de l'amygdale est une dysphagie, ce qui correspond à des difficultés et à une douleur à la déglutition. Cela peut ressembler à une angine, mais les douleurs sont unilatérales, ne provoquent pas de fièvre et deviennent chroniques. On peut observer aussi une augmentation de volume d'un ou plusieurs ganglions situés sous la mâchoire. Ainsi, devant toute apparition d'une plaie, boursouffure ou irritation persistante dans la bouche ou sur l'amygdale, qui n'a pas cicatrisé au bout de deux semaines, ou devant un ganglion persistant, il est nécessaire de consulter un médecin ou un chirurgien-dentiste. Dans la grande majorité des cas, le premier traitement est généralement une opération chirurgicale, fréquemment associé à de la radiothérapie, plus ou moins avec de la chimiothérapie selon les cas.



Cancer de la gencive chez une patiente de 80 ans non fumeuse. Il s'agit d'une lésion irrégulière, non douloureuse et ne saignant pas mais qui persiste depuis des mois.

### Et les enfants dans tout cela ?

L'intérieur de la bouche de votre enfant le « brûle » ? Votre bébé a des taches blanches à l'intérieur des joues, sur la langue et le palais ? Les aphtes et le muguet sont des affections de la bouche très fréquentes chez les enfants et les nouveau-nés. Quant au « bouton de fièvre », ou herpès labial, on estime qu'entre 70 à 90 % de la population est en contact avec le virus durant son enfance !

---

<sup>i</sup>\* Chirurgie orale : spécialité remplaçant la stomatologie depuis 2011, exercée par des médecins ou des chirurgiens-dentistes en ville ou à l'hôpital. Les actes concernent les extractions de dents de sagesse, les actes de chirurgie passant par la bouche tels que l'élimination des kystes des mâchoires ou de lésions bénignes de la bouche, ou encore l'implantologie et les greffes osseuses. La chirurgie plus complexe, impliquant la face, comme la chirurgie des cancers est quant à elle réalisée par des chirurgiens maxillo-faciaux et/ou des chirurgiens ORL.