



CONGRÈS ADF 2018

Dossier de presse

Mardi 27 novembre 2018

Contacts presse

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

PRPA Sophie Matos : sophie.matos@prpa.fr - 01 46 99 69 69 / 06 11 21 44 89

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

SOMMAIRE

LE CONGRÈS DE L'ADF LE RENDEZ-VOUS PHARE DE LA MÉDECINE BUCCO-DENTAIRE	p.3
UN CONGRÈS 2018 DYNAMIQUE ET RYTHMÉ, MARQUÉ PAR L'ENGAGEMENT DE LA PROFESSION	p.4
LES RENDEZ-VOUS À NE PAS MANQUER SUR LE CONGRÈS 2018	p.4
« SOIGNER L'ENGAGEMENT QUI NOUS UNIT » CONGRÈS DE L'ADF 2018 : DU 27 NOVEMBRE AU 1ER DÉCEMBRE 2018	p.5
DOULEURS OROFACIALES : MIEUX LES RECONNAÎTRE POUR MIEUX LES SOULAGER	p.6-11
LA BOUCHE : L'AUTRE VICTIME DES MST	p.12-16
LES INCROYABLES POUVOIRS DES DENTS VIVANTES POUR LE RESTER !	p.17-18

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 m²) 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

<p>Seront présents :</p> <p>410 exposants français et étrangers dont 20 nouveaux venus</p>
<p>Seront proposés :</p> <p>des milliers de produits et techniques de pointe</p>
<p>Seront organisées :</p> <p>101 séances de formation continue toutes privilégiant l'interactivité (dont 27 seront en interprétation simultanée français-anglais)</p>
<p>Sont attendus :</p> <p>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</p>

UN CONGRÈS 2018 DYNAMIQUE ET RYTHMÉ, MARQUÉ PAR L'ENGAGEMENT DE LA PROFESSION

Les membres du Comité scientifique ont souhaité donner un nouveau rythme au programme du Congrès. Il y aura donc 101 séances de durées et de formats différents, pour offrir aux praticiens en quête d'une formation continue pluridisciplinaire de qualité, le plus de choix possible.

Les formats de 2017 ont été conservés avec une grande diversité d'intervenants pour rendre les séances plus vivantes, aller droit au but et maintenir l'intérêt de l'auditoire.

Toutes les séances seront interactives, avec la possibilité offerte à chaque congressiste d'envoyer leurs questions, via un smartphone, aux intervenants.

“ Donner plus de rythme au programme scientifique était l'objectif n°1 du Comité scientifique ! Avec plus d'intervenants par séance et plus d'interactivité, le Congrès est l'occasion de faire le point sur ses connaissances et rencontrer ses pairs ! ”

Dr Christian Verner, président scientifique du Congrès 2018

LES RENDEZ-VOUS À NE PAS MANQUER SUR LE CONGRÈS 2018

➔ La séance événement « Pas de stress » - jeudi 29 novembre de 14h à 17h

Un partage d'expériences inédit entre Alain Gautier, vainqueur du Vendée Globe en 1992, Patrick Légeron, psychiatre et spécialiste du stress en entreprise et Franck Renouard, implantologiste reconnu qui a réussi à intégrer la prise en charge du stress au sein de son cabinet dentaire.

Une séance pour identifier les causes du stress, les gérer et les prévenir ...

➔ Le Carrefour sociétal de « réflexion et de prise de conscience » - jeudi 29 novembre de 14h à 17h

Un espace pour aborder des questions de société. Cette toute première édition abordera la place et le rôle du chirurgien-dentiste face aux violences. Qu'il s'agisse de la violence subie par les patients, qu'il convient de détecter, ou celle risquée ou vécue par les acteurs de santé.

➔ Le « Prix de l'Innovation » et son espace dédié



On ne présente plus le Prix de l'Innovation de l'ADF, événement qui a vocation à valoriser les avancées technologiques les plus intéressantes dans l'optimisation de l'acte du chirurgien-dentiste et l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins délivrés aux patients.

Les innovations retenues seront présentées aux visiteurs du Congrès sur un espace d'exposition « Prix de l'Innovation » situé au niveau 1. Tous les visiteurs présents au Congrès seront invités à voir les produits, poser des questions et voter pour celui qui illustre le mieux la créativité de leur métier. A la clé, un produit proposé par le lauréat du Prix à gagner par tirage au sort parmi les votants.

« SOIGNER, L'ENGAGEMENT QUI NOUS UNIT »
CONGRÈS DE L'ADF 2018 : DU 27 NOVEMBRE AU 1^{ER} DÉCEMBRE 2018

Engagement politique ou sociétal, dans tous les secteurs, des hommes, des citoyens 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.

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. 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 (seul, en groupe ou avec différentes formes juridiques) ; 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 douleurs orofaciales : comment mieux les reconnaître pour les soulager**
- **La bouche, l'autre victime des MST**
- **Les incroyables pouvoirs des dents vivantes pour le rester**

DOULEURS OROFACIALES : MIEUX LES RECONNAÎTRE POUR MIEUX LES SOULAGER

Entretien avec le Pr Vianney Descroix, Chirurgien-dentiste et docteur en pharmacie - Service d'odontologie du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

La douleur est liée en général à une atteinte tissulaire brutale (traumatisme ou lésion inflammatoire). Elle est souvent associée à des réactions physiques (tachycardie, sueurs, élévation de la pression artérielle) et à une anxiété.

Il s'agit d'un signal d'alarme dont la « finalité » est d'informer l'organisme d'un danger pour son intégrité.

Une fois son origine identifiée, sa prise en charge nécessite sa reconnaissance et un traitement essentiellement pharmacologique avec un objectif curatif.

La sphère orofaciale est richement innervée, ce qui peut complexifier le diagnostic et la thérapie à déployer pour prendre en charge le patient souffrant de douleurs au niveau de la bouche et de sa périphérie : dents, bouche, mâchoire et visage, mais aussi la région de l'oreille, de la nuque, le cou et le crâne.

La zone orofaciale est innervée par le nerf trijumeau et les premières racines cervicales des dents. Il s'agit d'un nerf mixte, à la fois moteur et sensitif, ce qui renforce le ressenti douloureux.

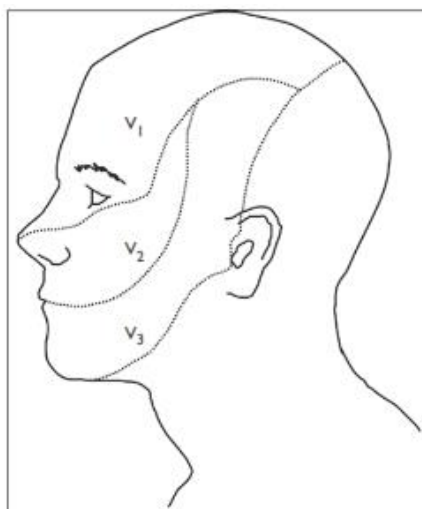


Figure 1.1 ■ Territoires cutanés innervés par le nerf trijumeau. Schéma illustrant les territoires cutanés innervés par les trois branches sensitives du nerf trijumeau : nerf ophtalmique (V1), nerf maxillaire (V2) et nerf mandibulaire (V3).

L'expérience de la douleur est personnelle, culturelle et sociétale. Elle peut avoir de réelles répercussions psychologiques et sociologiques pour le patient. Pour toutes ces raisons, il est difficile de systématiser ou de schématiser la prise en charge de la douleur. Le chirurgien-dentiste est un des interlocuteurs privilégiés pour prendre en charge des patients atteints de douleur orofaciale.

LES DEUX GRANDS TYPES DE DOULEURS OROFACIALES

➔ DOULEUR OROFACIALE AIGÛE

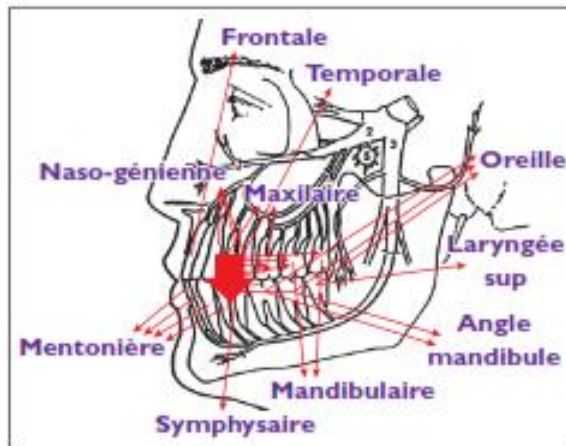
C'est une douleur physiologique, induite par une stimulation des récepteurs périphériques de la douleur.

Cette anatomie confère à la douleur orofaciale des caractéristiques

Le saviez-vous ?

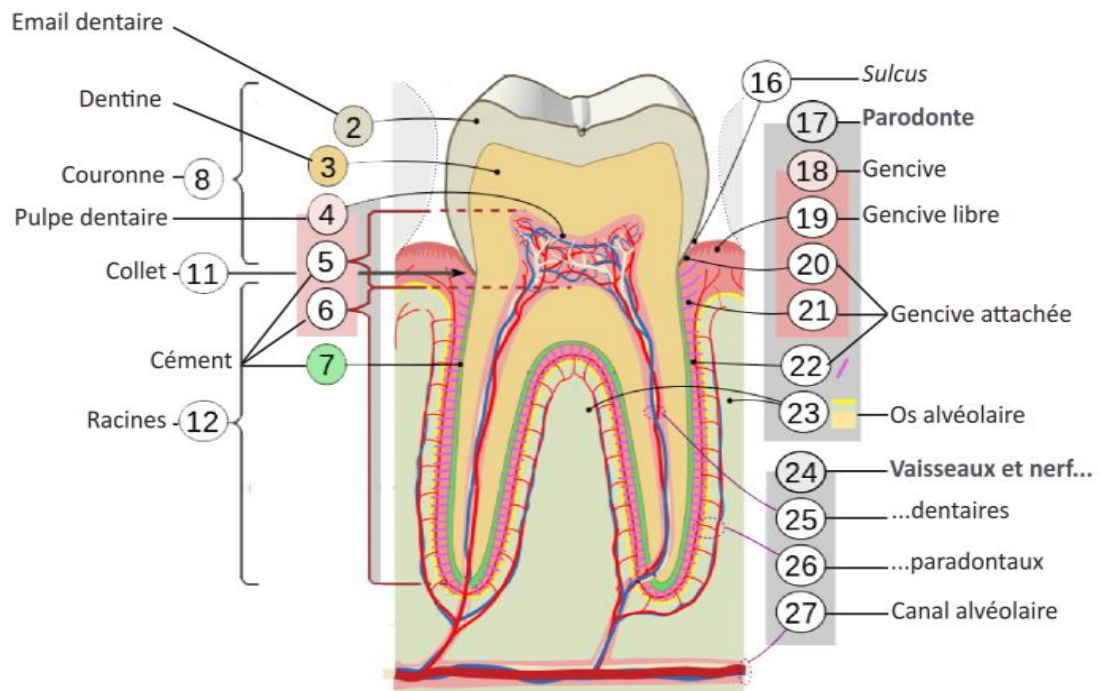
1/3 des récepteurs sensoriels présents à la surface du corps sont localisés au niveau de la sphère orofaciale.

variées : continue ou intermittente, de faible ou forte intensité, localisée ou diffuse.



Diffusion de la douleur dans la sphère orofaciale

La douleur orofaciale peut toucher différentes structures de la cavité buccale : dentaires, parodontales, muqueuse, salivaire, articulaire, osseuse... (cf schéma).



Les douleurs orofaciales peuvent être caractérisées par leur origine : inflammatoire et infectieuse, traumatique, dysimmunitaire, tumorale, iatrogène ou consécutive à une dysfonction du système immunitaire.

Cause Pathologie	Inflammatoire et/ou infectieuse	Traumatique	Dysfonction du système immunitaire	Tumorale	Iatrogène
Hypersensibilité dentinaire	X				
Carie	X				
Fêlure/fracture		X			
Parodontite	X				
Abcès	X				
Desmodontite	X	X			
Douleurs desmodontales		X			
Syndrome du septum	X				
Abcès	X				
Erosion herpétique	X				
Candidose	X				
Sinusite	X				
Aphte			X		
Cancer de la cavité				X	
Ulcération		X			
Colique salivaire		X			
Alvéolite	X				
Ostéoradionécrose					X
Arthromyalgie	X	X			

Quelques pathologies

Douleurs d'origine dentaire

Hypersensibilité dentinaire : elle est liée à une exposition anormale de la dentine et survient suite à l'exposition de stimuli thermique (froid), mécanique (brosse à dent) ou encore chimique (aliments acides).

Carie : l'attaque acide d'une carie provoque une inflammation de la pulpe qui est douloureuse.

Fêlure ou fracture: ces affectations structurelles de la dent vont engendrer des douleurs allant de la gêne à l'impossibilité de mastiquer.

Parodontite : cette inflammation du tissu parodontal est causée par une infection bactérienne qui entraîne une destruction du tissu et une perte des dents.

Douleurs d'origine desmodontale

Desmodontite : cette inflammation du tissu desmodonte est aussi appelée arthrite dentaire. Elle peut être soit d'origine infectieuse (suite d'une pulpite, la présence d'un corps étranger ou en cas de sinusite aigüe) soit d'origine physique (traumatisme).

Douleurs desmontales : peuvent survenir suite à une chute ou tout autre événement traumatique mais aussi lors de thérapies orthodontiques avec des appareils dentaires.

Douleurs d'origine parodontale

Syndrome du septum : un bourrage alimentaire entre l'espace interdentaire peut être à l'origine de douleurs pulsatiles exacerbées par la mastication.

Douleurs d'origine muqueuse

Erosion herpétique : engendre des douleurs à cause d'infections dues à des virus d'herpès humain (HHV 1,2 ou 3).

Candidose : brûlures, goût métallique et gêne à la mastication sont les symptômes de telles infections causées par des champignons.

Sinusite : la douleur liée à cette pathologie est localisée et peut être aggravée lors de changement de position de tête.

Aphtes : ces lésions de la muqueuse selon leur localisation vont provoquer une gêne à l'élocution, l'alimentation et la déglutition car les douleurs sont importantes.

Cancer : la douleur est un signal d'alarme qui arrive tardivement dans ce type de maladie mais représente une affection importante. Selon la localisation la douleur peut varier. Les cancers des amygdales et du pharynx sont les plus douloureux car ils compriment des nerfs liés au pharynx et aux cervicales en irradiant jusqu'aux oreilles.

Douleurs d'origine salivaire

Colique salivaire : une douleur vive se fait ressentir suite à l'obstruction d'un canal ou d'une glande salivaire et de l'accumulation de la salive qui ne peut s'écouler normalement.

Douleurs d'origine osseuse

Alvéolite : cette complication suite à l'extraction d'une dent provoque des douleurs vives irradiantes.

Ostéoradionécrose : c'est une conséquence de la radiothérapie cervico-faciale peu fréquente qui est due à une mauvaise cicatrisation des tissus osseux liée à une altération des vaisseaux sanguins.

Douleurs d'origine articulaire

Arthromyalgies : groupe hétérogène de pathologies pour lesquelles les patients peuvent souffrir de douleurs musculaires (myalgies) ou articulaires ou les deux. Les symptômes sont très variés allant de la simple gêne ou de la limitation des mouvements mandibulaires à des douleurs dues à des lésions articulaires. Le caractère aigu provient de traumatismes. Mais pour certaines des pathologies, elles possèdent un caractère chronique ou persistant causé par plusieurs facteurs.

La prise en charge de la douleur orofaciale aiguë

Avant de rechercher les signes objectifs de la douleur orofaciale, il est nécessaire de réaliser un entretien pour évaluer la douleur de manière quantitative et qualitative. Le motif de consultation étant la douleur, et souvent en contexte d'urgence, le chirurgien-dentiste doit prendre en compte le vécu du patient par rapport à la douleur et aux soins dentaires afin de poser une première hypothèse de diagnostic. Il tient compte des influences culturelles et environnementales (médicales, sociales...) reçues par le patient qui vont moduler son ressenti de la douleur. Ensemble, ils vont retracer

l'histoire de la douleur et évaluer la douleur à l'aide d'une échelle de la douleur. Puis un examen médical sera réalisé pour compléter le diagnostic et proposer une prise en charge.

Quels traitements pour la douleur orofaciale aigue ?

La plupart des douleurs orales aiguës nécessitent un traitement étiologique qui sera le plus souvent chirurgical. L'éviction d'une lésion carieuse, le traitement endodontique ou parodontal seront les meilleurs traitements des douleurs aiguës. Ces traitements chirurgicaux peuvent s'accompagner de la prescription d'un traitement médical de médicaments antalgiques (paracétamol, ibuprofène, codéine, tramadol) ou plus rarement d'un traitement antibiotique.

Toutes les douleurs orofaciales chroniques doivent faire l'objet d'un diagnostic par un spécialiste de médecine bucco-dentaire ou de chirurgie orale.

➔ LA DOULEUR OROFACIALE CHRONIQUE

C'est une douleur qui revient de manière récurrente depuis plusieurs mois ou années sur des zones variables de la tête. Si une douleur dure depuis plus de trois mois, on dit qu'elle est chronique. Il existe plusieurs types de douleur orofaciale chronique :

- neurologiques : comme la migraine, l'algie vasculaire de la face, la névralgie essentielle du trijumeau ou encore toutes les douleurs neuropathiques post-opératoires de la bouche. Ces douleurs chroniques sont prises en charge par un traitement spécifique mis en place par un neurologue ou par un chirurgien-dentiste spécialisé dans le traitement des douleurs chroniques.
- "idiopathiques", c'est-à-dire sans cause apparente (lésions, etc.). C'est le cas du syndrome de la bouche en feu (stomatodynie, glossodynie), qui provoque des sensations de brûlures ou de picotement dans la cavité buccale alors qu'aucun traumatisme n'a été reçu dans cette zone.

Quels traitements pour la douleur orofaciale chronique ?

Le traitement de la douleur orofaciale chronique doit nécessairement comprendre une prise en charge biologique (le plus souvent médicamenteuse avec des médicaments contre ces douleurs chroniques et/ou neuropathique), un accompagnement psychologique et psychothérapeutique (tout particulièrement les thérapies comportementales) et en replaçant toujours la personne dans son contexte social.

Tous les chirurgiens-dentistes savent reconnaître une maladie douloureuse chronique. Le plus souvent les patients doivent être soignés par des médecins ou des chirurgiens-dentistes spécialisés dans le traitement des douleurs chroniques.

Plus la peine d'avoir peur de la douleur au cabinet dentaire !

Bien souvent, la peur d'expérimenter la douleur au cabinet dentaire est si forte que nombre de patients, petits et grands, refusent de passer la porte... Les dentistes disposent désormais de méthodes efficaces pour contrôler la douleur liée aux soins qu'ils délivrent et le temps de « *la peur du dentiste* » devrait donc être révolu, tant pour les enfants que les adultes.

Il est nécessaire pour le chirurgien-dentiste de prendre en charge tout d'abord l'anxiété des patients, qui décuple les sensations et peut faire paraître très pénibles des soins qui sont seulement désagréables.

Cette appréhension des soins dentaires est le plus souvent alimentée par le vécu familial (mauvais souvenirs des parents qui transmettent leur angoisse) et personnel (expérience antérieure

désagréable lors d'une vaccination, par exemple), mais aussi par la peur de l'inconnu et la sensation de perte de contrôle lorsque l'on se retrouve exposé bouche ouverte. Il faut que le chirurgien-dentiste privilégie le dialogue et explique le déroulement de l'intervention pour calmer et rassurer le patient et réduire la perception douloureuse.

LA BOUCHE : L'AUTRE VICTIME DES MST

Entretien avec le Dr Sarah Cousty, Chirurgien-dentiste, CHU de Toulouse

La bouche est une zone érogène qui représente une part importante de l'intimité de l'individu. Véritable organe « sexuel », la bouche participe au plaisir : baiser, pratique du sexe oral, etc. Malheureusement, elle n'échappe pas au risque de développer des maladies « bucco-sexuellement-transmissibles » qui sont en réalité des manifestations buccales des infections sexuellement transmissibles (IST). La bouche peut être vectrice ou victime d'infections : herpès, papilloma virus humain, virus de l'immunodéficience humaine, syphilis.

Le chirurgien-dentiste, véritable spécialiste de la zone bucco-dentaire se trouve donc au cœur de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies sexuellement transmissibles.

Les infections sexuellement transmissibles représentent un problème de santé publique en raison de leur fréquence, des risques de séquelles (infertilité par exemple) et de transmission. L'épidémiologie des IST a beaucoup évolué en France durant ces deux dernières décennies avec la recrudescence de la gonococcie (chaude pisse) à partir de 1998, la résurgence de la syphilis précoce à partir de 2000 et l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale à partir de 2003.

La déclaration obligatoire des quatre IST « classiques » (syphilis, gonococcie, chancre mou et LGV) a été abandonnée en France en 2000 en raison d'un très faible taux d'exhaustivité et d'une mauvaise représentativité des cas déclarés. La surveillance épidémiologique des IST repose désormais sur plusieurs réseaux sentinelles volontaires de cliniciens (RésiST pour la surveillance de la syphilis et de la gonococcie) et de laboratoires (ex : Rénago pour la surveillance de la gonococcie).

En 2016, le nombre de cas de syphilis récentes diagnostiquées majoritairement en centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic restait élevé mais n'augmentait pas par rapport à 2015, quelle que soit l'orientation sexuelle. Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) représentaient 81% des cas rapportés en 2016. Les femmes ne représentant que 5 % des cas rapportés.

Chez les HSH et les hommes hétérosexuels, les 20-49 ans représentent la classe d'âge la plus touchée par les IST (respectivement 80% et 71% de l'ensemble des cas), tandis que la majorité des femmes ont moins de 39 ans (72%). L'âge médian au diagnostic est de 37 ans chez les HSH, de 36 ans chez les hommes hétérosexuels et de 32 ans chez les femmes hétérosexuelles.

Le niveau de co-infection par le VIH reste très élevé : près d'un tiers des patients diagnostiqués pour une syphilis récente (32%) en 2016 étaient co-infectés par le VIH. La majorité des patients co-infectés par le VIH connaissaient leur séropositivité. Ces co-infections sont plus fréquentes chez les HSH (36 % versus respectivement 14 % et 8 % chez les hommes et femmes hétérosexuels).

Le dépistage des principales IST peut donc être proposé par le chirurgien-dentiste face à une lésion suspecte de la cavité buccale ou si le patient a été exposé à un risque sexuel. Le risque de co-infection ne doit pas être négligé.

VIH (Virus de l'immunodéficience humaine)

1. C'est quoi ?

C'est une IST liée au virus de l'Immunodéficience Humaine. Les cellules cibles sont les lymphocytes T CD4+.

Les stades de la maladie sont décrits en fonction du taux de lymphocytes T CD4+ et des manifestations cliniques.

2- Modes de contamination

Transmission par les liquides corporels : sang, sperme, liquide préséminal, sécrétions vaginales, lait maternel. La salive n'est pas contaminante. Un baiser (sans échange de sang), n'est pas à risque.

Le préservatif protège du risque de transmission pour le « sexe oral ».

Environ 30 000 personnes, en France, ne connaissent pas leur séropositivité.

3- Manifestations buccales

On remarque essentiellement des infections opportunistes : leur sévérité varie en fonction de l'importance de l'immunodépression :

- candidoses buccales (mycose) : la plus fréquente.
- parodontites (infections bactériennes) : formes volontiers sévères et nécrosantes
- leucoplasie orale chevelue ou langue chevelue (infection virale)
- infections herpétiques : varicelle, zona, virus buccal
- maladie de Kaposi : tumeurs cutanées
- lymphome non hodgkinien

Le patient atteint par le VIH peut également avoir la bouche sèche, pouvant entraîner des caries, et une difficulté à manger et à communiquer.

Il existe également des lésions non spécifiques (ulcérations buccales notamment).

HPV (Papillomavirus humain)

1- C'est quoi ?

Les infections HPV des muqueuses génitales représentent l'IST la plus fréquente des pays développés.

Plus de 200 génotypes différents sont recensés aujourd'hui.

Souvent asymptomatique, le virus s'élimine spontanément dans la majorité des cas.

Le plus souvent le HPV est responsable de lésions tumorales bénignes : HPV-LR (*Low Risk*, HPV) : faible risque de transformation maligne des lésions (papillomes, condylomes, verrues, ...).

Certains HPV ont cependant un potentiel oncogène : HPV-HR (*High Risk*). Il en existe 15 types différents.

2- Mode de contamination. Quid de la salive ?

La contamination s'opère par contact direct.

- Pour le col de l'utérus : transmission par contact sexuel du virus établie
- Pour la cavité buccale : transmission oro-génitale non établie (pas de corrélation entre les sérotypes oraux et génitaux). On note aujourd'hui une augmentation du nombre de cancers oropharyngés HPV-positifs.

3- Comment se protéger ?

- Transmission sexuelle : l'exposition au virus est favorisée par la précocité des rapports sexuels et la multiplicité des partenaires. Le risque de contamination est moindre si les partenaires utilisent des préservatifs. Néanmoins, le HPV est présent sur la peau (non protégée donc).
- Transmission non sexuelle : contact par les mains possible, par des vêtements ou objets souillés, lors de l'accouchement, etc.

Il existe actuellement deux vaccins utilisés dans la prévention du cancer de l'utérus. Ils sont recommandés chez les jeunes filles avant les premiers rapports sexuels. Le Gardasil®, quadrivalent, immunise contre les HPV 6, 11, 16 et 18. Le Cervarix®, bivalent, contre les HPV 16 et 18. La vaccination masculine n'est pas obligatoire, actuellement, en France.

4- Manifestations cliniques / Traitement

Pour les lésions bénignes à HPV : des papillomes, des verrues vulgaires et condylomes peuvent toucher toute la muqueuse buccale. Le traitement est souvent chirurgical (ou exérèse).

Pour les lésions malignes à HPV : des carcinomes épidermoïdes sont le plus souvent situés dans la partie postérieure de la cavité buccale (amygdale, base de langue), chez des patients jeunes (non alcoolo-tabagiques).

Le traitement est pluridisciplinaire et combine chirurgie, et/ou radiothérapie et/ou chimiothérapie.

HERPÈS

1- C'est quoi ?

L'herpès est un virus bien connu du grand public. Plusieurs familles virales sont connues aujourd'hui. C'est un virus « neurotrope », c'est-à-dire qu'il se localise préférentiellement dans des ganglions nerveux (phase de latence).

HSV1 : herpès buccal - salive contaminée ou contact direct

HSV2 : herpès génital que l'on qualifie d'IST (sécrétions contaminées ou contact avec muqueuses contaminées)

2- Mode de contamination

Plusieurs possibilités de contaminer ou d'être contaminé :

-Primo-infection orale ou génitale : elle survient en général une semaine après le contact infectant. Souvent asymptomatique, elle arrive dans la petite enfance pour le HSV1.

-Excrétion virale asymptomatique : possibilité de transmettre le virus en dehors de toute lésion clinique

-Récurrences vraies : Lésions induites par le virus, contaminantes

2- Comment se protéger ?

Il faut nécessairement éviter les rapports sexuels lors de poussées herpétiques. Il existe également une possibilité de contamination lors de pratique de « sexe oral » en présence d'herpès buccal.

SYPHILIS

1- C'est quoi ?

La syphilis est une IST d'origine bactérienne : *Treponema pallidum*.

En cas de dépistage chez un/une patient/patiente, plus d'une fois sur 2, le/la partenaire est également contaminé/e.

L'infection syphilitique multiplie le risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

2- Mode de contamination. Quid de la salive ?

Mode de contamination :

- sexuel (rapports vaginaux ou anaux), mais aussi rapports orogénitaux (fellation, anulingus, cunilingus).
- materno-fœtale : syphilis congénitale (environ 2 millions de grossesses/an dans le monde)

3- Manifestations cliniques, en particulier buccales

La syphilis évolue en plusieurs stades, sur plusieurs années : alternance de phases de manifestations cliniques et phases de latence.

- La syphilis précoce ou primaire (lésion élémentaire / chancre)

Les premières manifestations apparaissent environ trois semaines après la contamination, au niveau du site d'inoculation de la bactérie. La contamination peut être buccale.

Le plus souvent, on remarque une ulcération unique (1 à 2 cm de diamètre), indolore mais extrêmement contagieuse. En quelques semaines, l'ulcération régresse spontanément en quelques semaines, d'où un diagnostic difficile pour les professionnels de santé.

- La syphilis secondaire

Les manifestations apparaissent dans l'année après la contamination. La bactérie se dissémine dans l'organisme. Ses lésions sont peu spécifiques : « la syphilis est une grande simulatrice ».

- La syphilis tardive

Il s'agit du stade tertiaire et latent tardif où l'on remarque un nodule hypodermique (gomme syphilitique).

4- Prise en charge

Les patients atteints de syphilis sont orientés vers des centres spécialisés. Le traitement est bien codifié (cf recommandations européennes 2014) : antibiothérapie (benzathine pénicilline G)

Le dépistage précoce et la prévention sont donc d'une importance majeure.

5- Prévention

Une protection lors des rapports sexuels, y compris pour du « sexe oral » reste primordiale et nécessaire.

Pour les fellations, le préservatif masculin reste le meilleur outil de protection.

Pour les anulingus ou les cunnilingus, les partenaires peuvent utiliser un préservatif ouvert sur sa longueur pour former une digue dentaire.

La présence d'une gingivite ou de lésions muqueuses buccales ou génitales favorise l'infection.

LES INCROYABLES POUVOIRS DES DENTS VIVANTES POUR LE RESTER !

Entretien avec le Pr Stéphane Simon, Chirurgien-dentiste à la Pitié-Salpêtrière, Spécialiste de l'odontologie conservatrice et endodontie

Quoi de plus performant que de pouvoir conserver ce que nous a donné la nature Comment préserver la vitalité de nos dents dans les situations extrêmes ? Les connaissances actuelles concernant la biologie dentaire et la science des biomatériaux nous permettent de profiter des ressources des dents vivantes et de repousser les indications des traitements endodontiques. L'intérêt de repousser les indications de la dévitalisation est de plus en plus considéré. Le fait de conserver la vitalité de la pulpe dentaire permet de maintenir le potentiel de cicatrisation de la dent et évite le dessèchement et donc le risque éventuel de fracture de la dent.

À QUOI SERT LA PULPE DENTAIRE ?

La pulpe dentaire représente la zone la plus interne de la dent. Elle est divisée en deux parties : la pulpe coronaire et la pulpe radiculaire. La pulpe coronaire se trouve dans la couronne de la dent et la pulpe radiculaire dans ses racines. La pulpe dentaire est constituée de nerfs, vaisseaux sanguins et lymphatiques. Elle peut être endommagée par un traumatisme, une carie, les grincements de dents (bruxisme). Les lésions de la pulpe dentaire peuvent entraîner la dévitalisation de la dent.

QUE SIGNIFIE « DÉVITALISER » UNE DENT ?

Dévitaliser une dent, littéralement, c'est retirer la partie vivante de l'organe, à savoir la pulpe. La dent est essentiellement constituée de tissus durs minéralisés (la dentine et l'émail). La pulpe en son sein est dite vivante, car constituée de cellules et alimentée par une vascularisation.

Lorsque cette pulpe s'enflamme (pulpite ou rage de dent) ou s'infecte (précurseur d'un abcès), le traitement consiste à vider le canal au sein de la dent et le remplir avec un matériau inerte, non biologique.

La dent est néanmoins maintenue sur l'arcade, et reste fonctionnelle malgré tout. Elle est en général plus fragile parce que le traitement conduit à une perte de substance.

POURQUOI FAUT-IL ÉVITER, LORSQUE C'EST POSSIBLE, DE DÉVITALISER LES DENTS ?

L'intérêt de repousser les indications de la dévitalisation est de plus en plus considéré. En effet, il y a plusieurs avantages à maintenir une dent vivante, notamment en raison des 4 fonctions principales de la pulpe :

- La fabrication des tissus durs de la dent assure le maintien ou la restauration d'une barrière physique.
- La vascularisation, en plus d'être un signe de vitalité, est le gage du renouvellement possible du tissu et de défense
- L'innervation permet en premier lieu de signaler un danger et reste une alliée pour préserver la santé.
- L'immunocompétence fait de la pulpe un frein contre l'agression bactérienne et un point d'appui pour les traitements eux-mêmes.

Maintenir la vitalité de la pulpe est le meilleur moyen pour prévenir les lésions inflammatoires et les risques de dissémination de bactéries dans l'organisme par la porte d'entrée dentaire.

QUELLES SONT LES NOUVELLES TECHNIQUES POUR CONSERVER LA « VITALITÉ » DES DENTS ?

La conservation de la vitalité pulpaire n'est pas une « technique » récente. Mais le développement récent de nouveaux matériaux beaucoup plus compatible et bio actifs a permis d'optimiser les succès à court moyen et long terme. L'application directe de ces matériaux au contact de la pulpe qui souffre d'inflammation à cause d'une carie profonde, permet de restaurer la santé du tissu et d'induire la formation d'une barrière minérale qui a pour objectif de protéger le tissu pulpaire d'un risque de contamination secondaire par des bactéries.

Le regain d'intérêt de ces techniques s'inscrit parfaitement dans l'ère de la dentisterie « moderne » qui consiste à préserver un maximum de tissu dentaire naturel, et à éviter d'éliminer des tissus durs ou mous inutilement, ou juste pour des raisons techniques de soins. Lorsque la pulpe est totalement détruite par l'inflammation et l'infection, le canal est vidé de tout contenu vivant. En s'appuyant sur les concepts d'ingénierie tissulaire de la médecine, le processus de revitalisation de la dent permet de régénérer un tissu vivant au sein du canal qui jusque-là était vide et infecté. Un caillot sanguin est créé au sein du canal qui permet le recrutement de cellules souches qui en se différenciant aboutissent à la formation d'un tissu biologique. Ainsi, la dent est obturée avec un tissu biologique, vivant et non plus un matériau inerte.

Encore limité à ce jour à certaines indications, les progrès scientifiques permanents sur la compréhension des processus biologiques pourraient permettre d'étendre les indications à un plus grand nombre de cas.