

INFO-SOCIÉTÉ



Votre site web : www.sdmtl.ca

Janvier 2011 - Volume 6



Dans ce numéro vous pourrez lire (entre autres) :

Douleur orofaciale et désordres oromoteurs (p.7)

Les modifications faciales (p. 17)

Pour l'amitié et l'unité de la profession

SOMMAIRE

- Mot de l'éditeur 1
- Vos présidents vous parlent.. 2
- Dentistes Sans Frontières 4
- Douleur orofaciale et désordres oromoteurs 7
- Le coin universitaire : Les modifications faciales 17
- Conférences 2010-2011..... 23
- Bulletin d'inscription 24

Conception : SDM et ID-GRAPH
Mise en page : ID-GRAPH
ID-GRAPH - 514 573-7266
www.idgraph.ca

Mot de l'éditeur



En ce début d'année 2011, on pense à changer et à renouveler bien des aspects de notre vie. On pense au renouveau dans les résolutions, au niveau de la famille, dans le but de se mettre en santé et dans le travail. Même la dentisterie n'échappe pas à cette «renaissance» ! En effet depuis plusieurs années, un mouvement de modernisation des professions se fait

sentir. Et ce renouveau dans la profession dentaire s'est concrétisé avec le début de l'année 2011. En effet, l'Ordre des Dentistes (ODQ) et l'Association des Chirugiens Dentistes du Québec (ACDQ) sont en faveur de cette modernisation ; chacun des deux organismes apporte des arguments pour un changement dans la pratique, changement qui permettrait une meilleure utilisation des ressources. ODQ et ACDQ désirent apporter une amélioration positive à cette démarche mais ont un point de vue différent sur l'approche de cette modernisation et de sa mise en place. Vous aurez l'occasion de découvrir l'approche de chacun au cours de cette année. Entretemps, je vous invite à lire les commentaires dans la chronique de «vos présidents vous parlent».

Dans la même optique, on renouvelle avec un article publié par des chercheurs de l'Université de Montréal, reproduit avec la permission de la maison d'édition, portant sur la douleur maxillofaciale, rédigé par les Drs Blanchet, Lalonde et Lavigne. De plus, le Dr Graziella Jarjoura nous invite à partager un voyage qu'elle a fait dans le cadre de «Dentistes sans frontières». Des moments uniques d'une aventure exceptionnelle, le tout illustré par des photos réalistes : comme dit l'expression, une image vaut mille mots. N'oublions pas également, le coin universitaire avec Dr Denys Ruel et les travaux de ses étudiants. Dans cette chronique, on vous présente de façon pratique, les nouvelles tendances des jeunes de notre société portant sur les modifications corporelles et faciales par le biais de tatouages et bien d'autres artifices.

Sur ce, permettez moi de vous souhaiter une bonne année avec des vœux de santé, prospérité et bonheur.

Bonne lecture,

Claude Monette, D.M.D., M. Sc.

Editeur en chef

NOTE :

Le contenu du présent Bulletin ne peut être reproduit sans l'autorisation de la Société dentaire de Montréal.

Les opinions et propos exprimés dans l'Info-Société ne reflètent que la pensée de leurs auteurs et n'engagent en aucune façon la responsabilité de la Société dentaire de Montréal.

© 2011

LA SOCIÉTÉ DENTAIRE DE MONTRÉAL

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2010-2011

PRÉSIDENT

Dr Claude Bissonnette

TRÉSORIER

Dr Mario Auger

COMITÉ INFO-SOCIÉTÉ

Dr Claude Monette

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dre Nada Malouf

COMITÉ RECRUTEMENT ET COMMANDITE

Dre Graziella Jarjoura

SECRÉTARIAT

Francine Desgagné

4730, rue Messier
Montréal (Québec) H2H 2J1
Tél. : 514 328-1551
info@sdmtl.ca
www.sdmtl.ca

Heures d'ouverture du bureau :

Lundi : 9h à 17h
Mardi : 9h à 12h
Mercredi : 9h à 17h
Jeudi : 9h à 12h

VOS PRÉSIDENTS VOUS PARLENT



Diane Legault, DMD, MBA

Présidente de l'Ordre des dentistes du Québec

Chère collègue, Cher collègue,

Quelques mots pour vous informer que le chantier portant sur la modernisation du cadre législatif qui régit nos rapports professionnels avec les hygiénistes et les assistantes dentaires progresse toujours.

En effet, les avocats de l'Office des professions ont développé une proposition de texte juridique qui fait actuellement l'objet d'une consultation lancée par l'Office des professions auprès de divers organismes qu'il a choisis. L'Association des chirurgiens dentistes du Québec et la Direction nationale de santé publique du ministère de la Santé sont sur la liste des organismes retenus par l'Office des professions qui seront appelés à se prononcer.

Au terme de cette consultation, qui devrait s'échelonner sur une période de quelques semaines, et après avoir analysé les commentaires reçus, l'Office procédera vraisemblablement à la rédaction d'un projet de loi modifiant le Code des professions qu'il présentera au ministre de la justice, responsable de l'application des lois professionnelles, qui, à son tour, s'il en est satisfait, le déposera à l'Assemblée nationale du Québec pour son adoption, lors de la session parlementaire d'hiver 2011.

Pendant ce temps, de façon concomitante, le conseil d'administration de votre ordre après avoir consulté la profession, procédera à l'adoption de deux règlements de délégation d'actes : l'un, visant les hygiénistes dentaires et l'autre, les assistantes dentaires.

Si l'échéancier des travaux se déroule comme le prévoit l'Office, le nouveau cadre législatif pourrait être en vigueur dès juin 2011.

Soyez assurés, chers collègues, que je continuerai de vous informer de l'avancement du dossier, car il m'importe au plus haut point, qu'en tant que chef de l'équipe dentaire, vous en soyez les premiers informés.

Je profite aussi de ce billet pour vous offrir mes meilleurs vœux pour la Nouvelle Année !

VOS PRÉSIDENTS VOUS PARLENT



Serge Langlois, D.D.S.

Président de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec

Les chantiers foisonnent

Votre association, tel que nous l'avons mentionné au printemps dernier, s'est livrée à un exercice de planification stratégique majeur cette année. Ainsi, à la mi-novembre, le conseil d'administration donnait son aval aux recommandations qui en découlent et qui vont de la gouvernance à l'offre de services, en passant par les technologies de l'information. L'aspect « communication » constitue souvent une facette importante des discussions puisqu'on s'adresse toujours à un public, qu'il s'agisse de nos membres, de nos élus, ou de nos patients. L'ACDQ vous offre d'ailleurs cette année la possibilité de mieux maîtriser certains outils pour optimiser vos échanges avec ces derniers : ne manquez pas le 28 janvier prochain la conférence sur le Guide des tarifs de l'ACDQ de notre confrère Benoit Desrosiers, elle ne peut être que bénéfique à votre pratique.

Enfin, puisque vous ne pouvez, avec la meilleure volonté du monde, traiter dans votre cabinet toutes les clientèles qui ont des besoins particuliers, l'ACDQ a étudié le projet de règlement relatif à la modernisation de la pratique professionnelle en cabinet dentaire et en santé publique élaboré par l'Office des professions en collaboration avec l'ODQ et l'OHDQ. Ce nouveau cadre réglementaire pourrait modifier considérablement la prestation des soins dentaires autant dans nos cliniques qu'ailleurs. Le dentiste devra cependant, de par sa formation, demeurer le seul à pouvoir poser un diagnostic et élaborer un plan de traitement : c'est dans cet esprit que l'Association déposait ses commentaires à l'Office en décembre dernier.

Je termine en soulignant qu'il me fera grand plaisir de faire le point sur certains dossiers avec vous, comme je le fais présentement dans plusieurs sociétés dentaires. Il s'agit là d'une pratique qui permet des échanges mutuellement profitables puisque je peux à la fois répondre à certaines de vos préoccupations et recueillir vos commentaires sur les enjeux de l'heure.

Meilleurs vœux pour 2011 et au plaisir de vous rencontrer prochainement !

BIENVENUE AUX NOUVEAUX MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DENTAIRE DE MONTRÉAL

Dre Sylvie Brosseau
Dre Tiffany Ah-Lan
Dre Olivia Beke
Dre Suzanne Blais
Dre Kathryn Chu-kit
Dre Augusta Cornéa
Dre Annie De Serres
Dr Duy Chinh Doan
Dre Martine Félix-Valcourt
Dre Isabel Grenier
Dr Gaëtan Goneau
Dr Jihad Jabre
Dr Honore Kin
Dre Konstantina Koklas
Dre Jacinthe Larivée
Dre Hamida Louafi
Dr Thi Mai Huong Luu
Dr Houssam Moustapha
Dr Henri K.F Mong
Dre Nadège Moquin
Dre Myrna Naman
Dre Rana Nasser
Dr Jean Poirier
Dr Igor Proskurovsky
Dre Nazila Shamim
Dr Cherif Sfeir
Dre Julie Sarrazin-Mackay
Dre Lenuta Sichet
Dre Manh Tina
Dr Hugues Verreault
Dre Danielle Venne
Dr Marc Tremblay

DENTISTES SANS FRONTIÈRES



Dentistes Sans Frontières (DSF) est un projet destiné à offrir bénévolement des soins dentaires à des populations démunies de pays en voie de développement, à offrir des conseils sur l'hygiène buccale et à soutenir le développement de compétences locales. Toutes les interventions de DSF sont chapeautées par Terre Sans Frontières (TSF), en collaboration avec des partenaires locaux

Dre Graziella Jarjoura

Le soleil ne s'est pas encore levé... l'avion d'American Airlines vient d'atterrir à l'aéroport international Jorge Chavez; nous sommes arrivés à Lima capitale du Pérou. Ce pays d'Amérique du Sud fait frontière avec l'Équateur la Colombie, le Brésil, le Chili et la Bolivie, qui avant ne faisait qu'un avec le Pérou.



Les trois dentistes du Québec :
Dres Graziella Jarjoura, Geneviève
Gaumont et Marie-Ève Lagué

Avec plus de 2000 ans d'histoire, terre d'ancienne civilisation, le Pérou fait partie de l'empire Inca dont la capitale était Cuzco. Après la destruction de cet empire, il constitua la base des conquêtes espagnoles, avec Lima pour métropole. La population de 27 millions d'habitants est un mélange d'indien, de métis, d'espagnols, de chinois et d'africains; les

langues parlées sont l'espagnol et le Quechua.

Avec nos 30 valises (anesthésies, gants, composites, amalgames, brosses, compresseur, chaise), on ne passe pas inaperçus. Notre transfert pour Cajamarca ne se fait pas sans heurts.

Lan Air nous refuse le poids de nos bagages et nous devons organiser une autre méthode de transport. Cajamarca se situe à 960 kilomètres au nord de Lima. Avec ses 1200 000 habitants, elle est sûrement la plus belle ville coloniale de la Sierra et le climat est enchanteur.



Enfants péruviens avec des lamas

On y passe la nuit et débutons un trajet sinueux de 5 heures en autobus vers Celendin, où on s'arrête de nouveau pour passer la nuit. Nous avons quitté Montréal vendredi le 2 juillet et nous arrivons à notre destination finale lundi le 5 juillet pm. MIGUEL IGLESIAS. La capitale est CHALAN, qui veut dire l'homme qui montait le cheval; situé à 2750 mètres d'altitude, la population est de 5500 habitants.



La mode au Pérou...
Incrustation en or en forme de coeur

Notre équipe est constituée de 10 participants, Dre Marie-Ève Lague, la chef de la mission a su organiser cette grande

aventure avec beaucoup de talent et de patience. Dre Geneviève Gaumont et moi-même étions les 2 autres dentistes. Mlles Valérie Dion et Geneviève Payne, étudiantes en médecine dentaire seront nos assistantes. Les hygiénistes, Mylène Chauvet et Michèle Trépanier ont su, avec leur expérience, nous aider à la mise en place de la clinique. Manon

habitation. Notre cuisinière Nelly a préparé des mets à base de maïs et de pomme de terre (plus de 600 variétés au Pérou, dont elle est originaire). Le beurre d'arachides nous a rendu service durant ce séjour.

Le village de CHALAN est très reculé dans le temps. Les maisons avec leurs

murs et planchers en terre cuite, font basse mine. On cuisine au bois et la déforestation est flagrante. Le froid colle à la peau.

À proximité de notre habitation, nous pouvions entendre des femmes et des enfants casser des roches avec leurs mains nues afin de remplir des chariots de gravier pour construire des rues pour 2 ou 3 sol.

Les besoins étaient immenses. Nous n'avons malheureusement pu assister et traiter tous ceux dans le besoin... l'impression d'une goutte d'eau dans l'océan !

Nous quittons ce pays d'alpaca de llama de vicuna, avec de magnifiques souvenirs, dont la visite du site inca Machu Piccu... mais ce sont les enfants avec des yeux d'adultes qui malgré tout nous gratifiaient de leurs sourires...

Ramon, 4 ans qui est arrivé avec son grand-père à cheval après 5 heures de route et qui est reparti avec un sourire et des nouveaux souliers...



Guilbert, avec son sourire et sa bonne humeur a été d'une grande aide au niveau de la stérilisation. Et n'oublions pas Mrs Mardrossian et Fernandez, qui ont été indispensables...interprètes, prise en charge de la réception et du triage, réparation de nos équipements! Deux dentistes et 2 étudiants péruviens se sont joints à notre équipe.

Nous avons installé 7 postes de travail : 3 pour les extractions, 2 pour les obturations et 2 pour l'hygiène. Quelques visites dans les écoles du village ont aussi été organisées, pour des instructions d'hygiène et des applications de fluor. Les patients venaient du village et des environs... certains marchaient 4 à 5 heures pour obtenir des soins, d'autres venaient à cheval !

Nous résidions dans un bâtiment du gouvernement local, ayant chacun notre



Valérie Dion (assistante)
Geneviève Gaumont (dentiste) et
Manon Guilbert (stérilisation)

Une mère péruvienne et son enfant

ou Angelita, 5 ans qui ne voulait pas venir au Canada, car personne ne la connaissait ici... sans oublier notre soirée poker avec des grains de maïs comme jetons !

Il faut se rappeler que l'important n'est pas ce qu'on accomplit, mais plutôt ce que l'on contribue à autrui...

Graziella

PS Je voudrais remercier Valérie Dion et Geneviève Payne pour leurs travaux de compilation.



Graziella Jarjoura (dentiste)
et Lili (étudiante péruvienne
en médecine dentaire)

Tableau récapitulatif de tous les traitements dispensés du 2 au 9 juillet 2010 à Miguel Iglesias au Pérou

| | |
|-------------------------------------|-----|
| Total des patients | 246 |
| Hommes | 129 |
| Femmes | 117 |
| Adultes (13 et +) | 186 |
| Enfants (12 et -) | 60 |
| Extractions | 259 |
| Obturations composite | 55 |
| Obturations plombage | 117 |
| Nettoyage | 91 |
| Scellants + RPR | 26 |
| Fluor | 47 |
| Méthode de brossage dans les écoles | 208 |

Dentiste péruvien avec Lili (étudiante), Geneviève Gaumont (dentiste) et Valérie Dion (étudiante)





P.-J. Blanchet
M.D., F.R.C.P.C., Ph.D.,
Neurologue, Vice Doyen,
Recherche et Affaires Hospitalières



B. Lalonde
D.M.D., M.S.D., F.R.C.D.,
Médecine Buccale, Directeur
département stomatologie C.H.U.M.



G.-J. Lavigne
D.M.D., M.Sc., F.R.C.D., Ph.D.,
Médecine Buccale, Doyen de la
Faculté de Médecine Dentaire

Douleur analg. (2009) 22:1-9 DOI 10.1007/s11724-009-0131-x
P.-J. Blanchet • B. Lalonde • G.-J. Lavigne © Springer-Verlag 2009



Résumé

Les désordres oromoteurs se caractérisent par la présence de mouvements oromandibulaires excessifs, désordonnés ou incoordonnés, de nature hyperkinétique (dystonie, dyskinésie, stéréotypie, bruxisme de l'éveil et du sommeil) ou hypokinétique (parkinsonisme). Ces désordres constituent une source non négligeable et hétérogène de douleur et de complications buccodentaires. Une connaissance de la prise en charge dentaire est essentielle afin de prévenir et soulager rapidement la condition buccale et minimiser les stratégies inutiles.

Introduction

La douleur orofaciale est fréquente dans la population et toucherait au moins 10 % des adultes [37] et jusqu'à 50 % des personnes âgées [39]. Dans le cadre d'une vaste enquête téléphonique, 17,4 % des personnes âgées ont rapporté au moins un symptôme douloureux au niveau de la sphère orofaciale au cours des 12 mois précédents [46]. La prévalence des diverses sources présumées de douleur se répartissait de la façon suivante :

- douleur dentaire : 12,0 % ;
- douleur à l'articulation temporomandibulaire : 7,7 % ;
- douleur faciale : 6,9 % ;
- lésions de la muqueuse : 6,4 % ;
- stomatopyrose : 1,7 %.

La douleur orofaciale est classifiée selon la détection ou non d'une origine somatique simple. En l'absence d'une pathologie buccodentaire clairement démontrée, trois groupes d'entités sont envisagés selon une classification récente qui a le mérite d'être opérationnelle en clinique [57] :

- les céphalées primaires ;
- les névralgies ;
- les diverses conditions douloureuses orofaciales persistantes de nature idiopathique, incluant la stomatopyrose, l'arthromyalgie, l'odontalgie atypique et la douleur faciale atypique.

La douleur orofaciale chronique (c'est-à-dire présente pour plus de trois mois) peut avoir une origine périphérique (intra-buccale, extra-buccale, musculosquelettique, nerveuse) ou centrale, au niveau du système nerveux. La recherche de la source exacte de douleur orofaciale est particulièrement complexe chez la personne âgée en raison de l'incidence des affections de la dent, du parodonte et de la muqueuse buccale, la prévalence d'utilisation d'appareils prothétiques, la contribution de conditions médicales comme la malnutrition et les cancers, la polypharmacie pouvant affecter directement ou indirectement l'intégrité des circuits nerveux et la survenue plus élevée de certaines formes de névralgie dans ce groupe d'âge (névralgie essentielle du trijumeau, névralgie postherpétique). Les changements physiologiques liés à la sénescence [11], de même que les

Tableau 1 Désordres moteurs et douleur buccofaciale

| Douleur | Désordre | | | | |
|------------------------|----------|------------|-------------|----------|-----------------------|
| | Dystonie | Dyskinésie | Stéréotypie | Bruxisme | Syndrome parkinsonien |
| Odontalgie | X | | | X | |
| Myogène | X | | | X | |
| Crampes | X | | | | |
| Temporomandibulaire | X | X | X | X | |
| Céphalée de tension | X | | | X | |
| Stomatopyrose | | X | | | X |
| Algie faciale atypique | X | | | | |
| Traumatisme | X | X | X | X | |
| Neuropathie centrale | | X | | | X |

changements pathologiques associés aux maladies neurodégénératives comme la maladie de Parkinson affectent la neurotransmission monoaminergique et le traitement des signaux douloureux au niveau du système nerveux central. Chez certains sujets, une douleur orofaciale peut se greffer sur une condition entraînant la présence de mouvements oromandibulaires excessifs, désordonnés ou incoordonnés. Dans ces cas, la douleur peut aussi être de source périphérique ou centrale et mérite une évaluation approfondie individualisée. Cet article traite de la douleur associée aux affections oromotrices tant de nature hyperkinétique que hypokinétique (Tableau 1). Les éléments permettant de préciser le diagnostic et la prise en charge sont revus.

Désordres hyperkinétiques

Les désordres oromandibulaires hyperkinétiques se caractérisent par des mouvements répétitifs excessifs sans finalité touchant la langue, les lèvres et la mâchoire. Ils peuvent se traduire par des mouvements variables de pincement, de moue, de rétraction, de claquement ou succion des lèvres, des mouvements vermiculaires, de léchage ou de protraction de la langue, ou un mâchonnement avec ou sans grincement des dents. On peut les caractériser plus finement selon la phénoménologie dominante des manifestations [6]. Divers sous-types de mouvements hyperkinétiques oromandibulaires sont distingués [9] : dystonie, dyskinésie, stéréotypie et bruxisme de l'éveil ou du sommeil. Le terme « tics » réfère spécifiquement à des mouvements brusques sans finalité, stéréotypés et suppressibles. Le « syndrome du lapin » décrit dans la littérature psychiatrique

n'est pas de nature dyskinétique mais représente plutôt un tremblement de repos vertical labial ou orofacial de type parkinsonien assez souvent observé chez les individus exposés aux médications psychotropes ayant des propriétés dopabloquantes.

Dystonie oromandibulaire

Mme C. est une dame de 48 ans partiellement édentée, fumeuse, connue pour un syndrome anxiodépressif chronique et une intolérance au glucose. Elle est référée à un spécialiste en médecine buccale pour une douleur à la langue qui l'empêche de s'alimenter adéquatement. L'examen montre une lésion ulcérée du plancher buccal à gauche, la dent 3,5 faisant empreinte dans la langue (Fig. 1). Aucun signe de néoplasie n'est apparent. Elle montre par contre des spasmes en torsion incessants de la mâchoire, de la langue et des lèvres d'allure dystonique, présents selon elle depuis trois ans, jugés responsables de cet ulcère traumatique. Des traitements topiques et systémiques de corticostéroïdes ont partiellement résolu l'ulcère. Par la suite, un protecteur buccal fut confectionné afin de protéger la lésion ulcéreuse. La condition n'étant pas stabilisée, une biopsie incisionnelle fut pratiquée démontrant du tissu épithélial et salivaire inflammé sans plus. La dent 3,5 a finalement été extraite, permettant une guérison complète de l'ulcère. Des essais pharmacologiques ont été proposés afin de réduire l'intensité des mouvements dystoniques, mais ceux-ci ont été mal tolérés ou partiellement efficaces. Durant l'évolution, elle a présenté une exacerbation de son syndrome anxiodépressif et une arthromyalgie faciale droite invalidante, l'obligeant à se

coucher dans la journée. Elle a alors été référée pour une séance d'injection de toxine botulique.

La dystonie oromandibulaire se reconnaît par des contractions musculaires soutenues répétitives responsables d'un rictus, d'une torsion des lèvres ou grimaces, de spasmes en fermeture, en ouverture ou en déviation latérale de la mâchoire, pouvant être associés à des secousses désordonnées de la mâchoire et du bruxisme, ou encore d'un roulement ou de torsions de la langue avec ou sans protraction au-delà de la surface occlusale. Des signaux proprioceptifs (« geste antagoniste ») ouvrant l'occlusion, favorisés par le maintien en bouche d'un bonbon ou d'un cure-dent ou le toucher léger du menton, peuvent réduire les spasmes dystoniques.

Une douleur dystonique peut survenir, mais elle est inconstante et n'est généralement pas à l'avant-plan. Cependant, la dystonie peut engendrer des spasmes musculaires douloureux et être associée à une algie faciale atypique et une céphalée d'allure tensionnelle [22,30]. De plus, la dystonie oromandibulaire peut causer des blessures et une arthromyalgie (vignette plus haut), ainsi que des désordres à l'articulation temporomandibulaire pouvant aller jusqu'à la luxation méniscale [2].

La plupart des cas adultes de dystonie focale sont de nature idiopathique et débutent entre 30 et 60 ans. Certaines formes dites tâches spécifiques surviennent chez des individus sollicitant de façon répétitive des patrons moteurs exigeants surutilisés, comme les musiciens utilisant des instruments à embouchure, les encanteurs (camelots en France), les mâcheurs de chewing gum invétérés, etc. Une dystonie linguale sévère, inhabituelle dans les formes idiopathiques, suggère l'existence d'une cause secondaire [51], telle qu'une encéphalopathie postanoxique ou une dystonie dite « tardive » liée à l'exposition chronique à une médication dopa-bloquante comme les neuroleptiques utilisés en milieu psychiatrique ou les neuroleptiques « cachés » dans des préparations pharmaceutiques pour soulager divers symptômes (voir plus bas). Des lésions cérébrales focales de diverses natures (ischémique, hémorragique, toxique) touchant notamment le noyau lenticulaire ou le thalamus peuvent aussi engendrer la dystonie. Dans de rares cas, un désordre du mouvement évocateur d'une dystonie apparaît à la suite de traitements dentaires de routine, d'un traumatisme nerveux périphérique, facial ou buccodentaire, ou de la mise en bouche de prothèses ou de ponts mal ajustés [15,50,52]. Aucune corrélation n'a été établie entre la sévérité de l'atteinte périphérique et l'apparition de la dystonie. Plusieurs de ces cas d'exception ont constaté les premiers symptômes durant la semaine suivant la procédure. Une douleur persistante et rebelle peut se manifester. L'homogénéité du trouble et sa cause exacte sont discutées, de même que la possibilité du « démasquage »

d'un désordre du mouvement latent par l'intervention dentaire (ex. : extraction, appareillage) et d'une origine psychogène dans certains cas.

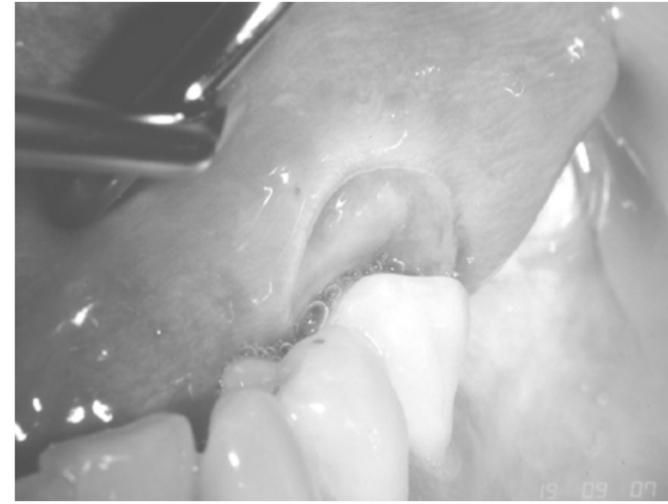


Fig. 1 Ulcère du plancher buccal traumatique chez une patiente souffrant d'une dystonie oromandibulaire idiopathique (voir description dans le texte).

Dyskinésie buccofaciale

La dyskinésie buccale se caractérise par des mouvements involontaires sans finalité, irréguliers, répétitifs, touchant les lèvres, la langue et les muscles de l'appareil manducateur, d'où le terme de « syndrome buccolinguomasticatoire ». Elle survient dans une variété d'affections neurologiques, et elle apparaît plus volontiers liée à une prise médicamenteuse offensante comme un neuroleptique ou un agent antiparkinsonien. Ainsi, la dyskinésie buccale devrait être considérée comme iatrogène jusqu'à preuve du contraire, une attitude qui encourage la recherche minutieuse d'une cause potentiellement réversible susceptible d'éviter des examens paracliniques inutiles.

Plusieurs médicaments traversant la barrière hémocéphalique peuvent entraîner, après exposition chronique de quelques mois ou années (d'où l'appellation « tardive »), divers types d'hyperkinésie. On associe particulièrement à la dyskinésie tardive (DT) l'usage des antipsychotiques conventionnels de première génération incluant les phénothiazines (ex. : chlorpromazine, thioridazine, perphénazine, fluphénazine) et thioxanthènes (ex. : flupentixol, thiothixène), la famille des diphenylbutylpipéridines (ex. : pimozide), les dibenzoxazépines (ex. : loxapine) et les butyrophénones (ex. : halopéridol). Les dérivés phénothiazines (ex. : triéthylpérazine, prochlorpérazine) et les substituts benzamides (ex. : métoclopramide, sulpiride, tiapride, clebopride, cisapride, véralipride), utilisés pour le soulagement des

nausées, vertiges ou bouffées de chaleur, comportent aussi un risque documenté.

La DT est observée chez environ 30 % des personnes traitées avec les antipsychotiques conventionnels qui bloquent notamment les récepteurs dopaminergiques postsynaptiques de type D2. Certains antipsychotiques de seconde génération dits atypiques (ex. : quétiapine, clozapine) comportent un risque de DT nettement moindre. Le risque de survenue de la DT est cinq fois supérieur chez les sujets de 60 ans et plus. Une rémission spontanée est possible dans une fraction des cas, surtout si la médication offensante est éliminée, mais une telle évolution est moins susceptible de se produire en âge avancé. Les autres classes médicamenteuses potentiellement dyskinésigènes incluent les antiparkinsoniens (ex. : L-Dopa, anticholinergiques), les antidépresseurs, les psychostimulants, les anticonvulsivants et les antihistaminiques. Malgré le demi-siècle qui nous sépare des premières descriptions de complications motrices dites « extrapyramidales », la pathophysiologie de la DT demeure mal maîtrisée. Une hypersensibilité des récepteurs dopaminergiques D2 centraux est traditionnellement proposée, mais cette hypothèse nécessite d'être davantage élaborée, notamment avec les outils modernes de la biologie moléculaire qui offriront peut-être des cibles pharmacologiques novatrices.

La DT peut produire un malaise ou une douleur buccofaciale, particulièrement chez les personnes souffrant d'acathisie, une sensation très désagréable et parfois insupportable, se traduisant par un besoin interne irrépressible (non localisé aux membres inférieurs comme dans le syndrome des jambes sans repos) de bouger avec agitation secondaire [3,19]. La douleur exprimée peut toucher variablement la gencive, la lèvre, la langue et la mâchoire, ou correspondre à une stomatopyrose. Dans les cas sévères, la DT peut engendrer des lésions par friction, morsure ou déplacement d'appareils prothétiques, un serrement excessif douloureux de la mâchoire ou un désordre temporomandibulaire [43]. Chez d'autres enfin, la douleur chronique liée à la DT ne semble pas myogène ou en relation avec une lésion buccale, mais plutôt correspondre à une douleur « centrale » qui peut être tenace et invalidante [19]. Le début de ce type de douleur peut être concomitant aux manifestations motrices de la DT ou retardé.

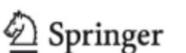
Une dyskinésie buccale secondaire peut aussi survenir chez des individus non médicamenteux avec un retard mental ou une démence dégénérative comme dans les maladies de Huntington ou d'Alzheimer. L'incidence de la dyskinésie buccofaciale chez les sujets souffrant de démence d'Alzheimer sans profil médicamenteux nocif varie entre 10 et 40 % dans la littérature. L'existence nosologique de la dyskinésie buccale « spontanée » lors du vieillissement normal reste floue si l'on admet que

certaines facteurs « dyskinésigènes » dans cette population (ex. : histoire médicamenteuse détaillée, statut buccodentaire ou cognitif) ne sont pas toujours adéquatement documentés. Des mouvements de pincement des lèvres et de mastication peuvent être observés chez les sujets non traités souffrant de schizophrénie chronique, selon une prévalence moyenne estimée à 12 %. D'autres troubles neurologiques, associés à une dyskinésie buccale, incluent l'encéphalopathie hépatique chronique acquise, le syndrome d'abstinence à l'alcool, l'encéphalite paranéoplasique (ex. : contexte d'un tératome ovarien chez la jeune femme) et la maladie vasculaire ischémique cérébrale avec présence d'infarctus sous-corticaux [12]. La douleur buccale n'est généralement pas réputée significative dans ces cas de dyskinésie.

Stéréotypies

Les stéréotypies buccales sont caractérisées par des mouvements répétitifs sans finalité, suivant un patron coordonné et reconnaissable, responsables de grimaces, d'un léchage des lèvres, d'un mordillement ou mâchonnement. Elles sont non spécifiques et surviennent dans une variété de conditions neuropsychiatriques incluant la schizophrénie, la déficience intellectuelle, la démence. Elles ressemblent aux tics moteurs produits dans le syndrome de Gilles de la Tourette, mais les tics moteurs se distinguent par leur brusquerie et leur brève durée, leur suppressibilité variable par la volonté, leur caractère volontiers fluctuant dans le temps, et leur association fréquente avec des tics vocaux simples ou complexes (ex. : coprolalie), débutant le plus souvent dans l'enfance. Les tics impliquent souvent la musculature craniocervicale. Le contrôle volontaire exercé par l'individu est typiquement limité par une tension croissante désagréable, parfois douloureuse, qui presse l'individu à « relâcher » le tic.

L'une des formes de stéréotypie buccale appelée l'orodyskinésie de l'édenté peut toucher jusqu'à 16 % des sujets édentés [32]. Un claquement ou pincement des lèvres, des mouvements en déviation latérale ou en protraction de la langue ou de la mâchoire sont observés. Un déficit proprioceptif, lié à la perte des terminaisons nerveuses et des ligaments parodontaux entraînée par les extractions dentaires, a été proposé comme facteur causal. Dans une population non institutionnalisée de sujets âgés vulnérables et majoritairement édentés, un taux de prévalence de dyskinésie buccale non caractérisée de 3,7 % (4,1 % pour les femmes, 2,9 % pour les hommes) a été retrouvé [4]. Une enquête auprès de cette population a permis de documenter des plaintes plus fréquentes de nature prothétique (supérieures à 50 % des cas), de douleur buccale et une perception de santé buccale



inadéquate chez les personnes avec dyskinésie buccale en comparaison aux sujets non dyskinétiques, malgré un taux élevé comparable d'édentation. La caractérisation détaillée d'un petit groupe de sujets montrant une telle orodyskinésie de l'édenté (échantillon féminin à 71 %, âge moyen de 69 ans s'étendant entre 60 et 79 ans) a révélé que 85,7 % d'entre eux ont jugé le mauvais ajustement de leurs dentiers comme source appréciable de problèmes. Même si l'intensité des mouvements observés était généralement faible, voire nulle, plus de 20 % des sujets avec une orodyskinésie de l'édenté ont jugé leur inconfort significatif et coté leur niveau de douleur au delà du 50e percentile sur une échelle visuelle analogue [5]. Cependant, aucun changement des seuils douloureux péri-buccaux (douleur thermique et mécanique profonde) n'a été détecté. À l'examen, l'orodyskinésie de l'édenté s'est distinguée de la DT buccale par l'absence de dyskinésie extrabuccale, l'absence de tout caractère dystonique et de mouvements spontanés de la langue au repos. L'examen buccal de ces sujets a corrélié l'orodyskinésie de l'édenté à une malocclusion et une dimension verticale fermée, deux facteurs biomécaniques associés à une instabilité des prothèses et un support facial inadéquat [5]. En revanche, la dyskinésie buccale chronique peut aussi mener à une usure prématurée et une instabilité des dentiers, susceptible d'endommager les gencives et les structures osseuses, et d'entraîner de l'atrophie et des problèmes prothétiques additionnels.

Bruxisme

Décrit par Marie et Pietkiewicz en 1907, le bruxisme (du grec brychein, grincer des dents) est une activité para-fonctionnelle caractérisée par un serrement des mâchoires (surtout à l'éveil) ou un grincement (surtout durant le sommeil) des dents. Le trouble distingue une forme de l'éveil et une forme du sommeil [33]. La prévalence du bruxisme de l'éveil est évaluée à 20 % dans la population adulte, alors que celle du bruxisme du sommeil diminue avec l'âge [35], de 8 % chez l'adulte à 3 % chez les sujets âgés, bien que cela mérite confirmation auprès d'une population âgée dentée. L'étiologie du bruxisme demeure méconnue. La contribution de facteurs périphériques de nature occlusive ou de relations disharmonieuses au niveau des structures maxillo-faciales, jugée primordiale dans la genèse du bruxisme du sommeil à une certaine époque, est désormais jugée mineure, voire inexistante en comparaison aux mécanismes de nature nerveuse autonome et aux influences comportementales (anxiété, stress). En effet, des données récentes suggèrent que le bruxisme, particulièrement du sommeil, soit en relation avec une réactivation centrale autonome survenant durant le phénomène physiologique de

microéveils du sommeil [31,33]. De plus,  l'activité de bruxisme semble modulée par plusieurs neurotransmetteurs, ce qui explique probablement l'influence du tabagisme, de l'alcool, de la caféine, des stupéfiants (amphétamines) et d'une variété de médicaments (ex. : antipsychotiques, antidépresseurs, antiparkinsoniens). D'autres facteurs médicaux (maladies, traumatismes) et génétiques semblent également impliqués [33].

De nombreuses complications buccodentaires sont associées au bruxisme, incluant une attrition dentaire, une hypertrophie des muscles manducateurs parfois présente longtemps avant la confirmation du diagnostic, des fractures dentaires ou des prothèses, ou des échecs dans la mise en place de prothèses ou d'implants. Des céphalées d'allure tensionnelle et un désordre douloureux de l'articulation temporomandibulaire sont aussi rapportés. La prévalence du bruxisme chez des sujets souffrant d'une douleur temporomandibulaire indifférenciée est très élevée. Même si le recrutement excessif des muscles manducateurs peut à l'évidence être douloureux chez les bruxeurs du sommeil, il n'est pas inhabituel de constater que les bruxeurs montrant une attrition dentaire ou une hypertrophie musculaire marquée ne rapportent pas de douleur temporomandibulaire myogène. À l'inverse, une douleur matinale fréquente peut être exprimée par des bruxeurs du sommeil montrant relativement peu d'activité rythmique des muscles manducateurs durant l'enregistrement du sommeil [47]. Cela suggère que la douleur musculaire associée au bruxisme puisse être l'expression d'une blessure retardée des fibres musculaires.

Désordres hypokinétiques

Mme G. est une dame de 67 ans partiellement édentée, fumeuse, avec une maladie coronarienne opérée et une fibrose pulmonaire. Elle souffre d'une maladie de Parkinson depuis quatre ans et prend de la L-dopa/carbidopa 100/25 1,5 comprimé cinq fois par jour en association avec de l'entacapone. Elle est référée en neurologie par un spécialiste en médecine buccale en raison de l'existence depuis un an d'une brûlure et d'une sensation de piquûre au niveau de la face jugale interne, de la gencive et du bout de la langue, surtout à droite. La douleur est surtout présente au repos et nettement moindre dans le discours ou lors de la prise alimentaire. Elle est peu présente le matin et se manifeste après le repas du midi pour persister jusqu'au coucher. Le port des prothèses dentaires est inconfortable. Aucune relation claire n'a pu être établie entre cette brûlure et le contrôle de sa condition parkinsonienne durant la journée. Une optimisation de la posologie de la L-dopa/ carbidopa n'a pas amélioré la douleur. L'examen de la cavité buccale est sans particularité. La patiente a aussi montré

de légers signes parkinsoniens du côté droit durant l'examen. Le bilan sanguin demandé n'a révélé ni anémie ni diabète. Un diagnostic de stomatopyrose associée à la maladie de Parkinson est proposé. Un traitement d'appoint à base de pramipexole (agoniste dopaminergique) 0,5 mg à chaque repas a fait régresser la douleur et permis à la patiente de porter à nouveau ses prothèses.

À l'opposé du spectre des désordres hyperkinétiques, les manifestations hypokinétiques se caractérisent par une pauvreté des mouvements et une perte des automatismes et sont typiquement rencontrées dans le syndrome parkinsonien (maladie de Parkinson en particulier). La maladie de Parkinson est la seconde affection neurodégénérative la plus fréquente chez l'humain après la maladie d'Alzheimer, touchant environ 1 % de la population âgée de 50 ans et plus. Elle est associée à la perte progressive de plusieurs groupes de neurones du système nerveux central et autonome, plus particulièrement des neurones synthétisant la dopamine au sein de la substance noire (locus niger). Bien que la maladie soit souvent associée à des manifestations anxiodépressives, cognitives et autonomiques, les déficits moteurs sont à l'avant-plan et incluent l'akinésie (difficulté d'initiation avec pauvreté des mouvements), la bradykinésie (ralentissement du mouvement), la rigidité, l'instabilité posturale et l'enrayage cinétique, le plus souvent associés à un tremblement de repos. Le retentissement de ces déficits au niveau de la sphère oromandibulaire entraîne une perte des automatismes (mimique faciale peu expressive, pauvreté des clignements palpébraux et des déglutitions spontanées), des mouvements volontaires d'amplitude et de vitesse réduites, un tremblement de repos oromandibulaire lent, une dysphagie (avec ou sans ptialisme ou aspirations trachéales) problématique surtout avec l'évolution de la maladie. La thérapie orale de remplacement avec le précurseur L-dopa, qui rétablit de façon partielle et non physiologique la neurotransmission dopaminergique, induit des mouvements dyskinétiques chez au moins les deux tiers des patients traités, entraînant des mouvements involontaires qui touchent souvent la musculature craniocervicale pour ressembler à la DT.

La douleur est de nos jours reconnue comme étant une plainte fréquente des sujets souffrant de la maladie de Parkinson, touchant jusqu'aux deux tiers des cas [16,18,24, 25,49]. Des travaux récents ont révélé l'existence d'un seuil douloureux abaissé dans la maladie en comparaison aux sujets volontaires sains du même âge [17]. Cela a été confirmé dans des expériences utilisant diverses modalités sensorielles incluant le test vasopresseur au froid [7,36], le thermotest de type Peltier [41,53], la stimulation électrique [41], et le réflexe nociceptif en flexion [23,41]. L'abaissement du seuil douloureux dans la

maladie de Parkinson est normalisé par la L-dopa [7,23,53]. L'intensité de la douleur varie souvent avec les fluctuations de l'état parkinsonien en cours de journée, avec résurgence de la douleur durant les périodes de blocage moteur [25]. Une dépression peut être contributive et ne doit pas être ignorée.

Les patients souffrant de la maladie de Parkinson peuvent connaître une douleur buccale touchant variablement les gencives, les dents, la langue, la surface jugale, la face et la mâchoire, décrite comme étant brûlante ou lancinante [20]. Contrairement aux descriptions habituelles de stomatopyrose idiopathique [26], ces sensations peuvent être latéralisées dans la cavité buccale. La prévalence de la stomatopyrose dans la maladie de Parkinson est méconnue, mais elle est présumée cinq fois plus fréquente que dans la population générale [10]. L'hypothèse d'une origine centrale en lien avec une neurotransmission dopaminergique déficiente est renforcée par les descriptions de douleur chez des sujets sous médication dopabloquante [14]. De plus, d'autres rapports font état d'une implication des ganglions de la base dans le traitement d'informations nociceptives [8], du rôle de la dopamine dans l'analgésie [1,58] et de changements démontrés au sein des circuits dopaminergiques chez des sujets avec stomatopyrose idiopathique soumis à des études de neuro-imagerie [27,29]. Dans tous les cas, un examen buccodentaire complet s'impose à la recherche d'autres sources potentielles de douleur, mais des interventions dentaires invasives doivent être évitées.

Prise en charge

Malgré des progrès majeurs récents, la connaissance de la pathophysiologie des mouvements oromandibulaires anormaux demeure incomplète. Il faut toutefois retenir que la plupart des troubles sont d'origine centrale, comme en font foi l'impact dyskinésigène de plusieurs médicaments offensants modulant la neurotransmission de la dopamine et de l'acétylcholine et le bénéfice antidyskinétique tiré de la déplétion centrale des monoamines avec la tétrabénazine (ligand sélectif du transporteur vésiculaire des monoamines de type 2 du cerveau) et de la thérapie par stimulation cérébrale à haute fréquence du globus pallidus [13,42].

En raison du suivi régulier proposé et de l'attention portée à la cavité buccale, le dentiste joue un rôle de premier plan dans la détection précoce des désordres oromoteurs hyperkinétiques. Il contribue aussi à une meilleure prévention et correction rapide des complications associées, en équipe avec le médecin traitant et le neurologue. Le diagnostic étant basé essentiellement sur des critères cliniques, la reconnaissance du trouble et sa prise en charge ne sont pas toujours claires. Étant 

donné le niveau actuel des connaissances sur l'origine des désordres oromoteurs, il ne faut pas se surprendre des limites des options courantes, tant pour les désordres hyperkinétiques qu'hypokinétiques et la douleur parfois associée.

Gestion des désordres hyperkinétiques et douleur associée

Approche générale

On n'insistera jamais assez sur la place de la prévention dans l'ensemble des stratégies offertes pour gérer la dyskinésie buccofaciale médicamenteuse. L'usage des psychotropes et la nécessité de leur maintien doivent faire l'objet d'un suivi étroit. La détection précoce de mouvements vermiculaires de la langue devrait être signalée au médecin traitant afin d'encourager un réajustement de la médication. L'approche initiale du traitement de la DT et de la douleur associée est de sevrer graduellement la médication offensante si possible.

Approche buccodentaire

La contribution périphérique de facteurs buccodentaires (édentation, malocclusion, etc.) ne devrait pas être systématiquement ignorée, puisque ces facteurs peuvent accentuer l'expression de la DT buccale et sont potentiellement corrigibles [54]. Chez les patients avec une dystonie oromandibulaire, un discret moulage placé bilatéralement entre les molaires ou une plaque occlusale intrabuccale peuvent améliorer la fonction [15,21]. Cela devrait être proposé précocement afin de prévenir l'attrition dentaire et des changements histomorphologiques de l'articulation temporo-mandibulaire [43].

Les complications buccodentaires potentielles associées aux désordres hyperkinétiques (dystonie et bruxisme en particulier) doivent être évaluées et traitées rapidement [38]. Dans certains rapports anecdotiques, la mise en place de prothèses amovibles soigneusement ajustées favorisant une meilleure occlusion a rapidement amélioré les mouvements buccaux excessifs dans l'orodyskinésie de l'édenté. Une réadaptation occlusive et fonctionnelle simple peut arriver à soulager, en partie, les mouvements dyskinétiques buccaux de sujets édentés souffrant d'une DT. Puisque la rétention prothétique est limitée chez certains individus avec dyskinésie buccale, une prothèse mandibulaire ostéoimplantée a été proposée, mais seuls quelques cas isolés ont été rapportés à ce jour.

Approche pharmacologique

La douleur dite tardive peut bénéficier des stratégies généralement offertes pour soulager la DT comme la tétrabénazine

[19,42]. L'agent antiépileptique lévétiracétam a récemment été jugé efficace à réduire les cotations motrices de DT dans le cadre d'un essai contrôlé à répartition aléatoire [59]. La médication benzodiazépinique GABA-ergique clonazépam est une alternative, mais son profil d'effets indésirables (ex. : somnolence diurne, troubles cognitifs, dépendance) est plus élevé chez les gens âgés.

Un traitement pharmacologique antalgique ou antidyskinétique n'est généralement pas requis dans les cas de stéréotypie buccale mais peut être nécessaire chez les patients avec un syndrome de Gilles de la Tourette associé à des tics sévères. Dans de tels cas, la douleur peut être d'origine musculosquelettique mais peut aussi découler de complications neuropathiques ou auto-infligées [45]. Les approches bénéfiques utilisées pour les tics d'intensité modérée à sévère incluent la tétrabénazine, le clonazépam, la clonidine (agoniste adrénergique des récepteurs alpha-2), de même que les antipsychotiques dans certains cas sélectionnés.

L'administration intramusculaire de la toxine botulique est une excellente option dans divers cas de dyskinésie buccofaciale [40,44,55]. La toxine peut aussi être injectée directement dans le génioglosse dans les cas de protraction linguale sévère [28], mais les effets à court et long termes d'une telle approche ont été rarement décrits. De plus, comme ce muscle a un rôle capital dans la maintenance des voies aériennes supérieures au cours du sommeil, on peut se questionner sur l'usage sécuritaire de la toxine botulique au niveau du génioglosse chez le patient souffrant déjà d'un trouble respiratoire lors du sommeil telles les apnées et hypopnées.

Approche chirurgicale

Certains cas de DT particulièrement sévères et réfractaires ont été soumis avec succès à une intervention neurochirurgicale visant la stimulation cérébrale profonde du globus pallidus interne [13], l'une des structures majeures des ganglions de la base.

Gestion du bruxisme

Le suivi et la prise en charge du bruxisme sont indiqués pour prévenir et traiter les complications buccodentaires. Il est regrettable que les données probantes concernant les diverses stratégies offertes restent si minces [34]. Les substances et médicaments offensants devraient être identifiées et retirées si possible. Les approches non pharmacologiques proposées incluent l'éducation et le changement des habitudes de vie (ex. : prise d'alcool et de caféine, tabagisme), la relaxation, et la mise en bouche d'une plaque (appelée attelle ou orthèse selon les pays) occlusale, mais leur valeur réelle est mise en doute [56] et



n'a pas été évaluée chez les sujets âgés. Pour le bruxisme de l'éveil, ces approches sont relativement inoffensives et aideront parfois à réduire les douleurs secondaires au serrement ou encore le grincement, très rare à l'éveil chez le sujet sans maladie, mais possible en présence de dyskinésie ou de dystonie. Chez le sujet sain, le clonazépam a soulagé le bruxisme du sommeil [48], mais la tolérabilité au long cours de cette approche chez les sujets âgés nécessite une surveillance périodique. La toxine botulique, qui est de plus en plus populaire en thérapeutique en raison de sa facilité et de sa rapidité d'administration, n'a pas fait l'objet d'une étude contrôlée pour cette indication. Comme pour toute thérapie, son utilité devrait être comparée à son risque de complications. Enfin, comme certains patients âgés avec bruxisme du sommeil présentent aussi des troubles respiratoires tels que l'apnée obstructive, l'usage de la plaque occlusale au maxillaire, d'une benzodiazépine tel le clonazépam ou encore de la toxine botulique requiert une évaluation sérieuse du rapport risque/bénéfice en raison des risques d'exacerbation.

Gestion des désordres hypokinétiques et douleur associée

Une évaluation systématique des diverses causes et modalités antalgiques de la douleur buccale dans la maladie de Parkinson n'a jamais été réalisée. L'intensité de la douleur buccale fluctue souvent en relation avec les périodes de biodisponibilité faible en L-dopa durant la journée et le retour des déficits moteurs d'une dose à l'autre. Ainsi, même si la thérapie de remplacement dopaminergique n'abolit pas forcément la douleur, les stratégies proposées pour réduire les fluctuations de performance, comme l'utilisation d'un agoniste (dopaminomimétique) des récepteurs dopaminergiques à faible dose, peuvent contribuer à réduire la douleur buccale [49,53]. Le rôle contributif de la dépression ne doit pas être négligé chez les parkinsoniens souffrants, le traitement antidépresseur pouvant alors diminuer l'intensité subjective de la douleur. Dans d'autres cas, la douleur associée à la dyskinésie dopainduite sera améliorée par des ajustements de la médication antiparkinsonienne.

Conclusion

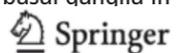
Plusieurs données suggèrent que les désordres oromoteurs de nature tant hyperkinétique (c'est-à-dire dystonie, dyskinésie, stéréotypie, bruxisme) qu'hypokinétique (c'est-à-dire maladie de Parkinson), de cause idiopathique ou secondaire, constituent des sources de complications buccodentaires et de douleur d'origine périphérique ou centrale. Cela est souvent ignoré par les cliniciens en raison de la faible prévalence des troubles et d'une littérature odontologique peu abondante sur le sujet. Des

données récentes soutiennent qu'une réhabilitation prothétique inadéquate puisse agir comme facteur déclenchant ou aggravant de l'orodyskinésie de l'édenté qui peut être douloureuse dans une fraction des cas. La gestion de la douleur chronique associée aux mouvements oromandibulaires anormaux est fort différente de celle de la douleur buccale aiguë qui est souvent d'origine dentaire et gérée relativement aisément par le dentiste. La douleur buccofaciale chronique (persistante au-delà de trois mois) est plus fréquemment hétérogène, multifactorielle, réfractaire et mieux gérée dans le cadre d'une approche interdisciplinaire. Le dentiste joue un rôle de premier plan auprès de ces patients dans l'évaluation de la douleur et la prévention, et le traitement des complications buccodentaires associées aux mouvements anormaux. En l'absence de données probantes, les interventions orthodontiques, occlusales ou chirurgicales invasives et irréversibles doivent être généralement évitées dans la gestion de la douleur chronique associée aux mouvements oromandibulaires anormaux.

Déclaration de conflit d'intérêt : P.-J. Blanchet a obtenu des honoraires de conférencier et de consultant de la compagnie Biovail Pharmaceuticals qui commercialise la tétrabénazine (Nitoman®) au Canada.

Références

1. Altier N, Stewart J (1999) The role of dopamine in the nucleus accumbens in analgesia. *Life Sci* 65:2269–2287
2. Balasubramaniam R, Rasmussen J, Carlson LW, et al (2008) Oromandibular dystonia revisited: a review and a unique case. *J Oral Maxillofac Surg* 66:379–386
3. Bassett A, Remick RA, Blasberg B (1986) Tardive dyskinesia: an unrecognized cause of orofacial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 61:570–572
4. Blanchet PJ, Abdillahi O, Beauvais C, et al (2004) Prevalence of spontaneous oral dyskinesia in the elderly: a reappraisal. *Mov Disord* 19:892–896
5. Blanchet PJ, Popovici R, Guitard F, et al (2008) Pain and denture condition in edentulous orodyskinesia: comparisons with tardive dyskinesia and control subjects. *Mov Disord* 23:1837–1842
6. Blanchet PJ, Rompre PH, Lavigne GJ, Lamarche C (2005) Oral dyskinesia: a clinical overview. *Int J Prosthodont* 18:10–19
7. Brefel-Courbon C, Payoux P, Thalamas C, et al (2005) Effect of levodopa on pain threshold in Parkinson's disease: a clinical and positron emission tomography study. *Mov Disord* 20:1557–1563
8. Chudler EH, Dong WK (1995) The role of the basal ganglia in nociception and pain. *Pain* 60:3–38



9. Clark GT, Ram S (2007) Four oral motor disorders: bruxism, dystonia, dyskinesia and drug-induced dystonic extrapyramidal reactions. *Dent Clin North Am* 51:225–243
10. Clifford TJ, Warsi MJ, Burnett CA, Lamey PJ (1998) Burning mouth in Parkinson's disease sufferers. *Gerodontology* 15:73–78
11. Cole LJ, Farrell MJ, Gibson SJ, Egan GF (2008) Age-related differences in pain sensitivity and regional brain activity evoked by noxious pressure. *Neurobiol Aging* doi:10.1016/j.neurobiolaging.2008.04.012
12. Combarros O, Gutiérrez A, Pascual J, Berciano J (1990) Oral dyskinesias associated with bilateral thalamo-capsular infarction. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 53:168–169
13. Damier P, Thobois S, Witjas T, et al (2007) Bilateral deep brain stimulation of the globus pallidus to treat tardive dyskinesia. *Arch Gen Psychiatry* 64:170–176
14. Decina P, Mukherjee S, Caracci G, Harrison K (1992) Painful sensory symptoms in neuroleptic-induced extrapyramidal syndromes. *Am J Psychiatry* 149:1075–1080
15. de Entrambasaguas M, Plaza-Costa A, Casal J, Parra S (2007) Labial dystonia after facial and trigeminal neuropathy controlled with a maxillary splint. *Mov Disord* 22:1355–1358
16. Defazio G, Berardelli A, Fabbrini G, et al (2008) Pain as a non-motor symptom of Parkinson disease. *Arch Neurol* 65:1191–1194
17. Djaldetti R, Shifrin A, Rogowski Z, et al (2004) Quantitative measurement of pain sensation in patients with Parkinson's disease. *Neurology* 62:2171–2175
18. Ford B (1998) Pain in Parkinson's disease. *Clin Neurosci* 5:63–72
19. Ford B, Greene P, Fahn S (1994) Oral and genital tardive pain syndromes. *Neurology* 44:2115–2119
20. Ford B, Louis ED, Greene P, Fahn S (1996) Oral and genital painsyndromes in Parkinson's disease. *Mov Disord* 11:421–426
21. Frucht S, Fahn S, Ford B, Gelb M (1999) A geste antagonist device to treat jaw-closing dystonia. *Mov Disord* 14:883–886
22. Galvez-Jimenez N, Lampuri C, Patino-Picirillo R, et al (2004) Dystonia and headaches: clinical features and response to botulinum toxin therapy. In: S Fahn, M Hallett, and MR DeLong (eds). *Dystonia 4: Advances in Neurology*, Vol 94. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp. 321–328
23. Gerdelat-Mas A, Simonetta-Moreau M, Thalamas C, et al (2007) Levodopa raises objective pain threshold in Parkinson's disease: a RIII reflex study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 78:1140–1142
24. Giuffrida R, Vingerhoets FJ, Bogousslavsky J, Ghika J (2005) Pain in Parkinson's disease. *Rev Neurol (Paris)* 161:407–418
25. Goetz CG, Tanner CM, Levy M, et al (1986) Pain in Parkinson's disease. *Mov Disord* 1:45–49
26. Grushka M, Epstein JB, Gorsky M (2002) Burning mouth syndrome. *Am Fam Phys* 65:615–620
27. Hagelberg N, Forssell H, Rinne JO, et al (2003) Striatal dopamine D1 and D2 receptors in burning mouth syndrome. *Pain* 101:149–154
28. Hennings JMH, Krause E, Bötzel K, Wetter TC (2007) Successful treatment of tardive lingual dystonia with botulinum toxin: case report and review of the literature. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* doi:10.1016/j.pnpb.2007.09.010
29. Jääskeläinen SK, Rinne JO, Forssell H, et al (2001) Role of the dopaminergic system in chronic pain: a fluorodopa-PET study. *Pain* 90:257–260
30. Jankovic J, Ford J (1983) Blepharospasm and orofacial-cervical dystonia: clinical and pharmacological findings in 100 patients. *Ann Neurol* 13:402–411
31. Kato T, Montplaisir JY, Guitard F, et al (2003) Evidence that experimentally induced sleep bruxism is a consequence of transient arousal. *J Dent Res* 82:284–288
32. Koller WC (1983) Edentulous orodyskinesia. *Ann Neurol* 13:97–99
33. Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, et al (2008) Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. *J Oral Rehab* 35:476–494
34. Lavigne GJ, Manzini C, Kato T (2005) Sleep bruxism. In: Kryger M, Roth T, Dement WC (eds). *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, pp. 946–959
35. Lavigne GJ, Montplaisir JY (1994) Restless legs syndrome and sleep bruxism: prevalence and association among Canadians. *Sleep* 17:739–743
36. Lim SY, Farrell MJ, Gibson SJ, et al (2008) Do dyskinesia and pain share common pathophysiological mechanisms in Parkinson's disease? *Mov Disord* 23:1689–1695
37. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D (1993) Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 124:115–121
38. Lobbezoo F, Naeije M (2007) Dental implications of some common movement disorders: a concise review. *Arch Oral Biol* 52:395–398
39. Madland G, Feinmann C (2001) Chronic facial pain: a multidisciplinary problem. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 71:716–719
40. Møller E, Werdelin LM, Bakke M, et al (2003) Treatment of perioral dystonia with botulinum toxin in 4 cases of Meige's syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 96:544–549
41. Mylius V, Engau I, Teepker M, et al (2008) Pain sensitivity and descending inhibition of pain in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; doi:10.1136/jnnp.2008.145995
42. Ondo WG, Hanna PA, Jankovic J (1999) Tetrabenazine treatment

- for tardive dyskinesia: assessment by randomized videotape protocol. *Am J Psychiatry* 156:1279–1281
43. Osborne TE, Grace EG, Schwartz MK (1989) Severe degenerative changes of the temporomandibular joint secondary to the effects of tardive dyskinesia: a literature review and case report. *Cranio* 7(1):58–62
44. Rapaport A, Sadeh M, Stein D, et al (2000) Botulinum toxin for the treatment of oro-facial-lingual-masticatory tardive dyskinesia. *Mov Disord* 15:352–355
45. Riley DE, Lang AE (1989) Pain in Gilles-de-la-Tourette syndrome and related tic disorders. *Can J Neurol Sci* 16:439–441
46. Riley JL, Gilbert GH, Heft MW (1998) Orofacial pain symptom prevalence: selective sex differences in the elderly? *Pain* 76:97–104
47. Rompré PH, Daigle-Landry D, Guitard F, et al (2007) Identification of a sleep bruxism subgroup with a higher risk of pain. *J Dent Res* 86:837–842
48. Saletu A, Parapatics S, Saletu B, et al (2005) On the pharmacotherapy of sleep bruxism: placebo-controlled polysomnographic and psychometric studies with clonazepam. *Neuropsychobiology* 51:214–225
49. Sage JI (2004) Pain in Parkinson's disease. *Curr Treat Op Neurol* 6:191–200
50. Sankhla C, Lai EC, Jankovic J (1998) Peripherally induced oromandibular dystonia. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 65:722–728

51. Schneider SA, Aggarwal A, Bhatt M, et al (2006) Severe tongue protrusion dystonia: clinical syndromes and possible treatment. *Neurology* 67:940–943
52. Schrag A, Bhatia KP, Quinn NP, Marsden CD (1999) Atypical and typical cranial dystonia following dental procedures. *Mov Disord* 14:492–496
53. Slaoui T, Gerdelat-Mas A, Ory-Magne F, et al (2007) La lévodopa modifie les seuils nociceptifs chez le patient parkinsonien. *Rev Neurol* 163:66–71
54. Sutcher H, Soderstrom J, Perry R, Das A (1998) Tardive dyskinesia: dental prosthetic therapy. *Panminerva Med* 40:154–156
55. Tan EK, Jankovic J (1999) Botulinum toxin A in patients with oromandibular dystonia: long-term follow-up. *Neurology* 53:2102–2107
56. van der Zaag J, Lobbezoo F, Wicks DJ, et al (2005) Controlled assessment of the efficacy of occlusal stabilization splints on sleep bruxism. *J Orofac Pain* 19:151–158
57. Woda A, Tubert-Jeannin S, Bouhassira D, et al (2005) Towards a new taxonomy of idiopathic orofacial pain. *Pain* 116:396–406
58. Wood PB (2008) Role of central dopamine in pain and analgesia. *Expert Rev Neurother* 8:781–797
59. Woods SW, Saksa JR, Baker CB, et al (2008) Effects of levodopa on tardive dyskinesia: a randomized, double blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 69:546–554



Unités de traitement | Instruments | Imagerie | CAO/FAO

PATTERSON DENTAL/DENTAIRE

Branchez-vous à CEREC® Connect

Le réseau dentaire numérique le plus important à l'échelle mondiale.

sirona
The Dental Company

La CAO/FAO accessible à tous.



Dr Denys Ruel

Chers collègues,

La société évolue et de nouveaux comportements, voire de nouvelles cultures émergent. Des habitudes de vie, autrefois marginales deviennent plus populaires. Mais ces nouvelles manifestations de la personnalité et de l'estime de soi peuvent surprendre et représenter des risques pour la santé bucco-dentaire.

Deux jeunes dentistes de la Faculté de médecine dentaire de L'Université de Montréal, partagent avec vous, à l'occasion de la nouvelle année, les résultats de leur travail dirigé, réalisé l'an dernier alors qu'ils étaient étudiants.

Vous serez amené à rencontrer de tels patients en bureau privé. Sans les juger, c'est notre responsabilité d'expliquer et de sensibiliser cette clientèle aux dangers associés aux modifications faciales, dont les tatouages et les mutilations buccales. Bonne lecture et bonne année !

Denys F. Ruel B.Sc, DMD, D,E,E.S.

Les modifications faciales

Josée Laprise-Demers et Élise Morency

Provenance : Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal, Canada (Québec), Montréal

Reçu et accepté le 30 août 2009

RÉSUMÉ

Les modifications faciales englobent des pratiques qui bien qu'elles ne touchent qu'une tranche de la population, tendent à gagner en popularité. De façon générale, ces pratiques sont réalisées dans des salons de tatouage. Les artistes les réalisant sont en nombre plutôt limité et ont généralement suivi des formations dans le domaine. Il est à souligner que certaines de ces procédures peuvent être réalisées à la maison et dans ce cas, sont plus sujettes aux complications.

Que les motivations des adeptes soient l'esthétique, des raisons personnelles ou un besoin de se démarquer, on peut affirmer sans contredits qu'il s'agit souvent de gens marginaux et originaux. Considérant que ces qualificatifs peuvent définitivement bien représenter une partie de la clientèle de la clinique des jeunes de la rue du CSSS des faubourgs, il est de mise d'informer les intervenants de ce centre de santé sur ces procédures, leurs complications et les traitements possibles. C'est dans ce but que ce document a été produit.

PRÉSENTATION

Nous sommes deux étudiantes au doctorat en médecine dentaire, ayant à cœur la vie de notre faculté et de notre communauté. Il coule de source que nous avons développé un intérêt particulier pour la dentisterie communautaire. En effet, notre profession qui est souvent riche en défis et en obstacles est également incroyablement gratifiante et stimulante et

ce grâce aux dizaines de personnes formidables que nous côtoyons chaque jours, issus de divers milieux, et pour lesquels nous faisons une différence en prenant soin de leur santé bucco-dentaire.

Ce sont là les valeurs qui nous ont poussés à s'impliquer dans le projet du CLSC des jeunes de la rue. Ce merveilleux projet nous a permis de sortir de notre zone de confort et d'utiliser nos connaissances

de la médecine dentaire au profit de gens dans le besoin. En participant à cette clinique, nous avons appris à gérer des situations surprenantes ou stressantes mais toujours enrichissantes tant sur le point professionnel que personnel. C'est en côtoyant les jeunes de la rue et en constatant que le phénomène est en pleine expansion dans cette population que nous est venue l'idée de faire un projet de recherche sur les modifications faciales.

LE TATOUAGE INTRA-ORAL

Il y a un nombre incalculable de raisons pour se faire tatouer mais qu'on le fasse pour immortaliser un moment ou pour se démarquer, il importe toujours de se renseigner le plus possible au préalable. Bien que le tatouage intra-oral ne représente qu'une faible proportion des tatouages effectués chaque année (moins de 0,5%), considérant qu'il gagne en popularité et qu'il prend place dans notre « milieu de travail », il est pertinent pour nous, dentistes, de s'informer sur le sujet.



Tatouage intra-buccal

L'intervention chirurgicale

En matière de tatouage intra-oral, les sites de prédilection sont le versant interne de la lèvre inférieure, le palais et langue bien que cette dernière soit déconseillée étant donné la tendance plus élevée du tatouage à ne pas rester défini ou à disparaître; des retouches étant déjà plus souvent nécessaires en bouche que pour un tatouage effectué sur la peau. Cependant, la technique est semblable en tous points à celle utilisée pour le tatouage conventionnel (Rincer, tracer le dessin à l'aide d'une pointe de carbone, tenir la lèvre avec deux «forceps», tatouer, rincer). Les mêmes instruments et les mêmes procédés de stérilisation (rinçage, ultrason, ensachage et autoclave) ainsi que les mêmes manipulations à l'exception de la désinfection préalable des tissus qui se fait avec du rince-bouche conventionnel plutôt qu'avec

de l'alcool sont utilisés.

Les conseils pré et post-opératoire sont les mêmes que pour un tatouage conventionnel. Il est donc recommandé après le rendez-vous de nettoyer deux fois par jour avec de l'homéoplasmine, d'éviter toute nourriture solide pour une semaine et de ne jamais gratter ou enlever une gale. Également, il est déconseillé de prendre des bains pour une durée d'un mois ainsi que d'exposer le tatou au soleil. Voici un exemple de liste de recommandations post-opératoires qui sera remise au patient à la suite de tous tatouages :

1. Retirer le pansement 3 heures après qu'il ait été appliqué à la boutique de tatouage.
2. Nettoyer ensuite la peau avec de l'eau tiède, légèrement savonneuse.
3. Au cours des 3 à 5 premiers jours, appliquer une mince couche d'onguent à base de vitamine E, 3 à 4 fois par jour.
4. Lorsqu'on est au travail ou qu'on s'adonne à des activités physiques, il est recommandé de couvrir le tatouage d'un pansement stérile de type TELFA et de substituer à l'onguent à base de vitamine E, une crème hydratante non-parfumée.
5. Ne jamais frotter ou gratter le tatouage ou tirer sur la peau qui l'entoure.
6. Durant le temps de guérison, éviter l'exposition aux rayons directs du Soleil et à ceux de lampes solaires. Éviter d'immerger longuement le tatouage dans l'eau (piscine, lac, mer, bain, etc.) car cela fait s'amollir la peau au point qu'un simple accrochage peut entraîner des pertes et altérer, en partie, le tatouage.
7. Le temps de guérison varie selon le métabolisme de la personne et surtout, selon les soins prodigués au tatouage. Il faut normalement compter de 7 à 14 jours pour une guérison complète.

Les complications

Le fait que les pigments ne soient pas en

contact direct avec les tissus adjacents diminue de beaucoup les risques cancérogènes. Par contre, il est à noter que, lors de la procédure au laser pour effacer un tatouage ou lors d'une exposition aux rayons UV, les pigments explosent et forment des particules qui sont transportées ailleurs dans le corps, le plus souvent directement vers les ganglions lymphatiques. C'est à ce moment que les conséquences systémiques et les risques de cancer sont à considérer sérieusement.

Également, il y a possibilité de réactions allergiques particulièrement aux pigments rouges qui contiennent du sel de mercure, aux pigments de sulfate de nickel et aux ingrédients organiques tels que les colorants Azo. Celles-ci se présenteraient comme une lésion hétérogène ressemblant à l'eczéma, à une lésion lichénoïde ou pseudolymphomateuse. Une dermatite de contact pourrait également survenir et peut être accompagnée de réactions systémiques telles que la fièvre et/ou une lymphadénopathie. Les pigments insérés peuvent également entraîner de l'enflure, ainsi qu'une sensation de brûlure et de prurit au site d'injection ce qui apparaîtra à l'histologie comme une réaction granulomateuse. Il peut s'en suivre une induration permanente au site.

De plus, il est important de noter que pour toutes procédures de modifications faciales, le risque d'infection concomitante est grandement relié aux habitudes d'hygiène et à l'expérience du praticien. Des infections systémiques sévères telles que septicémie, endocardite, abcès spinaux et épидурaux par infection à *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* ou *Pseudomonas* ont été rapportées suite à des tatouages. Il y a également un risque important d'être exposé à des infections virales sévères telles que les hépatites B et C et le VIH et à des mycoses systémiques.

Lors de toute pratique qui implique que l'on insère des particules de métal perma-

nentes dans le corps (tatous contenant du nickel, du mercure (couleur rouge) ou de l'oxyde ferrique (noir ou rouge), perçage, implants métalliques), on doit savoir que certaines pratiques médicales peuvent poser problème. Par exemple, les scans de type MRI, les ultrasons et la radiologie sont soit à proscrire, soit à effectuer avec précaution. En effet, la force gravitationnelle et le champ électromagnétique lors d'un MRI cause un réchauffement des particules métalliques qui peut engendrer des brûlures.

Finalement, un tatou peut déclencher une réaction concomitante telle que le psoriasis, le lichen plan ou le lupus érythémateux chronique et ils peuvent également réactiver l'herpès simplex ou l'herpès zoster. Certains cas de mélanomes malins, de carcinomes à cellules basales et de carcinomes spinocellulaires ont été trouvés à l'intérieur de sites tatoués. Le tatou peut volontairement ou involontairement cacher ces lésions et donc retarder leur diagnostic.

Les traitements

Une variété de traitements ont été utilisés dans diverses situations tels que la prescription de corticoïdes et l'utilisation du laser mais ces derniers ont obtenus des résultats variables. Il s'agit de traiter la condition médicale comme si elle se présentait en toute autre circonstance.

LE TONGUE-SPLITTING (bisectomie linguale)



Bisectomie linguale

Le tongue splitting est une procédure chirurgicale qui a pour but de séparer le tiers antérieur de la langue sur la ligne médiane créant ainsi une langue bifide.

L'intervention chirurgicale

Le tongue splitting peut être effectué selon deux procédés. Le premier est chirurgical et est effectué par un chirurgien esthétique ou un body artist à l'aide d'un scalpel ou d'un laser. En premier, on demande au patient de rincer avec du rince-bouche, puis on trace la ligne mitoyenne, on coupe la langue avec un scalpel, on arrête le saignement et finalement, on suture ou cautérise afin d'empêcher les deux extrémités de la langue bifide de se réunir et de cicatriser suite à l'intervention.

Le second procédé, effectué par le patient lui-même, consiste au positionnement d'un fil à pêche dans un trou préalablement fait par un piercing lingual. Il faut tirer sur le fil graduellement pour créer une séparation centrale de la langue. Le patient crée habituellement une boucle avec le fil sur laquelle il tire à intervalle régulier pendant une période de trois semaines afin de créer la scission.

Il est à noter que les risques que la plaie se referme seule sont plus élevés lors de la deuxième méthode.

Lorsque fait dans un salon de tatouage, la feuille de conseils post-opératoires remise est la même que celle donnée à la suite d'un piercing buccal auquel on ajoute de ne pas manger d'éléments solides au cours des deux premières semaines. En voici un exemple :

1. Au cours des 2 premières semaines, toujours se rincer la bouche après avoir pris un repas, après avoir bu (exception pour l'eau) et après avoir fumé. TOUJOURS utiliser un rince-bouche sans alcool. Par exemple, ORAL B ou STÉRISOL
2. Pour prévenir l'enflure, il est suggéré

d'avoir recours aux anti-inflammatoires. Sucrer un glaçon aide également à diminuer l'enflure et à désensibiliser la plaie. Il est, en outre, fortement recommandé de dormir avec un oreiller. Il est, en effet, important que dans la position horizontale, la tête soit plus élevée que le niveau du cœur.



Première étape de la bisectomie

3. En période de guérison, éviter les produits laitiers (yaourt et fromage) ; ils contiennent des cultures bactériennes actives. Or, exposer une plaie aux bactéries engendre inévitablement une infection. Au cours des 2 ou 3 premiers jours, le volume de la langue (pas dans le tongue splitting) augmentera de 50% et c'est normal. L'enflure diminuera progressivement au cours des 2 semaines que devraient durer le processus de guérison. Il est donc suggéré de se procurer une tige plus courte lorsque la plaie est guérie.

4. Les contacts sexuels oraux sont à bannir complètement durant le processus de guérison. Une plaie ouverte favorise, en effet, la transmission de maladies telles l'hépatite et le VIH.

5. Une brosse à dent usagée contient des bactéries. Il est fortement conseillé de s'en procurer une neuve en début de traitement.

6. Éviter de consommer du tabac au cours des 3 premières heures qui suivent le perçage. Ne pas consommer de l'alcool pendant la première semaine, la bière et le vin plus particulièrement, car ils augmentent l'enflure et favorisent la propagation de cultures bactériennes (dues à la levure contenue dans l'alcool). En outre,

l'alcool éclaircit le sang. Résultat : il en faut plus pour drainer les tissus et l'enflure grossit d'autant plus.

7. Le temps de guérison varie selon le métabolisme de la personne et, surtout selon les soins prodigués au perçage. N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions !

Les complications

Il y a possibilité d'atteinte du nerf lingual au moment de l'incision, ce qui cause une douleur unilatérale lors de certains mouvements de la langue tels que la protrusion et la latéralité extrême. Également, les chances de paresthésie sont très élevées étant donné la localisation des nerfs moteurs médians mais la sensibilité de la langue n'est pas atteinte étant donné que les nerfs sensitifs sont latéraux. En fait, une sensation indépendante qui s'étend même à l'intérieur de la crevasse sur chaque côté de la langue est créée suite à l'intervention.



Guérison de la bisectomie linguale

Des problèmes d'élocution peuvent survenir lors de la période de guérison et une augmentation de la fermeté de la langue ainsi qu'un raccourcissement de cette dernière (7mm dans un cas répertorié) sont à prévoir suite à la cicatrisation. Il n'y a pas de problème d'élocution résiduel sauf un très léger défaut lors de la prononciation des sibilantes « S » et « Z » et la synergie bilatérale n'est pas altérée. Une motricité indépendante des deux extrémités est possible mais ne survient pas

dans tous les cas et il y aura inévitablement une baisse de la motricité globale étant donné que l'intervention entraîne un sectionnement des nerfs moteurs médians.

La texture de la langue redevient normale suite à la cicatrisation puisqu'il y a formation de nouvelles papilles filiformes sur la surface médiane mais il n'y a pas d'augmentation du sens gustatif étant donné qu'il est impossible de former de nouvelles papilles gustatives.

De plus, toute procédure chirurgicale est liée à un risque d'infection qui est grandement relié aux habitudes d'hygiène et à l'expérience du praticien. Il y a donc possibilité d'être exposé à des infections virales sévères telles que les hépatites B et C et le VIH et à des mycoses systémiques ainsi qu'à plusieurs autres sortes de microorganismes et parasites.

Les traitements

En cas d'hémorragie survenue lors de l'intervention chirurgicale, la procédure à appliquer lors d'une déchirure accidentelle de la langue est valable. Il s'agit donc de contrôler le saignement, d'anesthésier et, par la suite, de suturer la langue. Pour rattacher les deux extrémités d'une langue bifide lorsque cette dernière est cicatrisée, on doit premièrement enlever l'épithélium puis suturer. Il est très important d'enlever tout l'épithélium afin d'éviter de créer des kystes d'inclusion.

LES IMPLANTS ET LES PIERCINGS



Piercing extrême

Il existe plusieurs sortes d'implants sur le marché qui se déclinent en une multitude de formes, de grandeurs et de matériaux. Avec tout ce choix, les possibilités sont pratiquement infinies.

Dans plusieurs pays, les implants font partie de la culture. Il s'agit parfois de talismans comme par exemple le Susuk (commun en Asie du sud-est particulièrement en Malaisie, Thaïlande, Singapour, Indonésie et Brunei) qui consiste en l'insertion sous cutanée de petites aiguilles d'argent, d'or ou plus rarement de diamant ayant une grosseur de 0,5 mm de diamètre par 0,5 à 1,0 cm de longueur. Ces petits implants sont posés majoritairement dans la sphère oro-faciale bien qu'il arrive d'en poser également sur le torse, les seins, les bras et les régions génitales. Ces implants ne sont pas décelables visuellement ni à la palpation mais peuvent être découverts sur une radiographie de routine chez le médecin ou le dentiste. Le Susuk est réalisé par un magicien local ou un bomoh (médecin local) et il est de croyance générale que cela rehausse et maintient la beauté, diminue la douleur, amène du succès en affaire et donne une protection contre le malheur. Ici, certains implants sous-cutanés sont placés au niveau des organes génitaux afin d'augmenter le plaisir sexuel tandis que d'autres sont mis en place un peu partout sur le corps et le visage à des fins esthétiques.

L'intervention chirurgicale

Les implants qu'ils soient intra-dermiques ou trans-dermiques, sont mis en place selon le même procédé. La différence entre ces deux pratiques réside en la présence ou l'absence d'une partie d'implant externe à la peau. La procédure type est la suivante : désinfecter la peau avec de l'alcool, inciser, soulever la peau, glisser les ailettes de l'implant ou l'implant en entier sous la peau, fermer l'incision à l'aide de points de sutures. Seuls le titane et les silicones peuvent être utilisés pour

les implants tandis que l'on peut utiliser aussi d'autres matériaux pour les piercings. Ces derniers peuvent se faire au moyen d'un poinçon ou d'une aiguille selon leur localisation et la procédure est assez simple : désinfecter à l'alcool, perçage et mise en place du bijou.

De façon générale, une feuille de conseils post-opératoires semblable à la suivante est remise au patient à la suite de ces interventions :

1. Toujours se laver les mains avant de toucher au perçage. 83% des infections sont causées par le manque d'hygiène des mains. Avant de manipuler le perçage, toujours utiliser un savon ou un gel antibactérien. Noter que le gel antibactérien ne nécessite aucun rinçage et tue à lui seul, 99% des germes et bactéries.

2. Nettoyer son perçage à l'aide d'une solution saline. Il existe le LENS PLUS que l'on peut se procurer en pharmacie mais on peut également concocter soi-même la solution en diluant une cuiller à thé de sel de mer dans une tasse d'eau bouillante. (On peut bouillir l'eau en la faisant cuire 3 minutes au four micro-ondes) – NaCl 0,9% USP ou H2O Clean –

3. Deux fois par jour, imbiber un coton tige stérile de solution d'eau saline et nettoyer délicatement l'excès de sécrétions au pourtour de la plaie. Si les sécrétions résistent et collent à la peau, ne pas les enlever, cela risque d'irriter les tissus et de ralentir considérablement le processus de guérison.

4. Appliquer de l'eau saline directement sur le perçage et le faire osciller doucement de bas en haut.

5. N'utiliser AUCUN des produits suivants durant tout le processus de guérison :
a. Alcool isopropylique ou peroxyde, ils dessèchent les tissus
b. Onguent ou crème antibiotique, ils contiennent de la bacitracine de zinc et sont destinés à un usage externe seulement. Or, un perçage pénètre à l'intérieur

des tissus et ces produits peuvent provoquer un abcès.
c. Savon parfumés ou bains moussants.

6. Éviter que l'eau des piscines, des lacs et des rivières n'entre directement en contact avec la plaie. On la protégera, le cas échéant, avec un pansement adhésif imperméable et transparent de type TEGADEMME (en vente libre dans les pharmacies).

7. Le temps de guérison varie selon le métabolisme de la personne et surtout selon les soins prodigués au perçage. N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions!

À ces conseils s'ajoute de tenir la plaie propre avec de la solution saline pour 1 à 3 mois selon le type et la grosseur de l'implant et à long terme, de le nettoyer avec de la solution saline de temps à autre.



Piercing métallique

Les complications

Il peut être présumé que les complications du perçage sont également applicables aux implants intra et trans-dermiques. On peut donc déduire que les risques sont : hémorragie et douleur lors de la procédure, enflure (pour un implant buccal cela peut aller jusqu'à l'obstruction des voies respiratoires), rejet du matériel, particulièrement lorsque mal entretenu, retard de cicatrisation, infections sévères incluant l'angine de Ludwig, abcès cérébraux, dommages au niveau du système nerveux, problèmes d'élocution et réaction allergique.

À long terme, un implant intra-oral et/ou un piercing peut causer des lésions traumatiques au niveau des muqueuses et des gencives, des fêlures et/ou fractures dentaires, de l'hypersalivation et de l'hyperplasie tissulaire. Il est également possible d'aspirer l'implant et/ou le bijou dans les voies respiratoires ou de les avaler. La récession gingivale et les fractures dentaires au niveau des molaires et prémolaires sont particulièrement fréquentes en présence d'un piercing intra-oral et leur gravité est directement liée avec la longueur de la période durant laquelle le bijou est en place.

Lors de toute pratique qui implique que l'on insère des particules de métal permanentes dans le corps il est important de savoir que certaines pratiques médicales peuvent poser problème. Par exemple, les scans de type MRI, les ultrasons et la radiologie sont soit à proscrire ou à effectuer avec précaution. En effet, la force gravitationnelle et le champ électromagnétique lors d'un MRI cause un réchauffement des particules métalliques qui peut engendrer des brûlures. Il faut, entre autres, user de précaution lors de la radiographie dentaire en présence d'implants faciaux.

Finalement, il y a une possibilité d'inflammation suite à la pause d'implants; par exemple, suite à l'infiltration de collagène ou de téflon dans les lèvres.

Les traitements

Les implants et les piercings sont des procédures réversibles. En effet, il suffit de retirer l'implant ou le bijou en place et de laisser cicatriser. Lorsqu'une infection se présente, la meilleure solution est souvent de retirer l'implant ou le bijou, de désinfecter et de laisser guérir seul.

MODIFICATIONS EXTRÊMES

Certaines personnes en sont venues à être des célébrités dans le monde des modifications corporelles. La plupart ont un blogue ou un site internet personnel où on peut les suivre tout au long de leur modification.



Elaine Davidson : femme ayant le plus de piercings au monde



Dennis Avner : Catman



Eric Sprague : The Lizardman



Horace Ridler : The Zebra Man



Lucky Diamond Rich : Personne la plus tatouée au monde



RÉFÉRENCES

Healy B. - The dangerous art of the tattoo - US News & World Report. 145(3):69, 2008 Aug 4-11
 Vasold R. Engel E. Konig B. Landthaler M. Baumler W. - Health risks of tattoo colors [Review] [29 refs] - Analytical & Bioanalytical Chemistry. 391(1):9-13, 2008 May.
 Kaatz M. Elsner P. Bauer A. - Body-modifying concepts and dermatologic problems: tattooing and piercing. [Review] [129 refs] - Clinics in Dermatology. 26(1):35-44, 2008 Jan-Feb.
 Braverman PK. - Body art: piercing, tattooing and scarification. [Review] [42 refs] - Adolescent Medicine Clinics. 17(3) :505-19; abstract ix, 2006 Oct.
 Bressmann T. - Speech adaptation to a self-inflicted cosmetic tongue split: perceptual and ultrasonographic analysis. - Clinical Linguistics & Phonetics. 20(2-3):205-10, 2006 Apr-May.
 Bressmann T. - Self-inflicted cosmetic tongue split: a case report. - Journal (Canadian Dental Association). 70(3):156-7, 2004 Mar.
 Schramme T. - Should we prevent non-therapeutic mutilation and extreme body modification? - Bioethics. 22(1):8-15, 2008
 Benecke - First report of nonpsychotic self-cannibalism (autophagy), tongue splitting and scar patterns (scarification) as an extreme form of cultural body modification in a western civilization. - The American journal of forensic medicine and pathology [0195-7910]. 20(3):281-5, 1999



CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES DE LA SOCIÉTÉ DENTAIRE DE MONTRÉAL CALENDRIER DES ACTIVITÉS 2010-2011

| Vendredi 28 janvier 2011 - Journée | Vendredi 25 mars 2011 - Journée |
|--|---|
| Tournée de l'ACDQ Conférencier : Dr Benoît Desrosiers Sujet : Le guide des tarifs Lieu : Le Nouvel Hôtel Nombre d'unités : 6 | Journée Henry Schein Conférencier : Dr Gary D. Glassman Sujet : Endodontie - Cours pratique Lieu : Chez Henry Schein Nombre d'unités : 6 |
| Vendredi 8 avril 2011 - Journée | Mardi 19 avril 2011 - Soirée |
| Tournée de l'ODQ Conférencière : Dre Sophie Labelle Sujet : Les urgences médicales en cabinet dentaire Lieu : Le Nouvel Hôtel Nombre d'unités : 6 | Conférencière : Mme Sylvie Mailhot Sujet : Améliorez vos protocoles cliniques : une approche simple et pratique Lieu : Le Nouvel Hôtel Nombre d'unités : 3 |

Tarifs pour conférences de jour :

Membres SDM : gratuit, dîner inclus*
 *(sauf cours pratique : 60 \$)
 Non-membres avec repas : 300 \$
 Non-membres sans repas : 250 \$
 Auxiliaires avec repas : 125 \$
 Auxiliaires sans repas : 75 \$
 Hygiénistes avec repas : 150 \$

Tarifs pour conférences de soir :

Membres SDM : gratuit, souper inclus*
 Non-membres avec repas : 150 \$
 Non-membres sans repas : 100 \$
 Auxiliaires avec repas : 125 \$
 Auxiliaires sans repas : 75 \$
 Hygiénistes avec repas : 100 \$

Retrouvez tous les détails ainsi que le résumé de nos conférences de la saison sur notre site Internet au <http://www.sdmtl.ca/pages/Conferences.html>

Durant l'année 2010-2011, nos conférences se dérouleront aux deux endroits suivants :

Le Nouvel Hôtel : 1740 René-Lévesque Ouest à Montréal
 Téléphone : 514 931-8841 - Pour plus d'informations : <http://fr.lenouvelhotel.com/>

ou

Henry Schein : 3403 Griffith Street à Ville St-Laurent
 Téléphone : 514 337-3368 - Pour plus d'informations : <http://www.hsa.ca/>

AVIS

1. Politique de l'Ordre des dentistes. L'article 4.2^A stipule que : «Pour toute activité de formation continue se déroulant sur le territoire du Québec, chaque dentiste **doit** posséder sa carte de formation continue et la **présenter** lors de l'activité afin de pouvoir obtenir ses unités de formation».

2. Note : Ceux qui veulent souper lors des rencontres doivent obligatoirement confirmer leur présence selon les indications écrites dans le programme scientifique ou les avis que la SDM vous adresse.

NOTE :

Vous n'êtes pas dans la région de Montréal ou vous ne pouvez pas vous déplacer pour assister à nos conférences ? Grâce à nos e-conférences, disponibles sur notre site web, vous pouvez vous perfectionner et accumuler des unités de formation tout en étant tranquillement installés dans votre salon ou à votre cabinet. Les formations sont disponibles aux coûts de 45 \$ pour les membres de la Société dentaire de Montréal et de 125 \$ pour les non-membres. Rendez-vous sur notre site web au <http://www.sdmtl.ca/pages/Education.html>

BULLETIN D'INSCRIPTION

Être membre de la Société dentaire de Montréal, c'est :

- Accumuler des unités exigées par l'Ordre des dentistes en assistant gratuitement aux conférences
- Repas du midi ou du soir offerts gratuitement lors des conférences
- Site d'emploi disponible sans frais pour afficher un poste et rechercher des employé(e)s

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse de correspondance : _____

Adresse (suite) : _____

Tél. bureau : _____ Télécopieur : _____

Tél. résidence : _____

Courriel : _____

Payé par : Chèque Mastercard Visa

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Date d'expiration □ □ / □ □

Signature : _____

COÛT DE LA COTISATION ANNUELLE

| | |
|---|-----------|
| Dentiste diplômé depuis une année ou plus, mais âgé(e) de moins de 65 ans | 500,00 \$ |
| Dentiste de 65 ans et plus | 300,00 \$ |
| Dentiste diplômé depuis moins d'un an | 300,00 \$ |
| Hygiéniste | 350,00 \$ |

S.V.P. libeller votre chèque à l'ordre de la Société dentaire de Montréal et le poster, accompagné du présent formulaire dûment rempli au :

4730 rue Messier, Montréal (Québec) H2H 2J1

OXYMED.ca

Gaz médical et équipement

Jean-Claude Roy, CSP, pva
Vice-président
Directeur exécutif aux ventes
jcroi@oxymed.ca

Entreprise familiale
depuis plus de
40 ans

Équipement d'oxygène d'urgence
Vente et location
Réparation et mise à jour



NOUS VOUS OFFRONS LA **CONFIANCE**
EN **L'ADHÉSION** DEPUIS 1991



BISCO CANADA
biscocanada.com
800-211-1200

BISCO **RTD** **VISTA** **LM Instruments** **Garrison Dental Solutions**

WAMkey
Mieux qu'un arrache-couronne! **WAMkey** vous permet de facilement décimenter une couronne ou un pont en 2 minutes, sans risque pour la dent support **ET** de la réutiliser! [cliquez ici](#)

V3RING
by Triodent
La seule et unique référence en matière de restauration composite postérieure. Avec **V3Ring**, réalisez des points de contacts tout simplement irréprochables...[cliquez ici](#)

Geko Tweezers
Avec Geko, simplifiez vous la vie!
Placez vos couronnes postérieures en toute sécurité. La préhension.....sans la moindre appréhension...[cliquez ici](#)

griptab
Encore une invention géniale du Dr Mc Donald !
Saisissez et manipulez vos inlays, onlays et facettes en toute sécurité avec Griptab!...[cliquez ici](#)

WAM
C'est chez **WAM** et nulle part ailleurs !
Sur tous ces produits, vous êtes
«Satisfait(e) ou remboursé(e)» pendant 60 jours.

FIXES / CAD CAM
TRAVAUX MIXTES /
ESTHÉTIQUE /
AMOVIBLES

NOS TECHNOLOGIES?
IRRÉFUTABLES.

LAFOND DES JARDINS & ASSOCIÉS INC.
LABORATOIRE DENTAIRE

WWW.LAFONDDESJARDINS.COM
T. 450 669-9221 / 1 800 361-2145

SUNSTAR

Fiez-vous à  pour vos besoins en soins oraux!

GENCIVES SAINES. VIE SAINE.™



Brosse



Fil



**Soins
Personnalisés**

Pour plus de renseignements et commander,
composez le 1-800-265-7203
Visitez le www.GUMbrand.com

SUNSTAR
CH02



ORAL DESIGN INC.
LABORATOIRE DENTAIRE DENTAL LABORATORY
www.croraldesign.com

401, avenue Ste-Croix
St-Laurent, Qc, H4N 2L3

T. 514 748 1276
1. 888 748 1276
F. 514 748 1768

Pour des sourires
scintillants!
Dentisterie cosmétique
Couronnes en porcelaine
Facettes
Ponts
Incrustation

Making smiles
sparkle!
Cosmetic Dentistry
Full porcelain crowns
Laminates
Bridges
Inlays








restauration
ZIRCONIA
restoration

Si vous désirez placer une publicité sur la page «Commanditaires» de notre site Internet et dans notre bulletin, veuillez communiquer avec Mme Francine Desgagné.

Tél. : 514 328-1551 - Courriel : info@sdmtl.ca