

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITÉ DE MOULOD MAMMERI DE TIZI-OUZOU

FACULTÉ DE MÉDECINE

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DENTAIRE



MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE

Présenté et soutenu : le 27 juin 2019

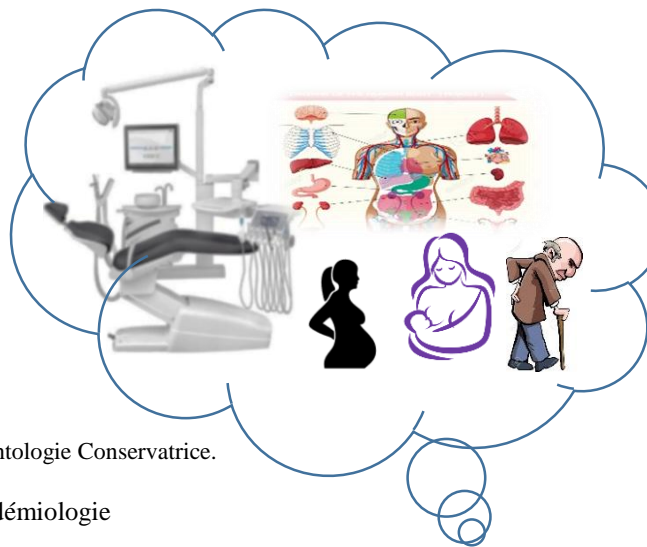
En vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine dentaire

THÈME

**LES PATIENTS
PRÉSENTANT UNE
MALADIE GÉNÉRALE ET
UN BESOIN DE SOIN
REÇUS AU SERVICE
D'OC/E.**

Réalisé par :

- AFETTOUCHE FATIHA
- SAIDANI THANINA
- SABOUNDJI KAHINA
- MAKHLOUFI BOUCHRA



Promotrice : Dr LAKABI Maitre assistante en Odontologie Conservatrice.

Co-promoteur : Pr. TIBICHE Professeur en Epidémiologie

Présidente des jury : Dr Boubrit Maitre assistante en Prothèse

Examinatrice : Dr Saheb Assistante en Odontologie Conservatrice





Remerciements

Nous tenons à remercier toutes personnes qui à contribué de loin ou de près à la réalisation de notre projet, ne serai-ce- que par un petit encouragement.

Dans un premier temps nous tenons à témoigner notre reconnaissance à notre promotrice Dr Lakabi qui à été notre guide et nous a soutenue pendant toute la période de notre travail. Ainsi que notre co-promoteur le professeur Tibiche qui à toujours été présent pour nous orienter avec grand cœur.

Nous voudrions aussi remercier tout le personnel de la clinique dentaire et nos profs, en particulier Dr Chehrit, Dr Saheb, Dr Boubrit, Dr Braik .ainsi que les praticiens du service d'OC, spécialistes, généralistes, étudiants qui nous ont aidé pendant le déroulement de notre étude épidémiologique.

Enfin un grand merci à tout nos amis qui nous ont soutenue et encouragé, nous ont donné des conseils certainement utiles.



Dédicaces



*Avant tout je remercie **dieu tout puissant** pour m'avoir placé sur le point où j'en suis, m'avoir ouvert les portes de l'espoir et du courage quand je l'aurai perdu, de m'avoir relevé a chaque fois que je m'apprétais a trébucher et de m'avoir béni par la force de croyance en lui .*

*Je dédie ce modeste travail tout d'abord à **ma chère maman**, l'être qui sera à jamais le plus proche de mon âme, qui saura toujours comment me soutenir et me comprendre.*

*A mon cher **papa** , qui je ne saurai trouver les mots pour le remercier d'avoir sacrifier sa vie pour réaliser notre propre bonheur .*

*A mon **ame sœur** , **ma chère sœur Souad** , tu ma sauvé la vie en existant , tu es à la fois ma sœur, ma meilleure amie, mon modèle et mon guide. Que dieu te garde pour moi , ton ton cher mari **Lyes** et ton **future bout de chou** qu'on attend avec impatience. .*

*A mes frères **Mohammed** , **Karim** , **Mouloud** , et surtout mon plus proche **Amar** vous êtes le modèle de protection et d'audace et ma source de fierté , que dieu vous bénissent et vous garde toujours a mes cotés.*

*A mes belles sœurs adorés **Razika** et **Roza** , vous êtes mes sœurs d'une autre maman, vous avez apporté du bonheur à ma famille surtout en nous offrant les petits anges **Lydia** , **Ania** , **Yassine** et la petite **Nélia** à qui je souhaite la bienvenue parmi nous.*

*A mes profs qui ce sont donnés du mal pour nous former et nous guider à qui je doit beaucoup de respect en particuliers ma promotrice **DR Lakabi** , **DR Zaouane** , **Pr Tibiche** , **DR Mimoun** qui nous a laissé très tôt , la liste est bien longue .*

*A tout mes amis et collègues , en particulier **Lilia** , **Tine Tine** , **Tina** , **Sarah** , **Sara** , **Nina** , je ne pourai tous citer vos prénoms.*



Fatiha

Dédicaces

JE REMERCIE LE BON DIEU

Toutes les expressions de remerciements et de reconnaissances ne suffisent pas pour exprimer la gratitude, l'amour, le respect et le remerciement, et donc c'est avec les mots du cœur que je dédie le fruit de mes études à:

- ♥ L'Iris de mes yeux, **Ma chère Maman**, la femme exemplaire pour moi, tu as fait de nous ce que la vie t'a privé d'être, tu m'as appris à marcher, à manger, à être une femme, mais surtout à être combattante, courageuse et atteindre mes buts ... **Yemma hemlaghkem**, je t'aimelongue vie pour toi.
- ♥ La lueur de mes jours, **Mon cher Papa**, la fille de 4 ans qui t'a promis d'être médecin te dédie avec amour son travail, et son diplôme pour te remercier pour tes efforts pour nous, tu vas enfin essuyer la sueur de ton front avec fierté ... **Vava hmlaghek**, longue vie pour toi.
- ♥ Le cadeau du dieu pour moi ma **Sœur ZIZOU**, ma chérie, ma réussite aujourd'hui était aussi grâce à toi, à ton soutien, à ton encouragement ... je t'aime ma chérie, ma perle, ma marguerite ...
- ♥ Le bon Dieu était assez généreux avec moi, en m'envoyant 4 Lions, **Yassine, Salim Moussa, Aghiles** mes épaules, ma force, mon courage, mes armes contre la dureté de la vie, **Mes chers Frères** je vous aime que dieu vous protège pour moi.
- ♥ **Mes sœurs du cœur**, mes chères belles sœurs **Chafia, Noura, Fadila** vous avez rajouté de l'ambiance à notre famille, et vous étiez des sœurs et des copines pour moi, l'oreille qui m'écoutait attentivement je vous remercie pour votre disponibilité et que dieu vous protège pour moi.
- ♥ **Mes anges, mes étoiles** qui illuminent la maison, vous avez donné un sens de joie, de sourire, et de bonheur à la famille ; **OUSSAMA, ELINA, ARIANA mes petits cœurs d'amour ...**
- ♥ **A ma promotrice DR LAKABI .N**, je tiens à la remercier pour son aide, pour ses conseils, pour son assistance, et pour son orientation durant mon cursus et pour que ce travail trouve le jour.
- ♥ **Mon co-promoteur Pr TIBICH** , je le remercie pour sa disponibilité, ses conseils, son aide son orientation , et son assistance du début jusqu'à la fin du travail.
- ♥ A tous mes enseignants, et professeurs au long de mon cursus scolaire (Primaire, CEM, Lycée) et universitaire en particulier **DR CHEHRIT** qui a été disponible, et m'a aidé durant tous mon cursus, et **Professeur MEDDAH** mon idole, mon exemple à suivre, toutes les expressions de remerciement ne sauraient exprimer ma reconnaissance.
- ♥ A tous ceux qui me sont chers, et à toute personne avec qui j'ai partagé de bons moments, de beaux souvenirs, sans oublier toute l'équipe de **Rotaract Club Kabylie** et **Association AEPDH**.

NGNA



Sommaire

Liste des abréviations	i
Liste des tableaux	iv
Liste des figures	vi
Introduction	1

Partie I : partie théorique

Chapitre I : Rappel sur les risques médicaux rencontrés dans un cabinet dentaire, liés à une maladie, à un état physiologique particuliers et un traitement médicamenteux.

1. Les principaux risques médicaux à craindre lors d'un soin dentaire	3
I.1.Le risque infectieux	3
I.2.Le risque hémorragique	3
I.3.Le risque médicamenteux	4
I.4. le risque anesthésique	5
I.5.Risques liés à un état physiologique particulier	5
2. Les accidents et situation d'urgence	6
2.1Risque syncopale	6
2.2. La crise hypertensive	6
2.3. Hypotension orthostatique	7
2.4. Hypoglycémie	7
2.5. Allergie	7
2.6. Risque de décompensation aiguë d'une affection chronique	8

Chapitre II : Les maladies générales fréquemment rencontrées au cabinet dentaire

1 Les maladies cardiovasculaires	9
1.1Rappel	9
1.2Les maladies ischémiques ou coronariennes	11
1.2.1.Définition	11
1.2.1.1.Angor.....	11
1.2.1.2.IDM	11
1.2.2.Traitement, répercussions buccale et risques potentiels des maladies ischémiques ou coronariennes	11
1.2.3.Prise en charge en odontologie	12
1.3Troubles du rythme et de conduction	13
1.3.1Définition	13
1.3.1.1.Les arythmies	14
1.3.1.2.Les troubles de conduction	14
1.3.2Traitement, répercussions buccale et risques potentiels des troubles du rythme et de conduction	14
1.3.3Prise en charge en odontologie.....	15
1.4Les maladies des vaisseaux (HTA- thromboembolie)	15
1.4.1L'hypertension artérielle(HTA)	15
1.4.1.1Définition	15
1.4.1.2Traitement ,répercussions buccales et les risques potentiels de l'HTA	16
1.4.1.3.prise en charge en odontologie	16
1.4.2.Thromboembolie et Anticoagulants- Antiarégants plaquetaires	17
1.4.2.1Définition	17

1.4.2.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiels liés à la TPV	17
1.4.2.3	Prise en charge en odontologie	18
1.5	Maladies des valves cardiaques	19
1.5.1	Valvulopathies	19
1.5.1.1	Définition.....	19
1.5.1.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiels des valvulopathies.....	19
1.5.1.3	Prise en charge en odontologie.....	20
1.5.2	L'endocardite infectieuse	20
1.5.2.1	Définition	20
1.5.2.2	Prise en charge en odontologie.....	21
1.6	Les cardiomyopathies.....	22
1.6.1	Définition	22
1.6.1.1	Cardiomyopathie congestive ou dilatée	22
1.6.1.2	Cardiomyopathie hypertrophique.....	22
1.6.1.3	Cardiomyopathie restrictive	22
1.6.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiels des cardiomyopathies	23
1.6.3	Prise en charge en odontologie.....	23
1.7	L'insuffisance cardiaque	24
1.7.1	Définition	24
1.7.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de l'insuffisance cardiaque.....	24
1.7.3	Prise en charge en odontologie.....	25
1.8	Le souffle cardiaque	25
1.8.1	Définition	25
1.8.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiels du souffle cardiaque	26
1.8.3	Prise en charge en odontologie.....	26
2.	Les maladies respiratoires.....	27
2.1	L'asthme	27
2.1.1	Définition	27
2.1.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de l'asthme	27
2.1.3	Prise en charge en odontologie.....	28
2.2	La broncho-pneumopathie chronique obstructive BPCO	29
2.2.1	Définition	29
2.2.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiel de la BPCO	29
2.2.3	Prise en charge en odontologie.....	29
3.	Les affections neurologiques	30
3.1	L'épilepsie.....	30
3.1.1	Définition	30
3.1.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de l'épilepsie	30
3.1.3	Prise en charge en odontologie.....	31
3.2	Accident Vasculo-cérébral (AVC)	32
3.2.1	Définition	32
3.2.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de l'AVC	33
3.2.3	Prise en charge en odontologie.....	33
3.3	Maladie d'Alzheimer	34
3.3.1	Définition	34

6.3.2. Insuffisance surrénalienne et maladie d'Addison.....	49
6.3.2.1 Définition	49
6.3.2.2 Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de l'insuffisance surrénalienne et maladie d'Addison	49
6.3.3. Le Phéochromocytome.....	50
6.3.3.1 Définition	50
6.3.3.2 Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de Phéochromocytome	50
6.3.3.3 Prise en charge en odontologie.....	50
7. <u>Maladies hépatiques et gastro-intestinales</u>	51
7.1 Hépatites virales	51
7.1.1 Définition	51
7.1.2 Traitement, répercussions buccale et risques potentiels des hépatites virales	52
7.1.3 Prise en charge en odontologie.....	52
7.2 Cirrhose hépatique.....	52
7.2.1 Définition	52
7.2.2 Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de la cirrhose hépatique	53
7.2.3 Prise en charge en odontologie.....	53
7.3 Ulcère gastroduodéal.....	54
7.3.1 Définition	54
7.3.2 Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de l'ulcère gastroduodéal	54
7.3.3 Prise en charge en odontologie.....	54
8. <u>Maladies inflammatoires</u>	55
8.1 Maladies inflammatoires chroniques intestinales MICI.....	55
8.1.1 Définition	55
8.1.1.1. Maladie de Crohn.....	55
8.1.1.2. Rectocolite hémorragique.....	55
8.1.2 Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de MICI	56
8.1.3 Prise en charge en odontologie.....	56
8.2 Maladie de Behcet	56
8.2.1 Définition	56
8.2.2 Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de la maladie de Behcet	57
8.2.3 Prise en charge en odontologie.....	57
9. <u>Les maladies rénales</u>	58
9.1 Insuffisance rénale chronique et dialyse	58
9.1.1 Définition	58
9.1.2 Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de Insuffisance rénale chronique et dialyse	58
9.1.3 Prise en charge en odontologie.....	58
9.2 Greffe rénale	59
9.2.1 Définition	59
9.2.2 Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de Greffe rénale	59
9.2.3 Prise en charge en odontologie.....	59
10. Maladies osseuses et articulaires.....	60

10.1	La maladie de Paget.....	60
10.1.1	Définition	60
10.1.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de la maladie de Paget.....	60
10.1.3	Prise en charge en odontologie.....	61
10.2	L'ostéoporoses	61
10.2.1	Définition	61
10.2.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de l'ostéoporose	61
10.2.3	Prise en charge en odontologie.....	62
10.3	Les polyarthrites rhumatoïdes PR.....	62
10.3.1	Définition	62
10.3.2	Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de PR	62
10.3.3	Prise en charge en odontologie.....	63
10.4	Les prothèses articulaires.....	63
10.4.1.	Définition	63
10.4.2	Traitement, et risques potentiels des prothèses articulaires	64
10.4.3	Prise en charge en odontologie.....	64
11.	Les troubles psychiatriques /psychologiques et handicaps	64
11.1	Dépression	64
11.1.1	Définition	65
11.1.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de dépression	65
11.1.3	Prise en charge en odontologie.....	65
11.2	Toxicomanie	66
11.2.1	Définition	66
11.2.2	Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de Toxicomanie.....	66
11.2.3	Prise en charge en odontologie.....	67
11.3	Autisme	68
11.3.1	Définition	68
11.3.2	Répercussions buccales et particularité du patient autiste.....	68
11.3.3	Prise en charge en odontologie.....	68
11.4.	Anorexie/Boulimie	69
11.4.1	Définition	69
11.4.2	Répercussions buccale de l'anorexie/boulimie	69
11.4.3	Prise en charge en odontologie.....	69
11.5.	Déficit mental	70
11.5.1	Définition	70
11.5.2	Répercussions buccale du déficit mental	70
11.5.3	Prise en charge en odontologie.....	70
11.6	Déficit moteur	71
11.6.1	Définition	71
11.6.2	Prise en charge en odontologie.....	71
Chapitre III : Etats physiologiques à risques particuliers		
1.	La grossesse et allaitement	72
1.1	Définition	72
1.2	Répercussions buccale et risques potentiels de Grossesse et allaitement	72

1.3	Prise en charge en odontologie.....	73
2.	Patients âgés	75
2.1	Définition	75
2.2	Répercussion buccales et particularités des patients âgés	75
2.3	Prise en charge en odontologie.....	76

Chapitre IV : Les patients sous médicaments à risque

1.	Les patients sous corticothérapie.	77
1.1	Définition	77
1.2	Indication de corticoïdes.....	77
1.3	Répercussions buccales et risques potentiels de la corticothérapie.....	77
1.4	Prise en charge en odontologie	78
2.	Patients sous radiothérapie.....	78
2.1	Définition	78
2.2	Répercussions buccales et risques potentiels de la radiothérapie	79
2.3	Prise en charge en odontologie	79
3.	Patients sous chimiothérapie.....	80
3.1	Définition	80
3.2	Répercussions buccales et risques potentiels de la chimiothérapie	80
3.3	Prise en charge en odontologie	80
4.	Patients sous Biphosphonates (BPS).....	81
4.1	Définition	81
4.2	Répercussions buccales et risques potentiels de la chimiothérapie.....	81
4.3	Prise en charge en odontologie	81

Partie II expérimentale : Etude épidémiologique

1.	Justification et objectifs d'étude	83
1.1.	Justification	83
1.2.	Objectif principal	83
1.3.	Objectif secondaire	83
2.	Matériels et méthodes	83
2.1.	Type d'étude	83
2.2.	Cadre d'étude	83
2.2.1.	Description du service	83
2.3.	Population d'étude	83
2.4.	Matériel	84
2.5.	Méthodologie	84
2.5.1.	Collecte des données et déroulement de l'étude	84
2.5.2.	Considérations déontologiques et éthiques	85
2.5.3.	Analyse statistique	85
2.5.3.1.	Les tests et variables utilisées	85
3.	Résultats	85
3.1.	Description de la population d'étude	85
3.1.1.	Répartition selon l'âge	85
3.1.2.	Répartition selon le sexe	86
3.2.	Etude analytique	87
3.2.1.	Fréquence de la maladie générale	87
3.2.2.	Répartition selon le nombre de maladies	87
3.2.3.	Selon le jour de consultation	88
3.2.4.	Selon la maladie	89

3.2.5. Selon le type de la maladie cardiaque	90
3.2.6. Selon le type de la maladie endocrinienne	90
3.2.7. Selon le motif de consultation	91
3.2.8. Selon le diagnostic	92
3.2.9. Selon la conduite à tenir	92
3.2.10. Selon l'indice CAO	93
3.2.11. Selon la Maladie et le sexe	93
3.2.12. Selon la maladie et l'âge	94
3.2.13. Le motif selon la maladie	95
3.2.14. L'indice CAO selon la maladie	96
3.2.15. Diagnostic selon la maladie	97
3.2.16. Conduite à tenir selon la maladie	98
4. Discussion	98
4.1. Difficultés et contraintes	98
4.2. Discussion des résultats	99
Conclusion et recommandations	101
Références bibliographiques	
Annexes	

Liste des abréviations

A :

- AAP : Anti Agrégant Plaquettaire
- Ac : Acide
- ACTH : Adrénocorticotrope antéhypophysaire
- ADF : Association Dentaire Française
- AES : Accident d'Exposition au Sang
- AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
- AIT : Accident ischémique transitoire
- AOD : Anticoagulants Oraux Direct
- ATB : Antibiotique
- ATCD : Antécédents
- AVC : Accident Vasculo-Cérébral
- AVK : Anti Vitamine K

B :

- BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
- Bps : Biphosphonates

C :

- CIA : Communication Inter Auriculaire
- CIV : Communication Inter ventriculaire

D :

- DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

E :

- EI : Endocardite Infectieuse
- EP : Embolie Pulmonaire

G :

- GB : Globules Blancs

H :

- HB : Hémoglobine
- HBAIC : Hémoglobine Glyquée
- HBD : Hygiène Bucco-dentaire
- HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire
- HIV : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- HNF : Héparine Non fractionnée
- HO : Hypotension Orthostatique
- HTA : Hyper Tension Artérielle

I :

- IA : Insuffisance Aortique
- IC : Inhibiteurs Calciques
- IC : Insuffisance Cardiaque
- IDM : Infarctus du Myocarde
- IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion
- IM : Intra Musculaire

- IM : Insuffisance Mitrale
- IMAO : Antidépresseurs Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase
- INNTI : Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
- INR : International Normalized Ratio
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- IRSNA : Antidépresseurs Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
- ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Rupture de la Sérotonine
- IV : Intra Veineuse

L :

- LT : Lymphocyte T

M :

- MEOPA : Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote
- MICI : Maladie inflammatoire chronique intestinale
- MMSE : Mini Mental State Examination
- MTEV : Maladie Thrombo Embolique Veineuse
- MTX : Méthotrexate

N

- NMDA : N-Méthyl-D-Aspartate
- NYHA : New York Heart Association

O :

- OC/E : Odontologie Conservatrice/Endodontie
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONM : Ostéonecrose des Maxillaires
- ORN : Ostéoradionécrose

P :

- PA : Pression Artérielle
- PAD : Pression Artérielle Diastolique
- PAS : Pression Artérielle Systolique
- PNN : Polynucléaires Neutrophiles
- PR : Polyarthrite Rhumatoïde

R :

- RGO : Reflus Gastro Oesophagien
- Rx : Radio

S :

- SAMU : Service d'Aide Médical Urgente
- SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

T :

- TCA : Temps de Céphaline Active
- TCA : Troubles de Comportement Alimentaire
- TCK : Temps de Céphaline Koalin
- TNF : Tumor Necrosis Factor

- TP : Taux de Prothrombine
- TPV : Thrombose Veineuse Profonde
- TRT : Traitement
- TS : Temps de Saignement

V :

- VADS : Voies Aéro-Digestive Supérieures
- VHA, VHB, VHC, VHD, VHE : Virus d'Hépatite A, B, C, D, E

Liste des tableaux

Tableau 1 : Classification des actes thérapeutiques selon la prédisposition à l'infection	2
Tableau 2 : Classification des actes thérapeutiques selon la prédisposition à l'hémorragie	3
Tableau 3 : Angor et infarctus de myocarde	11
Tableau 4 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des maladies ischémiques.....	12
Tableau 5 : Arythmies et troubles de conduction.	14
Tableau 6 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels des arythmies.....	15
Tableau 7 : Traitement, répercussions buccales et les risques potentiels de l'HTA.....	16
Tableau 8 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels liés à la TPV.	18
Tableau 9 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des valvulopathies.	20
Tableau 10 : Les cardiopathies à risques d'EI	21
Tableau 11 : Modalités de prescription d'une antibioprophylaxie d'EI en règle générale.....	21
Tableau 13 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des cardiomyopathies.....	22
Tableau 14 : Classification de l'insuffisance cardiaque selon NYHA.....	24
Tableau 15 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'IC	25
Tableau 16 : Le souffle fonctionnel et organique.....	26
Tableau 17 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels du souffle cardiaque...26	
Tableau 18: Traitements,répercussions buccales et risques potentiels de l'asthme.....	28
Tableau 19 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la BPCO.....	29
Tableau 20 : Traitements,répercussions buccales et risques potentiels de l'épilepsie	31
Tableau 21 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'AVC.....	33
Tableau 22 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'Alzheimer.....	35
Tableau 23 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels des affections hématologiques.....	38
Tableau 24 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du VIH.....	41
Tableau 25 : Traitements et risques potentiels liés à l'allergie	42
Tableau 26 : les différents types du diabète	44
Tableau 27 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du Diabète	44
Tableau 28 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels.....	47
Tableau 29 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'hyperthyroïdie....	48
Tableau 30 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du syndrome de Cushing	49
Tableau 31 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'insuffisance surrénalienne.....	50
Tableau 32 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du phéochromocytome.	50
Tableau 33 : Mode de contamination du virus de l'hépatite	51
Tableau 34 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'hépatite	52
Tableau 35: Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la cirrhose.....	53

Tableau 36:Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'ulcère.	54
Tableau 37: Maladies inflammatoires chroniques intestinales.	55
Tableau 38:Traitements, répercussions buccales et risques potentiels liés aux MICI.....	56
Tableau 39 :Traitements,répercussions buccales et risques potentiels de la maladie de Behçet.....	57
Tableau 40:Traitements, répercussions et risques potentiels de l'insuffisance rénale chronique.....	58
Tableau 41: Traitements, répercussions et risques potentiels de la greffe rénale.....	59
Tableau 42:Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la maladie de Paget.	60
Tableau 43:Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'ostéoporose.....	61
Tableau 44:Traitements, répercussions buccales et risques potentiels des polyarthrites rhumatoïde.....	62
Tableau 45:Traitements, répercussions buccales et risques potentiels à la prothèse.	64
Tableau 46:Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la dépression.....	65
Tableau 47: Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la toxicomanie	67
Tableau 48:Répercussions buccales et particularité du patient autiste.....	68
Tableau 49:Répercussions buccales de l'Anorexie et boulimie.	69
Tableau 50:Répercussions liées au déficit mental.....	70
Tableau 51:Répercussions buccales et risques potentiels de la grossesse.	73
Tableau 52 : Les médicaments autorisés, déconseillés et contre indiqués lors de la grossesse et allaitement.	75
Tableau 53 : Répercussions buccales et particularités des patients âgés	76
Tableau 54 : Répercussions buccales et risques potentiels de la corticothérapie.....	78
Tableau 55 : Répercussions buccales et risques potentiels de la radiothérapie.....	79
Tableau 56 : Répercussions buccales et risques potentiels de la chimiothérapie	80
Tableau 57 : Répercussions buccales et risques potentiels du BPS	81

Liste des figures

Figure 1 : Les différentes origines et évaluation du risque infectieux.....	3
Figure 2 : Origines et évaluation du risque hémorragique.....	4
Figure 3 : Origines et évaluation du risque médicamenteux.....	4
Figure 4: Les risques liés a l'anesthésie	5
Figure 5 : Les risques liés à un état physiologique particulier.....	5
Figure 6 : Les différentes origines du risque syncopal.....	6
Figure 7 : La différence entre une poussée et une crise hypertensive.....	6
Figure 8 : Origines d'une hypotension orthostatique.....	7
Figure 9 : Origine et symptomatologie de l'hypoglycémie.....	7
Figure 10 : Origines du risque allergique.....	7
Figure 11: Formation de la plaque d'athérome	9
Figure 12 : Physiologie de l'appareil cardiovasculaire	9
Figure 13 : Conduction de l'influx nerveux	14
Figure 14: Structure du cœur : les valves	19
Figure 15: Les types des cardiomyopathies	23
Figure 16 : Les bronches pulmonaires d'un asthmatique	27
Figure 17 : Les bronches pulmonaires chez un malade atteint de la BPCO	29
Figure 18 : Les facteurs favorisant les crises d'Epilepsie	30
Figure 19 : AVC ischémique et hémorragique	32
Figure 20 : Type d'AVC	32
Figure 21 : Comparaison entre un cerveau sain et un cerveau atteint d'Alzheimer.....	34
Figure 22 : Stade d'évolution de la maladie d'Alzheimer	34
Figure 23 : Les éléments figurés du sang	36
Figure 24 : Les manifestations cliniques de l'allergie	42
Figure 25 : Site d'injection du glucagon et insuline	46
Figure 26 : La glande surénale	48
Figure 27: L'ulcère gastroduodénal	54
Figure 28: Principales manifestations de la maladie de Behçet	57
Figure 29: Manifestations buccales de la maladie de Behçet	57
Figure 30 : Prothèse complète de genou	63
Figure 31 : Epulis mandibulaire chez une femme enceinte	73

Figure 32 : Répartition des patients selon l'âge.....	86
Figure 33 : Répartition des patients qui se présentent au service de soins selon le sexe.....	86
Figure 34 : Répartition des patients selon la présence d'une maladie générale.....	87
Figure 35 : Répartition des patients selon le nombre de maladies.....	87
Figure 36 : Répartition des patients selon le jour de la consultation.....	88
Figure 37 : Répartition des patients selon la maladie générale.....	89
Figure 38 : Répartition des patients selon le type de la cardiopathie.....	90
Figure 39 : Répartition des patients selon le type de la maladie endocrinienne.....	91
Figure 40 : Répartition des patients selon le motif de la consultation.....	91
Figure 41 : Répartition des patients selon le diagnostic.....	92
Figure 42 : Répartition des patients selon la conduite à tenir.....	92
Figure 43 : Répartition des patients selon l'indice CAO.....	93
Figure 44 : Répartition des patients selon la maladie et le sexe.....	94
Figure 45 : Répartition des patients selon la maladie et l'âge.....	95
Figure 46 : Répartition des patients selon le motif de consultation et la maladie.....	96
Figure 47 : Répartition des patients selon l'indice CAO et la maladie.....	97
Figure 48 : Répartition des patients selon le diagnostic et la maladie.....	97
Figure 49 : Répartition des patients selon la conduite à tenir et la maladie.....	98

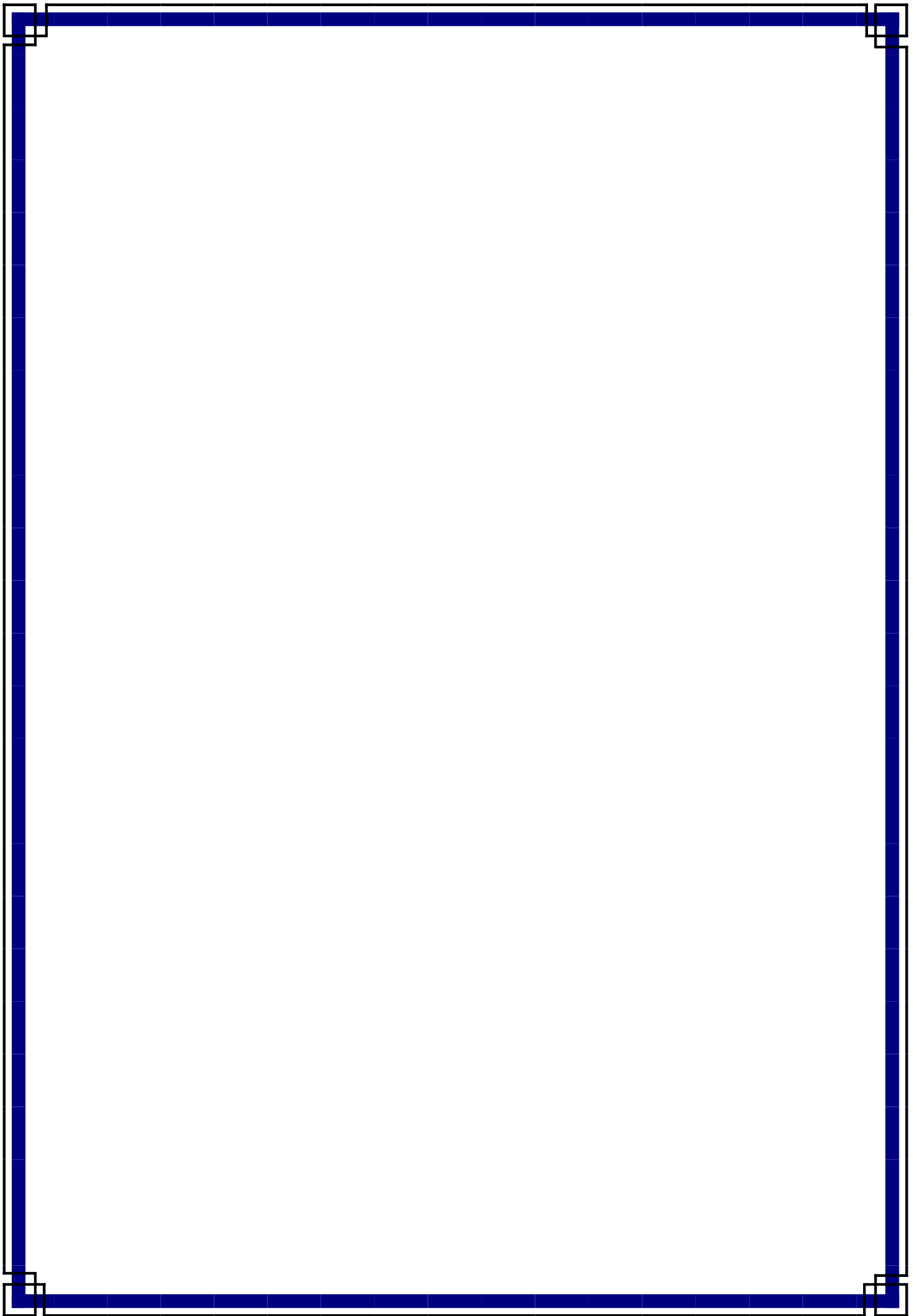
Objectifs

Objectifs théoriques :

- Lister les maladies générales fréquemment rencontrées au cabinet dentaire, ainsi que les risques associés.
- Déterminer les précautions et les actes de prévention vis-à-vis d'un risque et la conduite à tenir face à un incident liés à une maladie général.

Objectifs pratiques

- Déterminer par le biais d'une étude épidémiologique la fréquence de la maladie générale et sa relation avec le besoin de soins au service d'oc/E.



shqsdjqsdqhsdvNQSvGqsbjSD

Introduction

En Algérie, près de 60% de la population sont porteurs de maladies chroniques : 24,58 % présentent un problème d'HTA, 12,33% de la population sont diabétiques, 9% sont asthmatique, 8,15% ont une maladie rhumatismale, 6,8% présentent une maladie cardiovasculaire et 5,44% souffrent d'une maladie mentale [1].

En pratique quotidienne, le médecin dentiste est amené à recevoir au sein du service d'OC /E, des patients qui présentent un état général détérioré. Certains sont porteurs de maladies chroniques, d'autres présentent un état physiologique particulier notamment les femmes enceintes ou allaitantes. Ils consultent tous pour différents motifs et espèrent recevoir des soins dentaires.

Toutes ces maladies et états particuliers à déclaration indispensable pour la décision thérapeutique, sont parfois non diagnostiqués au préalable. Certaines d'entre elles ont des répercussions sur la santé buccodentaire ainsi que des risques à prendre en considération lors d'un soin d'OC/E (hémorragies, infection, malaise, choc anaphylactique,...)

En outre, les chiffres relativement élevés du taux des maladies générales, l'étendue des risques encourus lors d'un soin chez un malade chronique, la gravité des conséquences de la méconnaissance et l'absence de gestion des risques encourus par le médecin dentiste, ainsi que les multiples précautions à prendre et les limites du TRT d'OC/E chez un patient à risque, incitent à étudier de près cet échantillon de la population, puis accorder une attention particulière à ce problème afin de mieux comprendre la maladie et maîtriser les précautions et les méthodes de soins chez cette catégorie et parfois identifier une maladie non connue ; et ce en collaboration avec le praticien traitant qui connaît toujours mieux l'état de santé de son malade. Ensuite, fournir les dispositifs nécessaires et le personnel conscient et formé pour atteindre ce but.

Notre travail est constitué d'une partie théorique où on a repris les données actuelles concernant la maladie générale et la prise en charge en odontologie, et une partie pratique qui est une étude épidémiologique où on a étudié pour échantillon la population des patients présentant une maladie générale ou un état physiologique particulier consultant au service d'OC/E du CHU Tizi-Ouzou.

Chapitre I : Rappel sur les risques médicaux et les accidents rencontrés dans un cabinet dentaire, liés à une maladie, à un état physiologique particulier et un traitement médicamenteux

Afin de prendre en charge efficacement et en toute sécurité son patient, le médecin dentiste doit identifier et évaluer les risques encourus chez ce dernier cela en se basant sur :

- **la connaissance de son état de santé** : le praticien doit réaliser une anamnèse lors de la première consultation afin de recueillir les informations nécessaires :

- Coordonnées du médecin traitant. -ATCD médicaux chirurgicaux.
- Maladies et TRT en cours. -Allergies. -
- Habitudes de vie et addictions (tabac, alcool,...). -Un état physiologique particulier.

- **La nature de l'acte à réaliser** : le médecin dentiste doit tenir compte et savoir distinguer les actes thérapeutiques, qui peuvent être essentiellement divisées selon leur prédisposition à l'infection et à l'hémorragie [2].
- **Prédisposition à l'infection**: on distingue des actes invasifs et non invasifs (tableau 1)

Tableau 1 : Classification des actes thérapeutiques selon la prédisposition à l'infection [3].

Actes non invasifs	Ce sont des actes qui ne nécessitent aucune antibioprofylaxie quel que soit le risque infectieux ; exemple en OC/E : -Actes de prévention non sanglante ; -Soins conservateurs (sans contact gingival comme la classe 1 de Black...) -Prise de radiographie (RX) ;
Actes invasifs	Ce sont des actes susceptibles d'induire une bactériémie, qui impliquent une manipulation de la gencive, effraction de la muqueuse orale ou tout contact avec la pulpe (en dehors de l'anesthésie).Exemples en OC/E et chirurgie apicale : -Pose d'une digue ; -Traitement (TRT) canalaire sur dent vivante ou nécrosé. -Reprise de TRT ; -Chirurgie apicale avec ou sans comblement osseux. -Soins conservateurs en contact gingival comme la classe 2 de Black.

-**Prédisposition à l'hémorragie** : on distingue des actes sans risque, à risque modéré et à haut risque hémorragique (tableau 2).

Tableau 2 : Classification des actes thérapeutiques selon la prédisposition à l'hémorragie [2].

actes sans risque hémorragique.	-Soins conservateurs ; -Soins prothétiques supra-gingivaux ; -Anesthésie locale ; -Détartrage supra-gingival.
actes à risque hémorragique modéré.	-Avulsion en secteur localisé ; -pose d'implant unitaire ; -détartrage sous-gingival et surfaçage.
Actes à haut risque hémorragique.	-Avulsion de plus de 3 dents ou dans différents secteurs. -Chirurgie parodontale et muco-gingivale. - Avulsion de dents temporaires, incluses, à parodonte amoindri. -Pose d'implants multiples. -Enucléation kystique, chirurgie apicale, biopsie.

1.1. Les principaux risques médicaux à craindre lors d'un soin dentaire

1.1.1 Le risque infectieux [2]

La cavité buccale est l'une des principales sources de bactériémie. En fonction de ses maladies ou de ses TRT, le patient, peut présenter un risque infectieux local ou à distance (figure 1).

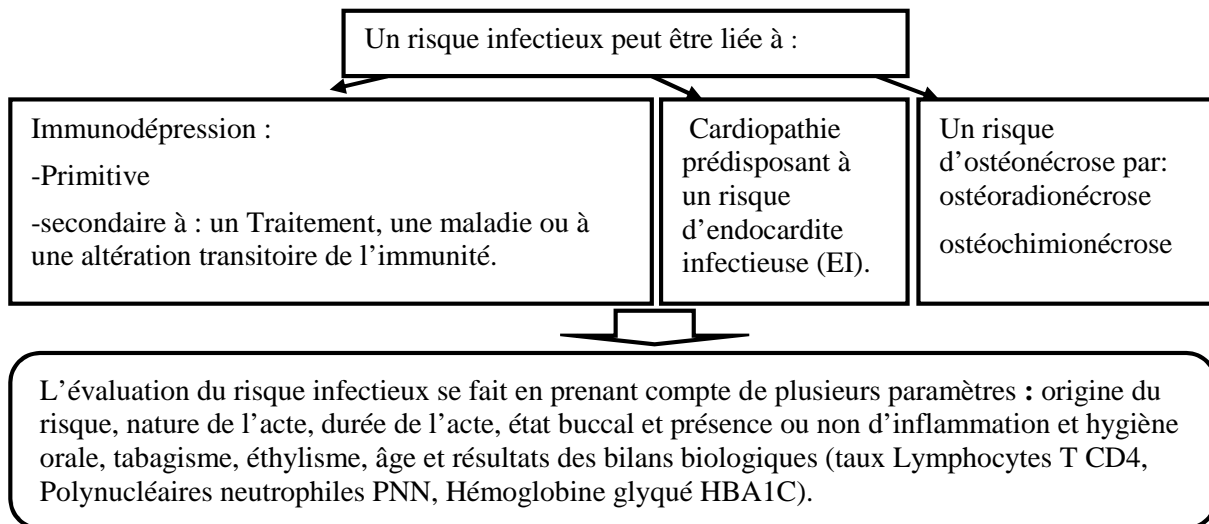


Figure 1 : Les différentes origines et évaluation du risque infectieux.

1.1.2 Le risque hémorragique [2]

Certains signes cliniques permettent une identification du risque hémorragique : pétéchies, hématomes, ecchymoses, purpura, gingivorragies spontanées, ictère conjonctif (figure2).

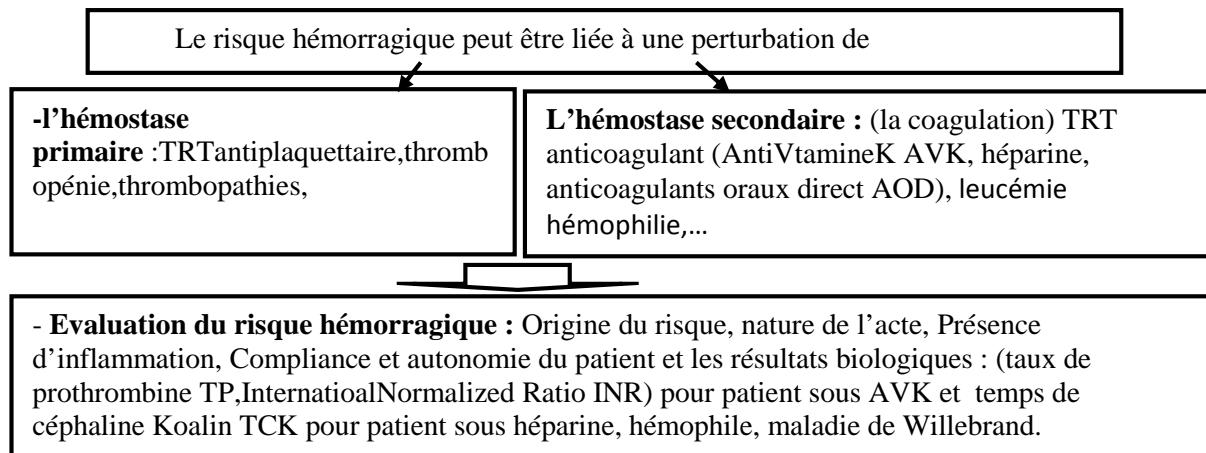


Figure 2 : Origines et évaluation du risque hémorragique.

1.1.3 Le risque médicamenteux [2]

Les prescriptions faites par le médecin dentiste peuvent présenter des risques (figure 3).

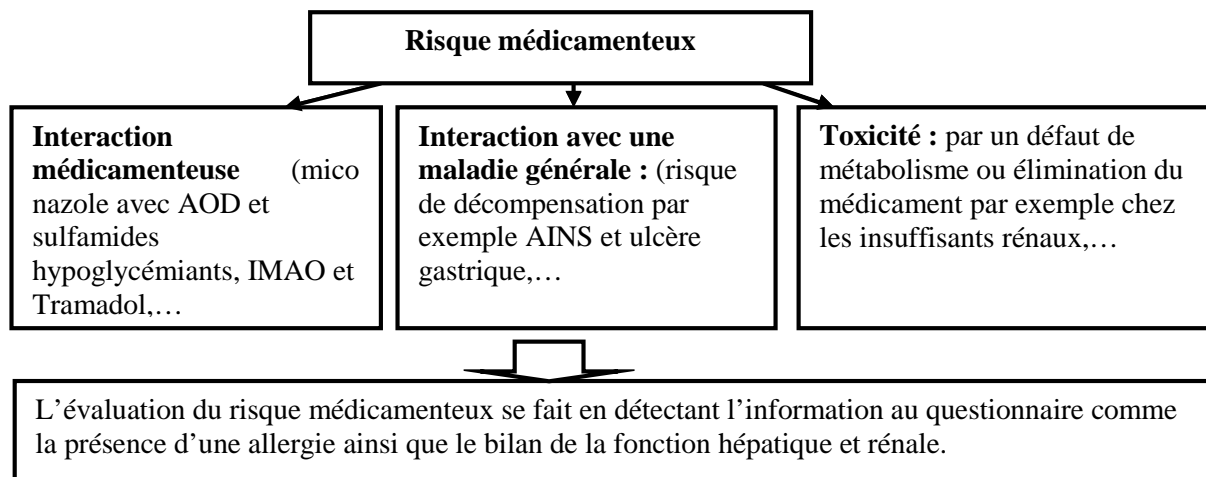


Figure 3 : Origines et évaluation du risque médicamenteux.

1.1.4 Le risque anesthésique [2]

Le risque anesthésique peut être lié à la molécule utilisée, la toxicité, le vasoconstricteur ou la technique utilisée (figure 4).

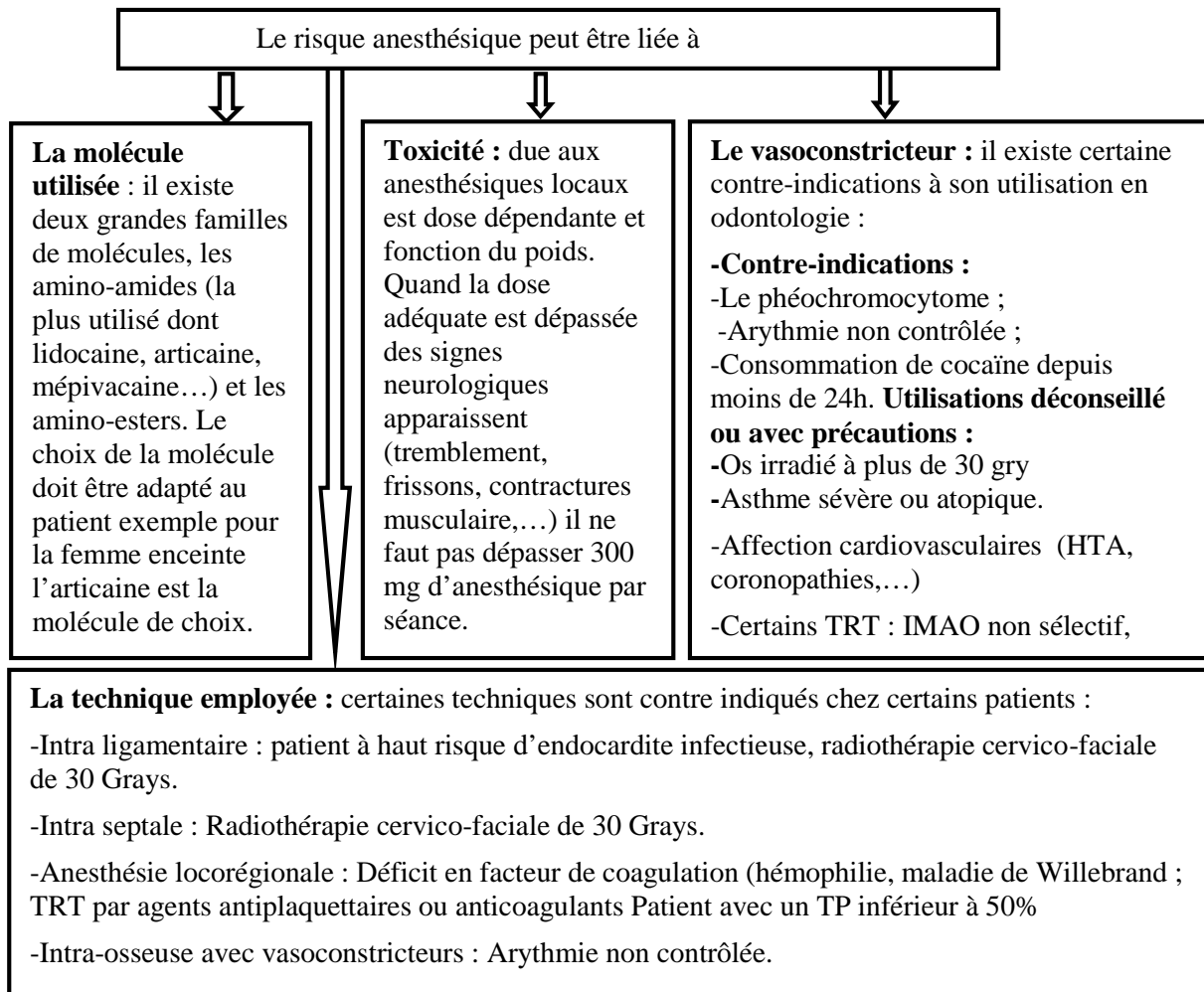


Figure 4 : Les risques liés à l'anesthésie.

1.1.5 Risques liés à un état physiologique particuliers [2]

Concerne les femmes enceintes, allaitantes et les personnes âgées (figure 5).

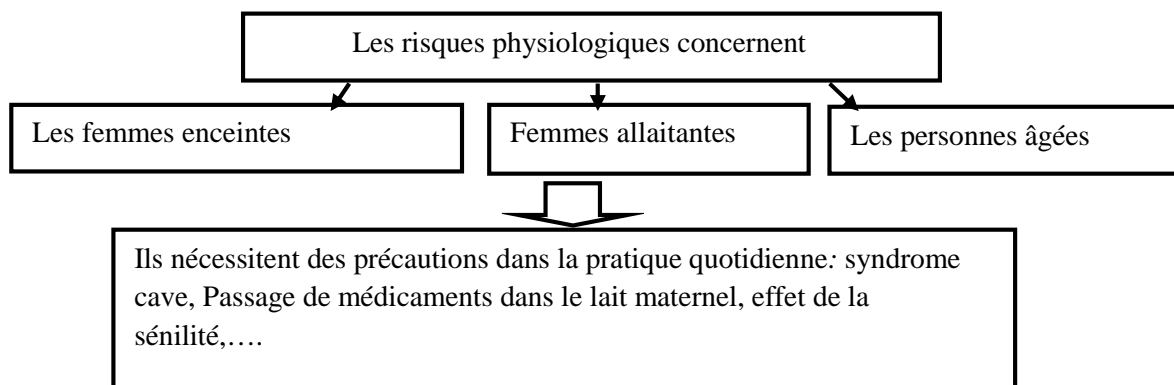


Figure 5 : Les risques liés à un état physiologique particulier.

1.2 Les accidents et situations d'urgence pouvant survenir chez un malade chronique ou présentant un état physiologique particulier lors d'un soin

1.2.1 Risque syncopal [4]

C'est une perte de connaissance brutale, de durée brève, qui s'accompagne d'une perte de tonus postural qui est due à une hypo perfusion cérébrale globale et passagère. Les signes cliniques sont : pâleur, sueurs, évanouissement, bouffés de chaleur, nausées, troubles visuels,... Le risque syncopal est plus grand chez les personnes âgées ou ayant des pathologies sévères (hypertension artérielle HTA, diabète, cardiopathies,...). On peut distinguer 3 types de syncopes selon l'origine (figure 6).

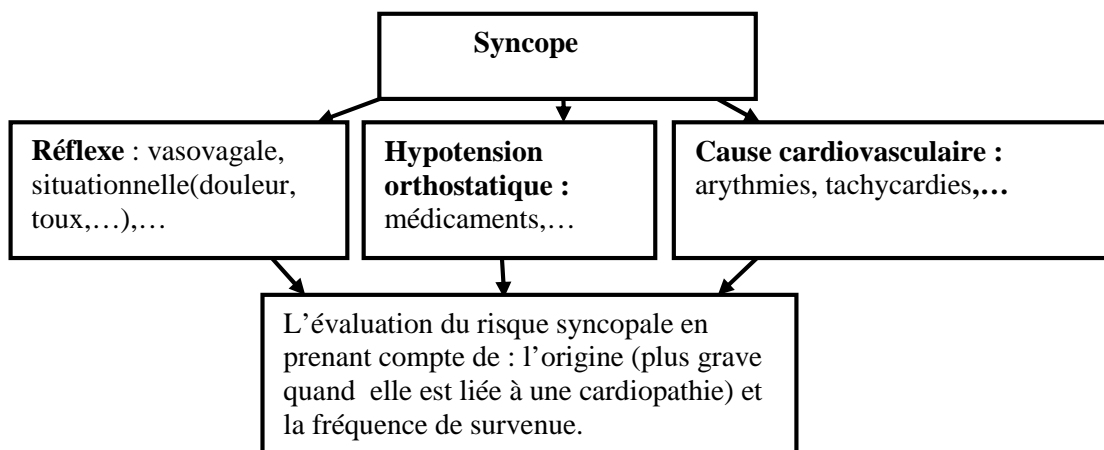


Figure 6 : Les différentes origines du risque syncopal.

1.2.2 La crise hypertensive [5]

La crise aiguë hypertensive est une élévation rapide de la pression artérielle (PA) par rapport à son niveau habituel ($PA > 20/10$ mm hg) chez un patient donnée. Il faut différencier une poussée hypertensive d'une urgence hypertensive (figure 7).

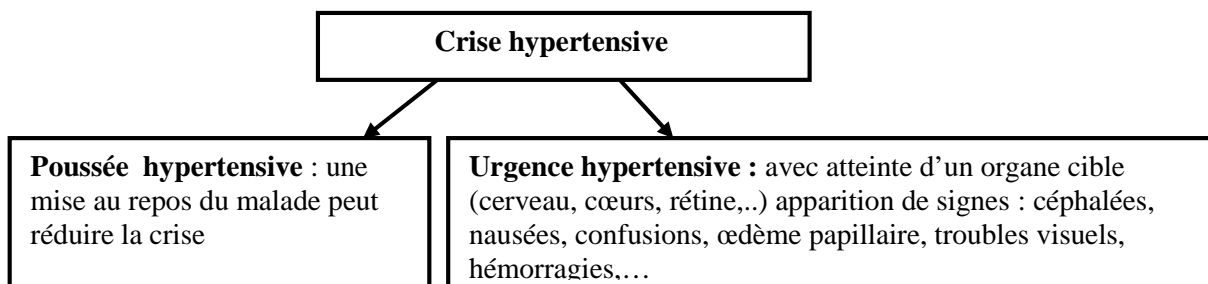


Figure 7 : La différence entre une poussée et une crise hypertensive.

1.2.3 Hypotension orthostatique [6]

C'est une hypotension qui survient quand on passe rapidement d'une position assise à une position debout. (Figure 8).

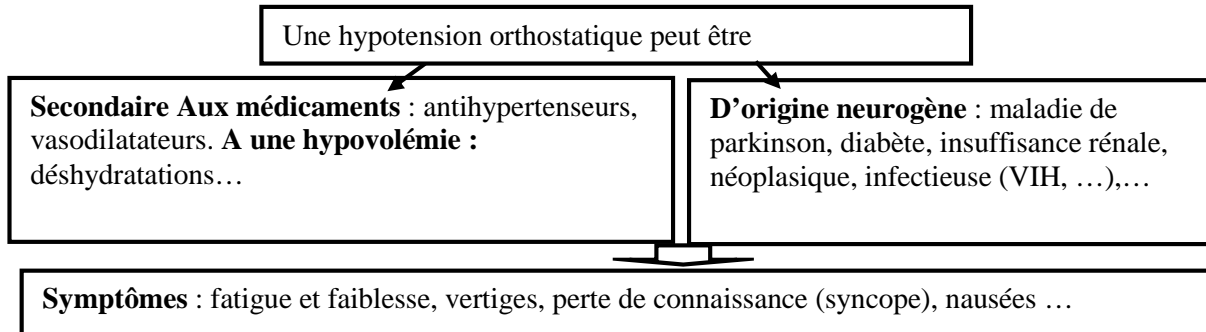


Figure 8 : Origines d'une hypotension orthostatique.

1.2.4 Hypoglycémie

Elle se traduit par une baisse anormale du glucose dans le sang < (0,65g /l)

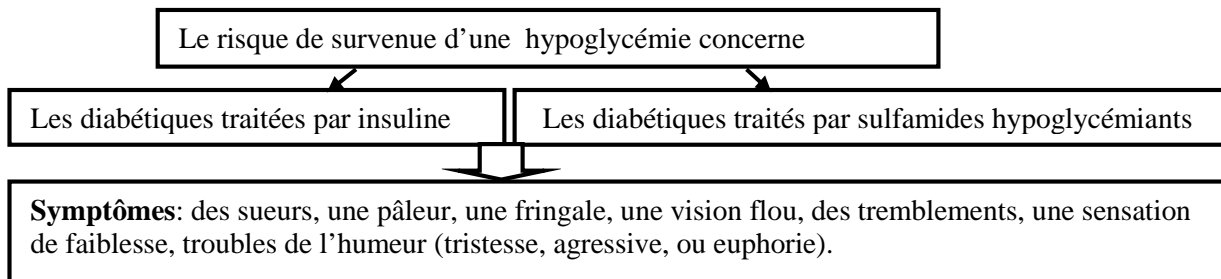


Figure 9 : Origine et symptomatologie de l'hypoglycémie.

1.2.5 Allergie [2] : un patient peut être allergique à différents matériaux utilisés par le médecin dentiste (figure 10).

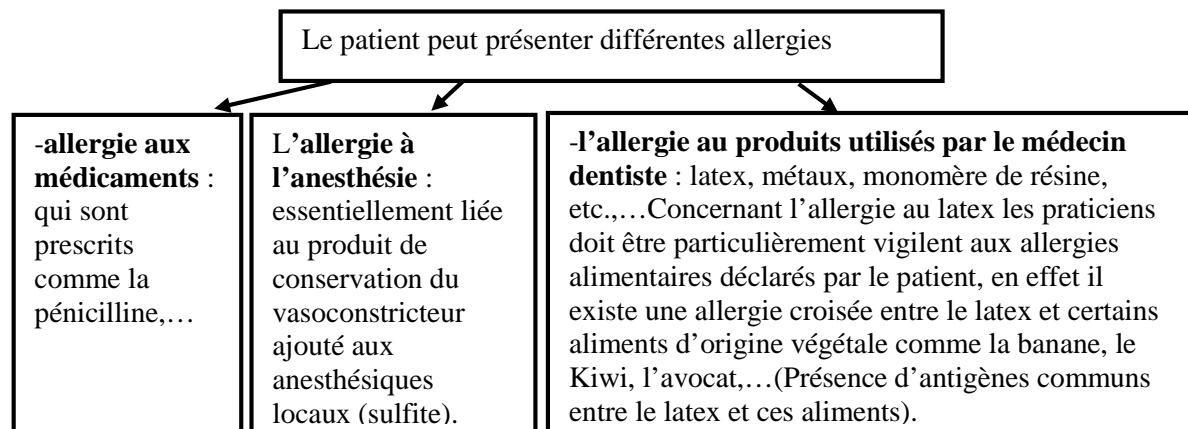


Figure 10 : Origines du risque allergique.

1.2.6 Risque de décompensation aiguë d'une affection chronique : un patient atteint d'une pathologie chronique peut, sous l'effet du stress ou de la douleur, déclencher un accident aiguë. Ce type d'accident survient principalement quand la maladie n'est pas équilibrée. Il s'agit par exemple du patient asthmatique, HTA, syndrome coronarien, etc ...[2]

Chapitre II : Rappel théorique sur Les maladies générales fréquemment rencontrées au cabinet dentaire

La prise en charge des patients présentant une maladie générale se fait après avis, accord et suivant les recommandations du médecin traitant.

1. Les maladies cardiovasculaires

1.1. Rappels

- **Le cœur** : est un organe creux est musculaire qui assure la circulation du sang en pompant le sang par des contractions rythmiques vers les vaisseaux sanguins et les cavités du corps.
- **L'athérome** : est la principale étiologie des affections cardiovasculaires. Selon l'OMS, athérosclérose est une association de remaniements de l'intima des artères de gros et moyen calibre consistant en une accumulation focale de lipides, de glucides complexes, de sang et de dépôts calcaires, avec remaniement de la média [7].

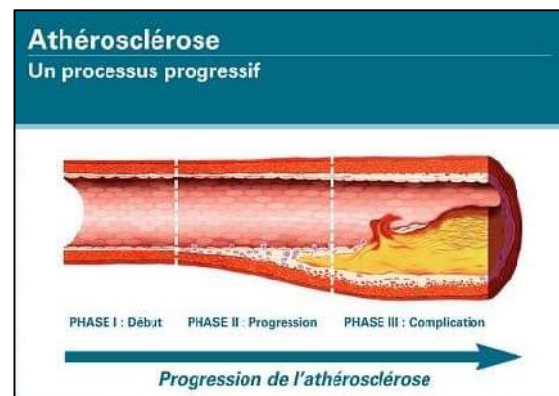
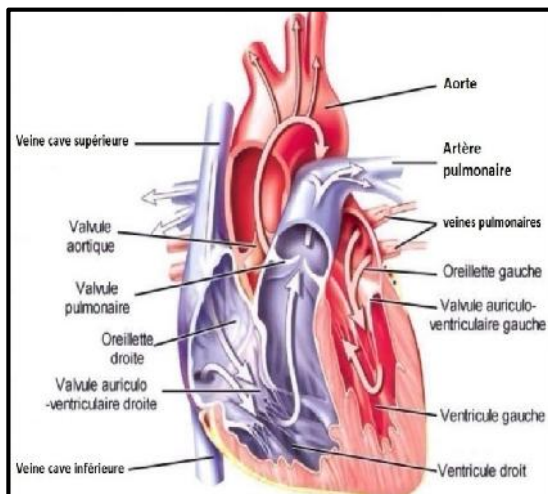


Figure 11: Formation de la plaque d'athérome [8].

Figure 12 : Physiologie de l'appareil cardiovasculaire [9].

- **Cardiopathies cardiaques acquise et congénitales** : Une maladie cardiaque peut être soit acquise ou congénitale

Les malformations cardiaques congénitales : cardiaques sont des défauts, structurels, fonctionnels ou de position du cœur qui sont présents dès la naissance chez environ 1% de la population. Il existe 8 pathologies principales :

- Communication inter ventriculaire (CIV).
- Sténose de la valve aortique
- Persistance du canal artérielle.
- Coarctation de l'aorte.
- communication inter atriale.
- tétralogie de Fallot
- Sténose de la valve pulmonaire.
- transposition de gros vaisseaux.

Elles peuvent être réparties en 4 groupes :

- Cardiopathies congénitales obstructives (dues a un rétrécissement ans le ou sténose).
- Malformation septales « trou dans le cœur et communication droite et gauche).
- Malformation cyanosantes.
- Les shunts : le sang est dérivé à travers une perforation.
- Maladies cardiovasculaires acquises : sont des maladies qui ne sont pas présentes dès la naissance elles sont plutôt attribuables à une autre condition le plus souvent l'athérosclérose. (maladies coronariennes, HTA,..) ou infectieuse (endocardite infectieuse) [10].

Les maladies cardiovasculaires peuvent être essentiellement divisées comme suit :

- les maladies coronariennes
- les maladies des valves cardiaques
- les troubles de rythmes et de conduction
- les cardiomyopathies
- les maladies des vaisseaux
- l'insuffisance cardiaque
- le souffle cardiaque

1.2. Les maladies ischémiques ou coronarienne (Angor –Infarctus (IDM))

1.2.1.Définition

Une maladie coronarienne est souvent due à la formation de plaques d'athéromes dans la paroi artérielle[2]. On distingue l'angor et l'Infarctus du myocarde (tableau 3).

Tableau 3 : Angor et infarctus de myocarde [7, 11].

1.2.1.1.Angor ou angine de poitrine	1.2.1.2.IDM
<ul style="list-style-type: none"> -Résulte d'une inadéquation entre les besoins du myocarde en oxygène et les apports par la circulation coronarienne. -La douleur angineuse est donc la conséquence d'une ischémie myocardique transitoire, en particulier lors de l'effort - On distingue 4 classes d'angor selon le degré de severité -Classe1 :Les activités quotidiennes ne sont pas limités.l'angor survient lors d'efforts soutenus, brusque ou prolongé. - Classe2 : Il existe une limitation discrète des activité quotidiennes. L'angor survient à la marche rapide ou en montagne, par temos froid, lors d'émotions,au reveil. -Classe3 Il existe une limitation importante de l'activité physique,l'angor survient au moindre effort. - Classe4 Il est impossible de mener la moindre activité physique sans douleur. 	<ul style="list-style-type: none"> -Définie comme une nécrose myocardique d'origine ischémique. -Une douleur angineuse, précordiale et irradiante à l'avant bras gauche est le maitre symptome.

1.2.2. Traitement, repercussions buccales et risques potentiels des maladies ischémiques

Le tableau ci-dessous (tableau 4) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les repercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs des maladies ischémique [2].

Tableau 4 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des maladies ischémiques.

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques potentiels
-Bétabloquants. -Inhibiteurs calciques (IC) -Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)	-Hyposialie, xérostomie	-Risque hémorragique liés aux trt antiplaquettaire. -Risque anesthésique. -Médicamenteux(risque d'interactions),
-(IEC)	- Réactions lichénoïdes	- Risque de syndrome coronarien aigu ou ou d'hypotension orthostatique.
-Agents antiplaquettaires	-Lésions hémorragiques ,..	- Risque syncope.
-Statines- -Trinitrinesublinguale, -Activeurs des canaux - Derivés nitrés calcique.	/	

1.2.3.Prise en charge en odontologie

Aceuil : avant la réalisation de l'acte

- Les patient présentant un angor de classe 4 ou ayant fait un infarctus de myocarde dans les 30 jours précédant l'acte doivent être pris en charge dans un milieu hospitalier .
- Dans la mesure de la prévention de la syncope : rassurer le malade et éviter le stress en faisant une prémédication sédatrice si nécessaire (Atarax 50mg ou Valium 5 mg 2cp la veille et 2 cp 1H avant l'acte ; ne pas intervenir chez un patient fatigué ou a jeun.)
- Si le patient a de la trinitrine prescrite comme traitement de crise ,il doit l'avoir avec lui durant les soins [2].

Prise en charge sur fauteuil :pendant la de l'acte

- Privilégier les séances courtes.
- Limiter les dose totale de vasoconstricteurs .
- Précautions d'hémostase particulières pour les patients traités par antiplaquetaires [2].

A la fin de l'acte

- Eviter une hypotension orthostatique en fin de soins(relever le patient lentement)
- Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuse lors de la prescription :
 - Les macrolides sont déconseillés chez les patients traités par statines
 - La prescription d'AINS ou de corticoïdes peut induire une baisse de l'activité de certains médicaments cardiovasculaires(IEC, inhibiteur calcique..)
 - La plupart des antifongiques azolés sont contre indiqués chez les patients traités par statines [2] .

Incident/ accident

En cas de survenue de syncope lors d'un soin

- Arrêter le soin immédiatement
- Position de décubitus dorsal.
- Assurer la vacuité des voies aérodigestive supérieures (VADS) , en 1 à 2 min le patient devra reprendre conscience.

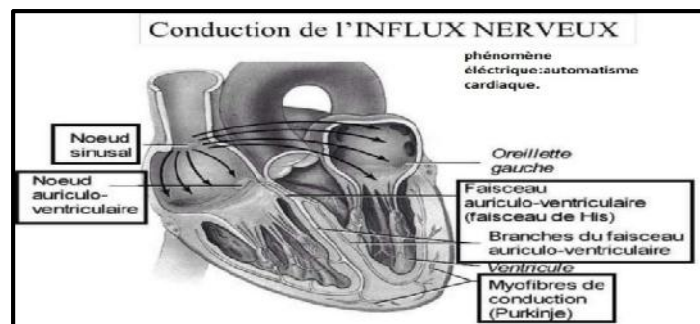
En cas de persistance : appeler les secours , en attendant passer à la ventilation artificielle en utilisant un ballon auto-remplisseur. En cas d'aggravation et d'apparition d'une mydriase bilatérale et convulsion ,réaliser une ventilation et un massage cardiaque à base de 5 compressions thoraciques et 1 insuflation [12].

1.3.Troubles du rythme et de conduction

1.3.1.Définition: on distingue les arythmies et les troubles de conduction dont les définitions sont comparés dans le tableau ci-dessous(tableau 5).

Tableau 5 : Arythmies et troubles de conduction. [7, 11,13].

1.3.1.1.Les arythmies	1.3.1.2.Les troubles de conductions
<p>Sont des anomalies du rythme cardiaque. Elles ont pour origine l'oreillette ou le ventricule peuvent être persistante ou occasionnelle.elles ont diverses origines et peuvent être déclenché par l'anxiété et le stress ;Les principales arythmies sont :</p> <p>-Fibrillation :la plus fréquente, c'est une tachycardie anarchique, Origines : HTA, IDM, hyperthyroïdie,...)</p> <p>-Tachycardie :rythme cardiaque accéléré définie par un pouls >120 battements / min.</p> <p>-Bradycardie :fréquence cardiaque ralentie définie par un pouls < 60 battements / min.</p> <p>-Extrasystole :c'est des contraction prématuré qui s'intercale entre deux battements normaux.</p>	<p>Se manifeste typiquement par une bradycardie, dont la cause est une atteinte des voies de conduction cardiaque (nœud sinusal,nœud auriculo-ventriculaire,faisceaux de his) de cause le plus souvent dégénérative elle peu conduire si sévère a une syncope ou malaise.</p>

**Figure 13** : Conduction de l'influx nerveux [14].

1.3.2.Traitement ,répercussions buccales et risques potentiels des troubles de rythme et de conduction

Le tableau ci-dessous (tableau 6) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs des arythmies et troubles de conduction [2,12].

Tableau 6 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels des arythmies.

Prise en charge médicamenteuse	Les repercussions buccales	Les risques potentiels
-Bêtabloquants -Inhibiteurs calciques -IEC	(Xérostomie,hyposialie,	-Hémorragique liés aux antiplaquetaires ; - anesthésique ; -Médicamenteux lié aux interactions ;
-IEC	Réactions lichénoïdes,	-Risque de dysfonctionnement des appareil cardiovasculaire implantable ; -Risque syncopale .
-Anticoagulants, -Agnets antiagrégants Plaquettaires AAP).	Lésions hémorragiques.	
IC	Hyperplasies gingivales	
IEC	Alteration du gout	
Digitaliques, -Anti-arythmiques	/	

1.3.3. Prise en charge en odontologie [7] :**Accueil :avant la réalisation de l'acte**

- Mesures de prévention du risques syncopale.
- Bilan d'hémostase pour les patients traités par anticoagulants ou AAP voir patient sous anticoagulants page 17

Prise en charge sur fauteuil :pendant la réalisation de l'acte

- Limitation de la dose du vasoconstricteur.
- La présence d'un stimulateur contre indique la réalisation d'une imagerie par IRM.
- Les patients traités par anticoagulants ou par AAPs devront bénéficier de mesures d'hémostases locale.

A la fin de l'acte

La prescription de tramadol et d'ibuprofène est à éviter chez les patients traités par digoxine.

1.4. Les maladies des vaisseaux : on distingue essentiellement l'HTA et la thromboembolie.**1.4.1. L'hypertension artérielle (HTA)****1.4.1.1. Définition**

l'HTA est une élévation chronique et persistante de la tension artérielle (PA) qui peut être définie ainsi : pression artérielle systolique (PAS) qui est ≥ 140 mmHg et /ou une pression artérielle diastolique PAD ≥ 90 mmHg, qui seront mesurés à au moins deux auscultations différentes. Il faut distinguer les patients hypertendus [13] :

- Équilibrés : patients sous TRT ayant une PAS < 140 mmHg et /ou PAD <90 mmHg.
- Non équilibrés : patients avec ou sans TRT qui ont une PAS >140 mmHg et/ou une PAD > 90mmHG [2].

1.4.1.2. Traitement ,répercussions buccales et les risques potentiels de l'HTA [2]

Le tableau ci-dessous (tableau 7) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de l'HTA.

Tableau 7 : Traitement, répercussions buccales et les risques potentiels de l'HTA.

Prise en charge medicamentuse	les répercussions buccales	Les risques potentiels
-Bétabloquants -IEC, IC antihypertenseurs	(Hyposialie, xérostomie,	-Risque hémorragique ; -Anesthésique ;
-IEC- diurétiques	Réactions lichenoides ,	-Médicamenteux ;
-IEC	Hyperplasie gingivale	- Crise d'hypertention ;
-IEC	Altération du gout,..	-Hypotension orthostatique.
-Antagonistes de l'angiotensine2	Toxidermie ulcéreuse	

1.4.1.3. prise en charge en odontologie

Accueil : Avant la réalisation de l'acte

- Mesurer la pression artérielle du patient avant les soins.
- Limiter le stress du patient par une prémédication sédatrice et /ou MEOPA(s'il est stressé) et s'assurer d'avoir une analgésie efficace avant de débiter les soins .
- En cas d'acte chirurgical : prévoir du matériel d'hémostase pour traiter un éventuel saignement peropératoire [2] .

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- ➔ **Patient hypertendu équilibré** : peut être traité comme un patient non hypertendu mais en prenant en compte deux risques :intérractions médicamenteuses et risque d'hypotension orthostatique.
- ➔ **Patient hypertendu non équilibré** :
 - Le stress et la douleur peuvent provoquer une poussé hypertensive ,les TRT antihypertenseurs peuvent provoquer une hypotension orthostatique
 - Limiter la dose totale de vasoconstricteurs
 - Si durant les soins le patient ne se sent pas bien(céphalées, vertiges,troubles de la vue ou acouphènes,..) il faut suspecter une crise hypertensive [2] .

A la fin de l'acte

- Eviter une hypotension orthostatique en fin des soins (doit se relever lentement).
- Précautions vis-à-vis des intérractions médicamenteuses [2] .

Incident/ accident !**Conduite à tenir en cas de crise d'hypertension :**

- Arrêt des soins
- Toujours mesure de la PA.
- Le patient doit être mit au repos dans une chambre sombre et au calme.position assise

Si persistance :

- Appeler le SAMU
- Oxygénation du malade (si c'est une femme enceinte).
- La plus part des anti-hypertenseurs utilisés à long terme ne peuvent pas être utilisés dans La crise hypertensive cars ils n'agissent qu'après plusieurs heures [15].

Conduite à tenir en cas d'hypotension orthostatique (HO):

- Toujours relever le patient lentement dans le cadre de la prévention.
- Des médicaments vasoconstricteurs et hypertenseurs peuvent être administrées, la phényléphrine(sympathomimétique),Etiléphrine, Gutron®.
- Boire des bouillons salés (s'est un hypertenseurs).
- En cas de persistance appeler le SAMU [6] .

1.4.2.Thromboembolie et Anticoagulants- Antiarégants plaquetaires**1.4.2.1.Définition**

la thrombose veineuse profonde (TPV) est due à la formation d'un caillot sanguin dans les veines profondes du membre inférieurs. Ces caillot peuvent libérer des fragments (embolies)qui migrent jusqu'aux poumons ,provoquants ainsi une embolie pulmonaire. Les signes cliniques sont : œdème,douleur et érythème cutané [10].

1.4.2.2. Traitement, répercussionsbuccales et risques potentiels liés à la TPV [16]

Le tableau ci-dessous (tableau8) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs liés à la TPV.

Tableau 8 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels liés à la TPV.

-Prise en charge médicamenteuse:	Les repercussions buccales	Les Risques potentiels
La plus part des patients sont sous anticoagulants .(AVK, héparine), AAP . Ces dernières années la thérapeutique antithrombotique a considérablement évoluée avec l'arrivé de nouveaux médicaments :deux nouveaux agents antiplaquettaire sont utilisés :le Prasurgrrel et Ticagrelor ;trois nouveaux anticoagulants oraux appelés anticoagulants oraux direct (AOD): Dabigatram , Rivaroxaban , Apixaban .	-Lésions hémorragiques	-Risque hémorragique. -Risque thrombotique.

1.4.2.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte

-Patient sous antiplaquettaire AAP :

- **Monothérapie** Aspirine (CADEGIC®), Clopidogrel (PLAVIX® ou **Bithérapie** {(Aspirine+PLAVIX®), (Aspirine +DUAPLAVINE®),...} +**Acte à faible risque hémorragique** Pas d'arrêt +prise en charge au cabinet dentaire.
- **Bithérapie+ Acte à haut risque hémorragique** si le risque thrombotique est modéré relai par monothérapie + prise en charge au cabinet, si le Risque thrombotique élevé : en principe nécessite une bithérapie +prise en charge hospitalière / ou bien surseoir à l'intervention chirurgicale.

-Patient sous Anti-Vitamine K Acénocoumarol (Minisintrom®, Sintrom®), Warafarine (Coumadine®), Fluindione...

- **Chirurgie à faible risque hémorragique** : si INR < 4 pas d'arrêt + prise en charge au cabinet, si INR > 4 surseoir à l'intervention chirurgicale.
- **Chirurgie à haut risque hémorragique** : si le risque thrombotique est faible arrêt AVK+ prise en charge au cabinet.si le risque thrombotique est élevé :(TVP proximale et EP < 6 mois/ MTEV récidivante/ prothèse valvulaire) Arrêt AVK+ relai par héparine+ prise en charge hospitalière ou bien surseoir l'Acte.

-Patient sous héparine : HNF héparine CHOA®, Calciparine®, Lovenox®, HBPM FRAXODI ®.

- **TRT préventif** de la MTEV, chirurgie récente, hémodialyse : pour tout acte invasif de chirurgie orale pas d'arrêt d'héparine +prise en charge au cabinet ; geste à réaliser dans la ½ journée qui précède la prochaine prise
- **TRT curatif** de la MTEV, cancer évolutif, grossesse : selon les recommandations du médecin traitant

-Patient sous AOD : Dabigatran ®,Rivaroxaban VARELTO®, Apixaban ELIQUIS®.

- **Acte à faible risque** : pas d'arrêt + prise en charge au cabinet
- **Acte à haut risque hémorragique** : si Risque thrombotique faible arrêt AOD + prise en charge au cabinet. si Risque thrombotique élevé arrêt AOD et relai par héparine prise en charge hospitalière ou bien surseoir à l'acte [16].

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte [10]

- précautions vis-à-vis du risque hémorragique : Eviter les analgésies locorégionales, surveiller les patients dont l'INR est instable, chirurgie atraumatique, combler les sites de saignement avec une gaz hémostatique, faire des suture si nécessaire, exercer une compression supplémentaire.

A la fin de l'acte

les AINS doivent être évités en raison du risque d'ulcération digestive et de l'effet antiplaquettaire supplémentaire.

1.5. Maladies des valves cardiaques

Sont toutes les maladies ou inflammation qui peuvent toucher les valves du cœur, on distingue essentiellement les valvulopathies et l'endocardite infectieuse

1.5.1. Valvulopathies [17]**1.5.1.1. Définition**

Les valvulopathies correspondent à des altérations d'une ou plusieurs valves du cœur, qui, soit s'ouvre mal (rétrécissement). Ou bien se ferme mal (insuffisance valvulaire). Le symptôme le plus fréquent est l'essoufflement et selon le type d'altération on peut avoir : Angor, palpitation, syncope et se complique le plus souvent par une insuffisance cardiaque.

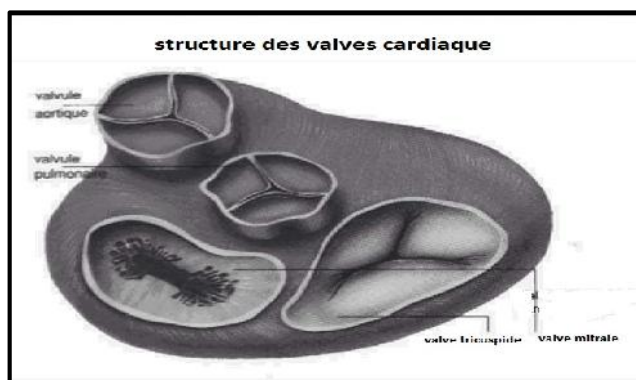


Figure 14: structure du cœur : les valves [14].

1.5.1.2. Traitement ,répercussions buccales et risques potentiels des valvulopathies

Le tableau ci-dessous (tableau 9) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs des valvulopathies [13,17].

Tableau 9 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des valvulopathies.

-Prise en charge médicamenteuse	Les répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-Chirurgicale : cathétérisme interventionnel, prothèse valvulaire (mécanique ou bio prothèse) -Médicamenteux : TRT anticoagulant chez les patients avec des régurgitations, anti arythmiques en cas de fibrillation, digitaliques, diurétiques.	-Cyanose et coloration bleuté (due à l'hypoxémie). -Anomalies de croissance et d'éruption de la première dentition.	-Infectieux(EI) ; -Hémorragique ; - Syncopal ; -Anesthésique ; -Médicamenteux.

1.5.1.3. Prise en charge en odontologie [13]

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Maitriser le stress et sédation préopératoire en cas de nécessité.
- Prévenir le risque hémorragique chez les patients sous AVK (INR > 2 sinon modifier les posologies avec l'avis du médecin traitant), contrôler le TS chez les patients sous aspirine
- Prophylaxie ATB, si le patient est sous ATB longue durée changer la molécule.

Prise en charge sur fauteuil: pendant la réalisation de l'acte

- Limiter les doses d'adrénaline et anesthésie efficace.

A la fin de l'acte

- Précautions lors de la prescription médicamenteuse surtout vis-à-vis des vasodilatateurs (peuvent donner des céphalées et tachycardie).
- Éviter les AINS chez les patients sous anticoagulants.
- Éviter les barbituriques et les narcotiques.

1.5.2. L'endocardite infectieuse

1.5.2.1. Définition [7,13]

L'endocardite infectieuse est l'infection d'une ou plusieurs valves cardiaques par un microorganisme le plus souvent bactérien. Il existe plusieurs facteurs prédisposant : toxicomanie intraveineuse, prothèses valvulaires, réalisation d'actes invasifs à risque de bactériémie, implantation de dispositifs intracardiaques, une malformation congénitale On distingue désormais des classes de cardiopathies à risques d'EI : (tableau 10).

Tableau 10 : Les cardiopathies à risques d'EI [7,13]

Cardiopathies à haut risque	<p>-Prothèse valvulaire (mécanique, homogreffe, Bio prothèse).</p> <p>-Cardiopathies congénitales cyanogène non opérée, ou avec shunt résiduel, dérivation chirurgicale ou conduit prothétique, matériel les prothétique implanté chirurgicalement ou par voie percutanée pendant 6 mois qui suivent si correction complète)</p> <p>-Antécédents d'EI.</p>
Cardiopathies à risque moins élevé	<p>-Valvulopathies : insuffisance aortique IA, insuffisance mitrale IM,...</p> <p>-Bicuspidie aortique</p> <p>-Cardiopathie congénitale non cyanogène sauf CIA (communication inter auriculaire).</p> <p>-Cardiomyopathie hypertrophique obstructive</p>

.5.2.2. Prise en charge en odontologie [2,7]**Accueil : Avant la réalisation de l'acte**

- Tout acte invasif autorisé nécessite une antibioprofylaxie.

-Modalités de prescription d'une antibioprofylaxie d'EI en règle générale (tableau 11)

		Prise unique dans l'heure qui précède l'acte	
Situation	Antibiotique	Adulte	Enfants
		Posologies quotidiennes établies pour un adulte à la fonction rénale normale	Posologies quotidiennes établies pour un enfant à la fonction rénale normale, sans dépasser la dose adulte
Sans allergie aux pénicillines	Amoxicilline	2g- Per os ou IV	50 mg/kg per os ou IV
En cas d'allergie aux pénicillines	Clindamycine	600mg per os ou IV	20 mg/kg per os ou IV

1.6.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des cardiomyopathies [19]

Le tableau ci-dessous (tableau 13) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs des cardiomyopathies.

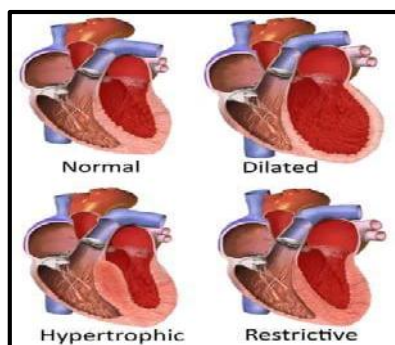


Figure 15: Les types des cardiomyopathies [18].

Tableau 13 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des cardiomyopathies.

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques liées à la maladie
<p>1-La forme congestive : prescription de glycosides, diurétiques, inhibiteurs calciques et vasodilatateurs.</p> <p>2-La forme hypertrophique : prescription de béta-bloquants,...</p> <p>3- la forme restrictive : les chélateurs ou les diurétiques.</p>	Elles sont celle associé à l'insuffisance cardiaque. elles peuvent être liées aux médicaments.	<p>-Risque de mort subite par arrêt cardiaque ;</p> <p>- Infectieux ;</p> <p>- Difficultés respiratoires ;</p> <p>-Hypotension orthostatique</p>

1.6.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : Avant la réalisation de l'acte.

- Trois catégories de patients peuvent être rencontrées en pratique quotidienne :
- ❖ **Patient à risque faible** : sont les patient asymptomatiques sous l'effet du TRT.
- ❖ **Patient à risque modéré** : sont les patients qui sont sous TRT présentant une symptomatologie intermittente telle une dyspnée à l'effort.
- ❖ **Patient à risque élevé** : sont les patients dont les symptômes persistent malgré un TRT énergétique.
- Aucun TRT ne sera envisagé chez un patient présentant une insuffisance cardiaque non prise en charge sur un plan médical.
- L'anxiété peut être réduite par une prémédication sédatrice.
- Eviter les chirurgies électives sous anesthésie générale.
- Chez les patients présentant une affection valvulaire sous-jacente une prophylaxie anti-infectieuse sera administrée si les actes sont à l'origine d'une bactériémie. (voir modalité de prescription d'une antibioprofylaxie (page 21).

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- L'usage de vasoconstricteur sera exclu chez les non contrôlés ou présentant des troubles de rythmes.
- Respecter les règles de l'hémostase et les précautions chez les patients sous anticoagulants (voir prise en charge des patients sous anticoagulants)
- Si des soins urgents s'imposent avant toute consultation médicale, les actes seront réduits au strict minimum.

A la fin de l'acte

- Certaines prescriptions pouvant interférer sur les soins doivent être prise en considération en raison de leurs effets secondaires, dans tous les cas si des modifications doivent être envisagées, elles le seront en accord avec le praticien traitant. Éviter les AINS chez les patients sous anticoagulants, éviter les barbituriques et les narcotiques.

1.7. L'insuffisance cardiaque**1.7.1. Définition [2,7]**

Incapacité du cœur à délivrer un débit suffisant au besoin de l'organisme à un niveau normal de remplissage. Le New York Heart Association a établi une classification de la sévérité de l'IC : classification NYHA (tableau 14).

Tableau 14 : **Classification de l'insuffisance cardiaque selon NYHA. [2,7]**

NYHA 1	Pas de symptômes ni de limitation des activités ordinaires.
NYHA 2	Limitation légère de l'activité à l'aise au repos, mais l'activité ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations ou une dyspnée.
NYHA 3	Réduction de l'activité physique : à l'aise au repos mais une activité physique moindre entraîne une fatigue, des palpitations, ou une dyspnée.
NYHA 4	Limitation sévère : symptômes présents même au repos.

1.7.2. Traitement ,répercussions buccales et risques potentiels de l'IC

Le tableau ci-dessous (tableau 15) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs d'IC

Tableau 15 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'IC [2,7].

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés à l'IC
Diurétiques, IEC, bêtabloquants, ...	Hyposialie- xérostomie	-Hémorragique si le patient est sous anticoagulants, -anesthésique vis-à-vis des vasoconstricteurs,
(IEC, Diurétiques),	Héactions lichénoïdes	-Médicamenteux ;
IEC	Altération du goût	- Décompensation ;
Antagonistes de l'angiotensine2	Toxidermie ulcéreuse	-Hypotension orthostatique.

1.7.3. Prise en charge en odontologie

Accueil avant la réalisation de l'acte.

- NYHA 4 : prise en charge hospitalière.
- NYHA 3 : avis du cardiologue pour déterminer, en fonction du soin à réaliser, si la prise en charge doit avoir lieu en milieu hospitalier ou en cabinet dentaire.
- NYHA 1 ou NYHA 2 : possibilité des soins en respectant les précautions générales
Avant, pendant et après la réalisation de l'acte :
 - Limiter le stress du patient en administrant une prémédication sédatrice et /ou MEOPA et s'assurer d'avoir une analgésie efficace avant de débiter le soin.

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Limiter la dose totale de vasoconstricteurs.
- Précautions particulières pour les patients présentant une arythmie et /ou porteur d'un dispositif cardiovasculaire implantable.

A la fin de l'acte

- Eviter une hypotension orthostatique en fin de soins en relevant le patient lentement.
- Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses.

1.8. Le souffle cardiaque [13]

1.8.1. Définition

Les souffles cardiaques sont des vibrations de durée supérieure au son classiquement émit par la fonction cardiaque. En général, ces phénomènes ont pour origine : une augmentation du flux, un changement de viscosité ou des valves anormales. Les souffles sont détectés à l'auscultation au stéthoscope. Les souffles peuvent être fonctionnels ou organiques (tableau 16).

Tableau 16 : Le souffle fonctionnel et organique.

Fonctionnel	Organique
Innocent, physiologique, temporaire, lorsque il se manifeste en absence de pathologies. survient chez l'enfant, durant la grossesse, anémie ou fièvre, il est le plus souvent systolique.	Pathologique, lorsque il résulte d'une anomalie cardiaque, il est permanent, le plus souvent diastolique (les souffles diastoliques sont souvent organique. Ont pour origine : malformation congénitale cardiaque, affections valvulaires, EI, affections auto-immunes, valves prothétiques métalliques...

1.8.2. Traitement ,répercussions buccales et risques potentiels du souffle cardiaque

Le tableau ci-dessous (tableau 17) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs du souffle cardiaque.

Tableau 17 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels du souffle cardiaque.

Prise en charge médicale	Répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
Concerne les souffles organiques, selon la pathologie en cause (digitaliques, vasodilatateurs...)	Selon l'origine, cyanose labiale et muqueuse révélatrice d'une hypoxie.	-Infectieux (EI) ; -Médicamenteux ; -Anesthésique ; -Hémorragique.

1.8.3. Prise en charge en odontologie : (les précautions concernent les patients qui présentent un souffle organique)

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Précautions à prendre en présence d'un souffle organique :
- Contrôler le stress et l'anxiété, en cas de nécessité administration de prémédication sédatrice, le benzodiazépine constitue le meilleur choix.
- Toute chirurgie électorale sous anesthésie générale est à éviter en raison de l'effet cardiodépresseur des anesthésiques volatiles.
- Prévention de l'EI par une antibioprophyllaxie quand l'acte réalisé est à l'origine d'une bactériémie
- Concernant les patients sous anticoagulants, prévenir le risque hémorragique avec les moyens locaux d'hémostase et contrôle de l'INR.

Prise en charge sur le fauteuil : pendant la réalisation de l'acte.

- Dans le cadre de l'anesthésie, les précautions sont en fonction de manifestations cardiaques associées. L'usage de vasoconstricteurs. sera exclu chez les patients non contrôlés ou sujets à troubles de rythmes.

A la fin de l'acte

- Précautions vis-à-vis des médicaments, éviter les interactions médicamenteuses.
- Eviter de prescrire les AINS.

2. Les maladies respiratoire

Elles touchent l'appareil respiratoire, les maladies respiratoires à risque sont essentiellement :

L'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

2.1. L'asthme

2.1.1. Définition

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes, cette inflammation entraîne chez les sujets prédisposés des symptômes généralement associés à une importante obstruction des voies aériennes, obstruction souvent réversible, soit spontanément soit sous TRT. Le rétrécissement des bronches est secondaire à l'intrication de trois éléments : l'œdème, hypersécrétion des glandes à mucus et le bronchospasme. Les signes de la crise d'asthme sont : dyspnée intense expiratoire sifflante, bradypnée, pâleur, sueurs, angoisse. Lorsqu'un facteur infectieux est surajouté l'expectoration est purulente. Entre les crises, l'examen clinique est normal [7].

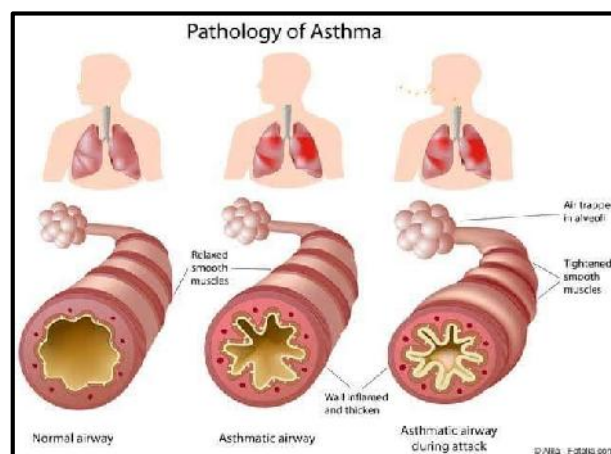


Figure 16 : Les bronches pulmonaires d'un asthmatique [20].

2.1.2. Traitement ,répercussions buccales et les risques potentiels de l'asthme

Le tableau ci-dessous (tableau 18) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de l'asthme.

Tableau 18: Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'asthme [2,7].

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés à l'asthme
<p>-TRT de la crise : -sympathomimétiques bronchodilatateurs en aérosols doseurs type Ventoline®...</p> <p>-TRT antibiotique en cas de surinfection, en évitant l'érythromycine si le malade est sous théophylline.</p> <p>-Une oxygénothérapie.</p> <p>-TRT de fond : son indication varie selon l'intensité de la maladie (-sympathomimétiques inhalés a longue durée ou per os, un anti cholinergique, corticoïdes inhalée a forte doses.</p>	Il peut y avoir des candidoses buccales duaux corticoïdes	Infectieux lié aux corticoïdes, anesthésique lié a possibilité d'une allergie, médicamenteux, risque de survenue d'une crise d'asthme.

2.1.3. Prise en charge en odontologie [7]

Accueil : Avant la réalisation de l'acte

- Le patient asthmatique doit apporter ses médicaments habituels avec lui.

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Le patient doit supprimer tout foyer infectieux bucco-dentaire.
- Les vasoconstricteurs associés aux anesthésiques locaux sont indiqués car bronchodilatateurs.

A la fin de l'acte

- Précautions lors de la prescription et éviter : les cholinergiques qui sont des bronchoconstricteurs, histamino-libérateurs non spécifique (morphine, poly myxine), médicaments responsables de réactions anaphylactoides (acide méfénamique, indométacine), les médicaments allergisants (lactamines, aspirine, barbituriques,...)
- Eviter les interactions médicamenteuses (érythromycine et théophylline).

Incident/ accident !

En cas de crise d'asthme :

- Arrêter les soins.
- Mettre le patient en position assise ou semi assise.
- Faire inhaler deux bouffés de bronchodilatateur (ventoline).
- **Si persistance** : pratiquer une oxygénation importante.
- Injecter un corticoïde d'action rapide (Celestène®, Soludecadron®).et appeler une équipe médicale d'urgence.

2.2. La broncho-pneumopathie chronique obstructive BPCO [7]

2.2.1. Définition

La BPCO est une maladie chronique inflammatoire des bronches caractérisé par un rétrécissement progressif et une obstruction permanente des voies aériennes et des poumons entraînant une gêne respiratoire ou dyspnée, c'est une maladie non curable mais dont le diagnostic et le TRT précoce permettent de ralentir l'évolution.

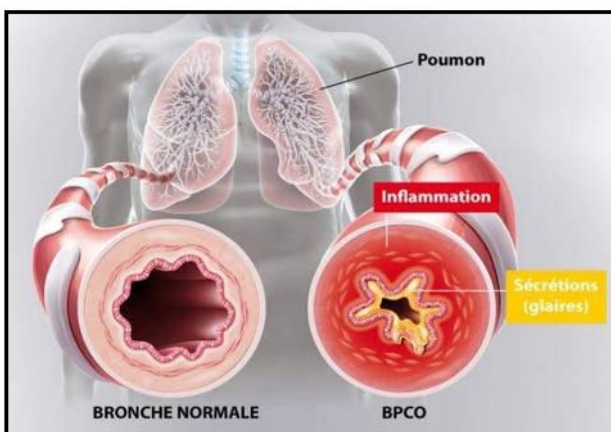


Figure 17 : Les bronches pulmonaires chez un malade atteint de la BPCO [21].

2.2.2 Traitement répercussions buccales et risques potentiels de la BPCO

Le tableau ci-dessous (tableau 19) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de la BPCO.

Tableau 19 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la BPCO [7].

La prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccale	Les risques liés à la maladie
Prescription de bronchodilatateurs courts ou longue durée parfois associées à des corticoïdes.	Cyanose, des candidoses peuvent être observées dues aux corticoïdes.	-Infectieux ; -Médicamenteux ; -Dépression respiratoire ;

2.2.3 Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Précautions à l'égard du stress : une prémédication sédatrice peut être administrée (le protoxyde d'azote inhalé est une approche de choix, les barbituriques et les narcotiques par contre sont contre indiqués car dépresseurs respiratoires ainsi que la sédation intraveineuse).
- Pour les patients sous corticoïdes, un apport supplémentaire peut être utile le jour de l'acte, en raison de la suppression surrénalienne.
- A l'égard du risque infectieux chez les patients sous corticoïdes, une antibioprofylaxie est donc souhaitable avant un acte à l'origine de bactériémie [7].

A la fin de l'acte

- En cas de prescription, éviter les Anti cholinergiques ni d'antihistaminiques car ils favorisent la rétention de mucosités.
- Administration oxygénée prudente.
- En cas de soins urgents : ils sont possible si le patient est stable, toute déficience respiratoire impose des soins en milieu hospitalier, privilégier une position assise
- Le patient peut avoir des difficultés avec la digue qui diminue le passage de l'air [10].

3. Les affections neurologiques

Les affections neurologiques touchent le système nerveux, les plus rencontrés sont :

-Epilepsie

-L'accident vasculaire cérébral

- L'Alzheimer

3.1. L'épilepsie

3.1.1. Définition [2,13]

Troubles de la fonction cérébrale Résultats de décharges neuronales anormales au sein du cortex cérébral. Elle peut être symptomatique d'une lésion acquise, aiguë ou chronique ou d'une perturbation idiopathique avec ou sans prédisposition familiale, les expressions cliniques de ces crises les plus fréquentes sont la perte de connaissance et la convulsion.

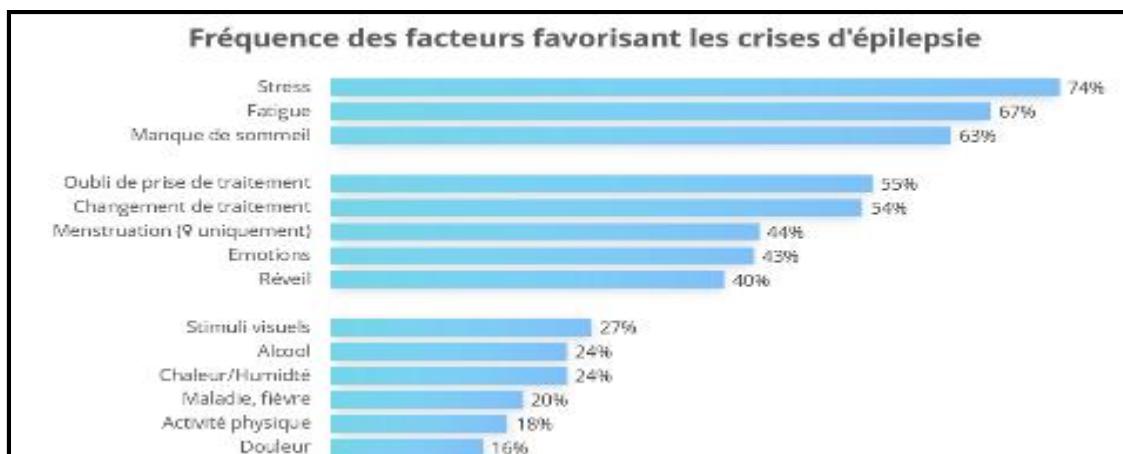


Figure 18 : Les facteurs favorisant les crises d'épilepsie [22].

3.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'épilepsie

Le tableau ci-dessous (tableau 20) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de l'épilepsie.

Tableau 20 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'épilepsie [2,13].

Prise en charge médicamenteuse	Les répercussions buccales	Les risques potentiels
- La phénytoïne - l'acide valproïque	-Pétéchies palatines	Risque sur l'hémostase et la coagulation, (carbamazépine et acide valproïque)
-Hydantoïnes	- Hyperplasie gingivale	-Risque infectieux augmenté en cas de traitement par carbamazépine.
-La carbamazépine -Barbiturique -Benzodiazépine	-Pétéchies palatines - Xérostomie.	-Risques médicamenteux (ATB/ anticonvulsivant)
	-Fractures dentaires et maxillaires. -Morsure de la langue et des muqueuses buccales	- Risque de crise convulsive

3.1.3. Prise en charge en odontologie [23]

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Eviter d'intervenir chez un patient non traité ou non équilibré, et en cas d'urgence l'intervention dans un milieu hospitalier.
- Demander au patient de dormir suffisamment la veille.
- Collation préopératoire afin d'éviter une hypoglycémie.
- La phénytoïne, la carbamazépine et l'acide valproïque pouvant interférer avec l'agrégation plaquettaire, un TS et une NFS seront demandés.
- Une prophylaxie anti-infectieuse sera administrée vis-à-vis du risque infectieux.

Prise en charge sur le fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Intervention dans une ambiance calme.
- Pas de lumière clignotante devant le patient au fauteuil (néo défectueux)
- Les règles chirurgicales de base pré-per- et post-opératoires sont comme toujours à respecter.

A la fin de l'acte

- Attention aux interactions médicamenteuses lors des prescriptions ; ATB/anticonvulsivant ; ex : macrolides /carbamazépine.

Incident/ accident

En cas de crise sur le fauteuil :

- Arrêter immédiatement les soins, retirer tout objet de sa bouche.
- Eviter que le patient tombe, ou protéger sa chute.
- Assurer la liberté des voies aériennes
- La plupart des crises cessent dans les 5 minutes. Si tel n'est pas le cas, ou si la crise recommence, une administration, jusqu'à 10 mg, de benzodiazépine sera réalisée et faire appel à une équipe médicalisée [13].

3.2. Accident vasculo-cérébral (AVC)

3.2.1. Définition

Urgence neuro-vasculaire, c'est un trouble neurologique brutal lié à la fois à une atteinte du parenchyme cérébrale et à une lésion vasculaire artérielle ou veineuse (obstruction ou à la rupture d'un vaisseau sanguin cérébral) [10,13].

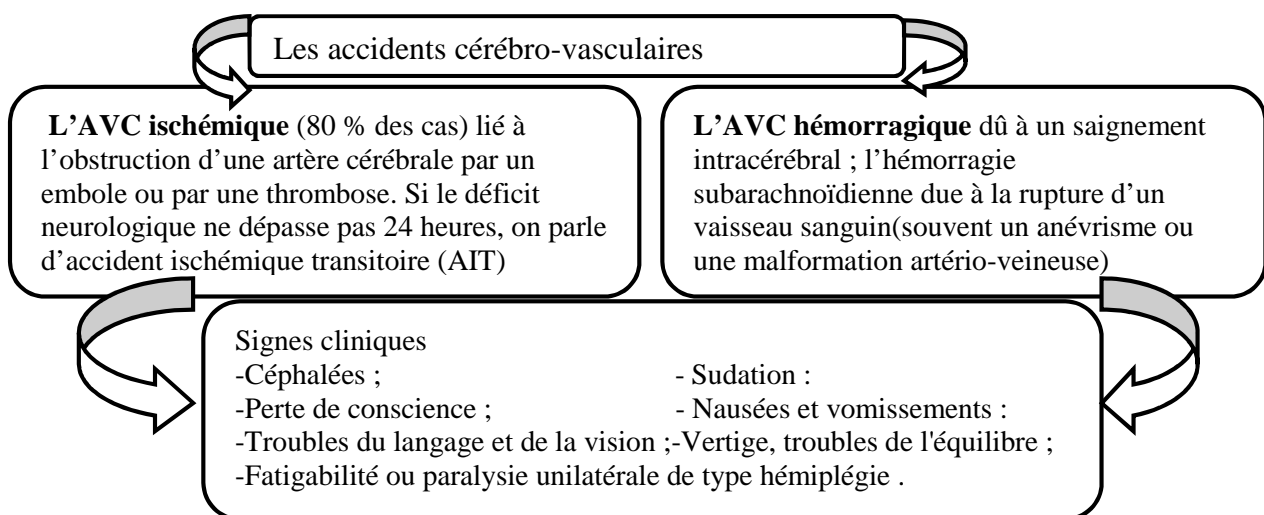


Figure 19 : AVC ischémique et hémorragique [10,13].

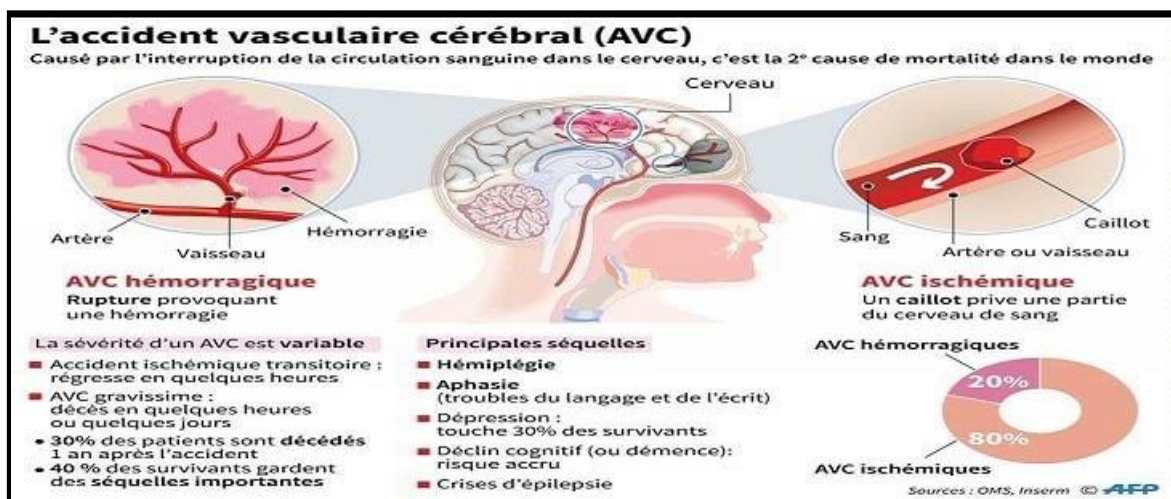


Figure20 : Type d'AVC [24] .

3.2.2. Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'AVC

Le tableau ci-dessous (tableau 21) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de l'AVC.

Tableau 21 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'AVC [7,13].

Prise en charge médicamenteuse	Les répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-Des patients sous AVK -Anti agrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, ticlopidine) -Corticoïdes (cas d'œdème cérébral)	-Xérostomie, -Lésions hémorragiques -Déviation et/ou protrusion linguale -Insuffisance d'hygiène notamment unilatérale du côté opposé au siège de l'accident.	-Risques hémorragiques -Risque infectieux

3.2.3. Prise en charge en odontologie [10,13]

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Les soins, si possible de courte durée, seront réalisés le matin.
- Eviter les sédatifs pouvant être à l'origine d'hypotension car celle-ci peut précipiter un AIT. Les benzodiazépines sont tout à fait appropriées ainsi que la sédation consciente par inhalation d'un mélange oxygène-protoxyde d'azote.
- Les patients sous anticoagulants et corticoïdes, sont sujets à une insuffisance surrénalienne ne leur permettant éventuellement pas de faire face au stress associé aux soins. Ainsi une prescription complémentaire sera envisagée.
- l'INR doit être inférieure ou égale à 2.
- Chez les patients ayant un antécédent récent de méningite bactérienne ou d'abcès cérébral, une antibioprofylaxie sera réalisée.
- Les mesures universelles d'hygiène et d'asepsie.

Prise en charge sur le fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- La déglutition peut être perturbée ; ajustez la position de la tête et assurez une aspiration chirurgicale constante pendant les soins.

A la fin de l'acte

- Les AINS et le paracétamol sont contre indiqués chez les patients sous AVK.
- Eviter la survenue d'une hypotension orthostatique qui peut être à l'origine d'un AIT
- Si les manifestations de l'AVC régressent dans les 10 à 15 minutes, le patient sera adressé à son médecin traitant pour prise en charge et réalisation rapide du bilan étiologique afin d'éviter une récurrence.

Incident/ accident

- En cas d'AVC au cours des soins, ces derniers seront arrêtés, le patient sera placé en position de décubitus dorsal (sauf s'il s'agit d'un accident d'origine hémorragique où la position assise est préférable) et les fonctions vitales, tout particulièrement la ventilation, le pouls et la tension artérielle, seront surveillées et appeler les urgences.

3.3. Maladie d'Alzheimer**3.3.1. Définition**

C'est une maladie neuro-dégénérative progressive et irréversible faisant partie des démences, son diagnostic probable repose sur plusieurs critères : troubles de la mémoire, troubles d'au moins une des fonctions cognitives suivantes : langage, praxie, gnosie et fonctions exécutives et retentissement significatifs de ces troubles sur les activités sociales, familiales et professionnelles, On définit 3stades d'évolution (voir figure 21) [2].

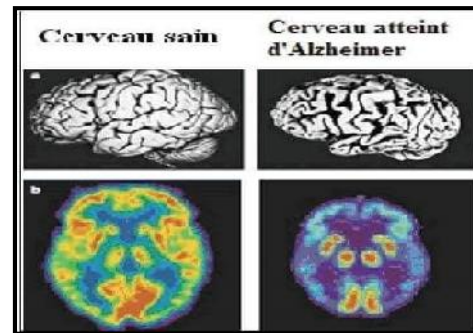


Figure 21 : Comparaison entre un cerveau sain et un cerveau atteint d'Alzheimer [25].

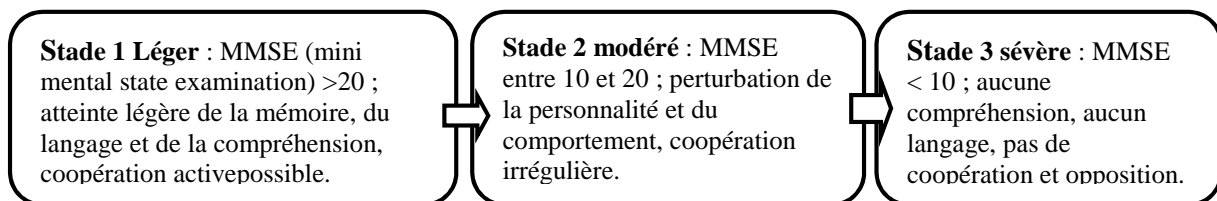


Figure 22 : Stade d'évolution de la maladie d'Alzheimer [2].

3.3.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'Alzheimer

Le tableau ci-dessous (tableau 22) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de l'Alzheimer.

Tableau 22 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'Alzheimer [2,23].

Prise en charge médicamenteuse	Les répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-Inhibiteur de la cholinestérase : Galantamine, Donepezil, Rivastigmine -Antagoniste des récepteurs NMDA : Mémentine -Antidépresseurs principalement ISRS ; Inhibiteur Sélectif de la Rupture de la Sérotonine : Paroxitine ,Fluoxitine ,Citalopram -Neuroleptiques -Anxiolytique - Anticonvulsivants	-Diminution voir absence de l'hygiène bucco-dentaire (l'HBD) -Polycariesliées aux troubles alimentaires. -Troubles de déglutition (par perte de reflexe de déglutition) -Hyposialie, (anxiolytiques, antidépresseurs) -Ulcérations buccale -Parodontolyse.	-Risque d'interactions médicamenteuses -Problème d'observance

3.3.3. Prise en charge en odontologie [2]

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Accord nécessaire du tuteur pour réaliser des soins.
- Selon les stades :
 - Stade 1 :
 - Motiver le patient et son entourage à l'HBD
 - Prévention par des bilans bucco-dentaire chaque 6 mois, et anticiper les pathologies B-D.
 - Réaliser les réhabilitations prothétiques le plus tôt possible.
 - Stade 2 et 3 :
 - Hygiène bucco-dentaire et /ou des prothèses assuré par l'entourage
 - Fluoration
 - Bilan bucco-dentaire tous les 3 à 6 mois.
 - Anticiper les pathologies bucco-dentaires.
 - Sédation

Prise en charge sur le fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- En cas d'urgence : soulager la douleur, traitement de l'infection.

A la fin de l'acte

- Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses, Antibiotique /anticonvulsivants

4. Les affections hématologiques

4.1. Définition

Les maladies hématologiques ou hémopathies sont des affections caractérisées par une atteinte des éléments figurés du sang [10]. Elles peuvent être divisées en quatre grands groupes :

- Syndrome anémique
- Troubles de l'hémostase
- Syndromes non prolifératifs
- Syndromes prolifératifs malin

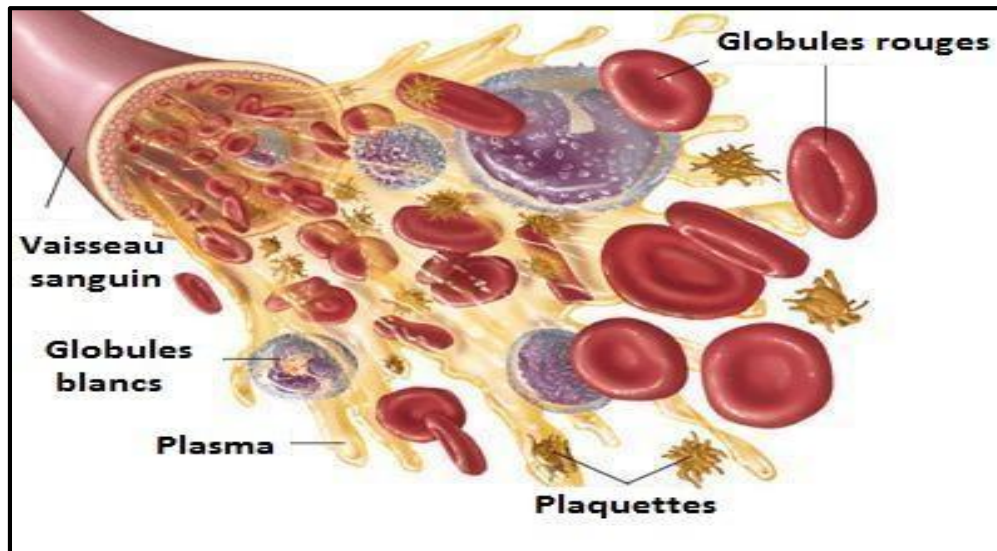


Figure 23 : Les éléments figurés du sang [26].

4.1.1. Syndrome anémique

L'anémie est une faible teneur en hémoglobine ce qui se traduit par une diminution de la capacité du sang de transporter l'oxygène,

On distingue 4 types d'anémie : hypochrome, macrocytaire, normocytaire et hémolytique. On parle d'anémie au-dessous d'un taux d'hémoglobine de : 13g/dl chez l'homme adulte, 12g/dl chez la femme et chez l'enfant et 10,5g/dl chez la femme enceinte [10].

4.1.2. Syndromes prolifératifs malins

4.1.2.1. Leucémie : Sont des proliférations malignes des tissus hématopoïétiques.

4.1.2.2. Lymphome et myélome multiple

Ce sont des tumeurs malignes qui se développent aux seins du tissu lymphoïdes (la maladie de Hodgkin, lymphome non Hodgkinien, lymphome de Burkitt), ou bien au sein des plasmocytes (myélome) [7].

4.1.3. Syndromes non prolifératifs des globules blancs

Sont des troubles quantitatifs des cellules leucocytes : leucocytose par augmentation ou une leucopénie par diminution du nombre. Essentiellement :

4.1.3.1. Neutropénie : (diminution des Polynucléaires Neutrophiles PNN au-dessous de 1500 /mm³).

4.1.3.2. Agranulocytose : (Neutropénie sévère PNN<500/mm³, elle s'observe surtout comme une complication de la chimiothérapie antimétabolique) [7].

4.1.4. Troubles de l'hémostase

4.1.4.1. Troubles de l'hémostase primaire (Désordres plaquettaires) : c'est des anomalies qui touchent les phénomènes qui aboutissent à la formation du clou plaquettaire et à l'arrêt du saignement, on distingue : Thrombopénies (nombre des plaquettes <150000/mm³)
Thrombopathie et Thrombasthénie de Glanzmann ,...

4.1.4.2. Anomalie de la coagulation : Ils sont dus à un déficit d'un ou plusieurs facteurs de coagulation, ils peuvent être classés en deux catégories : Coagulopathies acquises (Déficit en facteur vit K, Coagulation intra-vasculaire disséminée, Affections hépatiques, Des inhibiteurs pathologiques de la coagulation) et Coagulopathies héréditaires (Les hémophilies ,Maladie de Willebrand [13].

4.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des affections hématologiques

Le tableau ci-dessous (tableau 23) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs des affections hématologiques.

Tableau 23 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels des affections hématologiques [13, 27].

	Prise en charge médicamenteuse	Les répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
Anémie	-Fumarate ferreux ; -Fer injectable ; -Acide folique et ses dérivés ; -Vitamine B12 ;	-Pétéchies ; purpura ; -Stomatite angulaire ; glossite. -Atrésie œsophagienne. -Bouche brulante. -Muqueuses pâles.	- Risque hémorragique -Risque infectieux
Syndrome prolifératifs malins	-Chimiothérapie et Radiothérapie.	- Gingivorragies et pétéchies - Adénopathies ; - Accroissement gingival -Infections récurrentes, -Effets de chimio et radio thérapies.	-Risque médicamenteux -Risque hémorragique. -Risque infectieux. -Anesthésique.
Syndrome non prolifératifs des GB	-Immunosupresseurs - -Androgènes (Nilevar, Dantol)	-Gingivites, parodontites, ulcérations muqueuses,...	- Risque infectieux. - Risque médicamenteux
Troubles d'hémostase	Facteurs de coagulation- Corticoïde -Splénectomie ; -Cyclosporine ;	-Lésions hémorragiques -Purpura. -Hématomes, -Pétéchies, ecchymoses, -Gingivorragies.	-Risque infectieux. - Risque hémorragique. -Risque anesthésique. -Médicamenteux

4.3.Prise en charge en odontologie [13]

Accueil : Avant la réalisation de l'acte

- Demande d'un bilan (FNS, taux de plaquettes, INR et TCA).
 - **En cas de syndrome anémique :**
 - Chez le patient présentant une drépanocytose, une antibioprofylaxie sera préconisée lors des actes invasifs.
 - Les actes à l'origine d'un saignement seront reportés pour qu'ils aient lieu dans les conditions optimales de sécurité, un taux Hb= 10g/dl est considéré comme une gage de sécurité pour les soins.
 - **En cas de syndromes prolifératifs**
 - Leucémie :** Ne pas intervenir en phase aigüe de la maladie ou au cours de la phase aplasante de la chimiothérapie et ne prescrire qu'une antibiothérapie massive à visée symptomatique. En cas d'urgence qui semble non contrôlable par les antibiotiques (abcès collecté, cellulite), l'éradication des foyers sera réalisée sous couverture antibiotique en milieu hospitalier (transfusion plaquettaire)
 - Myélomes et lymphomes multiples :** Une antibioprofylaxie est indispensable lors des interventions chirurgicales (traitement canalaire) chez les patients sous chimiothérapie ou corticoïdes.
 - **En cas de syndromes non prolifératifs**
 - En cas de neutropénie sévère : seuls les soins urgents indispensables seront réalisés en milieu hospitalier.
 - En cas de neutropénie modérée : une antibioprofylaxie sera prescrite avant une intervention.
 - **En cas de trouble de l'hémostase :**
 - Thrombopénie de 150000/mm³ : tous les soins sont possibles
 - Thrombopénie de 100000 à 50000/mm³ : Actes sans risque hémorragique (soins conservateurs)
 - Thrombopénie en dessous de 50000/mm³ : pour tout acte à risque hémorragique : prise en charge hospitalière après transfusion des plaquettes.
 - Une antibioprofylaxie peut être prescrite selon la sévérité et le cas présenté.

Prise en charge sur le fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- **En cas de trouble de l'hémostase :**
 - Les soins conservateurs sont possibles au cabinet dentaire, mais pour un traitement canalaire il faut discuter le cas du patient détail avec l'hématologue.
 - S'il n'y a pas de contre-indication, on utilise un anesthésique avec vasoconstricteurs pour limiter le risque de saignement local.
 - Prendre des radiographies intra-orales sans traumatiser la muqueuse.
 - Prévenir la survenue d'un traumatisme muqueux durant les soins.

A la fin de l'acte

-Précautions vis à vis des prescriptions médicamenteuses (l'activité du méthotrexate est diminuée avec la pénicilline, la kanamycine et les corticoïdes, est augmentée avec les salicylates et les tétracyclines)

➤ **En cas de syndrome anémique :**

Toute infection d'origine bactérienne, en particulier du tissu osseux sera traitée par une antibiothérapie adéquate pour prévenir tout risque d'ostéomyélite.

➤ **En cas de syndromes prolifératifs :**

Myélomes et lymphomes multiples Lors des prescriptions, il faut proscrire toute thérapeutique à toxicité hématologique (AINS, sulfamides)

➤ **En cas de syndromes non prolifératifs**

Il faut éviter les médicaments responsables d'agranulocytose comme les AINS pyrazolés (ex : noramidopyrine), les sulfamides et les imidazolés.

5. Troubles de l'immunité

Sont des maladies qui touchent le système immunitaire, on parlera essentiellement : du SIDA et de l'allergie.

5.1. Le syndrome d'immuno déficience acquise (SIDA) et virus de l'immuno - déficience humaine (VIH)**5.1.1. Définition**

Le Syndrome d'Immuno Déficience Acquise (SIDA) est le stade le plus avancé de l'infection par le virus de l'immuno - déficience humaine (VIH). C'est un ensemble d'affections opportunistes, telles que la pneumocystose, et/ou de tumeurs, telles que le sarcome de Kaposi ou autres tumeurs (en particulier les lymphomes), associées à une immuno- déficience sévère causé par le VIH. Le virus peut être détecté dans le sang, le plasma, le sperme, les sécrétions vaginales, la salive. Les larmes et le liquide céphalorachidien [2,13].

5.1.2. Traitement, répercussions buccales et risque potentiels du VIH

Le tableau ci-dessous (Tableau 24) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs du VIH.

Tableau 24 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du VIH [2, 13,19].

Prise en charge médicamenteuse	Les répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-Analogues nucléosidiques de la transcriptase invers . -Inhibiteur de protéase -Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse -Inhibiteur de fusion. -Inhibiteur d'entrée -Inhibiteur d'intégrase -Association de truvada + INNTI - Association de truvada +II [2].	- Lésions érythémateuses multiformes. - Lésions ulcéraives. - Réactions lichénoïdes. - Paresthésies péri-orales. - Hyperpigmentations des muqueuses. - Xérostomies. - Candidoses. - Purpura. -Mucites. -Dysgueusies[19].	-Risque infectieux : en raison de l'immunodépression -Risque hémorragique :le sujet présentant une thrombocytopénie . -Risque médicamenteux -Risque de contamination [13].

5.1.3. La prise en charge en odontologie [13]

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Placer le rendez-vous en fin de journée afin de faciliter la désinfection des lieux
- Le stress doit être réduit au maximum en cas de traitement à base de corticoïdes. Une sédation pharmacologique peut être utilisée Si le choix porte sur une sédation par inhalation de protoxyde d'azote (préférable à la sédation par voie orale chez les patients toxicomanes), elle nécessitera alors, de façon impérative, l'usage de canules et masques jetables.
- Les précautions à prendre à l'égard du traitement suivi par le patient sont fonction du stade de la maladie, de la nature des infections opportunistes qui y sont associées et de leur traitement. Ainsi, les précautions seront définies au cas par cas.
- En raison des risque de thrombocytopénie et/ou de thrombopathie ainsi que des troubles hépatiques associés, une NFS, un TSet un TP seront demandés avant tout acte chirurgical .
- L'administration d'une prophylaxie anti-infectieuse.

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Elimination de tout foyer infectieux.
- Dans le cadre de soins urgents, l'attention du praticien doit se porter en priorité sur les risques de transmission.

A la fin de l'acte

- En raison de leurs effets antiplaquettaires. L'acide acétylsalicylique, ses dérivés et tout autre anti-inflammatoire non stéroïdien doivent être évités si une thrombopénie est associée.

5.2. Les allergies [28]**5.2.1. Définition de l'Allergie**

Acquisition par un organisme d'une réaction pathologique lors de la rencontre avec une substance à laquelle il a été précédemment sensibilisé, C'est un dérèglement du conflit antigène versus anticorps.

Se manifeste cliniquement par urticaire, œdème de Quinck et choc anaphylactique (figure 24)

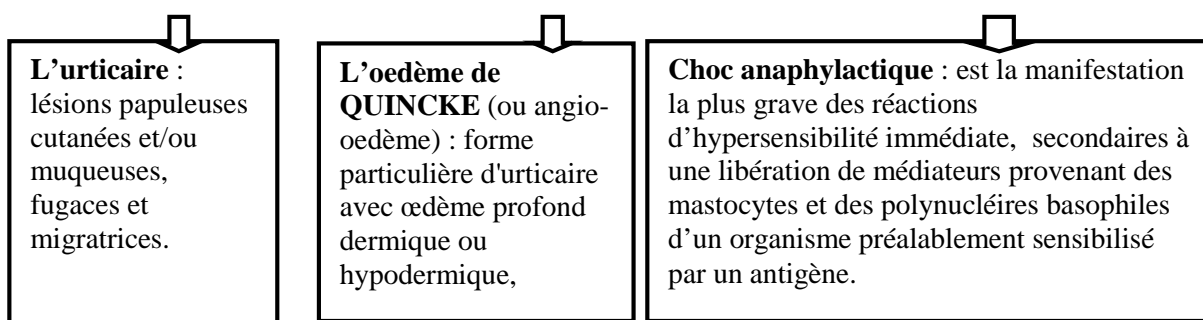


Figure 24 : Les manifestations cliniques de l'allergie [28].

5.2.2. Traitement et risques potentiels liés à l'allergie

Le tableau ci-dessous (tableau 25) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés ainsi que les risques majeurs liés à l'allergie.

Tableau 25 : Traitements et risques potentiels liés à l'allergie [28].

Prise en charge médicamenteuse	Les risques potentiels liés à l'allergie
Anti histaminiques	Risques majeurs : Choc anaphylactique et Œdème de Quincke Risques modérés : Les manifestations allergiques sont multiples : urticaire, rougeurs, rhinite.

5.2.3. Prise en charge en odontologie [28,29].**Aceuil : avant la réalisation de l'acte**

- L'allergie ne contre indique aucun des actes de la pratique odontologique mais impose une extrême prudence.
- Interrogatoire précis ; Importance, caractères, circonstances d'apparition et substances incriminées
- Prescription d'un antihistaminique.

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Exclusion totale la substance allergisante préalablement identifiée, même à faible dose (anesthésiques, latex, antibiotiques, etc.)

A la fin de l'acte

- Éviter la ou les substances allergisantes, mais aussi l'ensemble des produits d'une même famille

Incident/ accident !!

- Arrêter immédiatement les soins dentaires.
- Appel immédiat au service d'urgence.
- Installer le patient en position confortable, le calmer et le rassurer.
- Libérer ses voies aériennes supérieures et évaluer les fonctions vitales.
- Injection en sous-cutané (ou sublinguale) d'adrénaline 0,5 mg à renouveler si nécessaire.
- Administration d'un antihistaminique : Dexchlorphéniramine (POLARAMINE®) 1 ampoule de 5 mg par voie IM
- Administration de corticoïdes à action rapide par voie IM de Méthyl prédnisolone (SOLU-MEDROL® 20 mg) à raison de 1 à 2 ampoules
- Si arrêt cardio-respiratoire, il faut pratiquer la réanimation cardio-pulmonaire

6. Les maladies endocriniennes

Sont des maladies qui touchent les glandes endocrines (pancréas, thyroïde, surrénale, ...),
On distingue essentiellement : diabète, désordres thyroïdiens, désordres surrénaliens.

6.1. Le diabète**6.1.1. Définition**

Le diabète est une altération métabolique dont le diagnostic est basé sur l'augmentation de la glycémie à jeun. (>1.26g /l sur deux prises consécutives)

- L'hémoglobine glyquée (HbA1c) reflète l'équilibre glycémique sur les 3 derniers mois [2] :

Diabète équilibré	Diabète non équilibré	Moyennement équilibré
HbA1c 7%	HbA1c 7%	7% HbA1 8%

Tableau 26 : les différents types du diabète [2].

Le diabète type 1	Le diabète type 2	Le diabète gestationnel	Le diabète secondaire à certaines pathologies
insulinodépendant, dû à une absence de sécrétion d'insuline par destruction des cellules des îlots de Langerhans du pancréas	non insulinodépendant représente 90% des diabètes rencontrés dans le monde	caractérisé par une hyperglycémie avec des valeurs supérieures à la normale, mais inférieures à celles posant le diagnostic du diabète. Il paraît pendant la grossesse	pancréatiques, hépatiques, à certaines maladies génétiques ou à certains traitements hyperglycémifiants comme les corticoïdes.

6.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels du diabète

Le tableau ci-dessous (tableau 27) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs du diabète.

Tableau 27 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du diabète [2, 7,19].

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés au diabète
-Insuline ; -Sulfamides hypoglycémifiants ; - Biguanides (Glucophage) [2]	-caries multiples (Xérostomie et modification de la flore buccale) ; -nécrose pulpaire ; -candidoses et perlèches ; -cellulite [7];	-Infectieux (immunodépression par perturbation des fonctions leucocytaires) -Accident hypoglycémique ; -Cicatrisation difficile ; -présence de complications associées (cardiovasculaire, rénale et neurologique) [19].

6.1.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte.

- Prendre en charge le patient le matin et de préférence après un repas
- Vérifier l'équilibre diabétique qui est basé sur l'HbA1c
- Vérifier le glucose sanguin instantané du patient :
 - s'il est inférieur à 0,7 à 0,9 g/l un apport de carbohydrate sera donné au patient pour prévenir une réaction hypoglycémique durant les soins
 - S'il est supérieur à 2g/l les soins électifs seront reportés
- Tout diabète mal équilibré aggrave une infection et toute infection aggrave le diabète.
- Prescrire une antibioprofylaxie en cas d'acte invasifs [2,10].

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Les vasoconstricteurs ne sont pas contre indiqués
- L'injection doit être lente et sans force
- Diabète équilibré, le patient est considéré comme sain
- Diabète moyennement équilibré : tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales
- Diabète non équilibré : aucune intervention ne sera effectuée avant la stabilisation du diabète et en cas d'urgence (pulpite, cellulite) on interviendra en milieu hospitalier [2,10].

A la fin de l'acte

- Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie :
 - Les corticoïdes sont à utiliser avec précaution (risque élevé d'hyperglycémie) [2,10].
 - Certains AINS potentialisent l'effet des Sulfamides [23].
 - Antifongiques : Miconazole (DAKTARIN)® par voie générale ou gel buccal est contre indiqué chez les patients traités par Sulfamides hypoglycémiant (risque élevé d'hypoglycémie) [2].

Incident / Accident !

Conduite à tenir en cas de crise hypoglycémique

- Dans tous les cas :
 - Arrêt de l'intervention et faire une glycémie capillaire dès que possible
- **Patient conscient et calme** : donner en per os du sucre ou une boisson sucrée (10 à 20g), puis donner à manger un nutriment à index glycémique faible (pain) afin de prévenir un nouveau malaise, possibilité l'intervention.
- **Patient conscient et confus ou agité** : injecter du d'un sérum glucosé ou du Glucagon en intra musculaire ou en sous cutané (1 à 2 mg), si persistance de l'état confusionnel ou de l'agitation appel SAMU.
- **Patient inconscient** : mesures d'urgence en cas de coma (PLS, libération des voies aériennes ...), injection en IVD de 50ml de soluté glucosé à 30 % (G30), mise en place d'une perfusion de soluté glucosé à 10 % (G10), appel SAMU



Figure 25 : Site d'injection du glucagon et insuline [30].

6.2. Désordres thyroïdiens

Sont des anomalies qui touchent la glande thyroïde on distingue essentiellement :

L'hypothyroïdie et l'hyperthyroïdie.

6.2.1. L'hypothyroïdie

6.2.1.1. Définition

Il s'agit d'un déficit en hormones thyroïdiennes par atteinte primitive de la glande thyroïde ou par atteinte hypothalamo-hypophysaire [2].

6.2.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'hypothyroïdie

Le tableau ci-dessous (tableau 28) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs liés à l'hypothyroïdie.

Tableau 28 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels.

Prise en charge médical	Répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-Hormones thyroïdiennes : LT4 (Lévothyrox) [®] ou LT4+LT3 (Euthyral) [®] [2].	-Macroglossie ; -Dysgueusies ; - Retards d'éruption ; -Œdème et hypertrophie gingivale et labiale [23].	- Myxœdème cardiaque ; -Hémorragique, - Coma myxœdémateux : hypotension et bradycardie sévères ; retard mental ; hypothermie ; hyponatrémie ; hypoglycémie [19].

6.2.1.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte.

- Chez les patients non traités :
 - Risque de myxœdème (ne se voit plus à l'heure actuelle)
 - Reporter les soins jusqu'au contrôle de la maladie.
 - Prévoir les moyens locaux d'hémostase [7,23].

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte.

- Les vasoconstricteurs ne sont pas contre-indiqués si le patient est traité [23].
- Eviter l'utilisation répétée ou prolongée de produits iodés (Bétadine)[®] chez le patient ayant un désordre thyroïdien [2].

6.2.2. L'hyperthyroïdie

6.2.2.1. Définition

IL s'agit d'un excès en hormones thyroïdiennes se traduisant au niveau des tissus cibles par un syndrome de thyrotoxicose [2].

6.2.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques liés à l'hyperthyroïdie

Le tableau ci-dessous (tableau29) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs liés à l'hyperthyroïdie.

Tableau 29 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'hyperthyroïdie.

Prise en charge médicale	Les répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-Antithyroïdiens de synthèses (Carbimazole) [®] ; -Benzylthioracile (basdene) [®] [2].	-Augmentation du flux salivaire ; - déminéralisation de l'os alvéolaire ; - susceptibilité aux affections parodontales ; brulures linguales ; -exfoliation précoce des dents temporaires avec éruption précoce des dents permanentes [23].	-Infectieux. -Hémorragique, -Anesthésique, - Crise thyrotoxique : douleurs abdominales ; fièvre et sudation ; délire ; fibrillation ventriculaire [7].

6.2.2.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte.

- Chez les patients non traités :
 - Risque de crise thyrotoxique (rare aujourd'hui car les patients sont diagnostiqués avant ce stade)
 - Reporter les soins jusqu'au contrôle de la maladie [7].
 - Prévoir les moyens locaux d'hémostase,
 - Une antibiothérapie à visée prophylactique doit être prescrite.

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de

- Les vasoconstricteurs ne sont pas contre-indiqués si le patient est traité [23].
- Eviter l'utilisation répétée ou prolongée de produits iodés (Bétadine)[®] chez le patient ayant un désordre thyroïdien [2].

6.3. Désordres Surréaliens

Sont des anomalies qui touchent la glande surrénale, essentiellement :

- syndrome de cushing
- insuffisance surrénalienne
- le phéochromocytome.

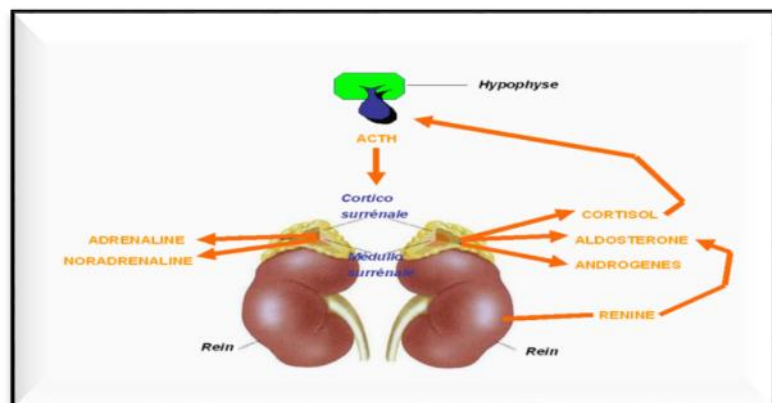


Figure 26 : La glande surénale [31].

6.3.1. Syndrome de Cushing

6.3.1.1. Définition

Il est due à un adénome antéhypophysaire sécrétant un excès d'ACTH, celui-ci provoquant une hyperplasie des surrénales et une hypersécrétion de cortisol [13].

6.3.1.2. Traitement, répercussions et risques potentiels du syndrome de cushing

Le tableau ci-dessous (tableau 30) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs du syndrome de Cushing

Tableau 30 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du syndrome de cushing [7,13].

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
<p>-Le traitement repose selon l'étiologie, sur la chirurgie associée à l'apport de cortisol exogène (traitement des adénomes) et sur la prescription de drogues destinées à bloquer la production de stéroïdes (traitement des carcinomes).</p> <p>Elle peut être traitée par irradiation de la glande pituitaire, par surrénalectomie bilatérale ou par chirurgie pituitaire trans-sphénoïdale qui représente le traitement de choix.</p>	<p>- Gencive hypertrophique et hémorragique, infections bactériennes (effets anti-inflammatoires des corticoïdes).</p>	<p>-Risque hémorragique (HTA, fragilité capillaires) ;</p> <p>-Risque infectieux.</p> <p>-Risque médicamenteux (lié aux corticoïdes)</p>

6.3.2. Insuffisance surrénalienne et maladie d'Addison

6.3.2.1. Définition

Toute production insuffisante de glucocorticoïdes et/ou de minéralocorticoïdes est qualifiée d'insuffisance surrénalienne. Lorsqu'il s'agit d'insuffisance primaire, elle est qualifiée de maladie d'Addison [13].

6.3.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'insuffisance surrénalienne

Le tableau ci-dessous (tableau31) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs liés à l'insuffisance surrénalienne

Tableau 31 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'insuffisance surrénalienne [13].

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
- apport de glucocorticoïde	- caractérisée par la présence de dépôts de mélanine sur les muqueuses buccales -Les muqueuses jugales en sont le plus souvent le siège.	-risque infectieux - risque médicamenteux (lié aux corticoïdes)

6.3.3. Le Phéochromocytome

6.3.3.1. Définition

Il s'agit d'une tumeur de la médullosurrénale souvent associée à des complications des cellules qui synthétisent les catécholamines (adrénaline et noradrénaline) [13].

6.3.3.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels du phéochromocytome

Le tableau ci-dessous (tableau 32) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs du phéochromocytome.

Tableau 32 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du phéochromocytome [7,13].

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-Le traitement est soit médical à base de α ou β -bloquant (pour la tumeur inopérable) ou de métyrosine (en cas d'intolérance aux α et β - bloquants), soit chirurgical : celui-ci représente le traitement de choix mais il est fréquemment associé à des complications per et post chirurgicales	-En général. les patients présentant un phéochromocytome consultent pour des maux de tête persistant dont le diagnostic différentiel est à faire avec certaines algies de la face.	-Hémorragique (HTA) ; - Médical (diabète sucré, crise aiguë). -Anesthésique -Infectieux. -Médicamenteux.

6.3.3.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Une antibioprofylaxie est prescrite en raison des effets immunosuppresseurs des corticoïdes, Une prophylaxie anti infectieuse est recommandée. Les mesures universelles d'hygiène et d'asepsie doivent être respectées

Prise en charge sur fauteuil : pendant la de l' réalisation de l'acte

- Précautions dans le cadre de l'anesthésie : En raison des effets cardiovasculaires et hypertenseurs des vasoconstricteurs, l'utilisation de l'adrénaline est contre indiquée chez les patients présentant un phéochromocytome [7].

À la fin de l'acte

- Précautions dans le cadre de la prescription : aucune prescription aussi bien sédatif (sauf en cas de risque de détresse ventilatoire), antalgique qu'anti infectieuse n'est contre-indiquée. Sauf en cas de pathologies associées (rénale, hépatique, etc. .). Cependant, certains effets possibles, par interactions entre les corticoïdes et les prescriptions quotidiennes, peuvent être observés.
- Précautions à l'égard du risque médicamenteux
- Précautions à l'égard du risque hémorragique [13].

7. Maladies hépatiques et gastro-intestinales

Dans le cadre des maladies hépatiques et gastro-intestinales à risque on parlera des Hépatites virales, de la cirrhose hépatique et de l'ulcère gastroduodéal.

7.1. Les hépatites virales [2]**7.1.1. Définition**

C'est une inflammation du tissu hépatique secondaire à une infection virale. Les virus responsables sont le : VHA, VHB, VHC, VHD (co-infection ou sur infection du VHB) et VHE. Ils peuvent tous être responsable d'une hépatite aiguë (souvent asymptomatique, mais dans de rare cas, le pronostic vital peut être engagé). Seuls les virus de l'hépatite B et C peuvent passer à la chronicité.

Tableau 33 : mode de contamination du virus de l'hépatite [2].

Virus	Mode de contamination
VHA	Oro-fécale
VHB	Parentérale, sexuelle et materno-fœtale
VHC	Parentérale, sexuelle et materno-fœtale, soins dentaires, piercing, exceptionnellement sexuelle
VHD	Parentérale et sexuelle
VHE	Oro-fécale

7.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'hépatite

Le tableau ci-dessous (tableau34) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de l'hépatite.

Tableau 34 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'hépatite [2].

prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
Association de plusieurs Antirétroviraux : RETROVIR®, EMTRIVA®...	- Ictère, gingivorragie, purpura, pétéchies, hématomes buccaux, lichen plan buccal, xérostomie, mucites / stomatites et altération du gout.	-Risque infectieux en cas de neutropénie induite par la Ribavirine -Risque hémorragique en cas de thrombopénie ou d'insuffisance hépatique associée -Risque médicamenteux

7.1.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : Avant la réalisation de l'acte

- Un bilan TP - NFS est demandé avant la prise en charge.
- Une antibioprophyllaxie sera discutée avec l'hépatologue traitant
- Prendre les précautions nécessaires pour éviter la survenue d'accident d'exposition au sang (AES) (risque de contamination).

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Pas de précaution particulière vis-à-vis l'anesthésique pour les patients avec un TP normal
- Tous les soins sont possibles pour patient présentant ou ayant présenté une hépatite virale, avec un TP normal.
- Prise en charge hospitalière pour patient présentant ou ayant une hépatite virale, avec un TP à 50%

À la fin de l'acte

- Mesures d'hémostase pour les patients présentant une thrombopénie
- Précautions vis-à-vis des médicaments contre-indiqués :
 - Le Paracétamol (même à dose thérapeutique)
 - Les AINS et le Tramadol sont contre indiqués en cas d'hépatites aigu
 - Eviter le Paracétamol chez les patients alcooliques (toxicité augmentée)

7.2. Cirrhose hépatique

7.2.1. Définition

La cirrhose résulte de la nécrose des cellules hépatiques suivie de fibrose et de formation de nodules. Elle perturbe la circulation sanguine dans le foie et mène à son dysfonctionnement [10].

7.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la cirrhose [10]

Le tableau ci-dessous (tableau35) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de la cirrhose.

Tableau 35:Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la cirrhose.

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-L'objectif prioritaire du traitement est de faire cesser l'usage de l'alcool. la prescription : diurétique sera préconisée.	-Angiomes stellaires, ictère, altération du gout.	- Risque infectieux ; - Risque hémorragique ; - Risque lié à la molécule anesthésique ; -Risque médicamenteux.

7.2.3. Prise en charge en odontologie:

Accueil : avant la réalisation de l'acte [2,13]

- Un bilan TP - NFS est demandé avant la prise en charge
- Une antibioprofylaxie sera discutée avec l'hépatologue traitant
- Prendre les précautions nécessaires pour éviter la survenue d'accident d'exposition au sang (AES) (risque de contamination).
- Les sédatifs et tranquillisants seront proscrits.

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte [2,13]

- Eviter les anesthésiques à fonction amide (Lidocaine et la Mèpivacaine) (élimination hépatique élevée) ;
- Cirrhose hépatique avec un TP 50% :
 - Tous les soins conservateurs sont possibles en respectant les précautions générales
 - Les actes invasifs et le choix de la thérapeutique Antibiotique seront discutés avec l'hépatologue
- Cirrhose avec un TP 50% :
 - Prise en charge hospitalière

À la fin de l'acte

- Précautions vis-à-vis la prescription médicamenteuse :
 - Limiter la dose quotidienne du paracétamol à 2g en cas de maladie décompensée
 - Eviter les AINS, les tétracyclines et les Miconazoles
 - Réduire la dose du métronidazole et clindamycine [10]

7.3. Ulcère gastroduodéal

7.3.1. Définition [10,13]

Il s'agit d'un groupe de désordres du tractus gastro-intestinal qui se caractérisent par des zones discrètes de destruction tissulaire. Il s'agit le plus souvent d'une inflammation des muqueuses causée par l'acide et la pepsine, avec une infection à *Helicobacter pylori* aggravée par le stress.

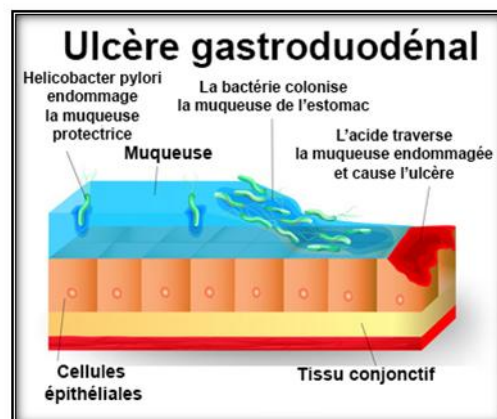


Figure27: L'ulcère gastroduodéal [32].

7.3.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'ulcère gastroduodéal

Le tableau ci-dessous (tableau 36) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de l'ulcère [7,10].

Tableau 36: Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'ulcère.

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-Le traitement implique la modification des facteurs de risque et un traitement médical à base d'antiacides, d'anti-H2, par exemple la Ranitidine, et les inhibiteurs de la pompe à protons, par exemple l'oméprazole. le traitement devra éliminer toute infection par <i>Helicobacterpylori</i> .	-l'exception des malformations vasculaires des lèvres, il n'y a pas de manifestations buccales associées aux ulcères.	-Les problèmes liés à cette affection en pratique chirurgicale orale résident essentiellement dans le stress pouvant être occasionné par les gestes et les prescriptions médicamenteuses (AINS et corticoïdes).

7.3.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Une sédation pharmacologique est souhaitée.
Les soins, si possible de courte durée, réalisés de préférence le matin [13].

À la fin de l'acte

- Précautions à l'égard du traitement suivi par le patient :
 - Interactions médicamenteuses : les antiacides (contenant de l'hydroxyde d'aluminium), par leurs effets chélateurs, limitent l'efficacité des Tétracyclines.
 - L'absorption des Quinolones et de l'Erythromycine est retardée par la Prise concomitante d'antiacides. La prise de ces antibiotiques doit se faire 2 heures avant ou 2 heures après celle de l'antiacide.
- Précautions à prendre dans le cadre de la prescription :
 - En raison de leurs effets irritatifs et pro hémorragiques. L'Acide Acétylsalicylique et ses dérivés et les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens sont contre-indiqués chez le patient ulcéreux.
 - Si une prescription d'antalgiques est envisagée, le choix du praticien portera sur une médication à base de Paracétamol qui pourra être prescrite en toute sécurité.
- Si le patient n'est pas sujet à des phénomènes d'hypersensibilité, le choix anti-infectieux portera préférentiellement sur les Pénicillines qui peuvent être prescrites en toute sécurité chez le patient ulcéreux [13].

8. Maladies inflammatoires

Les maladies inflammatoires chroniques intestinales et la maladie de Behcet seront détaillés si-dessous.

8.1. Maladies inflammatoires chroniques intestinales

8.1.1. Définition [7]

Deux pathologies distinctes sont regroupées sous cette terminologie (MICI) : la maladie de Crohn et la Rectocolite Hémorragique (tableau 37) Des manifestations en dehors du tractus sont possibles et reflètent une dérégulation du système immunitaire. Il existe un risque d'évolution vers un cancer colorectal.

Tableau 37: Maladies inflammatoires chroniques intestinales.

8.1.1.1. Maladie de Crohn	8.1.1.2. Rectocolite hémorragique
Il s'agit d'une maladie granulomateuse chronique qui peut affecter n'importe quelle partie de l'appareil digestif, de la bouche à l'anus. Le plus souvent, c'est l'iléon terminal qui est affecté.	La rectocolite hémorragique est une maladie chronique traduisant une inflammation de l'intestin, qui affecte le côlon, avec une implication rétrograde de l'iléon terminal.

8.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques liés aux MICI

Le tableau ci-dessous (tableau38) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs liés aux MICI [2,33].

Tableau 38: Traitements, répercussions buccales et risques potentiels liés aux MICI.

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-Corticoïdes ; -Immunosuppresseurs ; -Anti-TNF ; -Antibiotiques.	-Ulcérations buccales ; -Chéilite ; -Augmentation du risque carieux due aux modifications alimentaires.	-Risque infectieux due aux traitements (corticoïdes, immunosuppresseurs, anti-TNF) ; -Risque médicamenteux.

8.1.3. Prise en charge en odontologie [33]

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Durant les phases d'activités des MICI, si l'état général du patient est dégradé, il est préférable de repousser les soins non urgents à une période de rémission.
- Une antibioprofylaxie est nécessaire pour les patients sous corticoïdes.

A la fin de l'acte

Précautions Vis-à-vis des interactions médicamenteuses :

- Les Pénicillines sont déconseillées chez les patients traités par Méthotrexate.
- La Clindamycine est à utiliser avec précaution chez les patients traités par Ciclosporine.
- Les Macrolides nécessitent des précautions d'emplois chez les patients traités par Ciclosporine.
- Les AINS sont déconseillés chez tous les patients présentant une MICI.
- Le Fluconazole est à utiliser avec précaution chez les patients traités par Ciclosporine.
- Les corticoïdes voir partie corticoïdes page 77

8.2. Maladie de Behçet [34]

8.1.1. Définition

C'est une maladie liée à l'inflammation des vaisseaux sanguins se manifeste essentiellement par des aphtes buccaux et des parties génitales, s'accompagne d'une atteinte oculaire, de la peau, des articulations, système nerveux et une occlusion des veines ou artères.

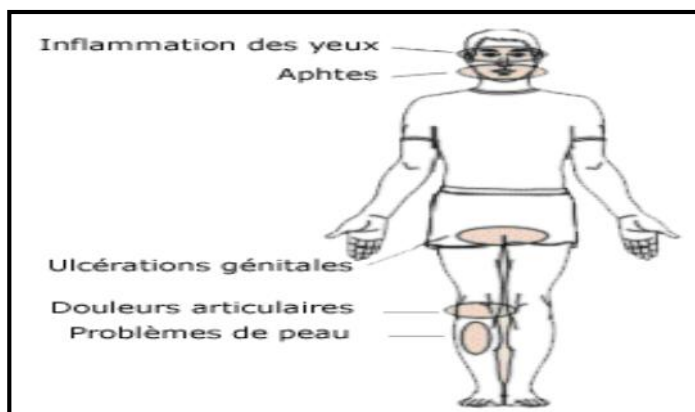


Figure 28: Principales manifestations de la maladie de Behçet [32].

8.1.2. Prise en charge médicamenteuse, répercussions buccales et risques potentiels de la maladie de Behçet

Le tableau ci-dessous (tableau 39) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de la maladie de Behçet.

Tableau 39 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la maladie de Behçet.


Prise en charge médicamenteuse	répercussions buccales	risques potentiels
-Colchicine. -Corticoïdes. -Immunosuppresseur (Cyclophosphamides, Azathioprine). - Interféron -Anti corps anti TNF - Fluidifiant du sang	-Infection et candidoses Buccales -Aphtes buccaux 	-Risque infectieux -Risque hémorragique -Risques liés aux maladies qui peuvent être dues au traitement (anémie, hypothyroïdie)

Figure 29: Manifestations buccales de la maladie de Behçet [32].

8.1.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- prescription d'une antibioprofylaxie en cas de geste invasif
- demander un bilan sanguin (INR, TP, TS) pour les patients sous anticoagulants ou AAP et prévoir les moyens locaux d'hémostase
- Programmation des séances de soins en dehors des poussées d'aphte

9. Les maladies rénales

On distingue essentiellement :

- L'insuffisance rénale
- La greffe de rein

9.1. Insuffisance rénale chronique et dialyse

9.1.1. Définition

L'insuffisance rénale chronique est définie par l'altération progressive et irréversible des fonctions excrétrices et endocrines du rein. Elle se manifeste par une diminution progressive du débit de filtration glomérulaire (DFG), c'est-à-dire en pratique par un abaissement de la clairance de la créatinine. Les insuffisants rénaux sont régulièrement dialysés pour assurer la filtration sanguine [13].

9.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'insuffisance rénale chronique

Le tableau ci-dessous (tableau 40) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de l'insuffisance rénale [13,33].

Tableau 40: Traitements, répercussions et risques potentiels de l'insuffisance rénale chronique.

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-Hyper uricémie(Zyloric) ®, colchicine (Colchimax) ®. -Héparine (chez les hémodialysés). -	-Ulcérations, candidose, parotidite, foetor (haleine avec odeur d'ammoniaque) et ostéolyse de la mâchoire.	- Risque infectieux; -Risque hémorragique; -Risque médicamenteux ;

9.1.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Prescription d'une antibioprofylaxie en cas de geste invasif.
- Avant de réaliser des actes susceptibles d'être à l'origine d'un saignement, une NFS ainsi qu'un bilan d'hémostase doivent être réalisés.
- Afin de prévenir les éventuelles difficultés liées à l'effet anticoagulant de l'héparine, les soins seront programmés le jour suivant la dialyse, ou la veille de celle-ci.
- Précautions à l'égard des troubles de l'hémostase et de la coagulation.
- Dans tous les cas, le contrôle du saignement se fera grâce à l'usage des techniques locales d'hémostase (revoir prise en charge des patients sous anticoagulants) [13].

A la fin de l'acte

- Précautions à l'égard des prescriptions médicamenteuses :
 - Paracétamol : uniquement en cure courte.
 - AINS : évité si possible.
 - Amoxicilline : réduire la dose.
 - Tétracycline : éviter [7].

9.2. Greffe rénale**9.2.1. Définition**

Elle est couramment utilisée comme traitement de l'insuffisance rénale terminale. La transplantation rénale peut être effectuée à partir de rein de cadavre (prélevés sur des malades en coma dépassé) ou à partir de donneurs familiaux [13].

9.2.2. Traitement, répercussions buccales, et risques potentiels de la greffe rénale

Le tableau ci-dessous (tableau 41) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de la greffe rénale [2,7].

Tableau 41: Traitements, répercussions et risques potentiels de la greffe rénale.

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-Corticoïdes ; -Ciclosporine ; - Tacrolimus.	-Modification quantitative et qualitative de la flore buccale ; -Augmentation du risque de cancer ;	-Risque infectieux ; -Risque médicamenteux

9.2.3. Prise en charge en odontologie [57] :**Accueil : avant la réalisation de l'acte**

- Prescription d'une antibioprofylaxie en cas de gestes invasifs

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Avant la transplantation, un bilan bucco-dentaire devra être effectué, avec élimination des foyers infectieux bucco-dentaires

A la fin de l'acte

- Programmer un suivi tous les 6mois après la transplantation
- Précautions à l'égard des prescriptions médicamenteuses
 - Adaptation des doses des antibiotiques
 - AINS Contre-indiqués

10. Maladies osseuses et articulaires

Touchent les Os et les articulations. Les plus fréquentes sont :

- La maladie de Paget
- l'Ostéoporose
- La polyarthrite rhumatoïde
- La prothèse articulaire

10.1. La maladie de Paget

10.1.1. Définition

Il s'agit d'une pathologie osseuse chronique dans laquelle les phénomènes d'apposition et de résorption osseuse sont aléatoires entraînant des déformations et altèrent la fonction. Les os affectés s'affaiblissent et peuvent se fracturer. Les forams osseux se rétrécissent, exerçant une pression sur les nerfs sous-jacents [10].

10.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la maladie de Paget

Le tableau ci-dessous (tableau 42) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de la maladie de Paget.

Tableau 42: Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la maladie de Paget.

Prise en charge médicamenteuse	Répercussion buccale	Risques liés à la maladie
- Bps juste en cas de localisation osseuse douloureuse [7].	-Une hypercementose qui peut entraîner une ankylose par la suite. -Mobilités et migrations dentaires. -Des calcifications pulpaire ont été décrites compliquant alors les soins endodontiques. -Des calcifications salivaires et radiculaires peuvent également être retrouvées. -Des remaniements osseux : une hypertrophie et un élargissement de la mâchoire, la crête alvéolaire s'élargit et le palais s'aplanit (Smith BJ, 1981) -Résorptions radiculaires externes [37].	-Risque infectieux : risque d'ONM lié au traitement par Bps. - Risque hémorragique : en cas de localisation maxillaire, un geste invasif telle une extraction dentaire potentialise ce risque [7].

10.1.3. Prise en charge en odontologie [7].**Accueil : avant la réalisation de l'acte**

- Evaluer le risque d'ONM lié aux Bps (Ce sujet est traité de manière exhaustive dans la partie dédiée au traitement par Bps voir page.81 à laquelle le lecteur doit se référer)

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Tous les soins restaurateurs et endodontiques sont possibles
- précautions d'hémostases particulières pour prévenir le risque hémorragique (revoir prise en charge des patients sous anticoagulants)

À la fin de l'acte

- Les complications infectieuses fréquemment observés au décours d'une intervention de chirurgie orale pourront justifier la prescription d'antibiotiques chez ces patients

10.2. L'ostéoporose**10.2.1. Définition**

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la micro - architecture du tissu osseux, responsables d'une fragilité osseuse, donc d'une augmentation du risque de fracture [38].

10.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'ostéoporose

Le tableau ci-dessous (tableau43) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de l'ostéoporose [39].

Tableau 43: Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'ostéoporose.

Prise en charge médicamenteuse	Risques liés à la maladie
-Inhibiteurs de la résorption osseuse : Bps et dénosumab ; -Stimulateurs de la formation osseuse : teriparatide ; -Vitamine D et calcium.	-Risque infectieux : risque d'ONM lié au traitement par Bps

10.2.3. Prise en charge en odontologie

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'ace

- Il n'existe pas d'implications dentaires significatives dans le cas de l'ostéoporose cependant, les Bps présentent un effet indésirable rare mais grave qui impacte la chirurgie orale. Le risque d'ONM auquel ces molécules exposent doit impérativement être pris en compte. Ce sujet est traité de manière exhaustive dans la partie correspondante aux Bps (Voir page 81.) auxquelles le lecteur doit se référer [7,10].

10.3. Les polyarthrites rhumatoïdes PR

10.3.1. Définition

C'est une maladie chronique, auto-immune, caractérisée par la prolifération pseudo-tumorale du tissu synovial (appelé pannus rhumatoïde) et la destruction progressive des articulations. Elle est systémique et peut présenter des manifestations extra-articulaires (nodules, vascularite...) [40].

10.3.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des polyarthrites rhumatoïdes

Le tableau ci-dessous (tableau 44) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs des polyarthrites rhumatoïdes [7, 13].

Tableau 44: Traitements, répercussions buccales et risques potentiels des polyarthrites rhumatoïdes.

Prise en charge médicamenteuse	Répercussion buccale	Risques liés à la maladie
-Pénicillamine ; -Sel d'or ; -Sulfasalazine ; -Méthotrexate (MTX) ; Hydroxy chloroquine ; -Immunosupresseurs ; -Corticoïdes ; -AINS ; -Analgésiques	La polyarthrite rhumatoïde peut se manifester au niveau de l'articulation Temporo-mandibulaire sous forme de douleur, tuméfaction, de Limitation de mobilité (voire de trismus) et de raideur bilatérale. Elle peut évoluer vers l'ankylose. De plus, en raison de la dégradation des condyles, une béance peut apparaître	-Risque infectieux - Retard de cicatrisation due à la médication par MTX et corticoïdes. -Risque hémorragique due aux AINS

10.3.3. Prise en charge en odontologie [13].

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Prescrire une antibioprofylaxie en cas de gestes invasifs
- Les traitements proposés devront être adaptés à l'âge et à la sévérité de la PR.
- Tenir compte de la capacité du patient à accepter les séances de soins qui peuvent être longues et inconfortables
- un temps de saignement et une évaluation plaquettaire seront réalisés pour les patients sous AINS si des actes à l'origine de saignement sont envisagés
- Demander une numération de la formule sanguine et un temps de saignement pour les patients sous sels d'or afin de mettre en évidence une éventuelle leucopénie, anémie ou thrombopénie

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Les soins dentaires restaurateurs et endodontiques sont possibles en respectant les précautions générales
- Porter une attention particulière au confort du patient sur fauteuil
- Travailler sur des séances courtes

10.4. Les prothèses articulaires

10.4.1. Définition

Une prothèse articulaire est un dispositif articulaire interne destiné à remplacer en partie ou en totalité une articulation abimée [41].

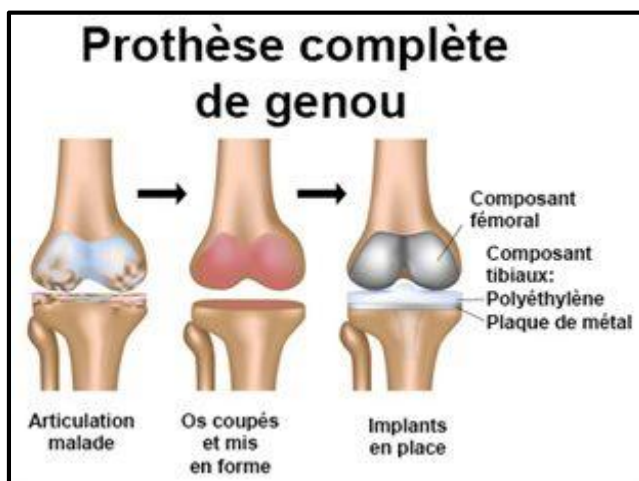


Figure 30 : Prothèse complète de genou [42].

10.4.2. Traitement, et risques potentiels liés à la prothèse articulaires

Le tableau ci-dessous (tableau45) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés et les risques majeurs liés à la prothèse articulaire [13].

Tableau 45: Traitements, répercussions buccales et risques potentiels liés à la prothèse.

Prise en charge médicamenteuse	Risques liés à la maladie
-Corticoïdes	Risque infectieux: toute prothèse articulaire peut être le siège d'une infection secondaire par bactériémie d'origine buccodentaire. -

10.4.3. Prise en charge en odontologie [7,43]

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Motivation à l'hygiène avant la mise en place de la prothèse articulaire
- Prescrire une antibioprofylaxie en cas de gestes invasifs

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Il est impératif de rechercher et d'éliminer tout foyer infectieux buccodentaire avant la mise en place de la prothèse articulaire
- Porter une attention particulière au confort du patient sur fauteuil
- Travailler sur des séances

A la fin de l'acte

- Après les gestes chirurgicaux de la mise en état de la cavité buccale, la pose de prothèse articulaire n'est faite qu'une fois la cicatrisation est acquise
- Programmer un suivi tous les 6 mois après la pose de prothèse articulaire

11. Les troubles psychiatriques /psychologiques et handicaps

Dans cette partie seront détaillées : - Dépression

- Toxicomanie
- Autisme
- Anorexie / boulimie
- Déficit mental
- Déficit moteur

11.1. Dépression

11.1.2. Définition

La dépression pourrait se définir comme une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par la douloureuse prise de conscience du ralentissement des opérations mentales psychomotrices et organique. Elle s'accompagne parfois d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser » [44]

11.1.3. Traitement répercussions buccales et risques potentiels de la dépression

Le tableau ci-dessous (tableau 46) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de la dépression [2].

Tableau 46: Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la dépression.

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques liés à la maladie
-Antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS). -Antidépresseurs inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa). -Antidépresseurs tricycliques. - Antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)	-Douleurs orofaciales chroniques. -Risque carieux et parodontal élevé. -Abrasions et érosions muqueuses. -Hyposialies et xérostomies. - Mycoses et décapitation linguales (dues au TRT)	-Risque hémorragique : en cas de traitement par ISRS (manifestation rare). -Risque anesthésique - Médicamenteux

11.1.4. Prise en charge en odontologie [2].

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- limitation du stress du patient par prémédication sédatrice /MEOPA.

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Précautions vis-à-vis de l'anesthésie
 - Chez les patients sous antidépresseurs tricycliques, il convient de ne pas utiliser la noradrénaline et de limiter la dose totale de vasoconstricteurs (ne pas excéder le tiers de la dose totale chez les patients non traités).
 - Chez les patients traité par IMAO non sélectifs, la dose totale d'adrénaline doit être limitée à 0.1mg soit 5 cartouches dosées a 1/100 000
- Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales

A la fin de l'acte

- Précaution vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses :
 - Macrolides : diminuer la dose des chez les patients sous ISRS, AINS déconseillés chez les patients traités par lithium.
 - Le Tramadol est déconseillés chez les patients sous IRSNA, et doit être utilisé avec précaution chez les patients sous ISRS

11.2. Toxicomanie**11.2.1. Définition**

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la toxicomanie comme une Pharmacodépendance qui est « un état de dépendance psychique et quelquefois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue. Cette interaction se caractérise par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui engagent toujours fortement l'usager à prendre la drogue De façon continue ou périodique afin de retrouver les effets psychiques .Quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance.» [45].

11.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la toxicomanie

Le tableau ci-dessous (tableau47) résume les traitements médicamenteux les plus utilisés, les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques majeurs de la toxicomanie [2. 46].

Tableau 47: **Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la toxicomanie**

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccale	Les risques liés à la maladie
Traitement de substitution pour l'héroïne : -Méthadone -Buprénorphine Traitement du sevrage des cocaïnomanes : -Agonistes dopaminiques -Propranolol -Benzodiazépines	-Hyposialie. -Risque carieux et parodontal augmentés -Nécrose tissulaire	-Risque infectieux : altération de l'immunité, risque d'EI pour les toxicomanes par voie intraveineuse. -Risque hémorragique : en cas de thrombopénie. -Risque anesthésique -Risque allergique : chez les cocaïnomanes

11.2.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : pendant la réalisation de l'acte

- Interroger le patient sur une éventuelle automédication
- Motivation à l'hygiène et conseils nutritionnelles
- Prescrire une antibioprofylaxie avant les soins invasifs tels que les extractions, les traitements endodontiques et les détartrages [2,3].

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Précaution vis-à-vis de l'anesthésie :
 - La quantité d'anesthésique doit fréquemment être augmentée chez les toxicomanes
 - Attendre 24h après la dernière prise de cocaïne avant une anesthésie avec vasoconstricteurs. (La cocaïne augmente les réactions de l'organisme aux vasoconstricteurs)
- Toxicomanes par voie veineuse : même prise en charge qu'en cas d'EI (voir page 21)
- Toxicomanes sans altération sévère de l'état générale :
 - Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales
 - Réaliser les soins endodontiques sous digue
- Toxicomanes avec altération sévère de l'état générale :
 - Prise en charge hospitalière [2,47].

A la fin de l'acte

- Prescrire des bains de bouche fluorés en complément des dentifrices fluorée [47].
- Précaution vis avis des prescriptions médicamenteuses :
 - Les morphiniques ou dérivés morphiniques de palier III sont contre indiqués chez les patients sous buprénorphine et naltrexone.
 - Les morphiniques ou dérivés morphiniques de palier II sont déconseillés chez les patients sous buprénorphine et naltrexone.
 - Les opiacés sont à utiliser avec précaution chez les patients sous méthadone et les consommateurs réguliers d'héroïne.
 - Les corticoïdes sont à utiliser avec précaution chez les patients sous méthadone [2].

11.3. L'autisme

11.3.1. Définition

Il s'agit d'un trouble du développement caractérisé par une inaptitude marquée à l'interaction sociale et à la communication. La déficience fonctionnelle et intellectuelle présente des degrés variables, et peut avoir une incidence sur la communication, la compréhension et la capacité d'accomplir des tâches. Le comportement peut être erratique, avec une tendance à la frustration et aux actes violents. Les patients autistes aiment se retrouver dans un environnement stable et suivre une routine, si bien que, confrontés à un nouveau défi, par exemple des soins dentaires, ils ont tendance à devenir hypersensibles et à sur réagir aux stimuli [10].

11.3.2. Répercussions buccales et particularités du patient autiste

Le tableau ci-dessous (tableau48) résume les répercussions sur la santé orale et les particularités du patient autiste [10 ,48].

Tableau 48:Répercussions buccales et particularité du patient autiste.

Répercussions buccales	particularité du patient autiste
-Prévalence des pathologies dentaires et parodontales augmentée	-Problème de communication verbale ou non verbale
-Automutilation de la muqueuse et bruxisme	-Comportements répétitifs et stéréotypés
-Traumatismes dentaires répétés en raison des chutes et des crises	Déficience dans les interactions sociales
	-Sensibilité inhabituelle aux stimuli sensoriels (sons et couleurs vives)
	-Mouvements incontrôlables, inhabituels et imprévisibles
	-Champ de vision latérale -maladies associées (épilepsie)

11.3.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Diminuer l'attente du patient
- Accueillir le patient et l'accompagner en salle de soins en adoptant une attitude souriante et avenante
- Techniques de désensibilisation : banaliser la visite chez le médecin dentiste et rencontrer régulièrement le patient avant de programmer les séances de soins
- Évaluer son niveau d'anxiété et recueillir des informations sur son comportement (ce qui l'intéresse, ses craintes, son mode de communication, sources de stimulations ou d'automutilation)
- Adapter l'environnement et éloigner toute source de stimulation
- S'adapter au degré de compréhension du patient et utiliser des phrases simples et courtes
- Prescrire une prémédication sédatrice en fonction du degré de coopération [48]

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Installer confortablement le patient et limiter autant possible les bruits stressants
- Approche psychologique : utiliser la technique de "dire – montrer – faire"
- Prise en charge préventive : pose de sealants et un protège dent contre les traumatismes pour limiter un éventuel besoin de soins
- Travailler en consultation courte et positive avec les mêmes procédures et la même mise en place en minimisant le nombre de distractions [49].

11.4. Anorexie/Boulimie

11.4.1. Définition

Sont des troubles de comportement alimentaire (TCA) d'origine psychiatrique, leurs répercussions sur la santé physique et mentale sont importantes, on distingue les troubles boulimiques (prise excessive de nourriture) et les troubles anorexiques (restriction alimentaire plus ou moins stricte) [50].

11.4.2. Répercussions buccales : l'anorexie et la boulimie présentent des répercussions buccales (tableau 49) [51].

Tableau 49: Répercussions buccales de l'Anorexie et boulimie.

Répercussions buccales
-Indice carieux très élevé
-Pathologies parodontales

11.4.3. Prise en charge en odontologie [51]

Accueil : avant la réalisation de l'acte

Il n'existe pas de précautions particulières mais il convient de donner quelques conseils aux patients souffrants de TCA :

- Motivation à l'hygiène buccale et enseignement de la bonne technique de brossage
- Après les vomissements se rincer avec de l'eau et attendre au moins 20min pour se brosser
- Mâcher de temps à autre du chewing-gum sans sucre pour stimuler la production de la salive et limiter le RGO
- Apport locale de fluor

11.5. Déficit mental

11.5.1. Définition

La déficience mentale est un état particulier de fonctionnement, et non une maladie mentale ou psychiatrique, qui commence dans l'enfance et qui est caractérisé par un déficit des aptitudes intellectuelles et des capacités d'adaptation (Association Américaine sur le Retard Mental, 2002), habituellement associée à différents troubles de santé (épilepsie malformations cardiaques, troubles métaboliques et nutritionnels, troubles hépatiques, troubles moteurs et sensoriels ou troubles neuropsychiatriques) [52].

11.5.2. Répercussions buccales :(tableau 50)

Tableau 50:Répercussions liées au déficit mental.

Répercussions buccales
-Pathologies carieuses et parodontales
-Anomalies dentaires (retard d'éruption, anomalies de nombre, anomalies de forme, anomalies de structures ou anomalie de volume)
-Traumatismes
-Bruxisme
-Anomalie des bases osseuses et malocclusion
-Troubles des fonctions orales [52].

11.5.3. Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Rassurer le patient et adopter un langage simple
- Interrogatoire rigoureux du patient et de son accompagnant pour évaluer son état de santé générale et apprécier sa capacité de coopération
- Prescrire une sédation anxiolytique si nécessaire [52].

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Maintenir la tête du patient pendant le soin
- Placer le malade en position verticale
- Travailler sur des séances courtes pour maintenir l'attention et l'efficacité
- Faire des pauses fréquentes pendant la séance de travail
- Ne pas contrarier les mouvements incontrôlés pendant le soin et essayer de les suivre [49]

11.6. Déficit moteur [53]

11.6.1. Définition

Limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques.

11.6.2. Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte

La divergence de prise en charge par rapport au reste de la population provient des difficultés rencontrées pour mettre en œuvre les thérapeutiques nécessaires. Ces difficultés peuvent être résumées par la règle des trois «A» :

- Accessibilité : mise en place des dispositions architecturales et équipements intérieurs et extérieurs qui permettent aux patients d'y accéder (ex : ascenseur et portes électriques)
- Adaptation : cabinet dentaire ergonomique qui permet une prise en charge buccodentaire adaptée à la déficience de ces patients
- Approche comportementale : donner une réponse adaptée aux comportements des patients et utiliser la technique de sédation par inhalation de M.E.O.P.A. (Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote) pour la prise en charge de patients présentant des troubles sévères de comportement

Chapitre III : Etats physiologiques particuliers

Sont des états physiologiques qui exposent le sujet à certains risques et particularités. C'est le cas des femmes enceintes, allaitantes ainsi que les personnes âgées.

1. La grossesse et allaitement**1.1. Définition**


La grossesse est un processus dynamique transitoire. Elle se divise en 3 périodes : Premier trimestre (embryogénèse et organogénèse, période où le fœtus est le plus sensible), Deuxième trimestre (maturation des organes) et le Troisième trimestre (fin de la maturation des organes).

Au cours de cette période, on observe des modifications endocriniennes, neurologiques, cardiovasculaires, hématologiques, respiratoires et gastro-intestinales [19].

1.2. Répercussions buccales et risques potentiels de la grossesse

Le tableau ci-dessous (tableau 51) résume les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques potentiels liés à la grossesse.

Tableau 51:Répercussions buccales et risques potentiels de la grossesse.

Répercussions buccales	Risques potentiels de la grossesse
<p>-Majoration de la flore buccale anaérobie.</p> <p>-Lésions gingivales inflammatoires (gingivites gravidiques, épulis...)</p> <p>-Augmentation des risques carieux et parodontal</p> <p>-Hypersensibilités dentaires, conséquence non systématique des éléments ci-dessus : acidité endogène (vomissement, reflux gastro-œsophagien.</p> <p>-Hyper sialorrhée [33].</p>  <p>Figure 31 : Epulis mandibulaire chez une femme enceinte [33].</p>	<p>-Risque infectieux possible en cas de diabète gestationnel non contrôlé [33].</p> <p>Dans ce cas l'équilibre glycémique est d'autant plus difficile à contrôler qu'un processus inflammatoire aigu ou chronique devient sévère.) [54].</p> <p>-Risque anesthésique : le choix se portera sur les molécules les moins toxiques. Ainsi, il est préférable de choisir une molécule présentant à la fois une forte liaison aux protéines plasmatiques et une liposolubilité réduite donc se fixant moins au niveau de l'organisme embryonnaire ou fœtal [55,56].</p> <p>-Risque radiologique : Les rayons X auraient une action :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embryoléthale (risque de mort de l'embryon) ou tératogène (risque de malformations). Cette action serait maximale pendant les deux 1ers mois [13]. - Risque de syndrome cave : dès la 24eme semaine d'aménorrhée (environ 6mois de grossesse), en décubitus dorsal, une compression de la veine cave inférieure par l'utérus peut réduire le retour veineux et de ce fait entraîner une hypotension maternelle.il se traduit cliniquement par des vertiges lorsque la patiente est en position allongée <p>-Risque médicamenteux [2].</p>

1.3.Prise en charge en odontologie

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Prise de la tension artérielle avant chaque séance de traitement. En cas de maxima au-delà de 15 mmHg, il est conseillé de reporter l'acte à une séance ultérieure [55].
- Précaution vis-à-vis de la radiographie :
 - Reporter les examens radiographiques à chaque fois que possible au-delà du 1er trimestre
 - La prise de clichés radiographiques n'est justifiée qu'en cas d'urgence (pulpite aiguë, parodontite apicale aiguë débutante, installée, abcédée, cellulite). De plus, les clichés sont obligatoirement réalisés sous protection par un tablier plombé [11,13].
 - L'examen sialographique des glandes salivaires est formellement contre-indiqué pendant la grossesse [57].
- Programmer des séances de courte durée [56]

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Précautions vis à vis de l'anesthésie :
 - l'articaine est la molécule la molécule de choix, en raison de son faible taux de passage placentaire (< 25 %)
 - Les vasoconstricteurs sont autorisés [55].
- **Pendant le 1er trimestre :**
 - Limiter toute intervention à ce stade et privilégier les soins restaurateurs (susceptibilité d'avortement ou risque tératogène) [13].
 - Pour les traitements invasifs, seules seront réalisées les thérapeutiques d'urgence, qu'il ne faut pas différer car les effets néfastes engendrés par la douleur (libération de substances algogènes) et /ou l'infection (libération de toxines) peuvent être supérieurs à ceux engendrés par les soins [56].
- **Durant le 2ème trimestre :**
 - Éviter toute mise en place ou dépose d'amalgame. La dépose n'est indiquée que pour une restauration nocive pour la dent et le parodonte et dont la dépose ne peut être différée après l'accouchement. Dans ce cas, la dépose est réalisée sous digue pour minimiser le risque d'absorption des vapeurs de mercure [56].
 - Les traitements endodontiques ne seront envisagés que s'il s'agit d'urgences. On privilégiera les traitements restaurateurs.
 - les traitements complexes (chirurgicaux et prothétiques notamment) seront différés de préférence après l'accouchement [13].
 - Eviter toute mise en place ou dépose d'amalgame pendant la grossesse. La dépose n'est indiquée que pour une restauration nocive pour la dent et le parodonte et dont la dépose ne peut être différée après l'accouchement. Dans ce cas, la dépose est réalisée sous digue pour minimiser le risque d'absorption des vapeurs de mercure [56].
- Au cours du 3ème trimestre :
 - Dans la 1ère partie de ce dernier trimestre, les soins essentiellement restaurateurs peuvent encore être envisagés [58].
 - À la fin de ce trimestre privilégier la position semi assise pour éviter la survenue d'un syndrome cave et en cas de survenue placer la patiente sur le côté gauche [55].
- Pendant l'allaitement : tous les soins sont possibles [2].

A la fin de l'acte

- Précautions Vis-à vis de la prescription médicamenteuse : (voir le tableau 52)
 - En cas de prescription chez la femme allaitante demander à la patiente de surveiller la survenue de vomissement, diarrhées ou de signes cutanés chez l'enfant allaité. Si de tels signes surviennent, faire arrêter immédiatement le traitement et contacter le pédiatre [33].
- Le chewing-gum est à proscrire chez la femme enceinte présentant de nombreuses restaurations à l'amalgame (car il augmente la libération de mercure)
- En raison des vomissements à répétition, conseiller la patiente de :
 - Se rincer (juste après) avec une solution de bicarbonate de sodium pour remonter le PH buccal
 - Ne pas se brosser juste après, pour diminuer le risque de dommage au niveau de l'émail déminéralisé
 - Utiliser une brosse à dent souple pendant cette période [56].

Tableau 52 : Les médicaments autorisés, déconseillés et contre indiqués lors de la grossesse et allaitement.

		Grossesse	Allaitement
Antibiotiques	Autorisés	Amoxicilline Métronidasole, Amoxicilline+Ac. Clavulanique, Clindamycine, Josacine , Erytromycine,Spiramycine,	Amoxicilline, Josacine Amoxicilline+Ac. Clavulanique
	Déconseillés	Azithromycine	Cyclines, Spiramycine Métronidasole, Azithromycine
	Contre-indiqués	Cyclines	Clindamycine
Antalgiques et anti-inflammatoire	Autorisé	Paracétamol Paracétamol /codéine Corticoïde en cure courte	Paracétamol Ibuprofène Corticoïde en cure courte
	Déconseillés	AINS au 1 ^{er} et 2 ^e trimestre Tramadol	Paracétamol/codéine (sauf ponctuellement et sous surveillance), Tramadol
	Contre-indiqués	Paracétamol+ opium AINS à partir du début du 6 ^e mois	Paracétamol+ opium

2. Patients âgés

2.1.Définition

Les patients âgés (plus de 60ans) présentent un terrain instable qui résulte de la réduction des capacités d'adaptation des systèmes physiologiques (sénescence) qui survient avec l'âge, ils sont souvent poly pathologiques, à haut risque de perte d'autonomie ou d'aggravation de dépendance [59].

2.2.Répercussion buccales et particularités des patients âgés

Le tableau ci-dessous (tableau53) résume les répercussions sur la santé orale ainsi que les particularités des patients âgés.

Tableau 53: Répercussions buccales et particularités des patients âgés [10,59].

Répercussion buccales	particularité des patients âgés
-Augmentation de risque carieux	-Diminution de la capacité physique
-Sécheresse buccale	- Guérison et cicatrisation ralentis
-Altération du gout	-Poly pathologies et poly médicaments
-Édentement	-Altération de la mémoire
-Maladies parodontales	-La motivation réduite
-Augmentation de l'incidence du cancer de la cavité buccale	- Ils perçoivent plus difficilement le besoin de traitement et ne se font soigner que lorsqu'il y a urgence
	-Anxiété accru face au traitement qui conduit à un comportement d'évitement et trouble de l'humeur

2.3.Prise en charge en odontologie [10]

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Apprécier les besoins spécifiques de ce groupe de patients et évaluer leur état de santé
- Evaluer chaque individu en fonction de ses capacités physiques, sociales et psychologiques
- Surveiller les manifestations buccodentaires de maladies systémiques et l'impact qu'elles ont sur le plan du traitement
- Prenez en compte les questions d'accessibilité, notamment :
 - Les difficultés de transport
 - L'accès au cabinet dentaire
 - Les problèmes de communication
- Eviter une prémédication sédatrice car il peut y avoir une sensibilité accru aux benzodiazepine et donc difficulté respiratoire

A la fin de l'acte

- Précaution vis-à-vis de la prescription médicamenteuse : tenir compte des maladies associées et la poly médication

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

C'est un groupe de médicaments ou thérapeutiques qui exposent le sujet à des modifications métaboliques, suppression immunitaire, ... ce qui en fait des médicaments à risque. On distingue :

- La chimiothérapie
- La corticothérapie
- La radiothérapie
- Le Biphosphonate

1. Patients sous corticothérapie

1.1. Définition

Corticoïde ou corticostéroïde correspond aux hormones naturelles sécrétées par les corticosurrénales ainsi qu'à leurs dérivés synthétiques, synthétisés à partir du cholestérol à la suite de transformations enzymatiques initiées par l'hormone adrénocorticotrope antéhypophysaire (ACTH), l'hydrocortisone ou cortisol est l'hormone humaine sécrétée à raison de 20mg/jr en moyenne selon un rythme circadien (pic matinal puis décroissance dans la journée) [60].

La corticothérapie au long cours : Il s'agit des corticothérapies de plus d'un mois. Les glucocorticoïdes ont des propriétés anti- inflammatoires, antiallergiques et immunomodulatrices [2].

1.2. Indications des corticoïdes

- Les maladies inflammatoires systémiques : polyarthrite rhumatoïde, Rhumatisme articulaire aigu, Lupus érythémateux systémique
- Les vascularites sévères : Maladie de Horton, Maladie de Behcet, Périarthrite noueuse.
- Une insuffisance surrénalienne : Maladie d'Addison
- Autres pathologies comme l'asthme, la sclérose en plaque, les maladies inflammatoires chroniques intestinales... [7].

1.3. Répercussions buccales et risques potentiels de la corticothérapie

Le tableau ci-dessous (tableau54) résume les répercussions sur la santé orale ainsi que les particularités de la corticothérapie [2].

Tableau 54 : Répercussions buccales et risques potentiels de la corticothérapie.

Les répercussions buccales	Les risques potentiels
-Hyposialie (caries,mycoses..) -Mucites -Infections dues à la neutropénie -Altération du gout -Saignements dus à la thrombopénie -Ostéoporose cortisonique	-Un risque infectieux -Risque médicamenteux -Risque d'insuffisance surrénalienne aigue -Risque hémorragique lié à la thrombopénie

1.4.Prise en charge en odontologie [2]

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Limiter le stress du patient ; prémédication sédatrice et/ ou MEOPA chez un patient stressé.
- Antibio prophylaxie en cas d'acte invasif chez les patients traités par corticoïdes à long court

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- S'assurer d'avoir une analgésie efficace avant de débiter les soins.
- Corticothérapie au long cours <10mg /jr : Tous les soins sont possibles
- Corticothérapie au long cours > 10mg/jr : prise en compte du risque infectieux en cas de traitement canalaire (antibio prophylaxie)

A la fin de l'acte

- Précautions en cas de prescription médicamenteuse :
Les AINS sont déconseillés chez les patients sous corticothérapie

2. Patients sous radiothérapie

2.1.Définition

La radiothérapie constitue un des moyens de traitement des cancers, et consiste à détruire les cellules cancéreuses par des rayonnements ionisants par voie externe, interne ou métabolique [11].

2.2.Répercussions buccales et risques potentiels de la radiothérapie

Le tableau ci-dessous (tableau55) résume les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques potentiels de la radiothérapie.

Tableau 55 : Répercussions buccales et risques potentiels de la radiothérapie.

Répercussions buccales	Les risques potentiels
<p>-Aigues : Mucites et Trismus.</p> <p>-Chroniques :Hyposialie voir asialie, responsables de : caries, maladie parodontale, mycoses, Altération du gout ,Constriction des mâchoires ;</p> <p>-Ostéoradionécrose : (ORN) est une des répercussions buccales les plus redoutées et est à l'origine d'une augmentation du risque infectieux, localement. Elle résulte d'une diminution des moyens de défense de l'os avec pour conséquence une altération de ses capacités réparatrices et régénératrices [61 ,62].</p>	<p>-Risque infectieux : augmenté localement par le risque d'ONM.</p> <p>-Risque anesthésique : précautions vis-à-vis des vasoconstricteurs et de la technique employée [2].</p>

2.3.Prise en charge en odontologie

Accueil : pendant la réalisation de l'acte

- Le risque d'ORN existe toute la vie donc il est important d'informer le patient et d'insister sur la prévention
- Prescrire une antibioprophylaxie avant tout acte invasif en terrain irradié

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Une irradiation inférieure à 30 Gy ne nécessite pas de prise en charge spécifique
- Avant radiothérapie cervico-faciale :
 - Un dépistage avec élimination des foyers infectieux latents ou patents, doit être effectué rapidement
 - Débuter la radiothérapie après cicatrisation muqueuse (idéalement, 3 semaines après le geste)
- Durant la radiothérapie cervico-faciale :
 - En cas de soins ou d'avulsion à réaliser, la décision doit être prise conjointement avec le radiothérapeute
 - L'utilisation des vasoconstricteurs est contre-indiquée [61-63].
 - L'anesthésie intra septal et intra ligamentaire sont contre indiquées [2].
- Après une radiothérapie cervico-faciale :
 - Réaliser des gouttières thermoformées pour la fluoroprophylaxie
 - Les avulsions seront réalisées en milieu hospitalier, et une antibioprophylaxie sera prescrite avant des soins endodontiques en terrain irradié.
 - Prendre les mêmes précautions à l'égard de l'anesthésie que durant la radiothérapie [61-63].

3. Patients sous chimiothérapie

3.1. Définition

La chimiothérapie constitue un des moyens de traitement des cancers, et consiste à utiliser des médicaments (Méthotrexate, fluoro-uracil,...) qui visent à détruire les cellules cancéreuses, à proximité ou à distance de la tumeur primitive.

Une chimiothérapie est administrée par périodes, avec des cures toutes les 3 semaines, pendant 4 à 6 mois, le plus souvent. Elle peut être commencée avant ou après une intervention chirurgicale [11].

3.2. Répercussions buccales et risques potentiels de la chimiothérapie

Le tableau ci-dessous (tableau 56) résume les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques potentiels de la chimiothérapie.

Tableau 56 : Répercussions buccales et risques potentiels de la chimiothérapie [2].

Répercussions buccales	Les risques potentiels
-Mucites (ulcération, saignement, douleur et difficultés à l'alimentation), infections dus à la neutropénie ; Saignements dus à la thrombopénie, Pâleur de la muqueuse buccale liée à l'anémie, Maladies parodontales, Hyposialie : caries et mycoses, Altération du goût.	-Risque infectieux lié à une possible neutropénie ; -Risque hémorragique lié à une possible thrombopénie ; -Risque médicamenteux ; -Aplasie médullaire : anémie, leucopénie, thrombopénie. -

3.3. Prise en charge thérapeutique

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Un bilan sanguin doit être demandé et évalué
- Une antibioprofylaxie est recommandée avant tout acte invasif

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- Avant la chimiothérapie :
 - Motivation à l'hygiène bucco-dentaire et information sur les effets indésirables du traitement au niveau buccal
 - Dépistage et élimination des foyers infectieux actifs ou potentiels.
 - Une cicatrisation de 2 semaines est souhaitable
- Durant la chimiothérapie :
 - Pas de précaution spécifique à prendre pour les actes non invasifs cependant une antibioprofylaxie est prescrite avant les actes invasifs
 - Les anesthésies intra ligamentaires doivent être évitées (risque accru de bactériémie) [2][61-63].

À la fin de l'acte

- Informer le patient que le risque d'ostéochimionécrose (dû aux biphosphonates et DénoSumab) persistera après la fin de cure [61].

4. Patients sous Biphosphonates (BPS)

4.1. Définition

Les BPs sont des analogues structuraux des pyrophosphates inorganiques, prescrit pour leur propriétés anti résorbantes pour le traitement des maladies ostéopéniques malignes (myélome multiple, métastase osseuse de tumeurs solides ...) ou bénignes ostéoporose, maladie de Paget ...) Leur demi vie intra osseuse est extrêmement longue, peut-être même supérieur à 10ans [64].

4.2. Répercussions buccales et risques potentiels du BPS

Le tableau ci-dessous (tableau 57) résume les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques potentiels des BPs [2].

Tableau 57 : répercussions buccales et risques potentiels liés au BPS

Répercussions buccales	Les risques potentiels en odontologie
-Ulcération buccale. -Ostéonécrose des mâchoires (ONM)	-Risque infectieux : risque d'ostéonécrose des mâchoires ONM. . - Risque anesthésique : vis avis de la technique employées.

4.3. Prise en charge en odontologie [11]

Accueil : avant la réalisation de l'acte

- Evaluer le niveau de risque de survenue d'une ONM, selon les facteurs liés au patient, liés au traitement et liés à l'acte
- Si le patient présente un risque faible d'ONM, les actes invasifs entraînant une cicatrisation muqueuse ou osseuse, une antibiothérapie sera débuter la veille de l'acte et à poursuivre jusqu'à cicatrisation muqueuse
- Si le patient présente un risque plus élevé d'ONM, il sera orienté vers un milieu hospitalier

Prise en charge sur fauteuil : pendant la réalisation de l'acte

- un dépistage et une élimination des foyers infectieux bucco-dentaires patents ou latents devront être effectués, et il faudra attendre la cicatrisation muqueuse avant de mettre en place le traitement par BPs
- les actes invasifs entraînant une cicatrisation muqueuse ou osseuse devront être limités au maximum
- Les anesthésies intra-osseuses, intra-septales et intra-ligamentaires à éviter
- Si le patient présente un risque élevé d'ONM, les dents non réstaurables seront traitées par amputation coronaire et traitement endodontique

A la fin du l'acte

- Il est important d'informer le patient sur le risque d'ONM (qui persiste même après l'arrêt du traitement par BPs) et la prévention.

1. Justification et objectifs d'étude

1.1. Justification : la méconnaissance voire la sous-estimation des différentes pathologies, par la communauté scientifique expose parfois le patient et le praticien à des situations délicates voire d'urgence pendant la réalisation des soins dentaires à savoir les différents risques médicaux. En effet il existe peu de données statistiques qui élucident la relation entre la pathologie générale et le soin dentaire.

1.2. Objectif principal : Identification des besoins de soins des patients présentant une maladie générale ou un état physiologique particulier au service d'odontologie conservatrice.

1.3. Objectif secondaire

- Etablir la fréquence des patients présentant une maladie générale en consultation bucco-dentaire.
- Analyser les caractéristiques de la population étudiée.
- Mettre en évidence la relation entre la pathologie générale et la prise en charge en OC/E.
- Déterminer les répercussions de la maladie générale sur l'état de santé orale.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type d'étude : il s'agit d'une enquête descriptive prospective allant du 01 janvier 2019 au 31 mars 2019.

2.2. Cadre d'étude

Notre étude a eu pour cadre le service de l'odontologie conservatrice de la clinique dentaire, centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou.

2.2.1. Description du service : il se compose de ;

- Une petite salle comportant le bureau du chef du service avec un fauteuil fonctionnel.
- D'une grande salle qui comporte 7 fauteuils dont un destiné consultations spécialisées, une petite salle avec un fauteuil fonctionnel réservé aux spécialistes.
- On trouve également une salle de stérilisation.

2.3. Population d'étude

Les patients présentant une maladie générale et un besoin de soins reçus au service d'OC/E Page 83

L'étude clinique a concerné une population de patients avec une maladie générale qui s'est présentée en consultation au service de l'odontologie conservatrice du CHU de Tizi-Ouzou sans distinction d'âge ni de sexe.

2.4. Matériel

- Un fauteuil dentaire.
- Plateau d'examen : miroir, précelle , sonde.
- Appareil photos
- Ordinateur ainsi que le logiciel Excel.
- Une fiche d'observation qui comporte un interrogatoire qui comporte le profil médical du patient.

2.5. Méthodologie

2.5.1. Collecte des données et déroulement de l'étude

Tous les patients qui consultent au service seront répertoriés sur un registre de consultation et seulement ceux qui ont une maladie générale seront interrogés.

Après avoir expliqué au patient l'objectif de l'étude, assurer l'anonymat et la confidentialité des renseignements est obligatoire.

La collecte des données se fera sur la base d'une fiche d'enquête préétablie, qui sera remplie par les internes en médecine dentaire. Cette fiche est constituée de deux volets :

-Premier volet concerne la partie identification du patient : nom, prénom, âge, sexe, profession.

- Deuxième volet concerne l'examen clinique : le motif de consultation, l'état général, le TRT en cours, l'indice CAO, la dent causale et le diagnostic de la dent causale et la conduite à tenir (voir annexes).

2.5.2. Considérations déontologiques et éthiques

L'anonymat et la confidentialité des données recueillies seront respectés, et la prise des photos ont été faite en accord avec le patient concentré sur la cavité buccale, sans prendre le visage complet

2.5.3. Analyse statistique

La saisie, le codage, et l'analyse des données ont été effectuées sur logiciel IBM statistique package for the social science (SPSS Inc) et Excel version 2013.

2.5.3.1. Les tests et variables utilisées : Les données ont été décrites par groupes et par paramètres statistiques usuelles suivant la nature de la variable (Effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives et quantitatifs nominales ou ordinales).

3. Résultats

Notre travail a porté sur 150 cas

3.1. Description de la population d'étude

3.1.1. Répartition selon l'âge

Dans la série étudiée, la tranche d'âge 50-59ans était la tranche d'âge la plus touchée par la maladie générale avec un pourcentage de 24.7%, puis les patients de 40-49ans avec un pourcentage de 23.3%, les 60-69ans viennent avec une fréquence de 14%.(Figure 32)

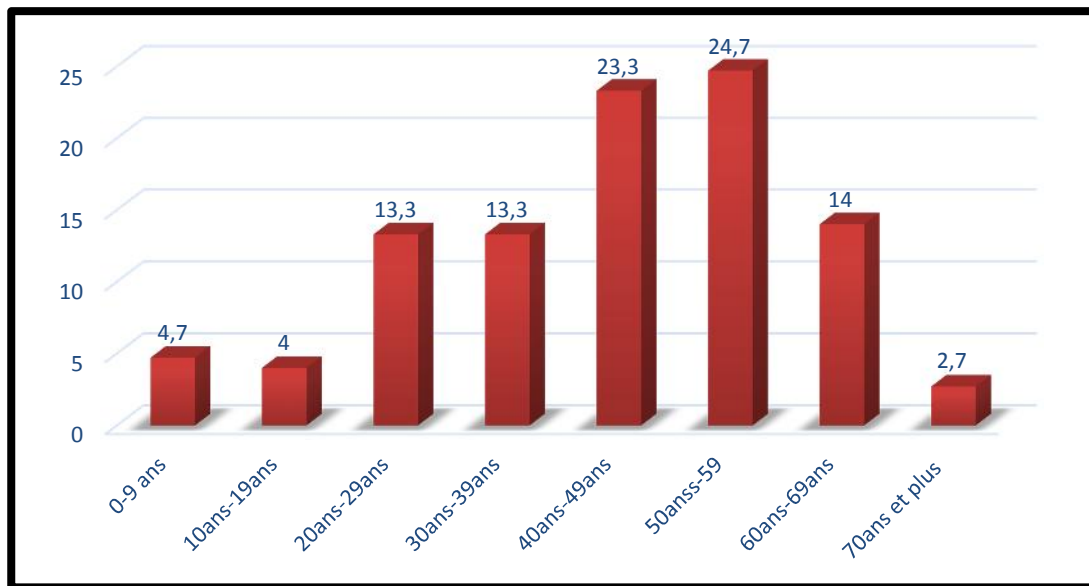


Figure 32: Répartition des patients selon l'âge.

3.1.2. Répartition selon le sexe :

Dans la série étudiée, le sexe féminin a été prédominant avec une fréquence de 68% soit un sex-ratio de 2.19. (Figure33)

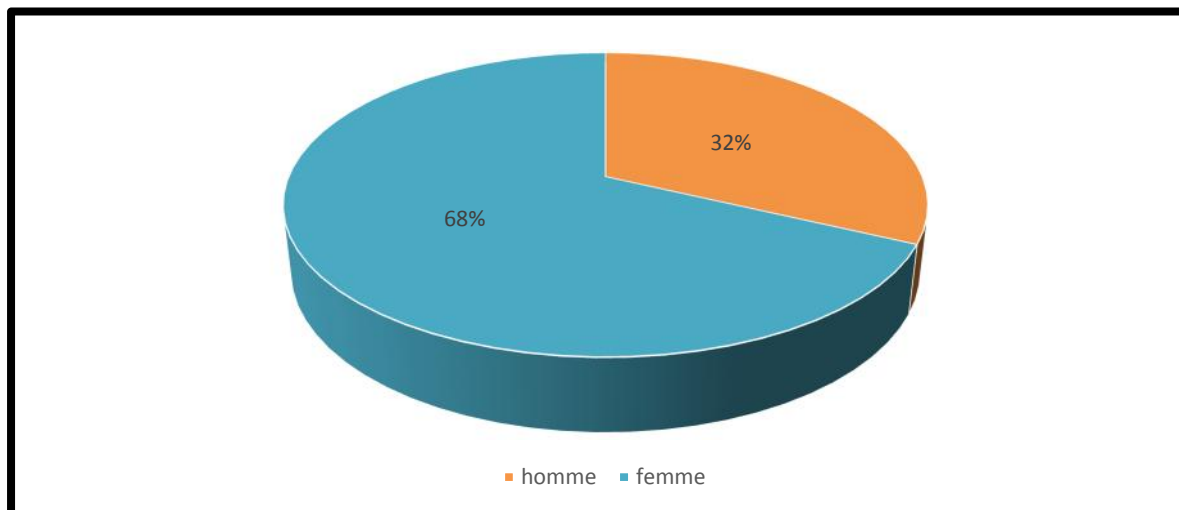


Figure 33: Répartition des patients qui se présentent au service de soins selon le sexe.

3.2. Etude descriptive

3.2.1..Fréquence de la maladie générale

Durant la période d'étude ,767 patients se sont présentés en consultation au niveau du service d'odontologie conservatrice dont 150 patients sont des malades chroniques, ou présentant un état physiologique particuliers, avec un pourcentage de 19.55%. (Figure 34)

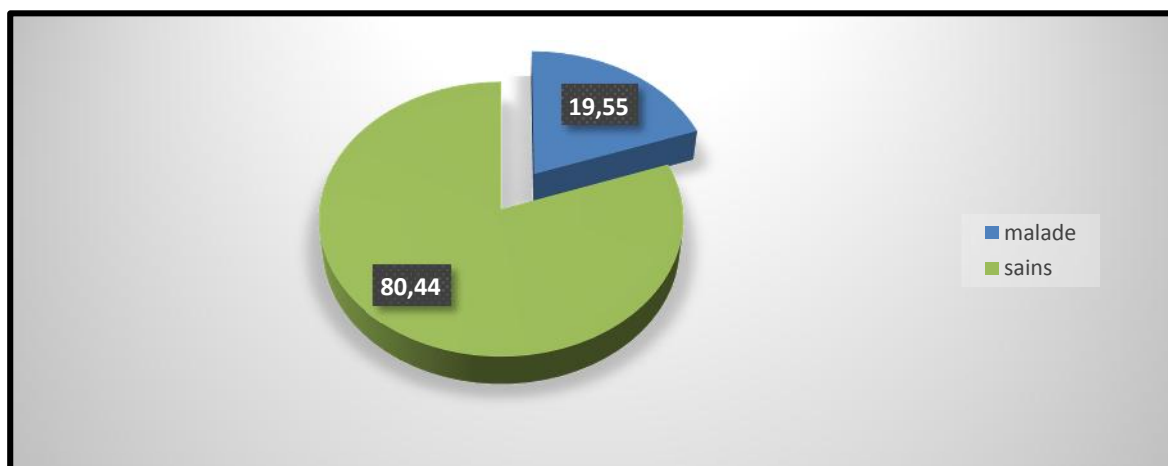


Figure 34 : Répartition des patients selon la présence d'une maladie générale.

3.2.2. Répartition selon le nombre de maladies

Parmi 150 patients présentant une maladie générale, 71,33% présentent une seule maladie, 20% présentent 2 maladies à la fois et 8,66% sont porteurs de 3 maladies. (Figure 35)

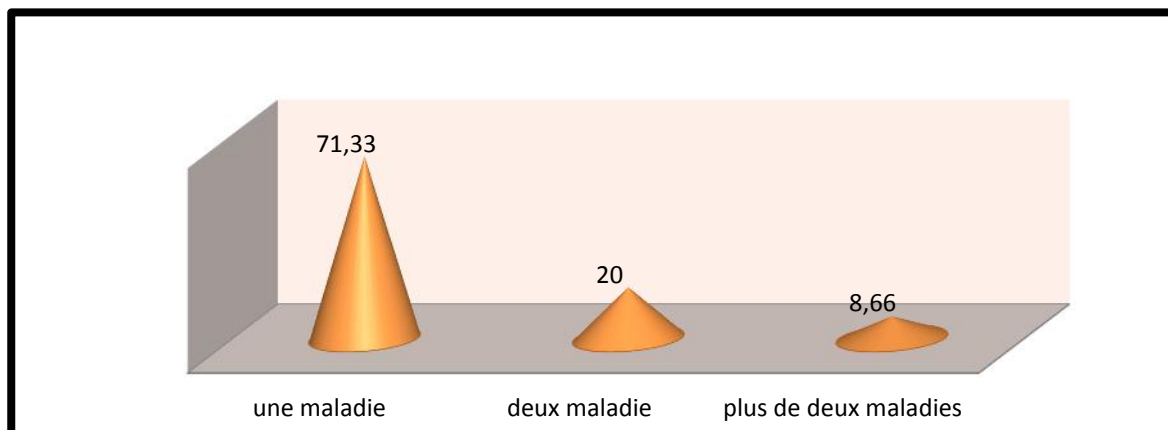


Figure 35 : Répartition des patients selon le nombre de maladies.

3.2.3. Selon le jour de consultation

La fréquence la plus élevée des consultations au service d'OC des patients présentant une maladie générale était de 25.3% le début de la semaine; dimanche, avec une fréquence moyenne journalière d'environ 20%. (Figure 36)

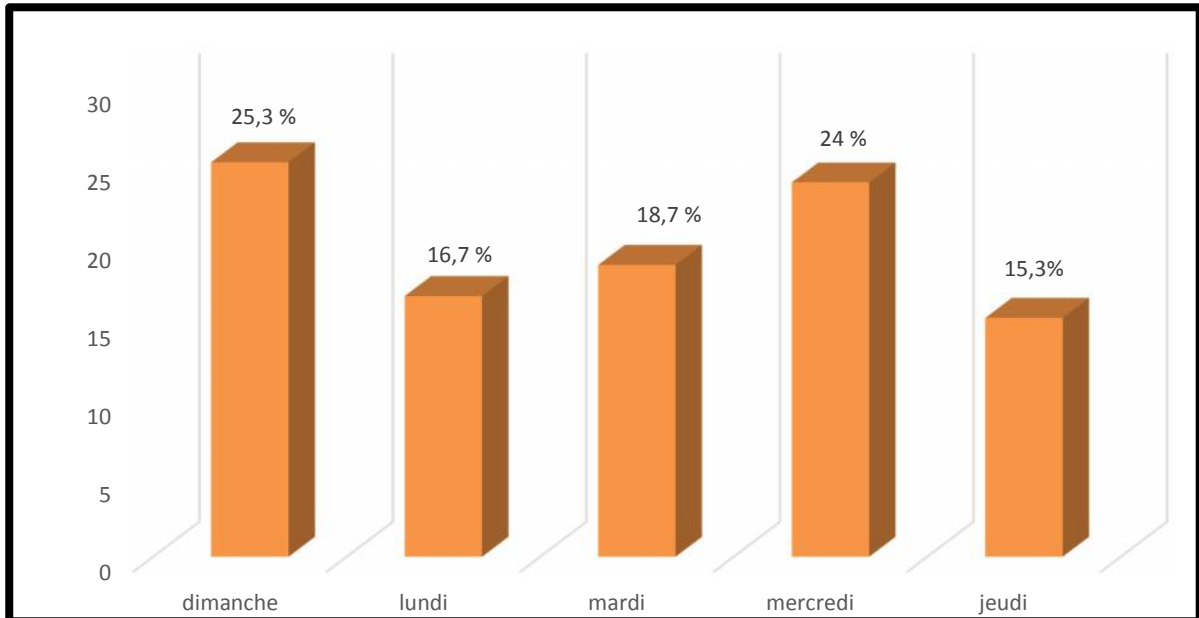


Figure 36: Répartition des patients selon le jour de la consultation.

3.2.4. Selon la maladie

Le groupe de maladies cardiovasculaires et de maladies endocriniennes étaient les plus fréquents en consultation au service d'OC avec des fréquences respectives de 32% et 30% des cas. (Figure 37)

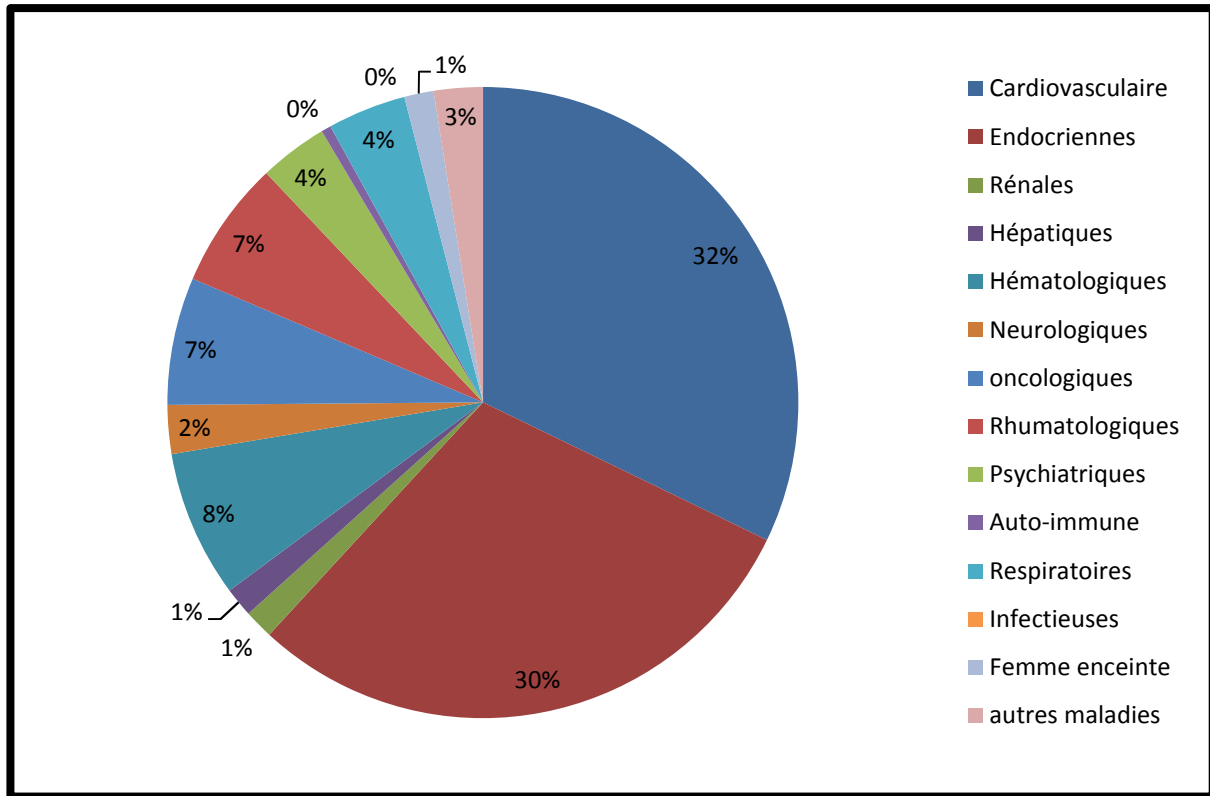


Figure 37 : Répartition des patients selon la maladie générale.

3.2.5. Selon le type de la maladie cardiaque :

L'HTA était la maladie cardiovasculaire la plus fréquente chez les malades à risques qui ont consulté au service d'OC avec une fréquence de 45%. (Figure 38)

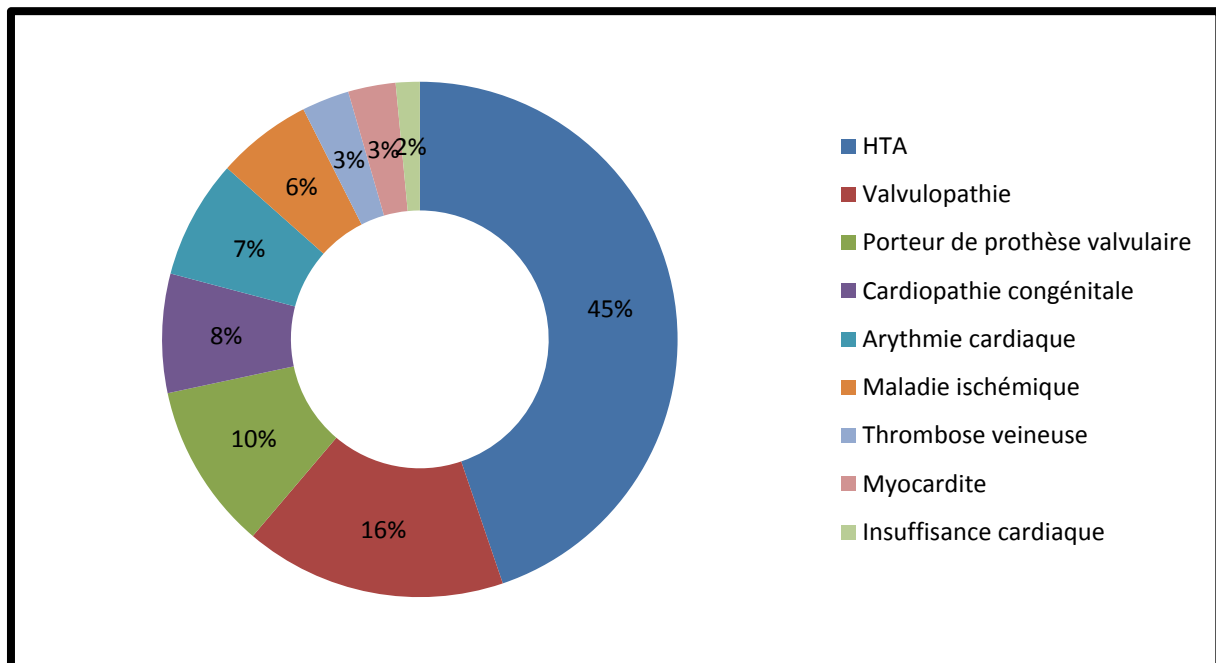


Figure 38 : Répartition des patients selon le type de la cardiopathie.

3.2.6. Selon le type de la maladie endocrinienne :

Le diabète était la maladie endocrinienne la plus fréquente chez les patients consultant au service d'OC le diabète type 2 avec 37 % des cas puis le diabète type 1 avec 29% des cas.(Figure 39).

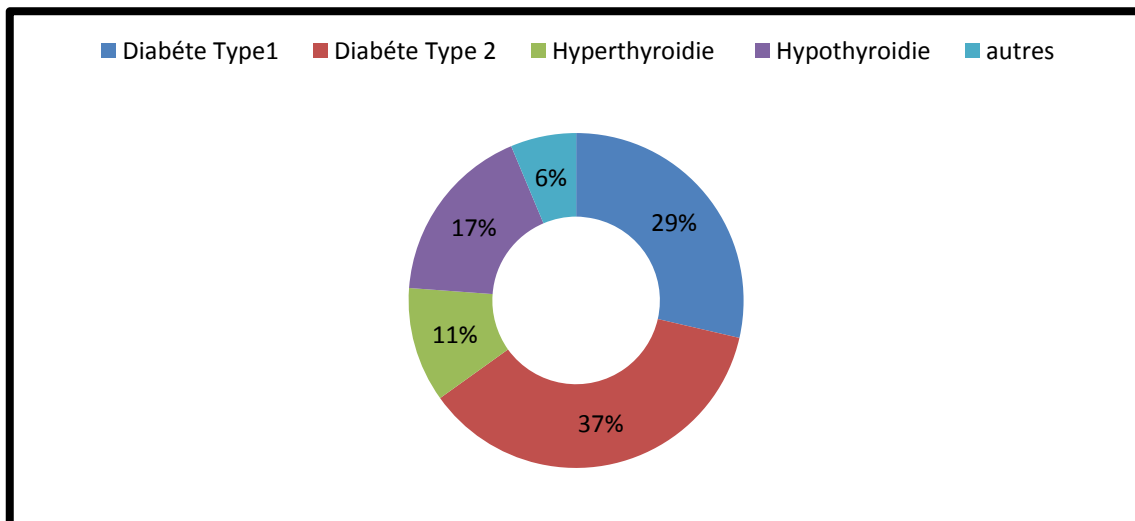


Figure 39 : Répartition des patients selon le type de la maladie endocrinienne.

3.2.7. Selon le motif de consultation

Le motif qui a motivé les patients présentant une maladie générale à consulter au service d'OC était le plus souvent l'orientation par des confrères dans 45,18 % des cas.

(Figure 40)

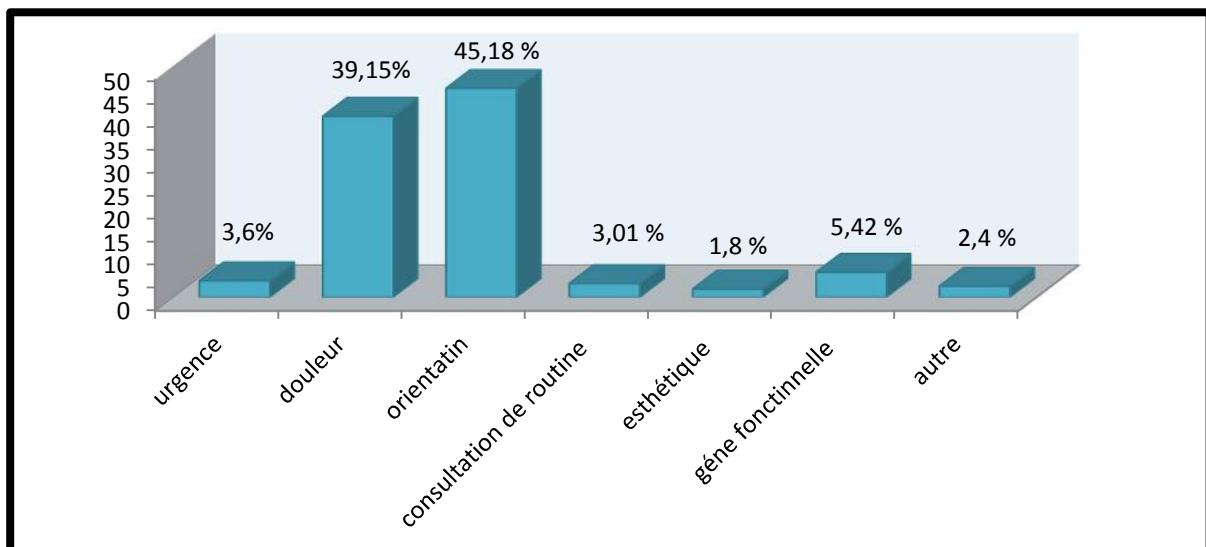


Figure 40 : Répartition des patients selon le motif de la consultation.

3.2.8. Selon le diagnostic :

Le diagnostic le plus observé en odontologie conservatrice chez les patients présentant une maladie générale était une dentinite 41% des cas. (Figure 41)

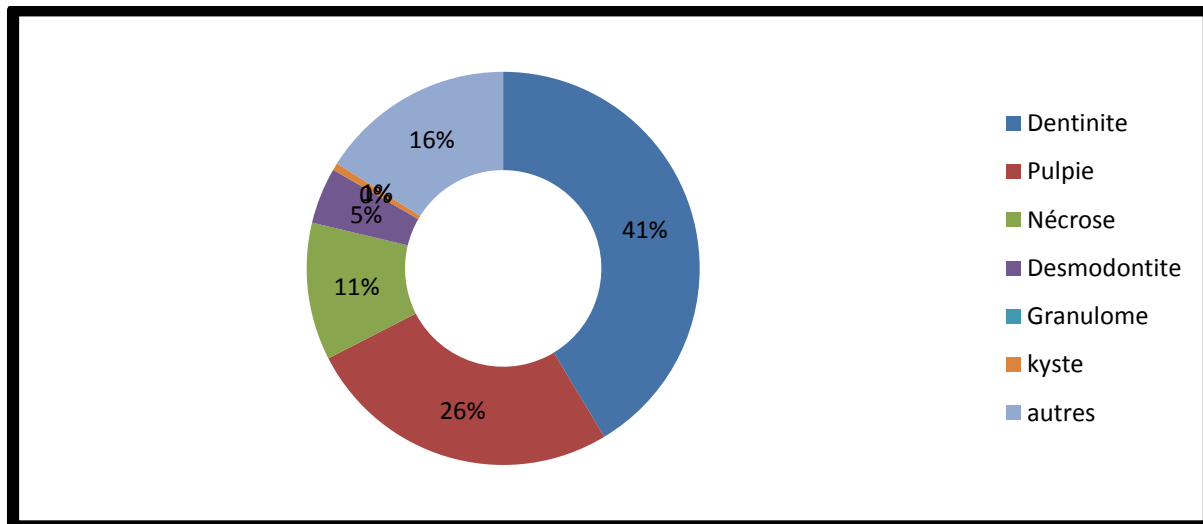


Figure 41 : Répartition des patients selon le diagnostic.

3.2.9. Selon la conduite à tenir

La conduite à tenir chez les malades à risque consultant au service d'odontologie conservatrice était le plus souvent l'orientation vers les différents services ainsi que chez leur médecin traitant. (Figure 42)

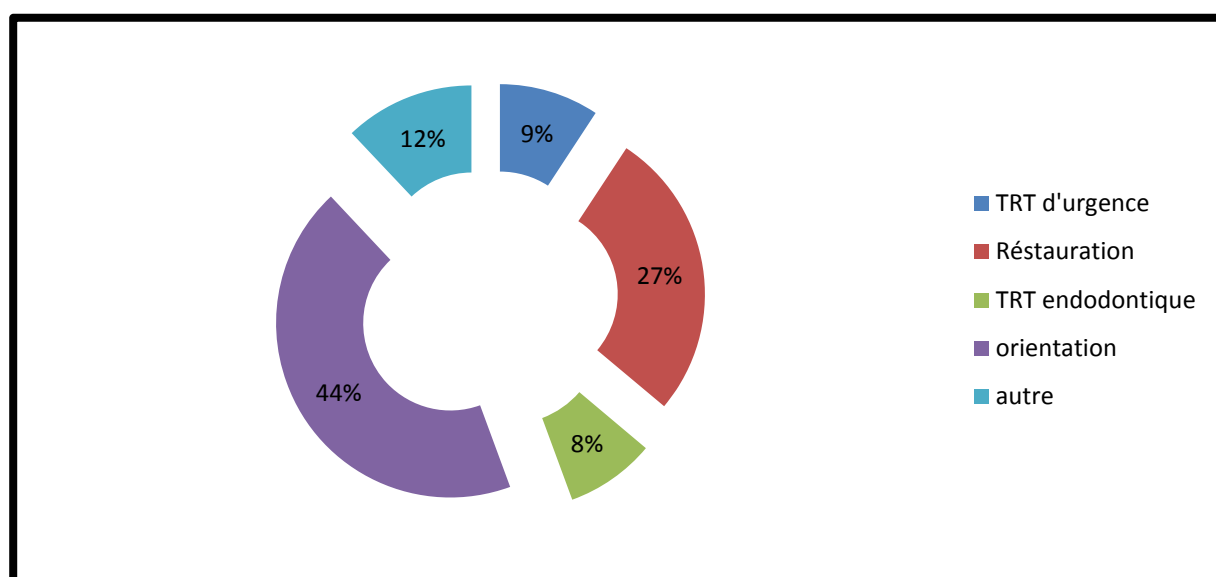


Figure 42 : Répartition des patients selon la conduite à tenir.

3.2.10. Selon l'indice CAO

L'indice CAO des patients présentant une maladie générale qui ont consulté au service d'OC était plus de 6,5 chez 82% des cas. (Figure 43)

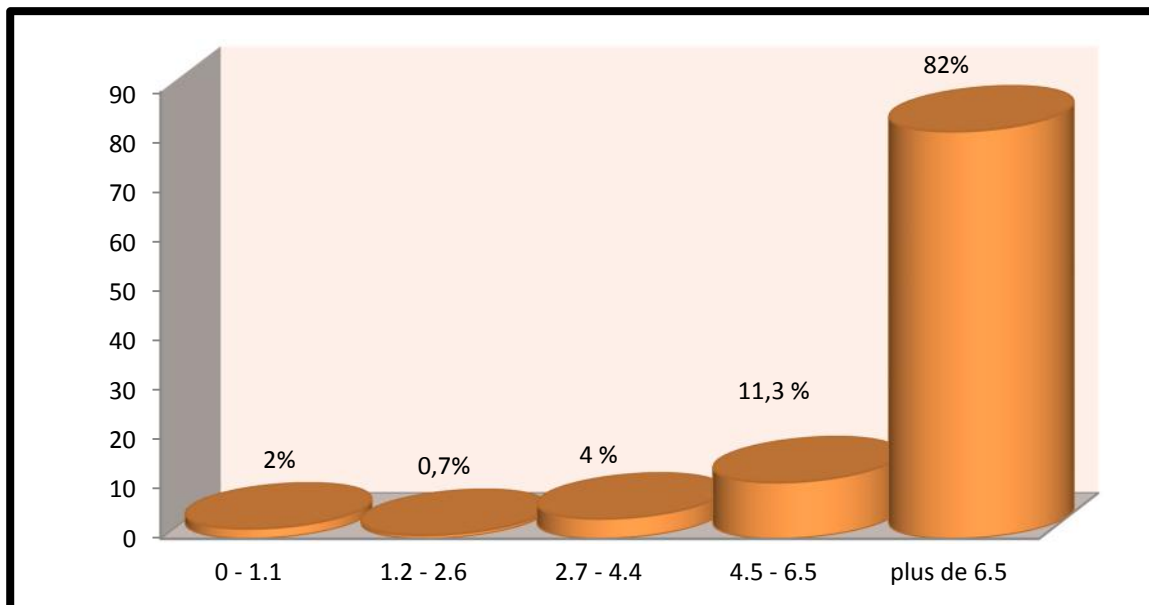


Figure 43 : Répartition des patients selon l'indice CAO.

3.3. Etude analytique :

3.3.1 .Selon la Maladie et le sexe

Dans la population étudiée la plus part des maladies été à prédominance féminine exemple des maladies cardiovasculaires avec une fréquence de 67,18 %, ainsi que la maladie endocrinienne 76,27 % étaient des femmes. la maladie rénale et autres maladies représentaient respectivement 66,66 % et 60% pour le sexe masculin . (Figure 44)

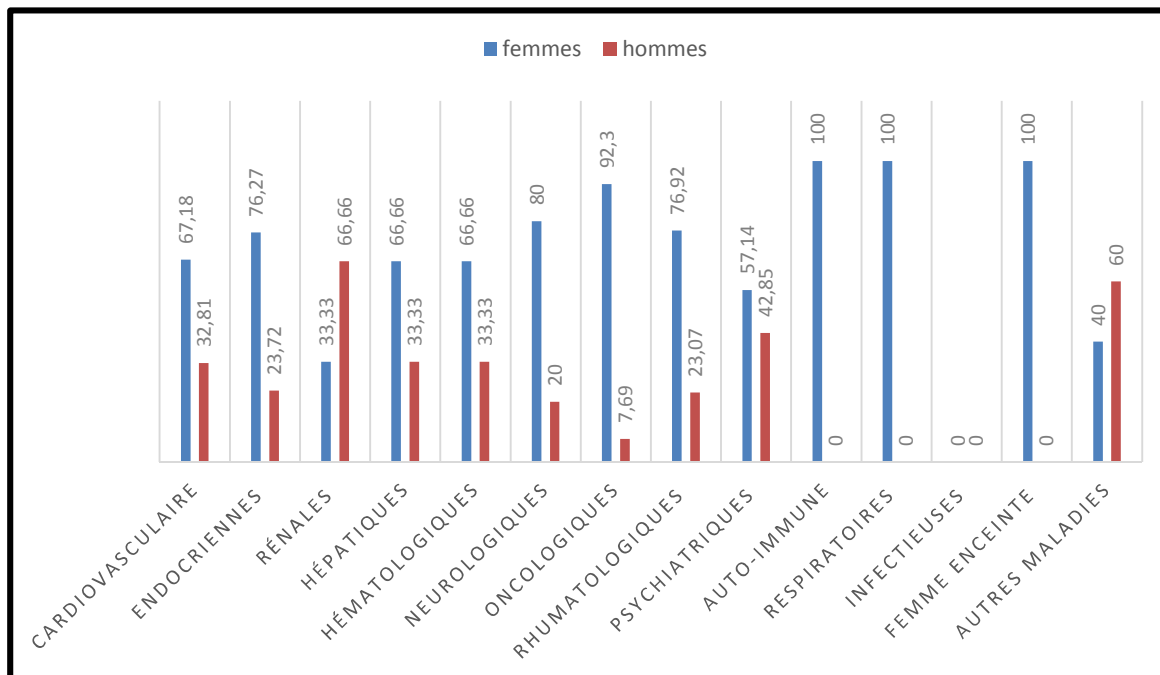


Figure 44 : Répartition des patients selon la maladie et le sexe.

3.3.2. Selon la maladie et l'âge

La tranche d'âge 30 – 59 ans était la tranche d'âge la plus touchée par la grande partie des maladies dans les cas étudiés, exemple de la maladie cardiovasculaires avec une fréquence de 67,16 %. Ainsi que les maladies endocriniennes et oncologiques avec des fréquence 61,9 % et 76,62 % successivement. (Figure 45)

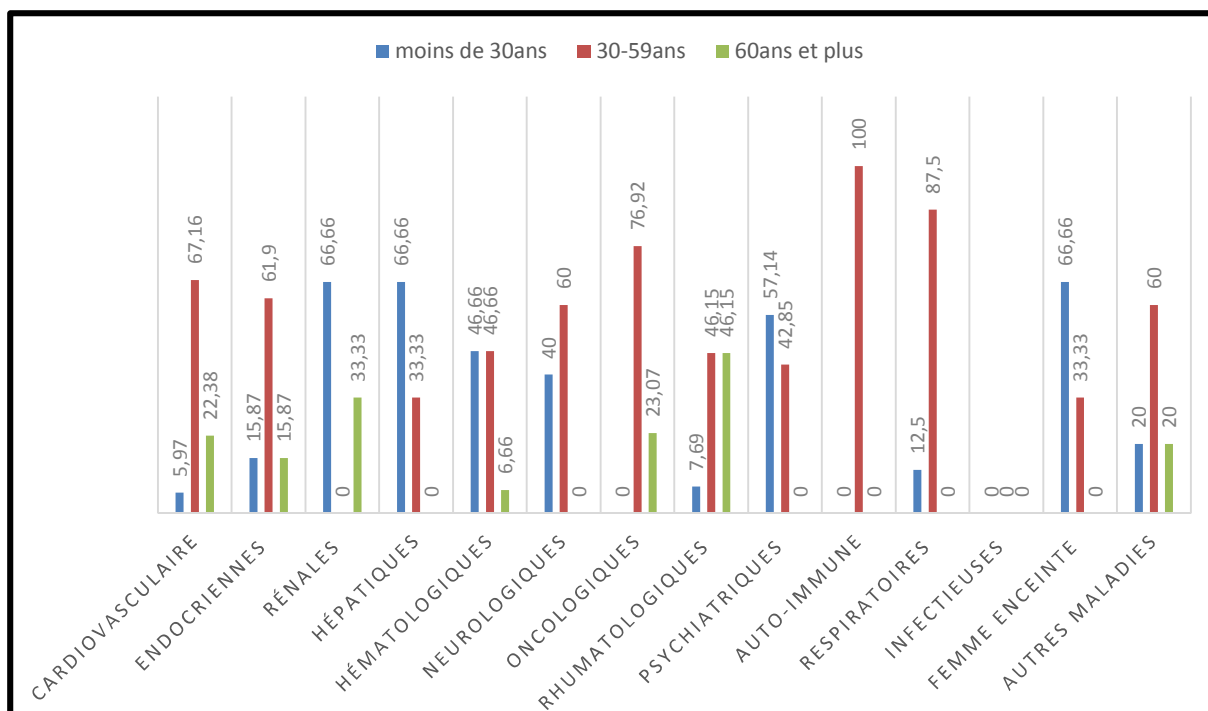


Figure 45 : Répartition des patients selon la maladie et l'âge.

3.3.3. Le motif selon la maladie

L'orientation des patients par d'autres praticiens et la douleur étaient les motifs de consultation les plus fréquents dans la plupart des maladies avec des fréquences respectives de 76.92% et 66.66% chez la patients présentant une maladie oncologique et ceux présentant une maladie hépatique. (Figure 46)

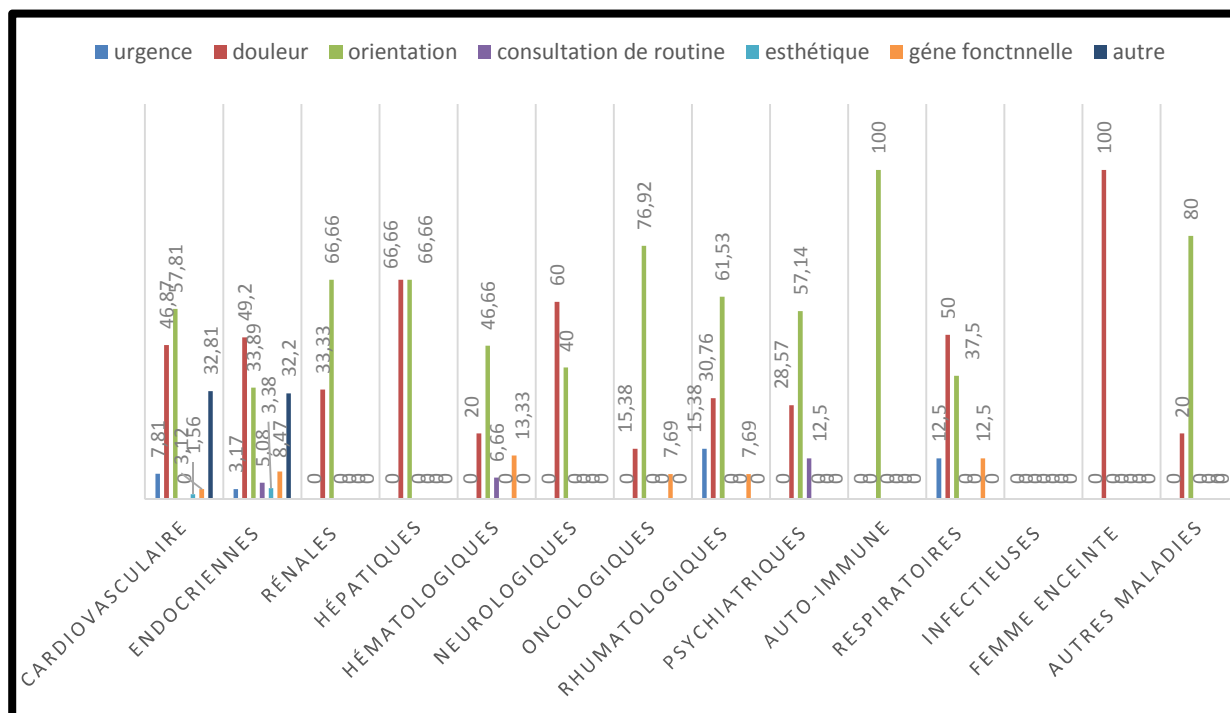


Figure 46 : Répartition des patients selon le motif de consultation et la maladie.

3.3.4. L'indice CAO selon la maladie

L'indice CAO était très élevé (> 6.5) dans la plus part des maladies, par exemple il été à 100 % très élevé chez les porteurs de maladies neurologiques, à 93.33 % très élevé chez les porteurs de maladies hématologiques et à 88.13 % très élevé chez les porteurs des maladies endocriniennes. (Figure 47)

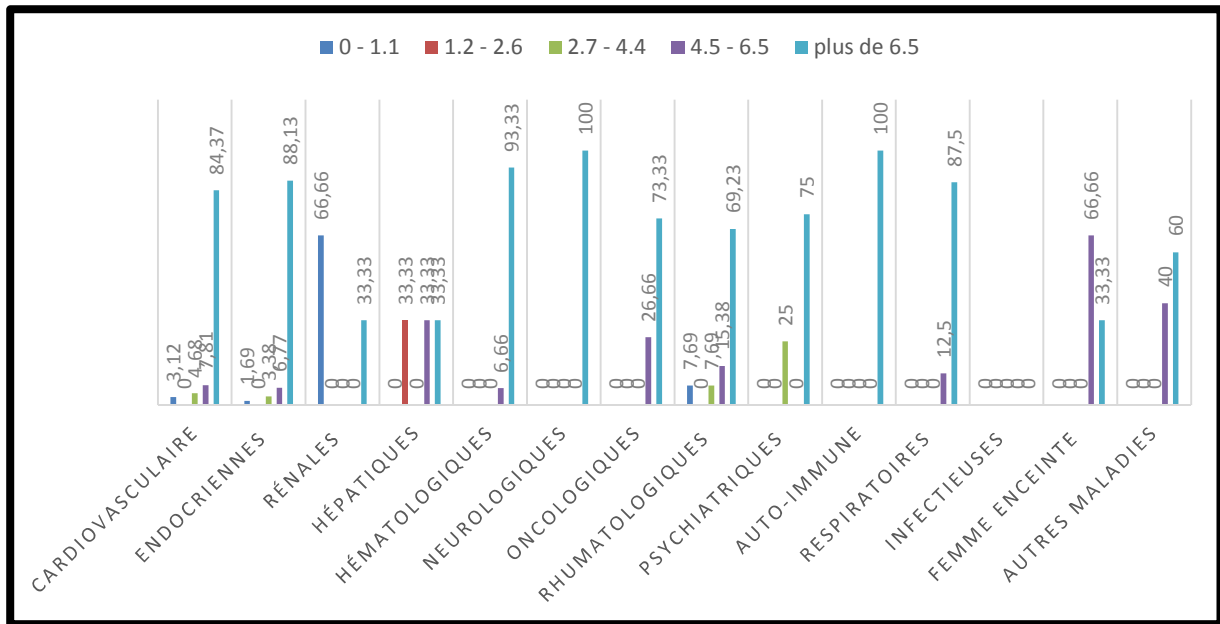


Figure 47 : Répartition des patients selon l'indice CAO et la maladie.

3.3.5. Diagnostic selon la maladie

La dentinite était le diagnostic le plus fréquent dans la majorité des maladies, chez les patients porteurs de maladies hématologiques était à 69,23 %. puis viens la maladie oncologique avec 61,53% cas de dentinite .(Figure 48)

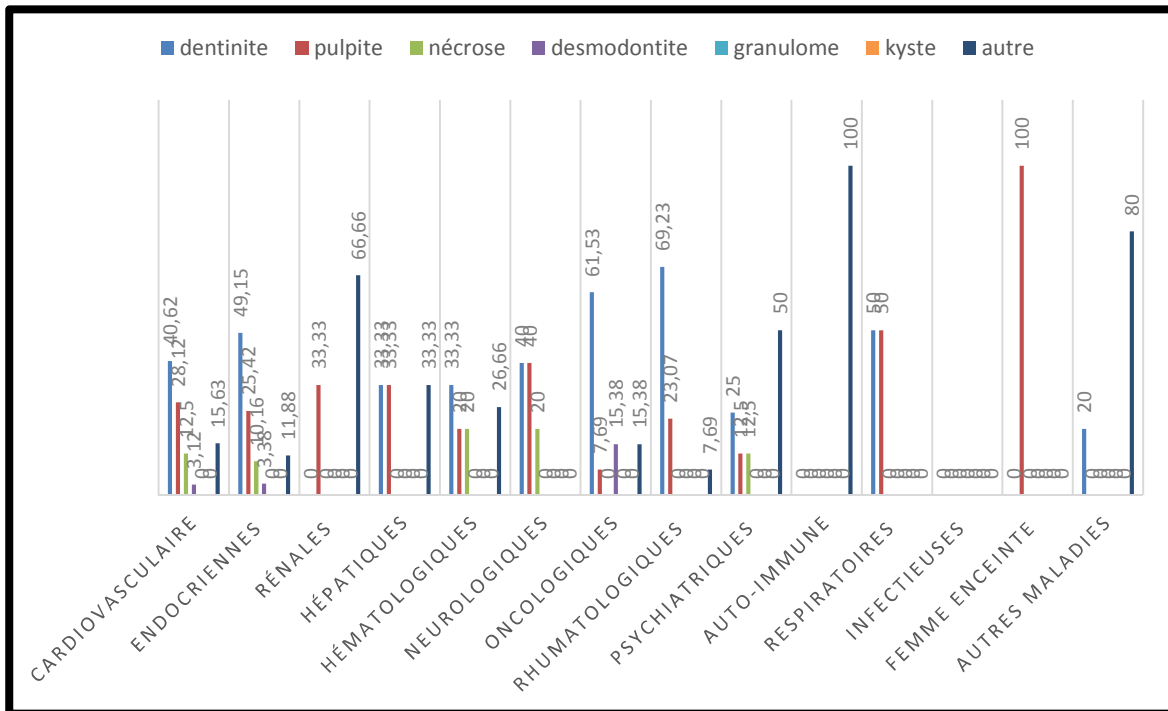


Figure 48 : Répartition des patients selon le diagnostic et la maladie.

3.3.6. Conduite à tenir selon la maladie

L'orientation vers le médecin traitant et les différents services ont été la conduite à tenir prédominante dans presque tous les types de maladies. 100% des cas de maladies hépatiques, rénales, auto-immunes et 86,66% des cas de maladie hématologiques ont été orientés par d'autres services. (Figure49)

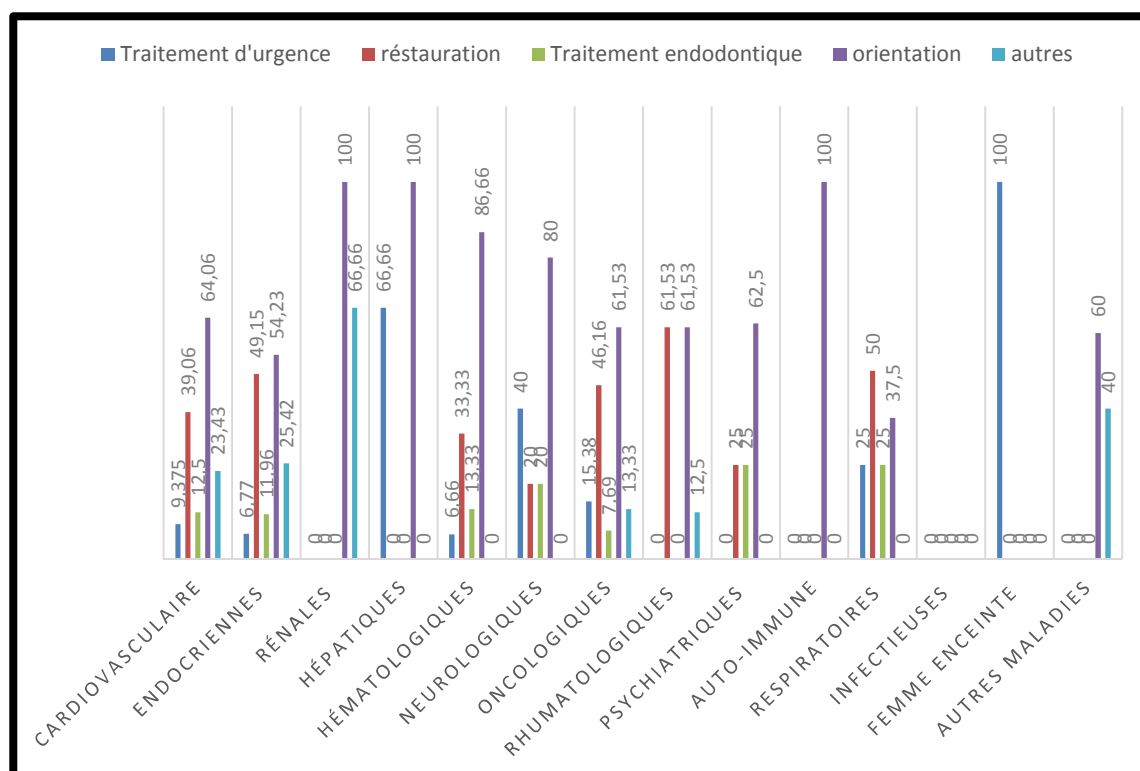


Figure 49 : Répartition des patients selon la conduite à tenir et la maladie.

4. Discussion

4.1. Difficultés et contraintes

Pendant le déroulement de notre étude on a rencontré quelques difficultés à citer le facteur temps et manque de disponibilité de l'équipe de travail, le fait que la fiabilité de notre travail dépend de notre présence tous les jours et toutes les heures de consultation dans le service d'OC afin de ne pas rater des patients et ceci au même temps que nos heures de TP, à ajouter aussi des problèmes rencontrés pendant le remplissage des questionnaires ; certains

patients n'étaient pas complètement coopérants ou parfois ignorent des informations sur leur état de santé qu'on recherche, ou parfois donnent des réponses subjectives.

4.2. Discussion des résultats

Durant notre étude 150 patients qui ont consulté étaient porteurs de maladies générales ou état physiologiques particuliers avec de 19,55%, cette fréquence était plus importante chez le sexe féminin avec 68% contre 32% chez le sexe masculin, ces résultats se rapprochent des résultats des études épidémiologiques réalisées dans le monde et qui concernent la plus part des maladies chroniques. Cela a déjà été expliqué par plusieurs facteurs ; à savoir la différence du poids, la masse musculaire, la structure corporelle, le métabolisme et les changements hormonaux.

La tranche d'âge la plus touchée est 50-59ans (24.7%), ceci peut s'expliquer par l'effet du vieillissement qui présente un terrain résultant de la réduction des capacités d'adaptation des systèmes physiologiques qui survient avec l'âge.

Les maladies les plus rencontrées durant notre étude étaient la maladie cardiovasculaire et la maladie endocrinienne avec des fréquences de 32% et 30% successivement, citant que l'HTA avec une fréquence de 45% était la plus répondue parmi les maladies cardiovasculaires, et le diabète type II avec une fréquence de 37% était le plus marqué dans le cadre de maladies endocriniennes, ce qui concorde avec les résultats d'autres études épidémiologiques.

Le motif de consultation qui est l'orientation par les autres confrère et services était le motif le plus observé avec une fréquence de 45,18 % , en association avec le motif douleur avec fréquence de 39.15% .Ceci s'explique par le fait que les patients consultent souvent en cas de douleurs ou quand ils sont orientés et motivés par un autre confrère ou un médecin traitant pour la prise en charge de santé bucco-dentaire sur laquelle la maladie générale peut avoir une influence .Les mêmes motifs étaient repartis de manière équilibrée sur tous les types de maladies ce qui montre que le type de la maladie n'a pas d'influence sur le motif.

Parmi les patients, 41% des cas consultés était diagnostiqué d'une dentinite, ceci peut s'expliquer par le rôle que joue le médecin traitant dans l'orientation, ensuite le dépistage précoce des affections bucco-dentaire, et par le fait que la douleur pousse le malade à

consulter précocement. Le diagnostic dentinite était répartis de manière équilibrée sur tous les types ce qui montre que le type n'a pas d'influence sur le diagnostic.

L'indice CAO de la population porteuse de maladie générale ou présentant un état physiologique particulier était très élevé (>6,5) chez 80% des cas, ceci mit en évidence la relation entre la maladie générale et l'état de santé bucco-dentaire ainsi que le besoin de soins au service d'OC.

Le calcul de l'indice CAO pour chaque maladie a montré des valeurs très élevées particulièrement chez les porteurs d'affections neurologiques (principalement épilepsie) 100%, cela revient probablement aux effets des antiépileptiques et leur répercussions sur la santé bucco-dentaire, de même pour les porteurs de maladie endocrinienne chez qui l'indice CAO était très élevé à 90% des cas. Les poly caries peuvent être dues à la sécheresse buccale qui augmente l'acidité salivaire et donc le risque carieux. En ce qui concerne les porteurs de maladies hématologiques était également très élevé chez plus de 90% des cas. Cela peut s'expliquer par les répercussions buccales de certains traitements à savoir la radio et chimiothérapie en cas de Leucémie.

Sur le plan thérapeutique et prise en charge l'orientation vers le médecin traitant ou vers les autres services était la conduite à tenir la plus fréquente avec un pourcentage de 44% dans les maladies en générale .Elle est également répartie de façon presque équilibrée dans sur tous types de maladie, ceci montre l'indispensabilité de l'avis du médecin traitant avant toute prise en charge dans tous les type de maladies ainsi que le rôle important du service de soins dans le dépistage et parfois l'identification d'une maladie générale non préalablement diagnostiquée et son orientation pour une prise en charge spécialisée.

5. Recommandations

5.1. Hygiène buccodentaire

Si l'hygiène bucco-dentaire est indispensable pour un patient sain sans altération de l'état général, elle est plus qu'indispensable chez un autre qui présente une maladie chronique ou un état physiologique particulier. Ceci en raison de leur diminution ou absence de leurs moyens de défense contre les microorganismes pathogènes à titre d'exemple la sécheresse buccale retrouvée chez un patient diabétique favorise les atteintes carieuses, l'immunosuppression chez les patients atteints du VIH ou sous corticoïdes est responsable de plusieurs affections buccodentaires. Les changements hormonaux chez la femme enceinte augmentent le risque de développement de caries ainsi que plusieurs affections de la cavité orale.

La carie dentaire et les infections malgré favorisée par l'altération de l'état général de l'individu ; la plaque bactérienne et la flore buccale pathogène reste l'étiologie déclenchante. Ceci mit en évidence l'importance d'une hygiène rigoureuse par les différents moyens de brossage et d'asepsie bucco-dentaire

5.2. Consultation de routine, dépistage, et soins des lésions carieuses à un stade précoce

Si ce n'est une orientation par un confrère ou un médecin traitant, la douleur dentaire est souvent le motif qui ramène en consultation au service de soins les malades porteurs de maladie générale ou état physiologique particulier .Dans la plupart des cas une douleurs dentaire s'installe qu'une fois la lésion carieuse est établie voire avancée et ceci parfois mit en question la vitalité de la dent voire sa perte selon l'état de santé , la gravité de la lésion ainsi que les conditions de la réalisation du soins .C'est pour cela que la détection précoce de la lésion carieuse est très importante pour influencer le pronostic ,un malade en particulier porteur de maladie générale doit consulter son médecin dentiste au minimum une fois par an.

5.3. Elimination des foyers infectieux

Une infection locale au niveau de la cavité buccale (cellulite, abcès, granulome ...) dans un organisme doté d'un système immunitaire altéré (diabétiques, patients sous

corticoïdes...) est susceptible de se compliquer, diffuser, devenir et une infection généralisée (cellulite diffusée, phlégment ...). Ce qui met parfois la vie de l'individu en péril.

D'autres parts, la présence d'un foyer infectieux chez un individu porteur d'une maladie générale ou état physiologique particulier, peut être responsable d'un déséquilibre ou une décompensation de cette dernière. L'exemple parfait de l'équilibre glycémique chez un diabétique qui est influencé est dérégulé par la présence d'une infection.

De plus, certaines maladies générales ou état physiologique particulier présentent des risques accrus qui déconseillent ou interdisent la réalisation de soins et la prescription de certains médicaments (patient sous chimiothérapie, sous radiothérapie, femme enceinte...).

Pour les raisons préalablement citées, l'élimination des foyers infectieux chez un patient à risque ou susceptible de le devenir à cause d'un traitement immunosuppresseur, une chirurgie... (Avant chimiothérapie, radiothérapie, Biphosphonate, chirurgie pour placement d'une prothèse ...) est indispensable et ceci le plus tôt que possible.

5.4. Banalisation de la prise en charge des patients à risque : la prise en charge de ces malades doit être assurée par le secteur privé comme le secteur public et par des généralistes comme des spécialistes.

Conclusion

Le médecin dentiste est amené à recevoir des patients en besoin de soins, présentant une maladie générale ou un état physiologique particulier qui sont considérés comme des malades à risques.

Face à un malade à risque, le médecin dentiste doit savoir dépister, identifier et évaluer la nature de ce dernier. Sa prise en charge nécessite une vigilance et des gestes de prévention en suivant des précautions particulières à chaque risque. Et ceci toujours après avis, accord et suivant les recommandations du médecin traitant qui, lui connaît le mieux l'état de santé de son malade et son évolution.

Notre étude expérimentale a étudié pour échantillon la population de malades à risques. Elle a confirmé un taux assez élevé de la population malade et ayant un état physiologique particulier qui ont consulté au service d'OC pendant la période d'étude. On a également constaté un indice carieux très élevé prédominant ce qui met en évidence les répercussions buccales de la maladie générale et sa relation étroite avec le besoin de soin. L'orientation vers le médecin traitant et les différents services était la conduite à tenir de base dans la majorité des cas ce qui prouve le rôle de dépistage qu'occupe le service de soin ainsi que l'indispensabilité de la prise de contact avec le médecin traitant.

L'hygiène bucco-dentaire et l'élimination des foyers infectieux est indispensable chez un patient présentant une maladie générale encore plus que chez un patient sain.

Bibliographies

- [1] Etude Tahina 2005-INSP.
- [2] Association Dentaire Française ADF .Risques médicaux : guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste –Publication ; 2013
- [3] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé AFSSPS. Prescription des antibiotiques en pratique buccodentaire ; 2011.
- [4] Haute Autorité de Santé HAS. Perte de connaissance brève de l'adulte; 2008
- [5] Valmi. Conduite à tenir devant une crise hypertensive B.01 ; 2007
- [6] Consensus d'expert de la: Société française d'HTA SFHTA ,SF de gériatrie et gérontologie et Européan Fédération et autonomic societies SFAS ;2014
- [7] Jean Christophe Fricain .Référentiel Internat chirurgie orale ; 2017.
- [8] Atlas , David, Lellouche, Pr Nicolas. Cardiologie vasculaire .7^e édition.
- [9] Yvan le Dolly-Physiologie de l'appareil cardiovasculaire.
- [10] Masson. L'essentiel de la médecine pour le chirurgien-dentiste ;2011
- [11] Lucie Adam.Prise en charge des patients à risques au cabinet dentaire: Enquête Thèse diplôme d'état de chirurgie dentaire [thèse]. Lille: Université de droit et de la santé de Lille 2; 2016.
- [12] Leila Benjelloum ,Faiza Abdellaoui –Sanaa Chala- Prise en charge des patients présentant une cardiopathie ;2012.
- [13] Yvon Proche. Chirurgie dentaire et patients à risque ;1996
- [14]Tanguy,Stéphane. Base de physiologie cardiaque ; licence STAPS 1^e année .
- [15] Association dentaire française ADF : Les urgences médicales au cabinet dentaire- Publication -2009.
- [16] Société Française de chirurgie orale SFCO. Gestion péri-opératoire des patients traités par anti-thrombotiques en chirurgie orale ;2015.
- [17] Haute Autorité de Santé HAS .Guide affection de longue durée : La prise en charge de votre cardiopathie valvulaire ; 2008.

Bibliographies

- [18] Wikipidia [en ligne].[Consulté le 04Avril 2019].Dispnable sur :
[http// :eu.m.wikipedia.org/wiki/](http://eu.m.wikipedia.org/wiki/).
- [19] Yvon Roche .Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne ; 2010.
- [20] Docteurcllic [en ligne].[Consulté le 16 Mars 2019].Disponble sur :
[http//www.docteurcllic.com/encyclopedie/asthme-grave.aspx](http://www.docteurcllic.com/encyclopedie/asthme-grave.aspx).
- [21] Ramsay [en ligne].[Consulté le 16 Mars 2019].Disponble sur : www.ramsaygds.fr/nos-soins/bronco-pneumopathie-chronique-obstructive.
- [22] Médium [en ligne].[Consulté le 16 Mars 2019].Disponble sur : www.medium.com
- [23] Rodolphe Zunzarren. Guide clinique en odontologie; 2011
- [24] Sciences et avenir [en ligne].[Consulté le 12 avril 2019].Disponble sur :
www.scienceetavenir.fr
- [25] Nutrigenamique [en ligne].[Consulté le 12 Avril 2019].Disponble sur : www.la-nutrigenamique.e-monocyte.com/pages/parties/la-maladie-des-alzeihmer.html.
- [26]Science juniore [en ligne].[Consulté le 23 Mars 2019].Disponble sur :
www.sciencejunior.fr/biologie/lesang/attachement/cellules-du-sang
- [27] Bruno Varet .Livre de l'interne: Hématologies ; juillet 2007
- [28] Mebrouk Idris. Les Bons réflexes-Urgences médicales au cabinet dentaire ; 2017
- [29] François PREDINE-HUG. L'odontologiste face à Asthme, Cirrhose, Diabète, Endocardite, Epilepsie, Grossesse, Hémophilie, Insuffisance cardiaque, AAP, AC,SIDA, Toxicomanies...Conduites à tenir; 2011
- [30] Section diabète CHU Sainte-Justine [en ligne].[Consulté le 12 mai 2019].Disponble sur :
slideshare.net
- [31] Santé doc [en ligne].[Consulté le 20 mai 2019].Disponble sur :
<https://surenales.com/images//schema.png>

Bibliographies

- [32] <https://www.google.com/url?sa=i&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiq7ODIksvgAhUC0BoKHevWDy4Qjxx6BAgBEAI&url=https%3A%2F%2Fwww.docteurcllic.com%2Fmaladie%2Ffulcere-gastro-duodenal.aspx&psig=AOvVaw13A58ueToUkwnqK4DY1GPX&ust=1550779231312937>
- [33] Association Dentaire Française ADF .Risques médicaux : guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste –Publication ; 2016
- [34] David Saadoune. Société française de médecine interne ; 2014.
- [35] https://www.eurordis.org/article.php3?id_article=1018.
- [36] <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn3ANNd/>.
- [37] Monteiro M, Rout J. Multiple root resorption as a presenting sign of Paget's disease of bone. Oral Surg; 2008
- [38] Haute Autorité de Santé (HAS), Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose. Note de synthèse ; 2006
- [39] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé AFSSAPS , Recommandations sur la prise en charge bucco-dentaire des patients traités par Biphosphonates; 2007
- [40] John Libbey Eurotext , La polyarthrite rhumatoïde de l'adulte - SANY J-Paris ; 1999
- [41] La chimie prend soin de nous. Journal du CNRS n°252-253 ; 2011
- [42] http://www.docteurcllic.com/galerie-photos/image_4382_m.jpg
- [43] Gogly, Bruno. Rôle du chirurgien-dentiste vis-à-vis d'un patient porteur d'une prothèse articulaire [Thèse]. Université de Claude Bernard -Lyon ; 2012
- [44] G. Kleftaras .La dépression : Approche cognitive et comportementale ;2004
- [45] Pesci-Bardon, C. & Prêcheur, I. Conduites addictives: tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire -. EMC 1–9; 2010
- [46] Hubert-Grossin, K., George, Y. & Laboux. Toxicomanie illicite: Manifestations buccodentaires et prise en charge odontologiques. Rev. Odontostomatol (Paris) 32, 119–134 ; 2003

Bibliographies

- [47] Landru Marguerite. Manifestations orales associées à la toxicomanie et prise en charge au cabinet dentaire [Thèse] .Lyon : Université de Claude Bernard, 2015
- [48] Aurélie Valentin, Autisme et santé bucco-dentaire: Approche spécifique .Nancy : Université d'Henri Proincare ; 2011.
- [49] Coordinateur : F.VAYSSE. Protocoles des soins buccodentaires chez les patients présentant un handicap. Disponible sur : vaysse@Cicité
- [50] Philippe Jeammet, Fayard. Anorexie boulimie: les paradoxes de l'adolescence; 2012
- [51] Pr Colon. Doctissimo [en ligne]. [Consulté le 30 mai 2019].Disponible sur : <http://www.doctissimo.fr/html/nutrition/dossiers/anorexie/15554-anorexie-boulimie-dents.htm>.
- [52] Nourguet Emilie. L'enfant déficient mental au cabinet dentaire [Thèse]. Nante : Université de nante unité de formation et de recherche d'odontologie; 2007.
- [53] D.Anastasio,E. Hein-Halberwachs, D, D. Droz, E. Gerard. Handicap et odontologie : Proposition d'avenir. Actualités odonto-stomatologie n°239 ; 2007.
- [54] Ruquet, Michel. Femme enceinte. L'information dentaire n°17 ; 2015
- [55] Gaudy J.F. et coll. La pratique de l'analgésie en odontologie-1-12 .Paris. Edition CdP, Paris ; 2005
- [56] A.Bauser .La femme enceinte au cabinet dentaire ;2000.
- [57] I. Benyahia. Grossesse et cavité buccale. Espérance médicale ; 1996
- [58] Declercq J, Devilliers A, Biserte M . Pathologies buccodentaires et femmes enceintes et fumeuses. Le chirurgien-dentiste de France; 2000.
- [59]Axelle Bochellen. La prise en charge buccodentaire de la personne âgée dépendante [Thèse].Nancy : Université Henri Poincare Nancy1; 2003.
- [60] Info cancer [en ligne].[Consulté le 30 avril 2019]. Disponible sur: www.arcagy.org
- [61] Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support AFSOS. Radiothérapie et soins bucco-dentaires [en ligne]. [Consulté le 30 avril 2019].Disponible sur : http://www.afsos.org/IMG/pdf/Radiothérapie_et_soins_bucco_dentaire.pdf ; 2010

Bibliographies

[62] Société française de chirurgie orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. Med Buccale Chir Buccale. Aout-18(3) :251 314 ; 2012

[63]Farsi F, Guichard M ,Gourmet R, Kreher P, Standards. Options et recommandations pour une bonne pratique odontologique en cancérologie. Bull Cancer (Paris)-86(7) :640 65-sept 1999

[64] Ph.Lesclous, S. Abi Nadjim, J. Samson. Biphosphonates et pratique dentaire, Revue d'odontostomatologie; 2011

ANNEXES

Thème de mémoire D'odontologie conservatrice : Les patients présentant une maladie générale et un besoin de soin au service d'OC-enquête épidémiologique. Encadré par : promoteur : DR lakabi

Copromoteur : Pr Tibiche

Fiche d'observation

Le : /

/ 20

Nom :

Prénom :

Profession :

Age :

Motif de consultation : -Urgence - Orientation
 -Douleur -gène fonctionnelle
 -consultation de routine -Aut

Maladie générale :

-Maladie cardiovasculaire : -cardiopathies a haut risque } -ATCD d'I
valvulaire } - cardiopathie congér e
} -porteur de prothèse

-HTA

-autre cardiopathi

-Maladie endocrinienne : - Diabète - thyroïd

-Auti

-Insuffisance rénale .

-Insuffisance hépatique .

-Maladie infectieuse :

Thème de mémoire D'odontologie conservatrice : Les patients présentant une maladie générale et un besoin de soin au service d'OC-enquête épidémiologique. Encadré par : promoteur : DR lakabi

Copromoteur : Pr Tibiche

-Maladie hématologique :

-Maladie néoplasique :

-Maladie neurologique :

-Maladie Auto-immune :

-Autre maladie :

-Indice CAO : -dents absentes -dents obturés -dents cariés

-Dent causale

-Diagnostic de la dent causale : -dentinite - pulpite aiguë

-pulpite chronique -nécrose

pulpaire -pulpodesmodontite -granulome

-kyste -a

-Conduite à tenir :

-TRT d'urgence :

-Restauration .

-TRT endodontique .

-Orientation vers :

-autres

Résumé

La prise en charge d'un patient présentant une maladie générale présente des risques parfois fatals, que le médecin dentiste est dans l'obligation de distinguer ,identifier et évaluer .

Une étude épidémiologique dont l'échantillon étudié était la population porteuse de maladie générale ou état physiologique particulier, consultant au service d'OC/E du CHU de Tizi-Ouzou sur une période de 3mois.

L'étude a montré une fréquence relativement élevée de la population malade en consultation , ce qui a confirmé les données statistiques existantes . On a constaté aussi que l'indice carieux CAO était très élevé ce qui montre une étroite relation entre la maladie générale et le besoin de soin.

Dans la plupart des cas, le médecin traitant a été sollicité. Ce qui montre le rôle important qu'il joue dans la prise en charge des malades.

Abstract

The medical care of patients with a general illness presents some times fatals risks , wich the dentist is obliged to distinguish , identify and evaluate .

An epidimiological study of which the sample studied was the population carrying a general disease or a particular physiological state,consultant in the département of conservative odontology of the university hospital center TIZI- OUZOU over a period of 3 months.

The study showed a relatively high frequency of the sick population who consulted, wich confirmed the existing statistical data. It was also found that the carious index was very high, wich shows a close relationship between the general illness and the need for care.

In most cases, the doctor who supports the patients for their general diseases was asked. This shows the important role he plays in their care .