



L'ESSENTIEL SUR LA SANTE ET LES SOINS BUCCO-DENTAIRES

Un dossier pour tout savoir –ou presque– sur la bouche et les dents et mieux comprendre pourquoi et comment le chirurgien-dentiste vous soigne...

CCMO SANTÉ PRÉVOYANCE
MUTUELLE

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

I - DENTS ET GENCIVES : BREF RAPPEL ANATOMIQUE

1 - La denture P- 3

- » La structure d'une dent
- » Les différents éléments qui composent et entourent les dents
- » Les caractéristiques de nos dents
- » Dents de lait... Et dents définitives !
- » Dents de sagesse

2 - Les dents et notre santé P- 5

- » Conséquences de problèmes bucco-dentaires sur l'état général
- » Impact de maladies générales sur les dents et les gencives

3 - Particularités dentaires en fonction des différents moments de la vie P- 6

- » Enfant
- » Adolescent
- » Femme enceinte
- » Senior

II - MALADIES DES DENTS ET DES GENCIVES : LES SOINS DENTAIRES

1 - Soigner P- 8

- » Plaque dentaire
- » Carie
- » Abscès
- » Maladies des gencives
- » Extraction

2 - Corriger et réparer P- 11

- » Colorations, tâches et imperfections
- » Malpositions et orthodontie
- » Fêlures et fractures
- » Dents abîmées, manquantes : prothèses et implants

III - COUTS ET REMBOURSEMENTS DES SOINS DENTAIRES

1 - Remboursements de l'Assurance maladie P- 15

2 - Accord préalable de l'Assurance maladie P- 16

3 - Bilans gratuits P- 16

4 - Devis dentaire P- 16

IV - AUTRES AFFECTIONS DE LA BOUCHE

1 - Sensibilité dentaire P- 17

2 - Bouche sèche P- 17

3 - Aphte P- 17

4 - Muguet P- 17

5 - Affections des lèvres et de la langue P- 18

LEXIQUE / GLOSSAIRE P- 19

Remarque importante

Ce dossier traite des principales affections des dents et des gencives à l'exclusion de toutes pathologies tumorales et cancéreuses.

I/ DENTS ET GENCIVES : BREF RAPPEL ANATOMIQUE

1/ La denture

► La structure d'une dent

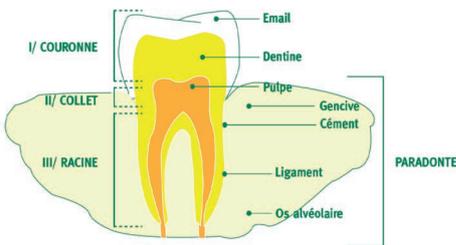
La dent est constituée de 2 éléments :

- ▶ la **couronne** : partie visible de la dent ;
- ▶ la **racine** : partie non visible, sous la gencive, qui permet à la dent de tenir dans l'os.

La limite entre la couronne et la racine est appelée collet.

Les différents éléments qui composent et entourent les dents

- ▶ L'**émail** : tissu le plus dur du corps humain, il est translucide, très résistant et recouvre toute la surface de la couronne.
- ▶ La **dentine** : plus fragile, elle constitue la majeure partie de la dent et lui donne sa teinte. Elle est recouverte, au niveau de la couronne, par l'émail (sous lequel elle est visible par transparence), et au niveau de la racine, par une fine couche minérale appelée **cément**.
- ▶ La **pulpe** : appelée communément « nerf », elle est située au centre de la dent, sous la dentine. Riche en nerfs et vaisseaux sanguins, elle donne à la dent sa vitalité et sa sensibilité.
- ▶ L'**os alvéolaire** : il est creusé d'alvéoles dans lesquelles viennent se fixer les dents, par le biais de **ligaments**. Il naît, vit et meurt avec la dent, au contraire de l'**os de la mâchoire**, avec lequel il fait corps.
- ▶ Pour protéger le tout, la **gencive** recouvre l'os autour des dents, à la base de la couronne. Elle assure ainsi l'étanchéité entre la salive et l'intérieur de la mâchoire.
- ▶ Enfin, on appelle **parodonte** l'ensemble des tissus qui entourent et soutiennent la dent : gencive, os alvéolaire, ligament et cément.



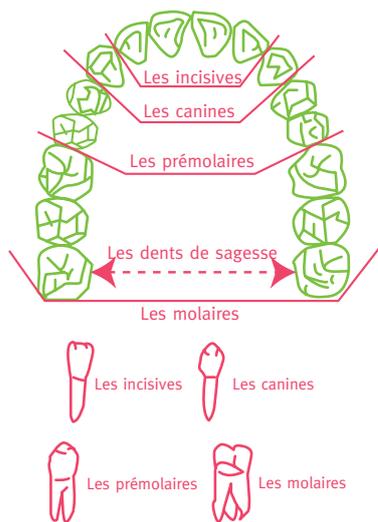
**La salive :
1 litre par
jour...
très utile !**

La salive, composée d'eau (à 99,5%), de protéines, d'électrolytes et de sels minéraux, est issue des glandes salivaires.

Continuellement sécrétée, mais encore plus lors des repas, elle est déglutie une à trois fois par minute en dehors des repas. On salive davantage debout ou couché qu'assis, plus en hiver qu'en été... et très peu la nuit.

La salive assure plusieurs fonctions :

- la diction (lubrification des surfaces dentaires et des muqueuses),
- la digestion (formation avec la nourriture mâchée du « bol alimentaire », qui glisse facilement dans l'œsophage, et transformation « chimique » de certains composants d'aliments, facilitant leur assimilation par l'organisme),
- la protection (propriétés antiseptiques),
- et la réparation (régulation du pH de la bouche, qui évite les attaques acides, et reminéralisation de l'émail).



► Les caractéristiques de nos dents

La mâchoire de l'homme comporte **32 dents**.

► Les dents de devant :

- les **8 incisives**, en forme de pelle, permettent de couper les aliments (une seule racine) ;
- les **4 canines**, pointues et robustes, servent à déchiqueter (une seule racine) ;

► Les dents postérieures :

- les **8 prémolaires** participent au broiement des aliments (une ou deux racines) ;
- les **12 molaires** servent également à écraser les aliments (deux ou trois racines) ; parmi elles, on dénombre **4 dents de sagesse**.

Les dents ne servent pas qu'à manger !

Certes, les dents permettent la mastication, qui constitue le premier temps de la digestion, mais en soutenant les « tissus mous » comme les lèvres et les joues, elles jouent également un rôle dans la prononciation des sons.

► Dents de lait... Et dents définitives !

Les **20 dents de lait** apparaissent entre les âges de 6 mois et 2 ans et demi environ. Les dents du bas apparaissent généralement avant celles du haut. Toutes sont en place vers l'âge de **3 ans**. Si les dents de lait sont si blanches - d'où leur nom -, c'est parce qu'elles sont moins minéralisées et que les épaisseurs d'émail et de dentine sont plus réduites.

La chute des dents de lait dépend de l'arrivée des dents permanentes.

A partir de 5 ans et demi, les dents définitives poussent sous les racines des dents de lait et viennent les user. Lorsque ces racines ont presque disparu, les dents de lait commencent à bouger puis tombent, permettant aux dents définitives d'apparaître. **L'éruption des dents permanentes commence à partir de l'âge de 6 ans et se termine vers 12 ans. [voir enfant p 6]**

► Dents de sagesse

Les 4 dents de sagesse se forment dès l'enfance mais, si elles ont la place d'évoluer, n'apparaissent en bouche que vers 17/18 ans.

Dans certains cas, elles sont gênées et ne font leur éruption que partiellement ou ne se montrent jamais : on dit alors qu'elles sont incluses [c'est-à-dire retenues dans l'os].

► Dans quels cas faut-il extraire les dents de sagesse ?

- En cas d'infection

Lorsque les dents de sagesse sont à moitié sorties de la gencive, des débris alimentaires peuvent s'accumuler entre celle-ci et la dent. Cela risque de provoquer une inflammation, qui peut aboutir à une infection à l'origine de douleurs, de difficultés à ouvrir la bouche ou à s'alimenter normalement. Si l'infection récidive, malgré bains de bouche et antibiotiques, le chirurgien-dentiste propose une extraction.

- En cas de carie

Difficile d'accès lors du brossage, les dents de sagesse sont plus sujettes à l'apparition de caries. Une carie importante peut nécessiter l'extraction de cette dent, dont la localisation ne permet pas non plus d'être traitée correctement.

- En cas de malposition

L'évolution des dents de sagesse peut modifier de façon manifeste l'alignement dentaire et entraîner des malpositions. Elles peuvent même compromettre des traitements orthodontiques qui visent à repositionner les dents. L'extraction est alors envisagée, après avoir effectué une radio panoramique des dents.

2/ Les dents et notre santé

La dent est un organe vivant qui communique avec tout le corps.

► Conséquences de problèmes dentaires sur l'état général

Certaines maladies bucco-dentaires peuvent provoquer des pathologies graves :

► Infections

Lorsqu'un abcès dentaire se forme, les bactéries peuvent passer dans le sang et être source d'infection généralisée de l'organisme.

Ainsi, un chirurgien qui doit opérer une personne s'assure auparavant que le patient a un état bucco-dentaire satisfaisant et que les caries sont soignées. Il peut même demander l'extraction d'une dent présentant un risque d'infection pour éviter l'essaimage des bactéries et donc une éventuelle complication ultérieure.

► Maladies cardiovasculaires

Les maladies du parodonte, du fait de la présence d'un foyer infectieux, augmentent les risques d'affections cardiovasculaires.

► Fatigue générale

Une plaque dentaire abondante peut diminuer l'efficacité des défenses immunitaires (concentrées sur la bouche pour faire face aux milliards de bactéries qui l'envahissent) et contribuer ainsi à un état de fatigue générale.

► Malnutrition

La perte de dents chez les seniors peut entraîner des risques de malnutrition, voire de dénutrition.

► Impact de certaines maladies sur les dents et les gencives

Les maladies, les médicaments, les variations hormonales, les comportements à risques, comme le tabac ou l'alcool... modifient parfois considérablement l'équilibre buccal et augmentent ainsi le risque de développer des pathologies dentaires.

Deux types d'affections peuvent toucher les dents :

► Les **affections congénitales**, autrement dit des anomalies de dent **présentes à la naissance**, c'est-à-dire avant que la dent ne fasse son éruption dans la bouche. Elles peuvent être dues à :

- l'hérédité,
- des maladies contractées par la mère pendant la grossesse : infections (syphilis, rubéole), troubles hormonaux, manque de vitamine B et/ou malnutrition, prise de certains médicaments...

Le développement des tissus (émail, dentine...) d'une ou plusieurs dents peut alors être insuffisant ou perturbé, ce qui l'(les) expose plus fortement à des caries et/ou des fractures. Les dents touchées peuvent prendre une teinte jaunâtre, brunâtre voire transparente.

► Les **affections acquises**, c'est-à-dire des anomalies **touchant la dent après son éruption** dans la bouche. Ces problèmes de la dent elle-même sont causés par :

- **des maladies, comme le diabète par exemple.**
Le diabète favorisant notamment la survenue d'infections. Il est important de le signaler à votre chirurgien-dentiste qui prendra toutes les précautions nécessaires (antibiothérapie...).
- **des apports toxiques**, comme l'utilisation de certaines drogues (cocaïne, morphine...).
- **certaines traitements médicamenteux.**
- **des « traumatismes » :**
 - le bruxisme (grincement des dents), dû en particulier à la nervosité et au stress, entraîne une usure prématurée des dents (il est recommandé de porter une gouttière en résine transparente la nuit) ;
 - l'interposition continue au même endroit d'un objet (clou de tapissier, crayon, fumeur de pipe !...).

3/ Particularités dentaires en fonction des différents moments de la vie

► Enfants

L'enfance est marquée par l'arrivée des premières dents, entre 6 mois et 2 ans et demi, encore appelées « dents de lait » puis par l'éruption des dents permanentes et définitives, qui commence à partir de 6 ans et se termine vers 12-13 ans (voir dent de lait p : 4).

AGE MOYEN D'APPARITION DES 20 DENTS DE LAIT

DENTS	AGE MOYEN D'APPARITION
4 incisives médianes	5 à 9 mois
4 incisives latérales	7 à 11 mois
4 premières molaires	10 à 18 mois
4 canines	16 à 24 mois
4 deuxièmes molaires	de 20 à 30 mois

► Eruption des premières dents

Les signes accompagnant une **poussée de dents de lait** se reconnaissent aisément : gonflement de la gencive qui devient rouge, joues et fesses rouges, bébé qui bave et pleure plus souvent, fièvre légère, perte d'appétit, selles molles...

Pour soulager l'enfant, on peut lui donner un anneau de dentition réfrigéré, masser la zone gonflée avec un baume spécial, lui faire prendre du paracétamol ou un remède homéopathique. Il existe également des crèmes pour apaiser l'érythème fessier. Dans tous les cas, il ne faut pas hésiter à demander conseil au pédiatre ou au chirurgien-dentiste.



Surtout ne pas tremper l'anneau de dentition dans du sucre, du sirop, du miel ou dans tout autre aliment sucré.

► Besoin de succion

Le petit enfant a un besoin naturel de succion : téter est un réflexe qui peut rassurer et détendre le bébé. Cette habitude disparaît ensuite progressivement.

Pouce ou tétine ? L'un et l'autre ont leurs avantages et leurs inconvénients ! Dans tous les cas il convient d'en **limiter l'usage**. L'enfant doit arrêter vers 4-5 ans, car cela risque de déformer sa mâchoire et de donner une mauvaise position à ses dents.

► Hygiène bucco dentaire et brossage des dents

L'apprentissage de l'hygiène dentaire est essentiel.

► Prévenir les caries

Il convient d'être très vigilant car **un traumatisme ou une carie affectant une dent de lait peut atteindre le germe de la dent définitive**. En revanche, les éventuelles malpositions légères des dents de lait n'ont pas de conséquences sur les dents définitives.



Eviter de donner un **biberon avec de l'eau sucrée** à un enfant, surtout au moment du coucher. Utilisé de façon immodérée, il entraîne ce que l'on appelle les « **caries du biberon** ».

Les enfants doivent consulter le **chirurgien-dentiste 1 à 2 fois par an**, dès le plus jeune âge (1^{er} examen possible dès l'âge de 2 ans).

Ce n'est que vers 6 ans, lorsque les premières grosses molaires définitives commencent à pousser, que sera possible l'éventuel **scellement de sillons** pour protéger des caries.

En France, il existe des **pédodontistes** qui sont spécialisés dans les soins bucco-dentaires pour les enfants. Mais les omnipraticiens, chirurgiens-dentistes classiques, sont tout à fait habilités à soigner les enfants.

►► Adolescents

60% des jeunes de 15 ans ne sont jamais allés chez un chirurgien-dentiste et **20% des 9 à 12 ans présentent une carie non soignée.**

Chez les adolescents entre 12 et 18 ans, 4 messages sont donc particulièrement importants.

► **L'importance de l'hygiène bucco-dentaire** au quotidien, avec notamment l'utilisation du **fil dentaire.**

► L'impact de l'alimentation sur la santé bucco-dentaire et le rôle **du fluor.**

Les **comportements alimentaires** (grignotage, consommation excessive de produits sucrés...) augmentent le **risque de carie** déjà important en raison de la faible minéralisation des jeunes dents définitives.

► Sensibilisation à la **problématique des addictions, tabac, alcool, piercings...**

Les modifications hormonales de la puberté **fragilisent les dents.**

Certains adolescents commencent à fumer ; or les effets négatifs du **tabac** sur la bouche sont multiples : dépôt brunâtre sur les dents, mauvaise haleine, augmentation du tartre, inflammation des muqueuses, pathologies gingivales parfois sévères...

Le piercing oral représente également un danger. Il entretient des foyers infectieux dans la bouche de façon chronique. De plus, lorsqu'il est mal toléré, il peut entraîner douleur et gonflement, une augmentation du flux salivaire et une allergie au métal. Il modifie aussi parfois la parole, les capacités de mastication et de déglutition, et peut donner lieu à la formation d'un tissu cicatriciel ou léser les nerfs de la langue.

► Nécessité d'un contrôle régulier chez le chirurgien-dentiste, si possible **2 fois par an. L'examen de prévention**, appelé bilan bucco-dentaire est **gratuit pour les 13-18 ans** (voir page 16).

►► Femmes enceintes

Pendant la grossesse, les dents et les gencives sont parfois plus sensibles et susceptibles d'être fragilisées.

Les **vomissements**, fréquents en début de grossesse, **attaquent les dents** (car ils sont riches en acide gastrique). Il convient de se rincer la bouche avec de l'eau additionnée de bicarbonate de sodium (1 cuillère à café pour un verre d'eau) ou/et utiliser un bain de bouche approprié.



Attendre environ 30 minutes avant de se brosser les dents car l'émail des dents a été fragilisé par le vomissement.

Les **modifications hormonales** rendent les **gencives plus sensibles**. En raison de l'augmentation du taux de progestérone dans le sang, les inflammations (gingivites) sont plus fréquentes et se traduisent par des douleurs et des saignements. Une **recrudescence des caries** est également constatée.

Il est donc important de renforcer l'hygiène dentaire et de consulter régulièrement son chirurgien-dentiste.

Les soins dentaires ne sont pas contre-indiqués pendant la grossesse. Le praticien peut, en prenant les précautions nécessaires, effectuer une anesthésie locale et des radios de dents.

►► Seniors

Il existe une **usure naturelle des dents** due simplement à l'âge et, au fur et à mesure des années, les soucis bucco-dentaires deviennent évidemment plus fréquents.

La fonction masticatrice de la personne ayant plusieurs dents manquantes se réduit ; il est alors fortement conseillé de faire poser une prothèse adéquate.

Le senior peut également développer des **problèmes liés au port d'appareils** qui exigent des soins particuliers.

Il peut avoir la **bouche sèche**, ce qui fragilise dents et gencives. La réduction de la salive (voir la salive p : 3) peut être provoquée par le vieillissement des glandes salivaires, par différentes maladies ou encore par la prise certains médicaments.

Une **maladie cardiaque**, un **diabète** ou un **cancer** peuvent entraîner des répercussions directes ou indirectes sur l'état de santé buccodentaire.

Chez la femme après la ménopause, la salive est parfois sécrétée en moindre quantité. Le goût peut s'altérer, les caries se multiplient, les gencives s'irritent plus facilement et l'ensemble des tissus de soutien de la dent s'affaiblit, augmentant les risques d'infections ou de déchaussements. **L'ostéoporose** (fragilité diffuse) de l'os de la mâchoire est également possible, rendant l'adaptation des prothèses ou la pose d'implants difficile.

II/ MALADIES DES DENTS ET DES GENCIVES : LES SOINS DENTAIRES

Selon l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, les Français adultes présentent en moyenne 1,4 dent cariée non soignée, 52% une inflammation du parodonte, 17% des saignements spontanés et 20% ont de la plaque dentaire visible à l'œil nu.

Contre les maladies des dents et gencives, une seule arme : les nombreux soins proposés dans les cabinets dentaires, qui peuvent soigner, corriger, réparer ou remplacer les dents...

1/ Soigner

Les problèmes dentaires ne sont pas tous aussi douloureux que la fameuse « rage de dents », qui est en réalité provoquée par une carie ou un abcès...

Certains sont silencieux mais le chirurgien-dentiste peut les dépister et soigner à temps pour éviter qu'ils ne se transforment en troubles dentaires plus graves.

►► Plaque dentaire

► Causes

Lorsque nous mangeons, un enduit formé des restes d'aliments et de salive se dépose sur les dents. Sur ce film incolore, et qui s'épaissit au cours de la journée, adhèrent des millions de bactéries qui vivent naturellement dans la bouche. C'est ce qu'on appelle la **plaque dentaire** : elle est à l'origine des caries, du **tartre** et de la mauvaise haleine.

Si la plaque dentaire n'est pas enlevée régulièrement par un brossage efficace, de préférence après chaque repas, elle peut se minéraliser et se durcir en 24 heures, en particulier dans les zones difficiles à nettoyer. Elle devient du tartre, sorte de dépôt rugueux et poreux qui s'accroît avec le temps. De par sa composition et la présence de bactéries, il provoque des irritations et peut générer des problèmes de gencives.

► Soins

Le chirurgien-dentiste doit régulièrement éliminer le tartre grâce à un **détartrage**, une technique simple et pratiquement indolore : il est réalisé soit par « grattage » avec des instruments manuels, soit avec un appareil à ultrasons qui décolle le dépôt. Il est suivi d'un **polissage**, effectué à l'aide de brosettes montées sur un instrument rotatif et imprégnées d'une pâte à polir ou par pulvérisation de microparticules de bicarbonate.

C'est le chirurgien-dentiste qui définit la fréquence nécessaire des détartrages [tous les 6 mois ou tous les ans généralement].

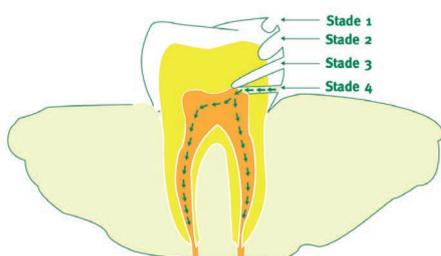
►► Carie

► Causes

La carie est une **infection de la dent** qui détruit progressivement la dent, de façon irréversible, attaquant aussi bien les dents de lait que les dents définitives.

Les caries surviennent lorsque les bactéries de la plaque dentaire sécrètent des enzymes qui transforment les sucres des aliments en acides. Ceux-ci fragilisent la dent, en provoquant une déminéralisation de l'émail et peuvent former une carie. Elle progresse toujours de l'extérieur vers l'intérieur de la dent, en formant une cavité :

- **stade 1** : destruction de l'émail, pas de douleur ; seules les visites régulières chez le chirurgien-dentiste permettent d'arrêter leur progression ;
- **stade 2** : encore indolore en apparence. Mais si la dent de stade 1 n'est pas soignée, la carie gagne la dentine et la dent devient sensible au chaud, au froid, au sucré et à l'acide : c'est la douleur « provoquée » ;
- **stade 3** : l'invasion bactérienne progresse et atteint la pulpe ; de violentes douleurs spontanées apparaissent : c'est la « rage de dents » ;
- **stade 4** : l'infection progresse vers les tissus qui environnent la dent (ligament, os, gencive) : c'est l'abcès dentaire. Les bactéries de ce foyer infectieux peuvent migrer dans le sang et entraîner une infection grave de certains organes comme les sinus, les yeux ou comme le rein, le cœur...].





Sans traitement, la carie ne peut pas guérir et continue d'évoluer.

Il existe des soins de prévention : le scellement de sillons.

► Soins

Ils varient en fonction du stade d'évolution de la carie.

- Stades 1 et 2

Les **soins « protecteurs »** conservent la dent vivante en préservant la pulpe.

Le chirurgien-dentiste élimine complètement toute la partie cariée, grâce à la fameuse « roulette », puis prépare une petite cavité dans la dent qui recevra le matériel permettant d'obturer la dent. La dent aura donc à nouveau sa forme et pourra parfaitement exercer ses fonctions.

La reconstruction s'effectue avec :

- soit un **amalgame** (communément appelé **plombage**) qui est un mélange très résistant de poudre d'argent d'étain, de cuivre et de mercure (sans incidence notable) ;
- soit une **résine composite** qui est un matériau de la couleur de la dent. Plus esthétique, il résiste cependant moins longtemps que l'amalgame et on le réserve donc plutôt pour de petites obturations.

Une nouvelle technique tend à remplacer la roulette (si effrayante !) pour les caries très peu étendues : **l'abrasion par jet d'air et d'eau**. Elle détruit la carie à la façon d'un karcher, sans toucher aux parties saines de la dent... mais elle peut être contre-indiquée notamment chez les personnes asthmatiques ou présentant des difficultés respiratoires.

- Stades 3 et 4

Lorsque la carie est profonde et atteint la pulpe, la dent ne peut être conservée vivante et doit donc être « **dévitalisée** ». Une fois la pulpe éliminée, le chirurgien-dentiste nettoie et désinfecte l'intérieur du canal de la racine, le met en forme puis l'obture.

Si les tissus restants de la couronne le permettent, la dent sera reconstituée par un matériau classique (amalgame ou composite).

Dans le cas contraire, une **couronne** devra être réalisée. A partir de l'empreinte de la cavité de la dent, le chirurgien-dentiste fait réaliser au laboratoire un petit bloc de céramique qu'il scelle dans la dent. Cela peut être effectué **avec ou sans inlay-core**, c'est-à-dire un « faux-moignon », petite pièce de métal comportant un tenon d'ancrage scellé dans la racine de la dent dévitalisée.

Lorsque la carie a détruit de manière importante la dent (couronne et racine atteintes), la seule alternative est **l'extraction de la dent**.

►► Abcès

► Définition, causes et symptômes

L'abcès dentaire est une accumulation de pus liée à une infection, au niveau d'une dent ou d'une gencive (voir chapitre maladies des gencives p : 10).

Il provoque une douleur vive et lancinante et se manifeste parfois par d'autres signes locaux (gonflement de la gencive, de la bouche ou du visage, gêne à l'ouverture de la bouche, contracture de la mâchoire, ...) ou généraux (fatigue, fièvre...).

Il existe 2 types d'abcès.

- Abcès de la dent « péri-apical »

Le plus souvent, l'abcès résulte de la **complication d'une carie non soignée** qui progresse et infecte la pulpe (partie intérieure et centrale de la dent communément appelée « nerf »). La racine est infectée, le pus sort par son sommet dans le canal dentaire et se répand dans la gencive.

Un abcès péri-apical peut également survenir après un **traumatisme dentaire**, avec une fêlure ou une fracture de la racine. Suite au choc, la pulpe (« le nerf ») se nécrose, meurt puis s'infecte et aboutit à un abcès.

- Abcès gingival ou parodontal

L'infection se produit dans les tissus parodontaux (gencive et os alvéolaire). Le pus s'échappe par le pourtour de la gencive. La cause peut être une particule alimentaire ou un très petit morceau de tartre par exemple, logés entre la dent et la gencive.

► Soins

Le traitement de l'abcès gingival consiste à nettoyer la gencive.

Pour l'abcès péri-apical, le praticien dévitalise la dent, c'est-à-dire qu'il enlève ce qui reste de pulpe dentaire. Il nettoie ensuite et obture le canal dans la racine qui a été atteinte. Si l'infection est sévère, l'extraction de la dent peut se révéler nécessaire.

Dans certains cas, des antibiotiques sont également prescrits.

Sans traitement l'abcès se transforme en kyste, situé à l'extrémité de la racine, et l'infection évolue, atteint d'autres organes, et parfois même provoque une septicémie (infection généralisée).



Un abcès dentaire ne guérit jamais spontanément et peut donner lieu à de graves complications. Il doit, absolument et très rapidement, être soigné par le chirurgien-dentiste.

► Maladies des gencives

► Causes

La **gingivite** est une inflammation de la gencive. Agressée par l'accumulation de plaque dentaire, la gencive réagit en se gonflant de sang. Sous l'effet de l'inflammation, elle devient rouge, douloureuse et parfois saigne au moindre contact. C'est souvent ce dernier signe qui donne l'alerte lors du brossage.



L'erreur serait d'arrêter de se brosser les dents et laisser ainsi le champ libre aux bactéries...

Non traitée, la gingivite peut évoluer en **parodontite** (10 à 15% des cas) : c'est la destruction des éléments qui soutiennent la dent et l'os. Les gencives se décollent des dents et des « poches » se forment dans les espaces. Les bactéries s'y accumulent et l'os est détruit peu à peu, rendant les dents mobiles. Elles se déplacent et s'écartent les unes des autres.

La racine devient visible : c'est le **déchaussement des dents**. Si aucun traitement n'est mis en place, l'évolution se fera toujours vers l'aggravation et entraîne la chute des dents.

Les « poches parodontales », véritables nids à bactéries, peuvent également être à l'origine d'un phénomène infectieux localisé : l'**abcès** qui se traduit par un écoulement de pus (voir chapitre abcès p : 9).

► Facteurs de risque

La parodontite chronique concerne surtout les adultes à partir de 35 ou 40 ans, mais il existe une forme rare qui touche les adolescents de 12 à 20 ans, et parfois les jeunes enfants.

Les **facteurs altérant les défenses de l'organisme** (inflammatoires/immunitaires) favorisent le développement de ces maladies des gencives car ils les rendent plus sensibles et moins armées contre les agressions bactériennes. Ce sont par exemple les bouleversements hormonaux (puberté, règles, grossesse, ménopause), le tabagisme, le stress, le diabète, certaines maladies du système immunitaire (VIH, hépatites, herpès) ou certains traitements (chimiothérapie, radiothérapie). La parodontite peut aussi avoir une **composante génétique**.

► Soins

Les traitements sont différents en fonction du stade auquel la maladie est découverte.

- En cas de **gingivite**, tout à fait réversible, le chirurgien-dentiste effectue un simple **détartrage**, suivi d'un **polissage**. Il peut conseiller un dentifrice spécifique, associé à un antiseptique. En général, les gencives redeviennent « normales » une semaine après le détartage.

Pour éviter la récurrence, une méthode de brossage rigoureuse s'impose. On peut également utiliser les révélateurs de plaque dentaire pour savoir si l'on se brosse les dents correctement.

- En cas de **parodontite**, le chirurgien-dentiste effectue d'abord des examens : il contrôle l'état de la gencive, mesure les éventuelles poches parodontales avec une sonde graduée (indolore et fait un bilan radiographique pour évaluer la perte osseuse autour des racines.

Un test permet de confirmer la présence de bactéries attaquant le parodonte : il s'agit de pointes de papier stérile introduites dans les poches parodontales.

Le traitement peut être du ressort d'un chirurgien-dentiste spécialisé (parodontiste).

- **Si la maladie est peu avancée**, il suffit d'**assainir les poches**. Elles sont nettoyées et détartrées en profondeur, généralement à l'aide d'instruments aux ultrasons, sous anesthésie locale ou non.
- **Si l'atteinte est plus profonde, la chirurgie sous anesthésie locale** est nécessaire : les suites opératoires sont faibles (petites douleurs) et les points de suture sont ôtés 10 à 15 jours plus tard environ. Des bains de bouche sont prescrits, avec des antibiotiques dans les formes sévères. Le brossage, clé de la réussite du traitement, doit être recommencé le plus tôt possible après l'opération, avec une brosse ultra-souple (chirurgicale) au début.
- **En cas de perte d'os importante**, il existe plusieurs techniques pour en régénérer une partie : **comblement, greffe osseuse...** sous anesthésie locale. Mais l'os perdu ne se retrouve jamais totalement...

► Extraction

L'**extraction** peut s'avérer nécessaire pour plusieurs raisons : trop grand délabrement dû à la carie, infection, déchaussement, fracture accidentelle, nécessité de faire de la place pour réaligner les autres dents, mauvaise implantation (dents de sagesse)...

Grâce aux anesthésiques modernes et aux antalgiques, cette intervention n'est en général plus douloureuse.

Zoom sur l'extraction des dents de sagesse

Tout chirurgien-dentiste est théoriquement habilité à extraire une dent de sagesse, mais il peut également vous orienter vers un spécialiste de la chirurgie buccale.

Cette opération se pratique très bien **en cabinet dentaire sous anesthésie locale**. En général, on enlève les deux dents du même côté, puis un mois plus tard les deux autres.

Les **suites de l'opération** sont plus ou moins importantes. Elles se caractérisent généralement par une douleur et un œdème : la joue est gonflée, surtout le matin au réveil. Pour diminuer l'œdème, le meilleur remède reste la poche de glace enveloppée dans un linge.

Le chirurgien-dentiste peut également prescrire des anti-inflammatoires, éventuellement des antibiotiques et de la cortisone. Il faut utiliser des bains de bouche, rapidement après l'intervention et reprendre le brossage avec une brosse très douce. Côté nourriture, il est préférable de consommer pendant quelques jours purées, yaourts et glaces...

2/ Corriger et réparer

► Colorations, tâches et imperfections

► Causes

La teinte naturelle des dents est due à leur translucidité et à la couleur de ses constituants : émail et dentine. Les dents n'ont pas toutes la même teinte suivant les personnes et le vieillissement s'accompagne d'une minéralisation naturelle qui l'assombrit.

La blancheur des dents peut être ternie par le **tartre**, mais aussi par des **colorations et tâches** :

- « **Externes** » : elles proviennent des colorants de certaines aliments ou boissons (café, thé, vin, certains sodas, fruits rouges...) ou du goudron du tabac, qui se fixent au cours du temps sur l'émail des dents, leur donnant une teinte jaunâtre ;
- « **Internes** » : plus profondes et plus marquées, elles peuvent être dues à la dévitalisation d'une dent ou l'utilisation prolongée de certains antibiotiques (à base de tétracycline) notamment chez les enfants au moment de la formation des dents.

Des petites anomalies ou un espacement trop important entre les dents de devant peuvent également gêner l'esthétique du sourire...

► Soins

- Le plus souvent, un parfait **détartrage** et une hygiène quotidienne efficace permettent de conserver ou de retrouver la couleur initiale et naturelle des dents.
- Les **colorations et tâches** « externes » peuvent être facilement éliminées par un **polissage** chez le chirurgien-dentiste ; un brossage régulier avec un dentifrice « spécial blancheur » et

l'arrêt ou la diminution de la consommation de substances colorantes assureront le maintien de l'esthétique.

- Les **colorations et tâches « internes »** nécessitent un **blanchiment professionnel** qui consiste à déposer un gel de peroxyde d'hydrogène dans une gouttière en plastique souple, parfaitement adaptée. Le produit imprègne progressivement l'émail grâce à l'ouverture des pores de la dent. Il s'utilise parfois en « ambulatoire » : il suffit alors de l'appliquer sur la gouttière, qui se garde quelques heures par jour, voire toute la nuit, pendant 2 semaines environ.

Il peut aussi s'employer, à concentration plus forte, directement au cabinet, sur plusieurs séances (tous les 15 jours environ). Il est alors activé par un laser ou une lampe à UV.

Le blanchiment est généralement bien toléré, bien qu'il provoque, dans certains cas, une augmentation de la sensibilité des dents... Mais ce désagrément disparaît à l'arrêt du traitement. Un entretien annuel est ensuite nécessaire.

- Si la couleur de base est d'un jaune très prononcé, si la dent est dévitalisée ou présente une anomalie, ou s'il existe un espace trop important entre les dents de devant, seules des **facettes en résine composite ou en céramique**, collées sur la face externe des dents, sont efficaces. Cet acte de **chirurgie esthétique** nécessite des techniques d'empreintes très précises et reste assez traumatisant pour les dents. De plus, les facettes sont à renouveler tous les 10 à 12 ans.

A noter que les dentifrices « blanchissants » n'interviennent qu'en complément, car même s'ils permettent d'atténuer quelques taches, ils entretiennent surtout l'éclat des dents.

► Malpositions et orthodontie

L'orthodontie a pour but de prévenir et de corriger les malpositions dentaires et maxillaires.

Elle est pratiquée en principe par un orthodontiste, mais aussi, dans les cas simples, par un chirurgien-dentiste. Elle permet de :

- corriger les malpositions pour permettre une croissance harmonieuse, assurer un fonctionnement optimum des arcades dentaires (mastication, phonation) et améliorer l'esthétique ;
- prévenir les problèmes bucco-dentaires, en remettant en place des dents trop en avant, exposées aux chocs et aux risques de fracture, ou en permettant un alignement dentaire qui facilite le brossage, la mastication, la phonation...

► Soins

Il est possible **à tout âge** de déplacer une dent ou un groupe de dents. L'âge idéal d'un tel traitement dépend de chaque cas, mais l'on attend généralement que l'enfant ait pratiquement toutes ses dents définitives (vers 11 ans) ; un appareil corrigeant un décalage des mâchoires ne se révèle efficace que pendant la croissance.

Les soins pour la pose d'un appareil sont **partiellement pris en charge par l'Assurance Maladie, seulement s'ils sont commencés avant l'âge de 16 ans** (voir chapitre remboursements de l'Assurance maladie p : 15).

Tout traitement orthodontique démarre obligatoirement par un bilan (examen clinique, réalisation de moulage des deux mâchoires, radiographie panoramique...) : il est en effet essentiel de connaître l'origine du problème concernant les dents et/ou les mâchoires.

Le déplacement et/ou le redressement des dents s'effectuent par le port de 2 types d'appareils :

- **les appareils mobiles** : ce sont de petits palais en résine, maintenus sur les dents par des crochets et équipés de ressorts agissant sur les dents à déplacer. Ils sont utilisés dans les cas simples (dents trop en avant), le plus souvent chez le jeune enfant.

On peut éventuellement lui adjoindre un casque, qui permet de tracter la mâchoire en arrière, à porter la nuit, à la maison. Ces appareils sont aussi utilisés comme relais des appareils fixes dans la phase de contention (stabilisation des dents à la fin du traitement) ;

- **les appareils fixes (multibagues)** : des petites plaquettes rectangulaires métalliques présentant une gouttière horizontale en leur milieu, sont fixées par collage sur une face de chaque dent de la même mâchoire. Elles sont ensuite reliées entre elles par un fil passant dans chaque gouttière et dont la tension est réglable en fonction du déplacement que l'on veut obtenir. Certains modèles sont plus discrets, mais aussi plus coûteux : bagues en céramique transparente, appareils disposés sur la surface interne des dents.

Les appareils mobiles peuvent générer des zozotements, surtout les premiers jours. Les bagues risquent de provoquer des douleurs les premiers jours qui suivent leur pose. Une visite par mois, ou toutes les 6 semaines, est nécessaire pour régler l'appareil, resserrer les bagues, mesurer les évolutions. Le traitement dure généralement de 1 à 3 ans.

Plus le problème est traité tôt et moins cela prend de temps.

Un traitement orthodontique nécessite une hygiène bucco-dentaire scrupuleuse car les zones appareillées retiennent les dépôts alimentaires. Il est conseillé d'utiliser une brosse à dents orthodontique [légèrement creuse au milieu] et des brossettes inter dentaires. Les aliments collants ou durs (chewing-gum, cacahuètes, sandwichs baguette...) sont interdits. Et en cas de pratique d'un sport de contact, comme le rugby, il faut porter un protège-dents...

► Fêlures et fractures

► Causes

Un choc peut provoquer des lésions internes de la dent, une fracture, voire une expulsion. Le grincement des dents (bruxisme) peut également conduire à un ébrèchement ou une fracture des dents.

Un **traumatisme**, quel qu'il soit, nécessite toujours une visite chez le chirurgien-dentiste. Il peut aller **de la simple fêlure à la luxation complète** :

- fêlure : craquelure dans l'émail, sans perte de morceau de dent ;
- fracture de l'émail : entraîne la perte d'un morceau de dent ;
- luxation partielle si la dent bouge, et complète si la dent est totalement expulsée.



Il est important d'effectuer une **visite de contrôle** chez le dentiste **pour les jeunes enfants qui, après une chute, présentent une lésion bucco-dentaire même s'ils n'ont encore que des dents de lait.**

Si un morceau de dent s'est cassé ou si la dent est tombée :

- ne pas la nettoyer, ni la gratter, ni la rincer à l'eau ;
- la saisir par la couronne et la placer immédiatement dans un liquide qui évite le dessèchement (sérum physiologique, eau, lait ou salive) ;
- se rendre au plus vite chez le chirurgien-dentiste.

► Soins

- En cas de **fêlure**, le chirurgien-dentiste procède à son **obturation** en appliquant un composite fluide scellant et peut tailler la dent jusqu'en dessous de la fêlure pour arrêter sa progression. Il peut également coller une **facette** en résine composite ou en céramique.
- En cas de simple **fracture** de l'émail, la dent est en général reconstituée à l'aide d'un matériau **composite** de même couleur. Un **morceau de dent brisée** peut également être **recollé**, à condition que cela soit effectué rapidement après la fracture et que le nerf ne soit pas atteint.
- Si la fracture est importante, la **dévitalisation**, voire l'**extraction**, est nécessaire.
- Quand la **dent est tombée**, la **réimplantation** est possible dans un délai maximum d'**une heure**. Si la dent n'a pas été retrouvée ou n'est pas ré-implantable, la solution thérapeutique définitive est en général **un implant** (voir chapitre implant p : 15).

NB : Pour une dent de lait, la réimplantation n'est pas indiquée, mais le chirurgien-dentiste doit vérifier que le germe dentaire, qui donnera la dent définitive, n'est pas atteint.

► Dents abîmées, manquantes : prothèses et implants

Les **prothèses dentaires** ont diverses fonctions :

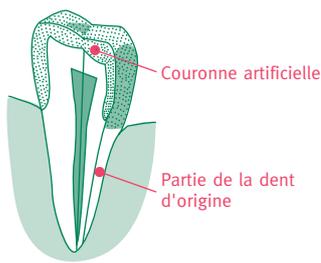
- reconstituer les dents très abîmées,
- rétablir la bonne adéquation des mâchoires supérieure et inférieure, en cas de perte de dents,
- rétablir l'esthétique en permettant de retrouver la forme des dents d'origine, leur couleur et leur alignement.

Il existe plusieurs sortes de prothèses dentaires, adaptées aux différents cas et budgets.

► Prothèses fixes

Les modèles les plus courants recouvrent et prennent appui sur des dents présentes.

La couronne



- La couronne

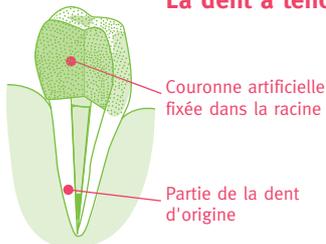
Elle renforce une dent existante, cassée ou abîmée, dont la partie restante n'est plus assez solide pour supporter une obturation classique (amalgame ou composite) ; elle peut servir également à recouvrir le pilier d'un bridge (voir chapitre bridge).

C'est une coiffe protectrice que l'on scelle sur la dent, préalablement taillée (alors appelée « moignon ») et à refaire, de principe, tous les 10 ans environ.

Il peut s'agir de :

- **couronne métallique** (alliage précieux à base d'or, semi-précieux de couleur argent ou non précieux en acier), avec possibilité d'une facette esthétique (« couronne à incrustation vestibulaire »), en résine (moins coûteux, mais moins résistant) ou en céramique (le plus durable et le plus esthétique) ;
- **couronne céramo-métallique** (le métal est recouvert de céramique pour un meilleur rendu esthétique) ;
- **couronne céramique.**

La dent à tenon



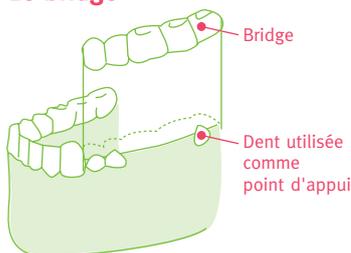
- La « dent à tenon » (ou « dent sur pivot »)

C'est une couronne qui comporte un pivot servant d'ancrage dans la racine, lorsque la dent à reconstituer est cassée au ras de la gencive (elle remplace complètement la partie apparente de la dent).

Lorsqu'une dent est très abîmée (du fait d'un choc ou d'une lésion carieuse trop importante), la couronne classique ne peut être envisagée que si l'on restaure auparavant la partie restante de la dent par la mise en place d'un **inlay-core**, encore appelé « faux moignon ».

Cette petite pièce métallique comporte un tenon d'ancrage scellé dans la racine de la dent préalablement dévitalisée (élimination de la pulpe contenue dans le canal de la racine, remplacée par un matériau biocompatible).

Le bridge



- Le bridge

Il remplace une ou plusieurs dents manquantes. Il s'agit d'une prothèse, composée d'une ou plusieurs fausses dents, formant un pont (« bridge » en anglais) entre des dents saines restantes, qui servent de points d'appui.

Il comprend 2 types d'éléments, qui peuvent être, comme les couronnes unitaires, de type métallique (avec possible facette), céramique ou céramo-métallique :

- **les « piliers »** ; il s'agit des couronnes recouvrant les dents naturelles qui sont les supports du bridge (de chaque côté de l'édentement à combler) ;
- **l'(les) « intermédiaire(s) »** ; il s'agit de la(les) couronne(s) remplaçant la(les) dent(s) absente(s), soudée(s) aux couronnes des piliers et qui sont simplement au contact de la gencive.

Stable et esthétique, le bridge peut durer jusqu'à 20 ans.

► Prothèses amovibles

Réalisées quand il n'y a pas d'appuis dentaires suffisants (si les dents voisines ne permettent pas l'ancrage, si la gencive est trop abîmée ou lorsqu'il y a trop de dents absentes), elles permettent de remplacer les dents manquantes, quels que soient leur nombre.

Elles sont à base de résine ou de métal (le métal, plus solide, permet d'obtenir des plaques fines et de réduire la surface d'appui pour les appareils partiels, alors que la résine, moins onéreuse, convient surtout aux appareils provisoires).

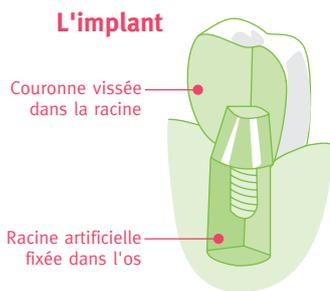
- La prothèse partielle

Elle est constituée d'une base s'appuyant sur la gencive et/ou le palais, et est retenue par des crochets ou des attachements sur les dents restantes. Au niveau des édentements, elle est composée d'une fausse gencive en résine rose sur laquelle sont « collées » des dents prothétiques.

- La prothèse complète (dentier)

Elle est effectuée quand il y a absence de la totalité des dents sur 1 ou les 2 arcades dentaires. Elle est maintenue par un phénomène de « succion-adhésion » s'exerçant entre la gencive et la base de la prothèse par l'intermédiaire de la salive.

Si la diction est parfois modifiée durant les premiers jours, la prothèse fait ensuite totalement corps avec la personne.



► Implants

Ils remplacent les racines manquantes : ces petites vis, fixées chirurgicalement dans l'os, constituent des racines artificielles. Il faut attendre 1 à 7 mois pour permettre à l'os d'intégrer l'implant. Les implants permettent de fixer une prothèse fixe (couronne) ou peuvent aider à la tenue d'une prothèse amovible (dentier), remplaçant ainsi les dents manquantes.

Par ailleurs, la pose d'un implant unitaire à l'emplacement d'une dent extraite évite la réalisation d'un bridge.

Mais on ne peut pas poser des implants à tous : la personne doit être en bonne santé générale, l'os de sa mâchoire doit avoir une résistance et un volume suffisants...

Un bilan **pré-implantaire** minutieux avec radio, voire scanner, s'impose ainsi que la réalisation d'un « **guide chirurgical** ».

Après la pose des prothèses et implants, une hygiène bucco-dentaire minutieuse (avec le bon matériel) et des visites de contrôle régulières chez le chirurgien-dentiste sont nécessaires.

Les prothèses, nécessitant un travail de haut niveau, ont un coût qui n'est pris en charge que partiellement par l'Assurance maladie. Les implants, quant à eux, ne sont pas remboursés du tout par l'Assurance maladie. (voir chapitre ci-dessous).

Renseignez-vous auprès de CCMO Mutuelle afin de connaître, en fonction des garanties, les conditions de remboursement.

III/ COUTS ET REMBOURSEMENTS DES SOINS DENTAIRES*

1/ Remboursements de l'Assurance maladie

Chez tous les chirurgiens-dentistes ou médecins stomatologistes conventionnés (plus de 95% de la profession), la consultation simple coûte actuellement 23€. Elle est remboursée à **70% par l'Assurance maladie**, comme pratiquement tous les soins dentaires : soins conservateurs (carie, détartrage...), soins orthodontiques si le traitement est commencé avant la 16^{ème} année. Reste à régler ce que l'on appelle le « **ticket modérateur** », c'est-à-dire 30%. Ce montant est pris en charge par les complémentaires santé.

Toutefois, certains actes, comme les **prothèses**, font l'objet d'un **dépassement d'honoraires** (prix libres) par rapport à la base de remboursement de l'Assurance maladie.

Ce dépassement peut être pris en charge, totalement ou partiellement, par une complémentaire santé (selon la garantie souscrite par l'adhérent), ou rester à la charge de la personne dans le cas contraire.

Les implants et les soins esthétiques (blanchiment des dents, poses de facettes) ne sont pas du tout remboursés par la Sécurité sociale.

Il est donc important, pour faire face à ces importantes dépenses de santé, souvent non prévues dans un budget, de souscrire une **complémentaire santé**, comme la **CCMO**, qui vous permet, selon le niveau des garanties choisies par l'adhérent ou sa collectivité (entreprise...), de réduire la dépense finale.

Rappelons aussi que l'examen de prévention bucco-dentaire est pris en charge à 100% par l'Assurance maladie pour les adolescents de 13 à 18 ans ainsi que les éventuels soins découlant de ces consultations. (voir chapitre bilans gratuits)

* : au 01/01/2016

2/ Accord préalable de l'Assurance maladie

L'obtention préalable de l'accord de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) est obligatoire pour le remboursement des appareils destinés à redresser les dents des enfants et des adultes (orthopédie dento-faciale) et pour quelques soins exceptionnels.

La personne est donc tenue, avant l'exécution de l'acte, d'en adresser la demande au service médical de sa CPAM, par un formulaire spécifique. Ce document, remis par le praticien en charge des soins, doit être rempli et signé par la personne.

La Caisse dispose alors de 15 jours, à compter de la date de réception, pour faire connaître sa réponse. En pratique, sans réponse dans ce délai, l'assuré peut commencer son traitement.

Les soins d'orthodontie sont **partiellement pris en charge par l'Assurance maladie, seulement s'ils sont commencés avant l'âge de 16 ans**. La durée maximale de remboursement est de 3 ans de soins actifs. Il faut faire une demande via le chirurgien-dentiste ou l'orthodontiste, à renouveler tous les 6 mois, auprès de la CPAM.

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE*

	FRAIS RÉELS (EXEMPLES)	BASE DE REMBOURSEMENT ("TARIF CONVENTIONNÉ")	REMBOURSEMENT	RESTANT À CHARGE
Consultation chirurgien-dentiste conventionné	23€	23€	16,10€ (70% de 23€)	6,90€
Soins orthodontiques (entente préalable / avant 16 ans)	740€	193,45€ par semestre	135,45€ (70% de 193,50€)	604,55€
Prothèse	530€	107,50€	75,25€ (70% de 107,50€)	454,77€

* : au 01/01/2016

3/ Bilans gratuits

► Examen bucco-dentaire « MT'dents »

Examen gratuit destiné aux enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

Pour les enfants de 6 ans et les adolescents de 12 ans, cet examen est obligatoire.

► Examen bucco-dentaire femme enceinte

A compter du 4^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement, les femmes enceintes ou jeunes mamans peuvent bénéficier de cet examen pris en charge par l'Assurance maladie et sans avance de frais.

► Examen bucco-dentaire des seniors

Les personnes de 60 à 74 ans peuvent bénéficier d'un bilan bucco-dentaire pris en charge à 100% par l'Assurance maladie.

Rendez-vous sur www.ameli.fr pour en savoir +

4/ Devis dentaire



Si les soins souhaités ou nécessaires sont partiellement pris en charge par l'Assurance maladie, ou bien inexistant dans la convention des actes professionnels, le chirurgien-dentiste doit établir à la personne un devis, à signer en cas d'acceptation.

Il est possible de faire effectuer plusieurs devis pour un même acte, mais avec des matériaux différents. Exemple : devis pour une prothèse en résine et une prothèse en céramique.

IV/ AUTRES AFFECTIONS DE LA BOUCHE

1/ Sensibilité dentaire

L'hypersensibilité dentaire se caractérise par des douleurs sur l'ensemble des dents, principalement au contact du chaud et du froid (et quelquefois du sucré).

Elle est provoquée par la mise à nu de la dentine, à cause soit d'un email abimé soit d'une gencive rétractée (récession gingivale).

Comment y remédier ?

- Utiliser régulièrement un **dentifrice contenant du citrate ou du nitrate de potassium**, qui crée un écran de protection procurant un apaisement rapide et à long terme.
- Utiliser une brosse à dents à **poils souples**.
- Eviter de consommer des aliments trop acides, tels que les agrumes...
- Si la douleur persiste, **consulter un chirurgien-dentiste**, qui peut proposer un traitement à base de gel ou de vernis fluoré.

2/ Bouche sèche

En plus d'être désagréable, la sécheresse buccale (c'est-à-dire une salive raréfiée et une déglutition difficile) provoque une **fragilité particulière aux caries et aux infections**.

Le stress peut être un facteur important, mais une mauvaise hydratation ou les effets secondaires de certains médicaments (benzodiazépines, antihistaminiques) peuvent être aussi à l'origine de l'insuffisance salivaire. Plus rarement, il peut s'agir du syndrome de « Sjögren », maladie qui endommage les glandes salivaires et entraîne une production insuffisante de salive.

Comment y remédier ?

- **Boire beaucoup d'eau** et consommer davantage de fruits et légumes.
- Ne pas abuser du thé et du café qui ont un effet déshydratant.
- Mâcher du chewing-gum sans sucre, pour favoriser la sécrétion de salive.
- Se relaxer et penser à bien respirer si le stress est la cause du problème.
- Utiliser la salive artificielle, surtout dans les cas de syndrome de « Sjögren ».

3/ Aphte

Petite ulcération bénigne, l'aphte se présente, comme une ampoule ou une cloque, sous la forme d'une boule blanchâtre qui apparaît sur l'intérieur des lèvres, des joues et sur la langue. Responsable de vives douleurs comparables à une sensation de brûlure (le mot aphte en grec signifie « brûler ») il s'accroît les premiers jours lorsque l'on parle ou que l'on s'alimente.

Le plus souvent, il guérit spontanément au bout d'une dizaine de jours. Ses causes ne sont pas connues avec précision, mais son origine est certainement virale. L'aphte peut être une réaction du système immunitaire : certains aliments, comme les noix ou le gruyère, de même que le stress, la fatigue et la période des règles, sensibilisent son apparition.

Comment y remédier ?

- Eviter les aliments épicés, trop chauds ou acides, qui peuvent brûler.
- Appliquer si besoin un pansement buccal pour soulager ; ne surtout pas percer ou brûler l'aphte.
- En cas d'aphtes à répétition, faire vérifier couronnes et prothèses.

4/ Muguet (ou champignons de la bouche)

Le développement de **microscopiques champignons** dans la cavité buccale, s'appelle une candidose orale et plus communément muguet. C'est une infection qui se traduit par des petites plaques blanches dans la bouche et une langue qui brûle. Elle est peu fréquente chez les gens ayant un bon état de santé à l'exception des nourrissons et des personnes âgées. Elle se rencontre plutôt chez des personnes possédant des défenses immunitaires affaiblies par une maladie. Un traitement antibiotique, en provoquant un déséquilibre des bactéries présentes à l'état normal dans la bouche, peut également être à l'origine du muguet.

Comment y remédier ?

Le médecin prescrit un traitement anti-fongique à suivre rigoureusement, pour éviter les récurrences.



Bon à savoir !

Chez les jeunes enfants présentant du muguet buccal et souvent une diarrhée associée, il est conseillé de supprimer les carottes de l'alimentation pendant quelques jours.

5/ Affections des lèvres et de la langue

► Bouton de fièvre ou herpès labial

Neuf personnes sur dix sont porteuses du virus. Inoculé dès l'enfance, le bouton de fièvre peut ne jamais se déclarer. Les crises reviennent ponctuellement sous l'influence d'un stress, d'une exposition au soleil, des règles, d'une maladie, de lèvres gercées... Autant d'éléments qui peuvent être à l'origine de cette poussée de petits boutons autour des lèvres qui se transforment en cloques puis en croûtes. Les boutons restent visibles une dizaine de jours, et peuvent se transmettre par contact direct.

Comment y remédier ?

- Utiliser un produit antiseptique pour assécher les boutons ; ne pas les gratter.
- Appliquer une crème anti-virale dès les premières démangeaisons pour atténuer la crise.
- En cas d'herpès chez des personnes ayant des défenses immunitaires atténuées, consulter bien entendu un médecin qui pourra, si nécessaire, prescrire un médicament anti-viral en comprimés.

► Perlèche

La perlèche désigne l'apparition d'une ou de plusieurs **petites fissures ou croûtes humides à la commissure des lèvres**. Cette inflammation cutanée apparaît souvent des deux côtés de la bouche. Elle peut être indolore ou s'accompagner de démangeaisons. Elle peut être liée à un appareil dentaire, une prothèse mal adaptée, mais également à un agent infectieux (champignon, bactérie). Plus grave, elle peut être liée à une infection par la bactérie responsable de la syphilis. La perlèche est peu ou pas contagieuse, sauf en cas de syphilis.

Comment y remédier ?

- Ne pas gratter ni arracher les croûtes !
- Éviter les aliments acides (vinaigre, citron...) irritants pour les plaies.
- Consulter le chirurgien-dentiste pour corriger la forme de son éventuel appareil ou prothèse.
- Consulter le médecin qui prescrit, si besoin, un traitement en fonction du type d'agent infectieux responsable.

► Glossite

Il s'agit d'une **inflammation de la langue** qui se traduit par une modification de sa couleur et de son aspect : la langue devient rouge et douloureuse, les papilles s'atrophient. D'autres symptômes peuvent apparaître : perte de goût, augmentation de la salivation, mauvaise haleine et difficultés de mastication et/ de déglutition. La glossite peut survenir à la suite d'agressions thermiques, traumatiques ou chimiques.

Comment y remédier ?

- Consulter un médecin qui recherche son origine et prescrit le traitement adapté à la maladie en cause.
- Faire des bains de bouche avec antiseptiques et anesthésiques locaux.



Toute lésion blanchâtre persistante et toute ulcération chronique, même totalement indolore, doivent être examinées par un spécialiste et éventuellement faire l'objet d'un prélèvement.

En effet, il peut s'agir de **lésions précancéreuses** ou de **cancers**.

Ce dossier non contractuel a été conçu et réalisé par CCMO Mutuelle.

Les informations communiquées ont une simple valeur indicative et ne peuvent se substituer à un avis médical bucco dentaire ou spécialisé. En outre, elles ne sauraient en aucun cas engager la responsabilité de CCMO Mutuelle.

GLOSSAIRE des maladies et des soins bucco-dentaire

Dictionnaire des mots clés pour décrypter le vocabulaire utilisé dans le domaine bucco-dentaire.

▶▶ Amalgame

Produit qui sert à obturer la petite cavité provoquée par une carie dans la dent. Communément appelé « plombage », il est composé d'un alliage contenant de l'argent, de l'étain, du cuivre, du zinc et du mercure. Une fois malaxé, il se présente sous la forme d'une pâte qui, une fois posée dans la cavité, préalablement nettoyée par le chirurgien –dentiste, durcit et devient pratiquement aussi résistant qu'une dent naturelle.

▶▶ Aphte

Petite ulcération bénigne mais douloureuse, siégeant dans la bouche, à l'intérieur des lèvres, des joues et/ou sur la langue, et qui se présente comme une ampoule ou une cloque.

▶▶ Bridge

Appareil fixe remplaçant une ou des dents manquantes. C'est une prothèse, composée d'une ou plusieurs dents artificielles (fausses dents), formant un pont (« bridge » en anglais) entre des dents saines restantes, qui servent de points d'appui.

▶▶ Bruxisme

Mouvements répétés et inconscients de friction des dents. Cette sorte de grincement peut entraîner une usure prématurée des dents.

▶▶ Carie

Maladie infectieuse détruisant les structures de la dent, évoluant de la périphérie (émail) vers le centre de la dent (pulpe dentaire).

▶▶ Cariogénicité / cariogène

Capacité à provoquer/ qui provoque des caries dentaires.

▶▶ Cément

Revêtement de nature osseuse qui recouvre l'ivoire de la racine des dents.

▶▶ Collet

Zone située entre la couronne et la racine de la dent.

▶▶ Couronne

- Partie visible de la dent, recouverte d'émail.
- Par extension, désigne la couronne artificielle, prothèse et sorte de coiffe protectrice, élaborée par le chirurgien-dentiste afin de recouvrir /remplacer la couronne naturelle en cas de lésion importante.

▶▶ Dent à tenon (ou « dent sur pivot »)

Prothèse destinée à remplacer la couronne d'une dent. Elle est fixée dans la racine par un pivot ou un tenon en métal.

▶▶ Dentine

Encore appelée « ivoire », c'est une substance dure qui constitue la majeure partie de la dent et lui donne sa teinte. Elle est recouverte, au niveau de la couronne, par l'émail (sous lequel elle est visible par transparence), et au niveau de la racine, par une fine couche minérale appelée cément.

▶▶ **Dentition**

Mise en place de l'ensemble des dents avec formation et éruption des dents depuis la première enfance jusqu'à la fin de l'adolescence.

▶▶ **Denture**

Ensemble des dents présentes sur les 2 arcades dentaires.

▶▶ **Détartrage**

Élimination du tartre des surfaces dentaires.

▶▶ **Email**

Substance translucide, très dure et résistante, qui recouvre toute la surface de la couronne d'une dent.

▶▶ **Fluorose**

Maladie dentaire due à un apport excessif de fluor dans l'organisme. Elle provoque l'apparition de marques de couleurs blanchâtres ou marron et donne un aspect tacheté à l'émail.

▶▶ **Gencive**

Tissu de la muqueuse buccale qui recouvre l'os autour des dents, à la base de la couronne.

▶▶ **Gingivite**

Inflammation de la gencive, qui devient rouge, gonflée, très sensible et saigne facilement.

▶▶ **Glossite**

Inflammation de la langue qui se traduit par une modification de sa couleur et de son aspect. Elle devient rouge, douloureuse et les papilles s'atrophient. D'autres symptômes peuvent apparaître : perte de goût, augmentation de la salivation, mauvaise haleine et difficultés de mastication et/ de déglutition.

▶▶ **Implant**

Petit cylindre en métal (titane), fixé chirurgicalement dans l'os de la mâchoire et destiné à remplacer la racine manquante d'une dent pour servir de soutien à une prothèse. Il faut attendre 1 à 7 mois pour permettre à l'os d'intégrer l'implant.

L'implant permet de fixer une prothèse fixe (couronne) ou aide à faire tenir une prothèse amovible (dentier), remplaçant ainsi les dents manquantes.

▶▶ **Implantologie**

Branche de la chirurgie dentaire qui consiste à poser des implants.

▶▶ **Inlay**

Bloc s'incrétant dans une cavité dentaire préalablement nettoyée et taillée (zone de carie par exemple) afin de reconstituer la forme anatomique de la dent.

Cette pièce obture la cavité et permet de consolider une dent ou de la restaurer si elle est très délabrée. Elle est fabriquée par un prothésiste et mise en place par un chirurgien-dentiste.

▶▶ **Muguet**

Développement de microscopiques levures et champignons dans la cavité buccale.

▶▶ **Orthodontie**

Spécialité de la chirurgie dentaire visant prévenir ou à corriger les malpositions dentaires et maxillaires.

▶▶ **Parodonte**

Ensemble des structures qui assurent la fixation et le soutien de la dent sur le maxillaire, lui permettant ainsi d'assurer ses fonctions. Le parodonte est constitué par la gencive, le tissu osseux, le cément et le ligament.

▶▶ **Parodontie**

Partie de la dentisterie spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus de soutien de la dent : gencive, tissu osseux, cément et ligament parodontal.

▶▶ **Parodontite**

Inflammation du parodonte, c'est-à-dire des structures qui assurent la fixation et le soutien de la dent sur le maxillaire. Elle touche donc non seulement la gencive mais aussi le tissu osseux sous-jacent.

▶▶ **Perlèche**

Inflammation localisée de la peau au niveau de la commissure des lèvres, avec formation de fissures et de croûtes humides.

▶▶ **Plaque dentaire**

Enduit collant et blanchâtre qui se dépose naturellement à la surface des dents et des gencives.

▶▶ **Pulpe**

Tissu situé au centre de la dent, sous la dentine. Improprement appelé « nerf dentaire », il est riche en vaisseaux sanguins et en nerfs et donne à la dent sa vitalité et sa sensibilité.

▶▶ **Racine**

Partie non visible de la dent, située sous la gencive. Elle permet à la dent de tenir dans l'os. Les incisives et les canines ont une seule racine, les prémolaires une ou deux, les molaires deux ou trois.

▶▶ **Résine composite**

Matériau de la couleur de la dent utilisé pour obturer une petite cavité (zone de carie par exemple).

▶▶ **Sillons**

Creux naturels situés sur la face supérieure ("masticante") de la dent. Souvent profonds et étroits, ils constituent un refuge idéal pour les débris alimentaires et les bactéries : 80% des caries se forment au niveau des sillons.

