

EXTRAIT DU

2^{ème}

CONGRES INTERNATIONAL DE CHIRURGIE DENTAIRE

Tenu à Kinshasa du 15 au 17 avril 2010

Sous le thème :

« L'infection à VIH/sida et la cavité buccale »

Par

Dr MAFUTA MASSAMBA CHRISTIAN

Médecin dentiste

PLAN

Introduction

Chapitre I. : Programme et discours du congrès GADEF 2010

Chapitre II. : Quelques présentations (Diapositives)

Chapitre III. : L'atelier de restitution du 2^{ème} congrès international de chirurgie dentaire de Kinshasa à l'intention des étudiants finalistes en médecine dentaire, discours et quelques présentations.

.

Conclusion

INTRODUCTION

Du 15 au 17 avril 2010 il s'est tenu le 2^{ème} **CONGRES INTERNATIONAL DE CHIRURGIE DENTAIRE** à l'Hôtel Memling de Kinshasa en République Démocratique du Congo. Ce congrès de grande importance où nous avons nous-même pris une part active.

Pour ne pas laisser dans les oublis ce si grand événement scientifique et professionnel nous avons pensé mettre à la disposition de nombreux visiteurs de notre site internet www.mddm.cd , un extrait de ce congrès qui contient aussi biens des éléments sonores que visuels.

Le congrès international de chirurgie dentaire GADEF 2010 avait pour thème : « **L'infection à VIH/sida et la cavité buccale** ».

Les sous-thèmes développés sont :

- Cancer buccal
- Chirurgie orale et maxillo-faciale
- Implantologie
- Odontologie conservatrice et endodontie
- Orthodontie
- Parodontologie
- Pédodontie
- Prothèse dentaire et maxillo-faciale

Nous avons structuré l'extrait de ce congrès international de chirurgie dentaire est en 3 chapitres.

Dans le chapitre premier, vous trouverez quelques extraits de discours prononcés au début et à la fin du congrès. Ces discours sont la traduction par écrit des enregistrements sonores effectués à partir d'un téléphone cellulaire. Vous retrouverez les mêmes extraits sonores au format mp3 dans notre site internet dans les jours à venir.

Le chapitre deuxième vous présentera quelques diapositives reçus à la fin du congrès. Le dernier chapitre sera consacré à l'atelier de restitution du 2^{ème} congrès international de chirurgie dentaire de Kinshasa destinés aux étudiants

finalistes en médecine dentaire, tenu trois mois après à la faculté de médecine de l'Université de Kinshasa.

Une brève conclusion mettra fin à cet extrait.

Ce travail nécessite certes des améliorations, ainsi vos commentaires et suggestions sont les bienvenus à partir de l'adresse email ci-après : Dr. Mafuta, drmafuta@mddm.cd.

CHAPITRE I. : PROGRAMME ET DISCOURS DU CONGRES GADEF 2010

1.1. PROGRAMME DU CONGRES GADEF 2010

1.1.1. Cérémonie d'ouverture : Jeudi 15 Avril 2010

10h00	Début de la cérémonie : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hymne National ▪ Allocution et mot introductif du Président de l'ANCD ▪ Allocution de la Présidente du Comité d'organisation ▪ Allocution du Dr M. Aerden (Présidente honoraire de la FDI) ▪ Allocution du Chef de Département d'Odonto-Stomatologie de la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa ▪ Allocution du Président du GADEF ▪ Allocution du Ministre de la Santé ▪ Allocution d'ouverture du Premier Ministre
12h30	Conférence inaugurale par le Délégué du Directeur de l'OMS/Afrique

1.1.2. Programme Scientifique : Jeudi 15 Avril 2010

- 14h00' – 15h00' : Le pourquoi de la prise en charge psychologique des patients atteints de VIH/SIDA. Prof MANANGA
- 15h00' - 15h30' : Prise en charge des manifestations buccales de l'infection par le VIH. Dr. S. KIPASA
- 16h00' – 16h30' : Dépistage et Conseil Initié par le Prestataire

(DCIP). Dr Darius MAKELA

- 16h30' – 17h00' : Les troubles de l'hémostase et chirurgie buccale : Notre expérience et données actuelles. Prof. BOUKAIS
- 17h00' – 17h30' : la prise en charge de l'infection VIH/SIDA aux ARV : Indications, Contre-indications. Prof. SITUAKIBANZA H.
- 17h30' – 18h00' : Débat

1.1.3. Programme Scientifique : Vendredi 16 Avril 2010

- 8h30' – 9h30' : Lésions précancéreuses de la cavité buccale. Prof BOUKAIS
- 9h30' – 10h 30' : Indications et techniques de la résection oncologique orale et maxillo-faciale. Dr. VUYLSTEKE
- 11h00' – 12h00' : Indications et techniques de la reconstruction orale et maxillo-faciale. Prof. H. REYCHLER
- 12h00' – 13h00' : Réhabilitations prothétiques anatomo-Fonctionnelles des pertes des substances acquises mandibulaires et maxillaires. Prof. GIUMELLI
- 14h00' – 15h00' : Infection à VIH et Etat parodontal : Quelles spécificités ? Prof. Papa Demba DIALLO
- 15h00' – 15h30' : DEMO. Dr EUDIER

1.1.4. Programme Scientifique : Samedi, le 17 Avril 2010

- 8h30' – 9h30' : Implantologie. Prof. H. REYCHLER
- 9h30' – 10h 30' : Les nouvelles restaurations céramo-céramiques

Dr. Y. ALLARD

11h00' – 11h30' : Gestion de la peur et de la douleur en
odontologie pédiatrique. Prof. C. PILIPILI

11h 30' – 12h 00' : Le point sur l'orthodontie actuelle.
Dr. Thierry DECOSTER

12h00' – 12h 30' : Orthodontie et Implantologie.
Dr. HESSLER EL CHEMALI

1.1.5. Communications orales du vendredi 16 avril 2010

HEURES	SALLE A	SALLE B
15h 30-15h45	Les urgences médicales au cabinet dentaire : enquêtes faites auprès de 1000 chirurgiens dentistes Algériens : Dr Rahida AOUAMEUR	La phytothérapie au Gabon, intérêt dans le traitement des affections bucco-dentaires : Dr Assini EYOGHO
15h45-16h00	Alvéolites post- extractionnelles : à propos des 140 cas observés à l' hôpital Militaire Régional de Kinshasa : Dr Apaza T	Le reflexe inhibiteur nociceptif des muscles masticateurs : Dr Kalala K.
16h00-16h15	Le TMWO, système NITI innova tif : Dr A . BOUDRAA	Quand l'intégration des prothèses amovibles pose problème à l' omnipraticien : Dr BENZOUA – Djamila
16h15-16h30	Prises en charge parodontale de l'infection à VIH/SIDA Dr. BOLENGE	le programme de prévention bucco-dentaire de la seine- Saint-Denis : un exemple d' action de santé publique à l' échelle d'une collectivité territoriale : Dr Paul BISSILA
16h30-16h45	Kyste osseux anévrysmal intéressant les deux maxillaires : à propos d'un cas. Dr Assini EYOGHO	La candidose Buccale : le rôle de l' odontologiste dans le dépistage de l' infection à VIH en milieu hospitalier au Togo : Dr BETENORA
16h45-17h00	Extractions interceptives des 7 en prévention des accidents d'éruption des 8 : Dr EFFILA -EBE	Place de l'orthopédie dento-faciale dans le traitement du syndrome d' apnée obstructive du sommeil (SAOS) : Dr MADOU
17h00-17h15	Pulpotomie : indications, choix des matériaux et évolutions : Dr MANYONG M.	La prise en charge actuelle des améloblastomes : Dr FRANCIS NSIMBA
17h15-17h30	Prise en charge de l'urgence dentaire : Dr M-J . MPETI	Prévalence de la prothèse fixée et des parodontites apicales associées au Sénégal. Touré B.
17h30-18h00	Débat	Débat

1.1.6. Cérémonie de clôture : Samedi 17 Avril 2010

15h00	Début de la cérémonie : <ul style="list-style-type: none">▪ Lecture du rapport synthèse : Président du Comité Scientifique▪ Lecture des recommandations : Président de l'ANCD▪ Mot de participant▪ Mot du Ministre de la santé▪ Mot de Clôture du Premier Ministre▪ Hymne National▪ Cocktail
16h00	Fin de la cérémonie

1.2. LES DISCOURS

CHAPITRE II. : QUELQUES PRESENTATIONS (DIAPOSITIVES)

2.1. LA PRISE EN CHARGE PARODONTALE DE L'INFECTION A
VIH/SIDA Par Dr Jacques BOLENGE ILEBOSO de Département
d'odontostomatologie de la Faculté de Médecine UNIKIN

LA PRISE EN CHARGE PARODONTALE DE L'INFECTION A VIH/SIDA

Par
Dr Jacques BOLENGE ILEBOSO

2^{ème} Congrès International de Chirurgie
Dentaire de Kinshasa,
15-17 avril 2010

PLAN

- INTRODUCTION
 - OBJECTIF
 - PRISE EN CHARGE PARODONTALE
 - CONCLUSION
 - BIBLIOGRAPHIE
-

INTRODUCTION

- L'infection à VIH est causée par les rétrovirus VIH-1 et VIH-2 de la famille des lentivirus. Ces virus ciblent préférentiellement la molécule CD4 exprimée par le lymphocyte T.
 - La destruction des lymphocytes CD4 résultant du VIH entraîne un déficit dans le système de défense de l'organisme en général et du parodonte en particulier. Ce déficit immunitaire rend l'hôte susceptible aux maladies parodontales et crée un déséquilibre au niveau de l'écosystème buccal.
-

INTRODUCTION

- Divers microorganismes dont les bactéries, les virus et les champignons vivant d'ailleurs en symbiose avec l'hôte dans la cavité buccale peuvent provoquer à cet effet certaines pathologies liées à cette affection.(affections opportunistes)
 - C'est ainsi que par son effet immunodépressif l'infection à VIH/SIDA est classée parmi les principaux facteurs de risque des infections parodontales.
-

INTRODUCTION

- Le liséré rouge siégeant au niveau de la gencive marginale apparaissant au cours de cette affection constitue l'une de ses premières manifestations buccales.
 - Au fur et à mesure que l'infection évolue les lésions parodontales peuvent également s'aggraver en atteignant les structures plus profondes : gingivite ulcéro-nécrotique, parodontite ulcéro-nécrotique.
-

INTRODUCTION

- Au vu de ces manifestations tant buccales en général et que parodontales en particulier le chirurgien-dentiste d'aujourd'hui est appelé à les connaître et les reconnaître pour un dépistage précoce en vue d'une prise en charge globale efficace.
-

OBJECTIF

- Améliorer la prise en charge globale des personnes atteintes de l'infection à VIH/SIDA en y intégrant les aspects parodontaux
-

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

Sans tenir compte de diverses spécificités, nous parlerons globalement des :

- Personnes ignorant de leur état de séropositivité
 - Personnes conscientes de leur contamination par le virus VIH.
 - Personnes séropositives ou malades sous les antirétroviraux.
-

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

PRECAUTIONS

Parmi ces précautions nous les regrouperons en : précautions universelles et précautions particulières.

Précautions universelles

Elles regroupent toutes les précautions que tout autre praticien est appelé à connaître en vu :

- Soit de se protéger contre le virus VIH.
 - Soit de protéger son patient contre toute contamination à partir de son cabinet.
 - Soit d'éviter toute contamination croisée (de patient à patient).
 - Ces précautions ne feront pas l'objet de notre communication car elles sont connues de tous.
-

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

Précautions particulières

Ces précautions viseront les malades pris en charge par un médecin traitant et les malades non suivis et /ou ignorants.

■ ***Patients suivis***

Cette catégorie de patients pose moins de problèmes dans leur suivi dans la mesure où la collaboration entre le médecin traitant et le chirurgien-dentiste est franche.

Elle permettra à ce dernier d'avoir les détails sur l'état de santé de son patient lesquels vont orienter le traitement parodontal qui sera mise en place.

Dans ce cas, les chirurgiens-dentistes sont informés au préalable des risques que courent les patients et du traitement en cours.

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

■ ***Patients non-suivis***

Seront regroupés ici :

- Ceux qui sont ignorants de leur contamination
- Ceux qui connaissent leur état de séropositivité mais qui ne se font pas soigner.

■ ***Patients ignorants***

C'est une catégorie suspecte et dangereuse. Non seulement ils peuvent contaminer bien de personnes saines mais aussi ils s'exposent eux-mêmes.

Il revient alors au chirurgien-dentiste d'avoir une connaissance approfondie en la matière. Cela va, à partir des lésions buccales suspectés, l'amener à initier un dépistage et dans le cas échéant aider à une prise en charge précoce.

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

■ *Patients dépistés*

Très peu de cette catégorie sont ceux qui se livrent facilement aux praticiens – une anamnèse approfondie peut les amener à se dévoiler et aider les chirurgiens-dentistes à pouvoir les orienter vers les centres spécialisés.

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

PARAMETRES BIOLOGIQUES

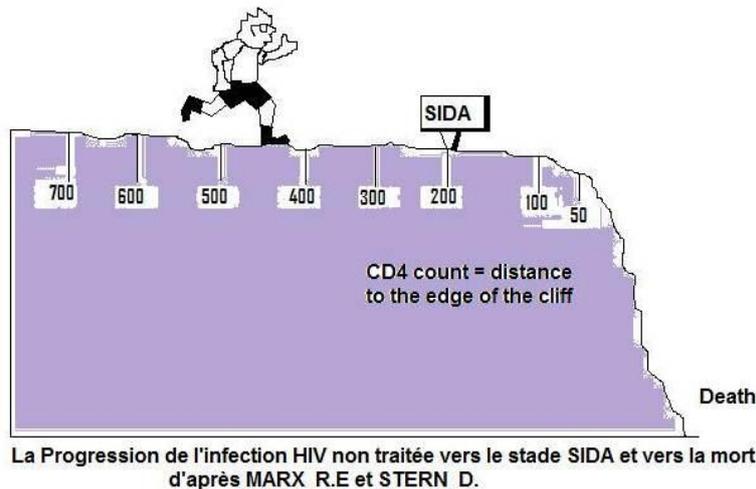
En effet connaître les paramètres biologiques de son patient est d'une grande importance car ça aide également à déterminer le stade de la maladie.

Nous sommes sans ignorer que ces patients courent un certain nombre de risque au cours de l'évolution de la maladie :

- ❖ Risques infectieux
 - ❖ Risques hémorragiques
-

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

PARAMETRES BIOLOGIQUES



PRISE EN CHARGE PARODONTALE

1. Risque Infectieux

Nous nous trouvons en face d'un patient en perte de système de défense. L'écrasante majorité des maladies parodontales sont d'origine infectieuse. Facilement un geste chirurgicale mineure soit elle peut engendrer des conséquences fâcheuses devant cette catégorie des patients. C'est ainsi qu'il revient au praticien (chirurgien-dentiste) de pouvoir évaluer certains paramètres en vu de déterminer :

La charge virale (copies d'ARN viral plasmatique) cette valeur est le reflet de l'évolution clinique de la maladie.

Les lymphocytes cd4. Le nombre de CD4 reflète l'état immunitaire du patient.

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

Tableau I

Nombre de CD4/mm ³	Risque infectieux
>500	Normale
<500 et >250	Risque à prendre en compte
<200	Risque majeur

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

Il faudra toujours tenir compte de nombre de polynucléaires neutrophiles car ce risque est d'autant plus grand qu'il y a une neutropénie associée.

Les polynucléaires neutrophiles dont la valeur absolue varie entre 1500 à 7000/mm³ (45 à 70 %).

En cas d'association de baisse de CD4 avec une neutropénie sévère de valeur inférieure à 500 PNN/mm³, le risque infectieux devient majeur.

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

2. Risque hémorragique

- Deux critères importants doivent être évalués :
- L'une liée à la maladie
 - L'autre au traitement

Si l'on ne tient pas compte de ces différents risques dans la prise en charge du patient cela peut compromettre sa vie.

Le tableau ci-dessous détermine les examens biologiques complémentaires des lymphocytes T CD4.

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

Tableau II

Numération des lymphocytes T CD4	Examens biologiques complémentaires
= 500 /mm ³	NFS rechercher une neutropénie Numération plaquettaire Bilan d'hémostase
200/mm ³ <CD4<500/mm ³	NFS évaluer la eutropénie<1500/mm ³ Numération plaquettaire Charge virale Bilan d'hémostase
<200	NFS évaluer la neutropénie <500/mm ³ Numération plaquettaire Bilan d'hémostase Charge virale

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

THERAPEUTIQUE PARODONTALE

Plusieurs études ont montré que les patients séropositifs peuvent tolérer divers traitements dentaires notamment parodontaux. Toutefois, devra tenir compte d'un certain nombre de paramètres dont :

- ☞ Le stade de la maladie
- ☞ Les valeurs biologiques
- ☞ Le traitement aux ARV en cours.
- ☞ Les diverses précautions universelles.

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

La prévention

Les règles d'hygiène doivent être rigoureusement tenues aussi bien chez les personnes saines que chez les séropositifs une meilleure hygiène bucco-dentaire est capable de limiter l'évolution des affections parodontales et garder de ce fait une bonne santé parodontale.

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

Le traitement curatif

Comme dit tantôt, ces patients infectés peuvent être soumis à divers traitements et chacun selon son cas.

Les patients sous ARV constituent une particularité. En effet l'usage de ces produits retarde la progression de l'infection au stade du sida et de ce fait la réduction de l'apparition des formes atypiques des maladies parodontales. En outre, certains de ces produits contenant les inhibiteurs des protéases peuvent directement inhiber les protéinases aspartiques des candida.

Par ailleurs ces inhibiteurs des protéases peuvent interférer certains antalgiques (à base de propoxyphène) ou les psychotropes.

Selon les formes des lésions, nous distinguons :

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

Formes atypiques

C'est une forme essentiellement liée à l'infection à VIH

Erythème gingival linéaire:

Cette pathologie est d'origine fongique (candida)



PRISE EN CHARGE PARODONTALE

L'approche thérapeutique de ce cas :

- Éviction des facteurs étiologiques
- Fongicide :

Local

- Nystatine comprimé
 - Ovules (fongicides)
-

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

Général (surtout pour les formes sévères)

- Fluconazole Co 200 mg, 1 co/j pdt 15 jours
 - Ketoconazole Co 200 mg
 - Itraconazole gélule 100 mg, 2x1 gel/j ou suspension 200 mg
-

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

Les formes nécrotiques



Le traitement consistera à:

Un détartrage

Une irrigation par la polyvidone iodée (Bétadine). Avantageux la chlorhexidine 0,2 %

Antibiotique de courte durée et avec beaucoup de prudence. Il est conseillé de prescrire le métronidazole

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

Dans le cas où la chirurgie parodontale doit intervenir il faudra tenir compte de tous les paramètres déjà évoqués ci-haut

En cas de thrombocytopenie : trouble d'hémostase et de coagulation

En cas de taux de CD4 au-dessous de 200 : la réponse cicatricielle peut être affectée.

PRISE EN CHARGE PARODONTALE

Formes classiques

Se référant au stade de l'infection et valeurs biologiques, le traitement classique sera adapté selon le cas.

Un avantage est que les poches parodontales sont généralement moins profondes que dans les parodontites classiques.

CONCLUSION

La bouche, miroir du corps humain ne peut être dissociée du reste de l'organisme. La prise en charge des pathologies bucco-dentaires en général et des pathologies parodontales en particulier nécessitent de la part du chirurgien-dentiste une base minimale en matières médicales, d'où le concept actuel de la médecine parodontale.

□

BIBLIOGRAPHIE

1. BERCY P, TENENBAUM H. Parodontologie. Du diagnostic à la pratique. 2è éd. De Boeck université Paris, Bruxelles 1997.
 2. BERCY P. Le saignement gingival. Louvain Medical.vol 119 pages 467-473. 2000
 3. PERRIER. Biologie appliquée à la chirurgie bucco-dentaire. éd. 2005
 4. PHILIPP L. MULLER et A. Traitement de l'érythème gingival localisé. Revue mensuelle suisse Odonto-Stomatologique. Vol. 119 3. 2009
 5. RATEITSCHA K K.H. et E.M., WOLF H. F. Atlas de Médecine Dentaire, Parodontologie. Flammarion 1986.
 6. REVILLARD. Immunologie. De Boeck Université. 1994
 7. Van STENBERGHE : Mes gencives saignent, mon haleine est fétide, que faire. Stomatologie 17/1. 1988
 8. YEN-TUNG A.Teng et al. Santé parodontale et troubles systémiques. Journal de l'Association dentaire Canadienne. Vol. 68 n° 3. Mars 2002
-

**2.2. PRISE EN CHARGE DES MANIFESTATIONS BUCCALES DE
L'INFECTION PAR LE VIH/COMMUNICATION ORALE Par Dr. S.
KIPASA**

**PRISE EN CHARGE DES MANIFESTATIONS
BUCCALES DE L'INFECTION PAR LE VIH**

Communication de Son Excellence Dr.
KIPASA SADY
Ambassadeur de la Paix

ASSOCIATIONS FREQUENTES

- Candidose;
- Leucoplasie chevelue;
- Gingivite à VIH;
- Gingivite nécrotique à VIH;
- Parodontite à VIH;
- Sarcome de Kaposi;
- Lymphome non hodgkinien.

ASSOCIATIONS MOINS FREQUENTES

- ▣ Atteinte des glandes salivaires :
- ▣ Infections virales autre que par le virus d'Epstein-Barr²)
- ▣ A cytomégalovirus
- ▣ A Virus de l'Herpes simplex
- ▣ A papillomavirus humain
 - Condylome acuminé
 - Hyperplasie épithéliale
 - Verrue vulgaire
- ▣ A virus varicello-zonateux
 - Zona
 - Varicelle

ASSOCIATIONS POSSIBLES

- **Infections bactériennes**
 - **Actinomyces israeli**
 - **Enterobacter cloacae**
 - **Escherichia coli**
 - **Klebsiella pneumoniae**
 - **Mycobacterium avium intracellulaire**
 - **Aspergillus flavus**
 - **Paralysie faciale**
 - **Névralgie essentielle du trijumeau**
 - **Ostéomyélite**
 - **Sinusite**
 - **Cellulite Sous-mandibulaire**
 - **Epithélioma spinocellulaire**
 - **Epidermolyse toxique**

EXAMEN

1. ANAMNÈSE

- Caractéristiques démographiques;
- Bilan médical.

2. EXAMEN PROPREMENT DIT

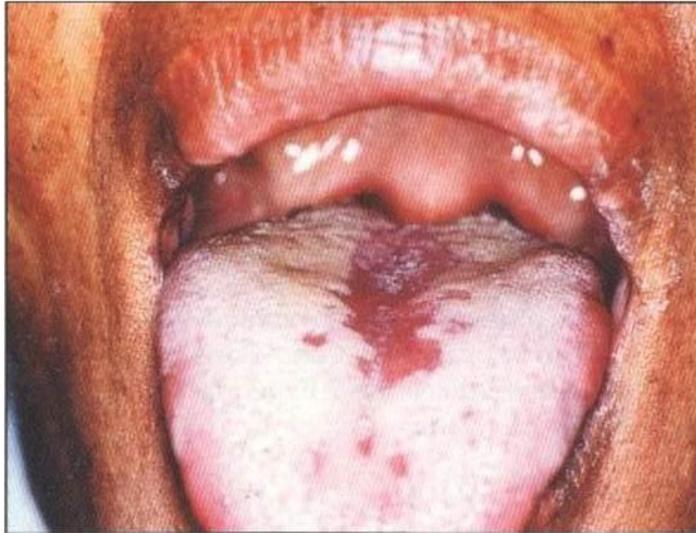
INFECTIONS MYCOSIQUES



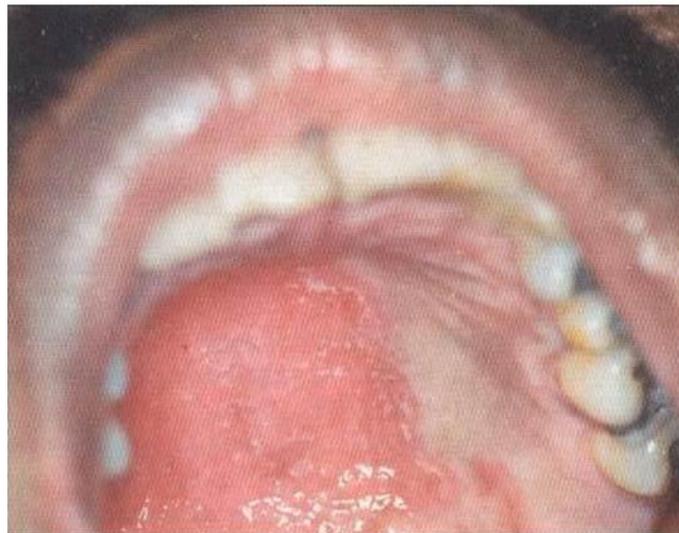
CANDIDOSES HYPERPLASIQUES



CANDIDOSES PSEUDO-MEMBRANEUSES



CANDIDOSE ERYTHEMATEUSE



CHEILITE ANGULAIRE (COMMISSURALE OU PERLECHE)



TRAITEMENTS DES MYCOSES

1. Nystatine (Mycostatine) 4 à 8cp jr à sucer;
2. Amphotéricine B (Fungizone) en suspension: 4 cuillères à cafés en 2 prises jour;
3. Dactarin: 2 cuillères-mesures 4 fois par jour;
4. Local: Bain de bouche;
5. Général: Triflucan, 100 à 200 mg jour.

INFECTIONS BACTERIENNES

- Gingivite;
- gingivite nécrotique;
- Parodontite nécrotique;
- Parodontite chronique;
- Traitement.

INFECTIONS VIRALES

1. Herpès simple ou labial récidivant;
2. Gingivo- stomatite herpétiforme.

Traitement:

- Crème Penciclovir à 1%;
- Docosanol à 10%;
- Famciclovir en 1 journée.

Précautions à prendre

Mesures contre la douleur

TUMEURS: SARCOMES DE KAPOSZ



LYMPHOME NON HODGKINIEN

- **DEFINITION;**
- **TRAITEMENT.**

CONCLUSION

La prise en charge des manifestations buccales de l'infection par le VIH tient compte de la lésion, du taux de lymphocyte CD4.

Le traitement est donc un traitement local et un traitement ayant pour but d'augmenter le taux de CD 4.

**2.4. ETAT PARODONTAL ET INFECTION A VIH Par Pr. Papa Demba
DIALLO de Service de Parodontologie Dakar – Sénégal**

2^{ème} Congrès International de Chirurgie Dentaire
ANCD
Kinshasa, 15 - 17 avril 2010

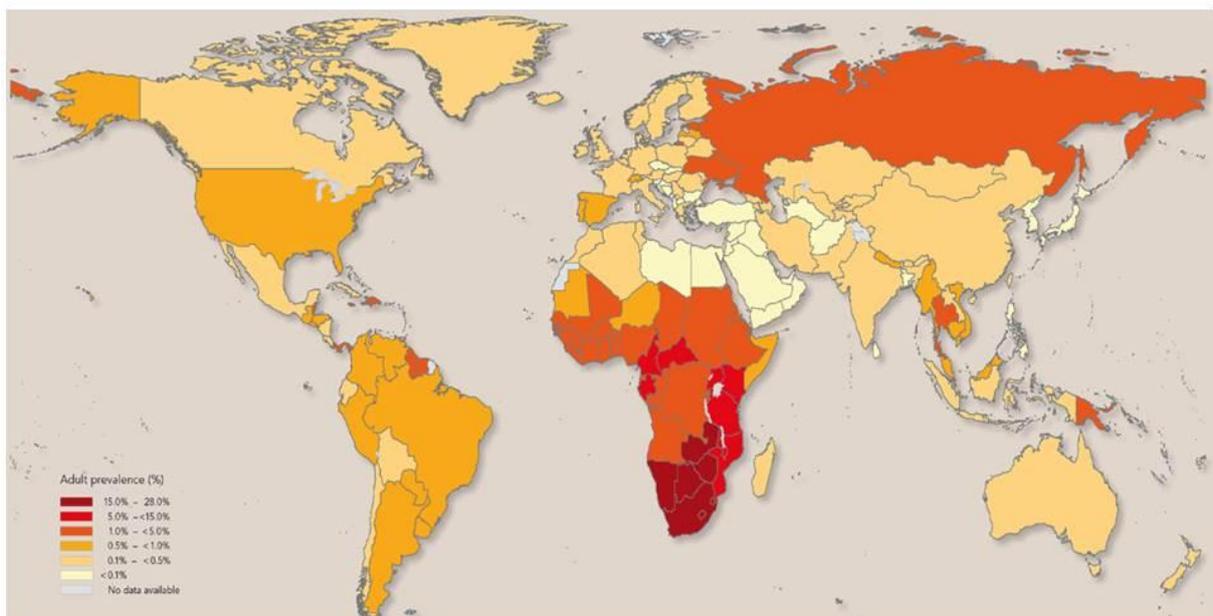
**Etat parodontal et
infection à VIH**

Pr Papa Demba DIALLO
Service de Parodontologie
Dakar – Sénégal

Plan

- **Généralités**
 - Épidémiologie, Classification, Manifestations buccales
- **Lésions parodontales/VIH**
 - Étiopathologie, Clinique, Pathogénie
 - Réponse de l'hôte
- **Études locales**
 - Sénégal, Burkina Faso, Guinée, Cameroun
- **Prise en charge**
- **Conclusion**

Epidémiologie infection VIH



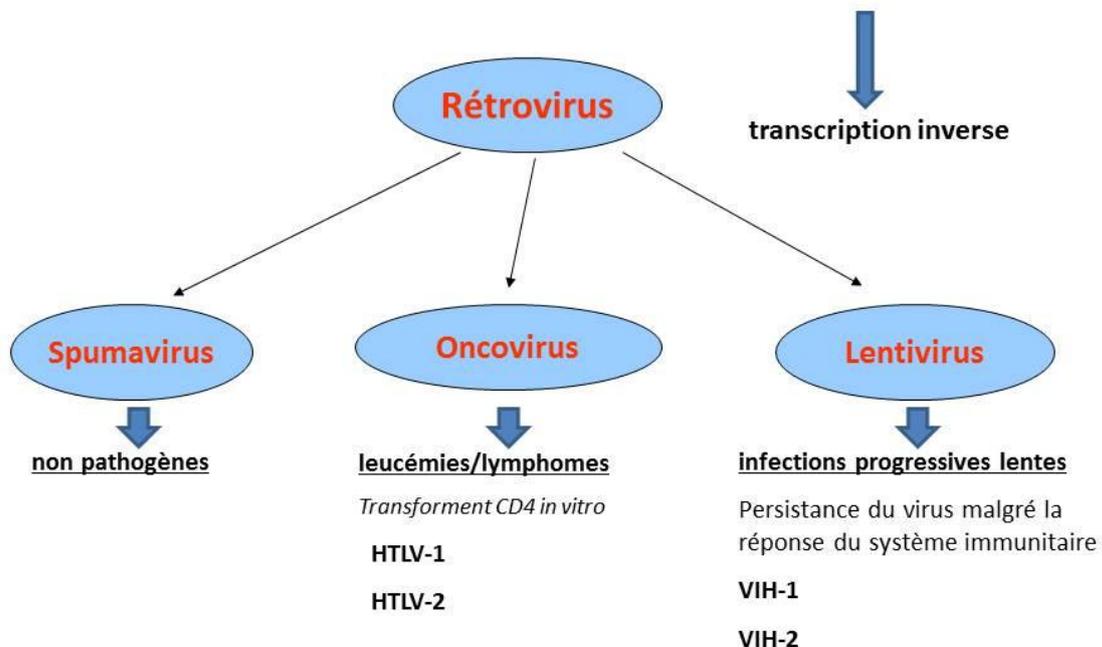
Prévalence des porteurs du VIH dans le monde en 2008 (ONUSIDA)

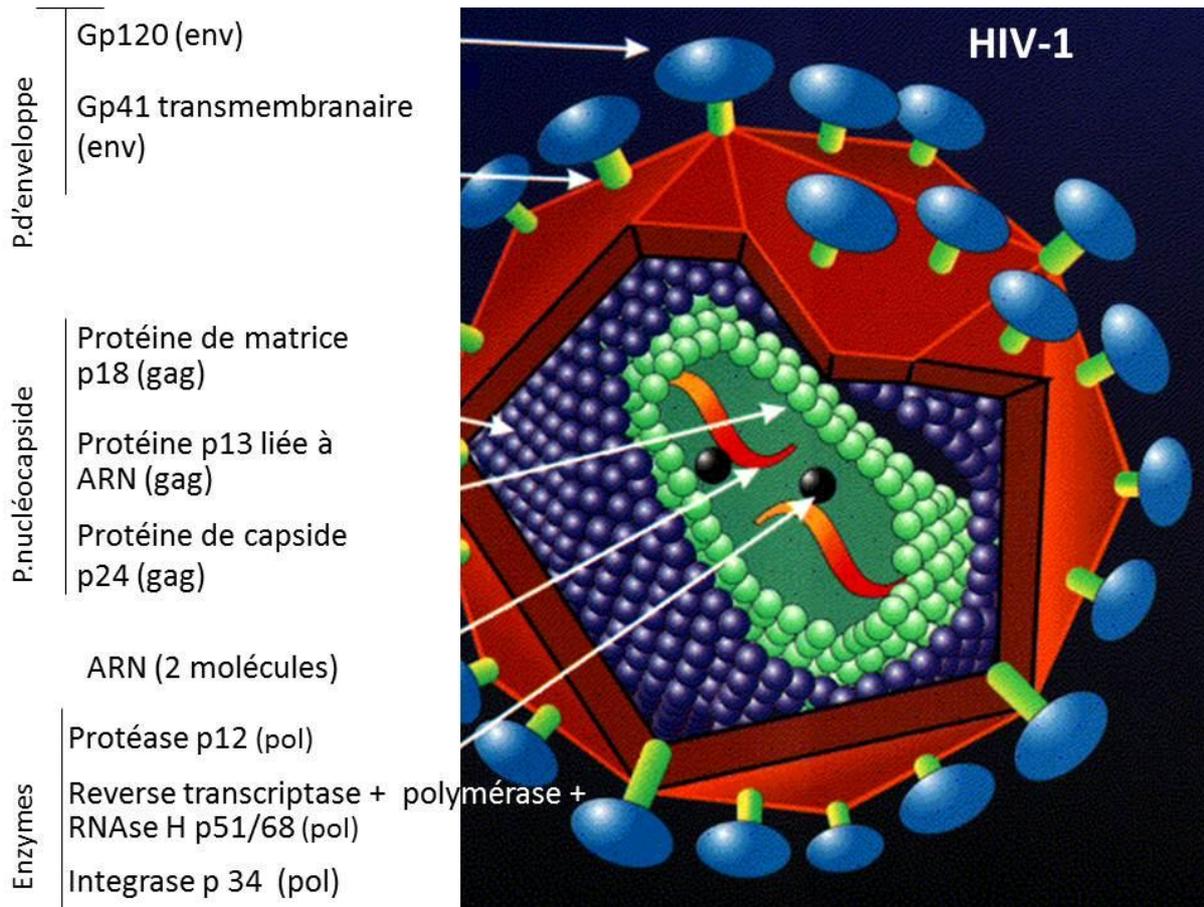
Epidémiologie infection VIH

- **Afrique Subsaharienne**
 - **Nombre de cas : 22,5 millions (68% des cas)**
 - **Nombre de nouvelles infections : 1,7 million**

- **Sénégal**
 - **Prévalence : 0,7% (EDS IV, 2005)**
 - **Epidémie de type concentrée**
 - **MSM : 21,5% (Wade et coll., 2005)**
 - **TS : 19,8% (Sénégal ENSC, 2006)**

Classification des Rétrovirus





Manifestations buccales

Prévalence = 70%

Reichart et al 1987, Rivera -Hidalgo 1999

Candidose buccale

Kappe et al 1996

Leucoplasie chevelue

Herpès récurrents

Tukutu K. et al 1990

Infections à *Papilloma virus*

Lymphome non hodgkinien

Chapple et al 1992

Sarcome de Kaposi

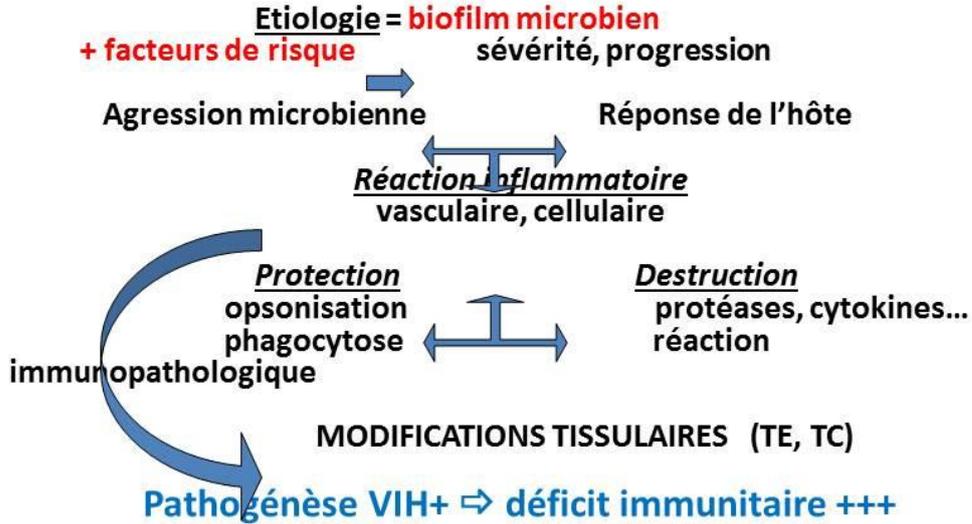
Lésions parodontales

Diagnostic séro-ignorants

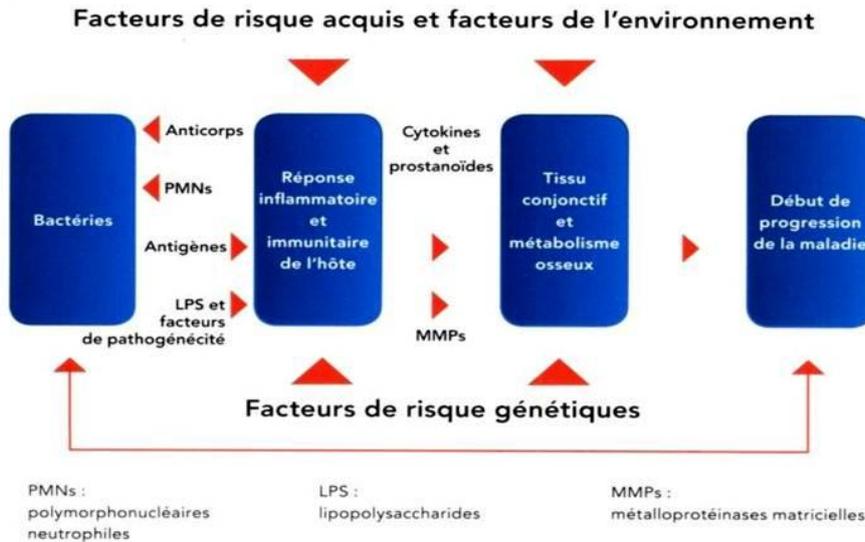
Greenspan 1994, Patton et Von Der Horst 1999

Physiopathologie

Gingivite = atteinte superficielle (gencive)
 Parodontite = + desmodonte, cément, os



Physiopathologie



Pathogénèse VIH+ ⇒ déficit immunitaire +++

Caractéristiques cliniques

Reichart et al. 1987

Winkler et Murray 1987

- **Gingivite associée au VIH (HIV-G)**
Erythème gingival linéaire (LGE)
- **Parodontite associée au VIH (HIV-P)**
- **Parodontite nécrosante associée au VIH**

Critères cliniques

- **HIV-G**
 - Plaque
 - Extension (Winkler et al 1988)
- **HIV-P**
 - HIV-G
 - Algies osseuses
 - Perte d'attache +++
 - Lyse osseuse (Williams et al 1990, Horning et Cohen 1995)
- **Nécrose tissulaire**
 - Pas de poche (Winkler 1988)
 - Stomatite nécrosante associée au VIH (San Giacomo et al 1990, Williams et al. 1990)

Consensus - Classification

EEG. Clearinghouse 1991

AAP 1999

Narani et Epstein 2001

- **LGE (HIV-G)**
 - *Candida albicans* +++
Zambon et al, Murray et al 1990, Robinson et al 1995
- **NUG/NUP (HIV-P)**
 - Déficit immunitaire +++

Epidémiologie¹

Critères diagnostiques: résultats difficilement comparables

- HIV-G : fréquence peu élevée
- HIV-G/HIV-P : association VIH+/-
Drinkard 1991, Schentz et al 1997
- NUP/VIH+
 - ↓ Immunité
 - Extensions des lésions
 - SIDA (Glick 1994)
- GUN =11,1% PUN=0,3% (Tirwomwe G.F Ouganda 2000)

Epidémiologie²

Facteurs associés

- **PA et PP↑ VIH+/VIH- : J0-18 mois** (Robinson et al 2000)
PA, PP et récession ↑ différents stades (Mc Kaig et al 2000)
- **Etudes cliniques et épidémiologiques:**
controverses +++
- **Evidence**
 - HIV = risque↑ maladie parodontale
- **Travailleuses du sexe: 27 VIH+, 65 VIH-**
LGE (7 HIV2, 1 HIV1+2) PUN (19 HIV1) Ndiaye 1997
HIV1 risque ++/ HIV2 Ndiaye et al 2000

Etudes étiopathogéniques

Murray et al.

J. Clin. Periodontol 2005; 16 (10): 636-642. (San Francisco)

	VIH+ (45) P	VIH+ (44) G
<i>B. gingivalis</i>	80%	61%
<i>B. intermedius</i>	65%	70%
<i>F. nucleatum</i>	59%	52%
<i>A. actinomycetemcomitans</i>	61%	52%
		P<0,05

- HIVP/P. chronique: similitude microbienne
- HIV-G/G. banale : différence microbienne
- HIVP – HIVG: similitude prévalence périopathogènes
- Précurseurs destruction tissulaire

Etiopathologie VIH (1)

■ **Chattin et al. (Tokyo)**

Microbiol. Immunol. 1999, 43 (9):847-852.

67 HIV+ , 32 HIV-

	<i>P. gingivalis</i>	++	+ p<0,01
Culture anaérobie	<i>P. intermedia</i>	++	+
	<i>P. gingivalis</i>	++	+
	<i>A. actinomycetemcomitans</i>	+ (41,8%)	-
	<i>Candida albicans</i>	++	-
	Mycoplasmes (<i>Mycoplasma salivarium</i>)	+	++ p<0,05

Etiopathologie VIH (2)

■ **Aas et al. (Boston)**

J. Clin. Periodontol 2007, 34:189-195

109 espèces/14 sujets

50% non cultivables: pathogènes parodontaux

Gemella, Dialister, Streptococcus, Veillonella ++

Gemella morbillorum (parodontite +/charge virale -) : 84% des clones

Saccharomyces cerevisiae (LGE, parodontite +/ch .vir.+)

Candida albicans++ (parodontite +/charge virale -)

Espèces non classiques pathogènes

Marqueurs des infections opportunistes

Etiopathologie VIH (3)

■ **Gonçalves (Rio de Janeiro)**

Oral Surg Oral Med Oral Path 2004;97(2):196-203.

64 HIV+PC/HAART/Traitement parodontal

22 espèces identifiées (DNA-DNA Hybridation)

CD4 moyen : 333/mm³

Charge virale: 12 815± 24 607 copies/mm³

	HIV+PC	HIV+/gencive saine	Après thérapie
<i>T. forsythensis</i>	+++	++	+
<i>F. nucleatum</i>	++	++	+
<i>P. gingivalis</i>	+++ (CD4 -)	++	+
<i>E. faecalis</i>	+++	++	+

Physiopathologie VIH (1)

■ **Baqui et al. (Maryland)**

Oral Microbiol Immunol.2000;15:67-73

Destruction parodontale

- Activités des sites cytokines pro-inflammatoires+ IL1a, IL6, TNFa

39 VIH+ de 20ans, Elisa, ch. virale

- Augmentation cytokines poches profondes/superficielles (p<0,05)
- Facteur: lésions progressives et sévères

Vastardis et al 2003: Taux de cytokines salivaires = valeur prédictive négative/ parodontite

Physiopathologie VIH (2)

■ **Gonçalves (Rio de Janeiro)**

AIDS 2006;20:1779–1784

- **Polymorphisme du gène IL1**
 - IL1A+4845
 - IL1B+3454
- **Brésiliens HIV+ sous HAART/HIV-**
PCR, Digestion Enzyme de restriction
 - 11,4% génotype+
 - pas d'association génotypie/VIH/parodontite

Physiopathologie VIH (3)

• **Alpagot et al. (San Francisco)**

Arch Oral Biol 2007, 52 (11): 1102-1108

2 sites sains , 3 sites de gingivite, 3 sites parodontite

Activité: PA > 2mm (6 mois)

- **PGE2 moyen ↑ gingivite-parodontite/sites sains**
- **Corrélation+ PP, PA, CD4+, charge virale, âge, tabac (paquets années) j0 à j180**
- **Sites actifs (19)/ inactifs (221) p<0,001**
Sites ↑PGE2: lésions progressives et sévères

Physiopathologie VIH (4)

■ Myint et al (Oslo)

J.Clin Periodontol. 2000; 27:513-519

- **HIV+**
 - P. marginale chronique
 - Plasmocytes ± T.C
 - IgG ↓ parodontopathogènes
- **Biopsies VIH+/VIH- par immunofluorescence**
 - Epithélium de poche
 - Cellules basales
 - Kératinocytes->HLA-DR
 - VIH+ ↓ cellules de Langerhans

Epithélium oral VIH+/ Inflammation atypique

Physiopathologie VIH (5)

● Suzuki et al (I.P. Paris)

Clin Exp. Immunol.1997, 108:254-259

n=23 patients stade terminale SIDA

Leucocytes sang, fluide gingival

– P24+/PCR

Lésions parodontales

– ↑ Turn-over macrophages

infestation

réservoir buccal de virus

Virémies au cours de l'infection à VIH

- **Grande et al (Sao Paulo)**

J. Clin. Periodontol 2008; 35:838-845

50 VHI+: 23 gingivites, 27 parodontites

50 VIH- avec PC

Sang, plaque, salive

- HCMV plus prévalent HIV+ (82%), HIV- (84%)
- HSV 1 moins prévalent (p<0,005)
- EBSV1 moins fréquent dans sites oraux VIH+/VIH-

Etudes épidémiologiques en Afrique Subsaharienne¹

Service de parodontologie, Université de Dakar

Manifestations parodontales et VIH : étude cas-témoins au Centre Hospitalier National Sanon Souro de Bobo Dioulasso.

DIALLO-SECK AM, PARE EML, BENOIST HM, DIOUF A, AHNOUX MP, KABORE D, SEMBENE M, DIALLO PD.

2^{èmes} Journées Médicales et Pharmaceutiques de Ouagadougou : « Priorités et Défis Sanitaires ».

Ouagadougou (Burkina Faso), 12-17 décembre 2004

Etat parodontal et infection à VIH : étude épidémiologique préliminaire en Afrique subsaharienne.

BENOIST HM, DIALLO PD, DIALLO-SECK AM, MOREAU JL, AHNOUX-KOUADIO A, DIOUF A, SEMBENE M.

Congrès International de Parodontologie et d'Implantologie Orale (Congrès National de la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale - SFPIO).

Bordeaux (France), 16-17-18 juin 2005.

Manifestations parodontales et VIH: étude cas-témoins au centre hospitalier national Sanon Souro de Bobo Dioulasso (Burkina Faso).

DIALLO-SECK A, PARE EML, BENOIST HM, AHNOUX-KOUADIO A, OUEDRAODO D, DIOUF A, KABORE D, SEMBENE M, DIALLO PD.

Revue du Collège d'Odonto-Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale Africain 2006;13(4):11-15.

Etudes épidémiologiques en Afrique Subsaharienne²

Buts

- Estimer la prévalence des lésions associées au VIH
- Evaluer la sévérité de l'atteinte parodontale chez les PVVIH
- Echantillons : Guinée, Cameroun, Burkina Faso, Sénégal
- Diagnostic VIH: OMS 1990
Classification Bangui 19993,
CDC 1993
- Variables: IPI, IG, IP, PAC, PP, CPITN

Guinée

N=111 patients(17-56)ans, 85 VIH+ :

VIH1= 62%; VIH2=28%; VIH1+2= 10%

- Candidoses +++ (34%)
- IHOS: 74% \geq 1
- CPITN: 60% \geq 1
- 49% parodontopathies
 - GUN 14% PUN 11%

Cameroun

100 patients: 50 VIH+ (49 VIH1, 1 VIH 1+2)

24% sous ARV (\pm AB ou AF)

- IHOS>1:84% VIH+ contre 50% non VIH**
- IG > 1: 70% VIH contre 38% non VIH**
- IP \geq 1: 73% VIH+/65% témoins**
- 94% VIH+ avec parodontopathies**
 - gingivites, parodontites, GUN
- Candidoses, ulcérations, aphtoses, perlèche...**

Burkina Faso

90 patients: 53 VIH+ / 37 témoins

- IHOS (2-3): 60% VIH+ / 48% témoins**
- IG> 1: 73% VIH+ / 65% témoins**
 - Inflammation généralisée +++
 - Sévère: 53% VIH+/ témoins 40%
- Destructures parodontales avancées**
 - IP (6-8): 68% VIH+/ témoins 30%
 - Nécrose parodontale (localisée) +++

Sénégal¹

10M hab, prévalence 1, 4% (2002)

- 86 patients VIH+ (moyenne = 41 ans)
- VIH1= 88%, VIH2=9%, VIH1+2=3%
- 61% sous ARV (trithérapie++)
- Candidoses
 - érythémateuses +++ (55%)
 - pseudo-membraneuses,
- Chéilite angulaire
- Aphtes ++

Sénégal²

- IPI=1,5 (53%>1)
- IG=1,0 (50%>1)
- PAC=3,2mm (89%>3mm, 66%>5mm)
- Gingivite +++
- Nécrose parodontale (GUN, PUN)

Sénégal³

– Population à risque

92 professionnelles du sexe

27 VIH+: 19 VIH1, 7 VIH2, 1 VIH1+2

Moyenne âge 34ans

- IPI>1 dans 41% sites VIH+
- IG>1 dans 44% sites VIH+/ 37% VIH-
- PP>6mm=49% sites VIH+
- Nécrose parodontale 8%

Thiam A. T., Thèse, Dakar, 1999

Ndiaye et al. J Periodontol 1997;68:827-831.

Commentaire¹

- Limites: méthode +++
- **Hygiène buccale mauvaise**
 - Matériel: brosse, frotte-dent
 - Efficacité?
 - Douleurs +++
- **Tatouage gingival**
- **Symptômes cliniques différents**

Commentaire²

- Particularité africaine : ***tatouage gingival***



Commentaire³

- **Tatouage gingival / femmes +++**
Pratique traditionnelle: but esthétique et fonctionnel
 - Risque transmission/conditions réalisation
 - Fibrose gingivale



Commentaire⁴

- Baisse réponse immunitaire (PMN, IL-1 β)
- Infections fongiques: candidoses +++
 - CD4 < 300/mm³
- Symptômes cliniques différents
 - Érythème gingival linéaire, GUN



Greenstein et Lamster 2000

Commentaire⁵

- Maladies parodontales sévères +++
 - Lésions associées : nécrose (localisée)++
 - PUN <5%

McGuire et Nuun 1999



Commentaire⁶

- **Prévalence lésions +++**
 - 40-50% (OMS 2003)
 - Valeur diagnostique prédictive
- **Tabac, alcool = facteurs de risque**
- **Malnutrition = facteur prédisposant**

Commentaire⁷

- **Prise en charge**
 - Thérapeutiques de soutien +++
 - Infections: antibiotiques, antifongiques
 - ARV
 - Coût? Moyens disponibles?
 - Pratiques traditionnelles, us et coutumes

Traitement¹

- **Grassi et al 1988 - Rateitschak et al 1993 - Murray 1994 - Robinson 1999 - Ryder 2000**
 - **Traitement mécanique**
 - digluconate chlorhexidine 0,12%
 - hygiène orale
 - métronidazole : douleur, cicatrisation
 - irrigation povidone iodée
 - **PNUG, NUP traitement /séances**
 - **Thérapeutique de soutien**
 - Peu d'études
 - Hofer 2002 (Zurich) : 2 -4 mois
 - ✓ 18 VIH+ (8LGE, 4 NUG, 5 Gingivites buccales, 1PC)/16 VIH-
 - ✓ Niveau d'attache maintenu
 - Facteur clé succès : hygiène orale +++

Traitement²

- **HAART ⇨ maladies parodontales ↓ 30%**
 - **GUN 0,6%** Ceballos-Salobreña (2000)
 - **GUN/PUN 1,7%** Robinson (1998)
- **Pas d'essais cliniques standardisés**
 - Evidence Based Treatment***
 - Opinion d'experts**
 - Traitement conventionnel + adjuvants**
 - Baccaghini et al (2007)

Conclusion¹

- **Infection VIH/ maladie parodontale**
- **Infection VIH/ prévalence et sévérité parodontite**
 - **Facteur de risque parodontal**
- **Marqueur de la progression VIH**
- **Algies-Infection -Néoplasie**
- **Surcharge système immunitaire déficient**

Conclusion²

- **Contexte africain**
 - Inégalité de l'accès aux soins**
 - Qualité de vie**
 - Santé Publique**
- **Formation continue**
 - Précautions universelles**
 - Attitudes discriminatoires**
 - Obligation éthique de traitement**

Remerciements

- **Association Nationale des Chirurgiens Dentistes (ANCD)**
- **GADEF**
- **Peuple Congolais**

L'Equipe de Parodontologie



Pr PD Diallo



Pr M Sembène



Dr HM Benoist



Dr A Seck Diallo



Dr A Diouf

Service de Parodontologie
Dépt. d'Odontologie
Université Cheikh Anta Diop
Dakar - SENEGAL

**2.5. LA CANDIDOSE BUCCALE : LE ROLE DE L'ODONTOLOGISTE
DANS LE DEPISTAGE DE L'INFECTION VIH
EN MILEU HOSPITALIER : TOGO/COMMUNICATION par
BETENORA B; AGODA P; BISSA H; NYAMETSO D.**

**LA CANDIDOSE BUCCALE: LE ROLE DE
L'ODONTOLOGISTE DANS LE DEPISTAGE DE
L'INFECTION VIH
EN MILEU HOSPITALIER :TOGO**

BETENORA B; AGODA P; BISSA H; NYAMETSO D.

INTRODUCTION

- La candidose buccale ou muguet = famille des mycoses
 - *Cause: Candida Albicans* =champignon
 - Habitat : bouche, peau,tube digestif, vagin chez 80% de la population;(BENNET R J.)
 - Enduit pultacé, blanchâtre, qui tapisse la muqueuse buccale et le pharynx. Cet enduit se détache et laisse apparaître une muqueuse rouge, lisse vernissée parfois ulcérée.
-
- **Système immunitaire suffisant,**
 - **Chez les nourrissons (5 % et 10 %): Diouf A. et al; Dufour T. et al.**
 - **Fréquence élevée chez les personnes âgées: (57% selon FANELLO S. et al)**
 - **Traitement par antifongiques (local et général) ;mais parfois des résistances et récives.**
 - **Intérêt de la recherche des facteurs associés.**

OBJECTIFS

- Évaluer la fréquence
- Rechercher les facteurs favorisants
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques.

PLAN

- PATIENTS ET METHODES
- RESULTATS
- COMMENTAIRES
- CONCLUSION

Patients et méthodes

- Étude , descriptive (hospitalière)
- Cadre: CHR ATAKPAME
- Période:1an (Janv. 2009 à Déc2009)
- Critères d'inclusion: candidose buccale
- Examen clinique+++ au fauteuil
- Paramètres d'étude: age sexe, facteurs favorisants,siège des lésions, aspects macroscopiques, histologiques, état général, antécédents médicaux, aspects thérapeutiques.

RESULTATS

- **Fréquence:**

-118 cas de candidoses buccales → :9,8%

Aspects sociodémographiques

- **Sexe:** ♂=28: 24 %;
♀= 90: 76%.
- **Age :** 3 -60 ans,
âge moyen = 32,5ans
16-44 ans = 101: 85,6% ++
sexe ratio:0,3

Motifs de consultation

- Ils ont été dominés par
- la douleur,
- la dysphagie,
- l'hypersalivation,
- la gêne alimentaire et l'halitose ,
- La sensation de brûlure et de goût métallique.

Les facteurs prédisposants locaux

Facteurs locaux	Nombre	Taux
Mauvaise hygiène buccal	101	85,6%
Prothèses dentaires	20	16,95%
Tabagisme	16	13,55

Les facteurs généraux

Facteurs généraux	Nombre	Taux
Infection VIH	97	82,20%
Prise d'antibiotiques	9	7,62%
Diabète	5	4,24%
Grossesse	2	1,70%
Chimiothérapie	2	1,70%
Allergies médicamenteuses	2	1,70%
Médicaments psychotropes	1	0,84%
Total	118	100%

L'infection VIH

- Sur 97 patients VIH
 - 65 : sérologie VIH + connue
 - 32 : objet de recherche
- Centres de dépistage volontaire anonyme
- Utilisation du Test Elisa
- Séroprévalence : 8% , moyenne nationale (3%)

Siège des lésions observées

Topographie des lésions	Nombre	Taux
Langue	43	36,45%
Face interne joue , lèvres	30	25,43%
Palais	24	20,35%
Candidose généralisée	21	17,77%
Total	118	100%



.



.



•



Diagnostic

- Clinique:(80%) macroscopique:
Présence de plaques blanchâtres adhérant à une muqueuse érythémateuse et oedématiée parfois ulcérée.
- Examen mycologique : direct —> levures et filaments mycéliens.

Traitement

- Mise en œuvre de plusieurs actions :
- le contrôle de l'hygiène bucco-dentaire, l'élimination des facteurs irritants locaux
- Les traitements locaux ou topiques
- Les traitements systémiques: le kétoconazole (Nizoral), l'itraconazole (Sporanox) et le fluconazole (Diflucan). amphotéricine B. si résistance
- Des conseils
- PEC état général

DISCUSSIONS

- **Fréquence** :9,8%
Faible / littérature: <=> candidose =affection ou l'Odontologiste n'est pas le premier recours
-Fort taux de référence d'autres services (pédiatrie, médecine interne)
- **Sexe** :Personnes des 2 sexes
- Prédominance féminine= disposition à consulter les services vis-à-vis du sexe masculin.

- **Age** : 16-44ans +++ avec une moyenne entre 32,5 ans < et fait penser à d'autres facteurs
- 82 ans: gériatrie

- PAILLAUD E. et al HERBAUD et al; ALIX et al:
la candidose buccale occupe la 1^{ère} place chez le sujet agé.

Les facteurs locaux

- **Locaux**
 - **Hygiène bucco-dentaire défectueuse**
=>développement des infections buccales.
 - **Présence de prothèse amovible** = facteur irritatif qui déséquilibre la flore buccale —> la prolifération du Candida.

PAILLAUD E. et al.; FANELLO S. et al.

- **Tabac** => sècheresse buccale ,halitose, candidoses buccales.

Facteurs généraux

- **Symptômes buccaux évocateurs**

- **Diabète non équilibrée** = réduction du flux salivaire, la concentration du sucre et mucine +++ ,sècheresse buccale,sensation de brûlures,
=> affections candidosiques.

Idem: NEGRATO C C. et al

- **Prise d'antibiotiques**: tue les bactéries inoffensives —> candidoses

BODINEAU M. ; FANELLO S. PAILLAUD E. et al

- **Chimiothérapie**: => déséquilibre de l'écosystème et baisse des défenses immunitaires

Idem: TAMBA; BELAZI M. et al

- **Etat de grossesse**:

production +++ d' hormones; (SARIFAKIOGLU E. et al) : 31% / 5% chez les non en grossesse.

- **Infection VIH**: la candidose= principale infection opportuniste : déficit immunitaire +++ : (taux de lymphocytes T CD4 très bas)

(OLIVIER L. et al, JADE G.,BRUNO H. et al; ZOUITEN F. et al ;DIOUF A. et al.)

CONCLUSION

- **La candidose buccale est fréquente.**
- **Rarement isolée mais peut être évocatrice d'une pathologie générale parfois ignorée.**
- **L'Odontostomatologiste devra jouer un rôle capitale dans - dépistage, orientation patients, prévention infection.**

**2.6. LES TROUBLES DE L'HEMOSTASE ET CHIRURGIE BUCCALE :
NOTRE EXPERIENCE ET DONNEES ACTUELLES Par Pr. Boukais
H, Pr. W. Zerrouki, Dr. Sahraoui M, Dr. A. Mokrani**

2^{ème} Congrès de l'Association Nationale des Chirurgiens
dentistes de la République Démocratique du Congo.

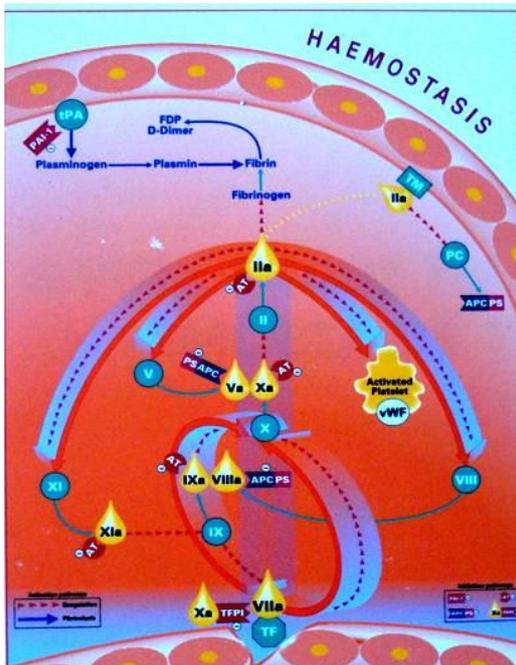
Hôtel Memling du 15-17 Avril 2010.

**Les troubles de l'hémostase et chirurgie
buccale:
Notre expérience et données actuelles.**

Pr. Boukais H, Pr. W. Zerrouki, Dr. Sahraoui M,
Dr. A. Mokrani.

*Service de pathologie et chirurgie buccale, CHU Béni-Méssous.
Faculté de Médecine d'Alger*

Hémostase



Caillot

Arrêt du saignement

Cicatrisation alvéolaire

hémorragies

Anomalies

- Hémostase primaire
- Hémostase secondaire: coagulation
- Fibrinolyse

Hémorragies en odontostomatologie

Persistance anormale d'un saignement;

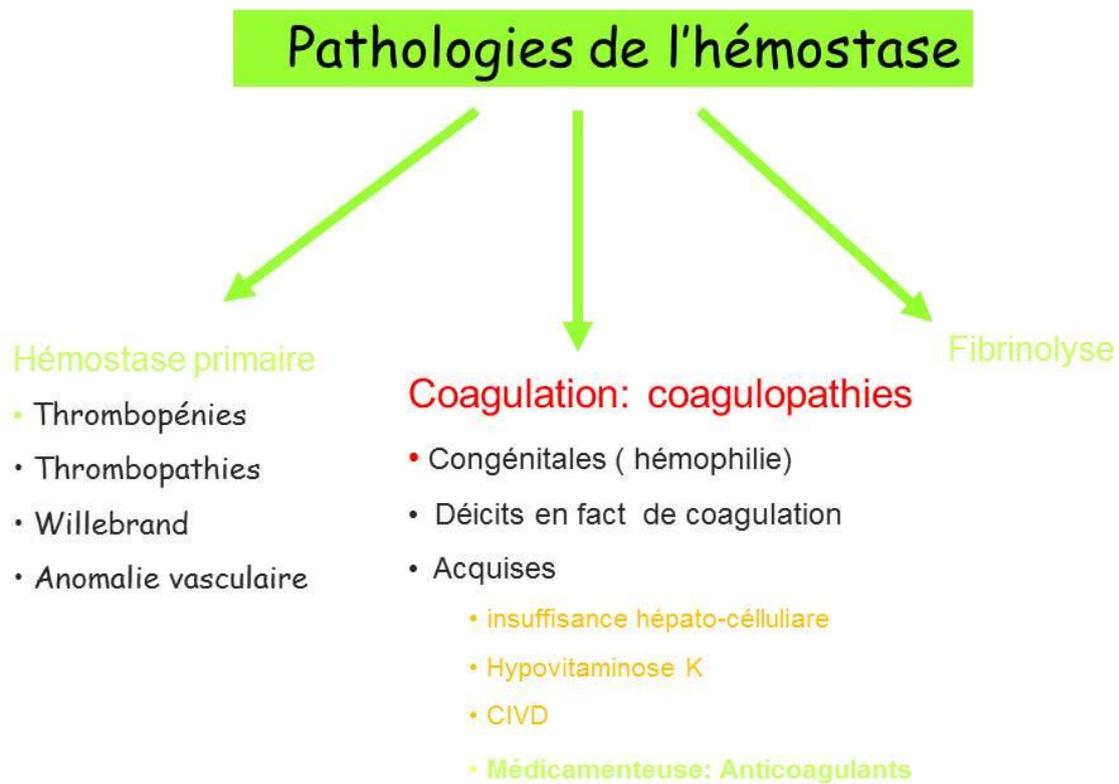
Quasi constant (actes sanglants: avulsion simple);

Causes locales (+++): 99% [Descrozailles]

- Fractures alvéolaires, dérapages et déchirures muqueuses;
- Bains de bouche précoces

Secondaires (+++);

Sujet « sain » ou porteur de trouble d'hémostase.



Hémophilie et maladie de Willebrand

Congénitales à expression hémorragiques (à distance, gingivorragies, hémarthroses);

Trouble quantitatif (Willebrand)

Trouble quantitatif : Hémophilie A(VIII), B(IX)

- Mineure : 5%
- Modéré: 1-5%
- Sévère < 1% (**Risque hémorragique important**)

Attitude à adopter ?

Prévention (++++)

Prise en charge : remise en état de la cavité buccale

Risque hémorragique si acte sanglant (extraction dentaire):

Autrefois : Substitution des fact manquants

- Coût
- Risque de contamination virale (Sida, hépatites)
- Inhibiteurs anti-facteurs

Hémorragies de **causes** locales (fractures alvéolaires, tissus de granulation, déchirure muqueuse...) :
(99% selon Descrozailles)



Techniques locales d'hémostase

- Compression intra-alvéolaire
 - Sutures des berges
- Compression extrinsèque

Extraction atraumatique (sans déchirures....) +++

Thrombopenies et thrombopathies

Thrombopathies : T. qualitatif des PS (thrombasténie de Glanzman, thrombopathies médicamenteuse : Aspegic, Plavix...)

Thrombopénies : Np: 150 000 à 450 000 Ps/ml sang
]80 000 – 150 000] : Risque mineur : Hémostase locale
]80 000 – 50 000] : Risque important : Hémostase locale
 < 50 000 : Risque grave : substitution + hémostase locale

Troubles de la coagulation

Déficits isolés en fact de la coagulation

Anticoagulants:

Antiagrégants plaquettaires (Aspegic, Plavix)

Antivitamines K (Sintrom®)

Anticoagulants et chirurgie orale

Sujet à **controverses** des la mise sur le marché des AO (60ans!);

Risque hémorragique en chirurgie buccale (extraction dentaire);

Risque thrombo-embolique : modification ou arrêt des Atcg (Avk, AAP, Héparines)

Intérêt des cardiologues et chirurgiens buccaux

Attitudes vis-à-vis des ATG

Arrêt ou réduction du traitement 3 jours avant l'acte (TP à 70%, 80%, ou à 40%) *[Biou - 1978], [Pack- 1988], [Société Française de Cardiologie 2001], [Chalon 2002]; [Garcia-Darennnes – 2003].*

Substitution par l'héparine *[Carré 1992], [Duran-1998], [M. Chatelain 1996]; [Chalon 2002]. «Sécurité per-opératoire».*

Maintien du traitement *[Laudenbach et coll. 1966], [Blinder- 1999], [Rev. Prescrire 2004];*

Arrêt ou réduction des ATCg : risque de thrombose

Wahl (1954 - 1996): 493 accidents /542 cas d'arrêt de Warfarine dont 5 (1%) graves (4 décès sur 5)

Debieche et coll. 2005 : 3 thromboses de valve mitrale sur 12, dues à l'arrêt du Sintrom® avant extraction dentaire

Substitution des AVK par l'héparine (prothèses valvulaires)

Hospitalisation (≅ 12 jours), coût économique;

Thrombocytopénie héparino-induite [*Samama et coll ; 2001*]

Ré-équilibration difficile de l'hypocoagulabilité et altération psychologique.

Ancienneté des techniques locales d'hémostase chez le malade hémophile [*Allagile et coll.: 1965, Gaillard A : 1975*]

Application aux malades sous anticoagulants [*Laudenbach, Scheffer et Ferrand; 1966*]

Standardisation du temps de Quick par l'INR, zones thérapeutiques et meilleure surveillance biologique (1983).

Evolution des produits hémostatiques utilisés:

Intra-alvéolaire Mèches iodoformées, colles GRF, GRG, colles biologiques (Tissucol®), éponges, cellulose oxydée (Surgicel®)

Fibrinolyse salivaire : Acide tranéxamique (Exacyl®)

Essais cliniques

Quelques publications (1993 - 2004) essais comparatifs de protocoles de prise en charge ou de produits hémostatiques mais effectifs réduits.

Méta-analyse [Wahl, 1998], 26 études de cas entre 1954 et 1996 (2014 actes chez 774 patients sous AVK, 12 malades (moins de 2%) ont nécessité des mesures complémentaires d'hémostase 9 cas de surdosage et/ou d'interaction médicamenteuse).

De plus en plus, intérêt des techniques locales d'hémostase [Farr DR - 1994], [Devani P- 1998], [Garcia-Darenes ; 2001], [Jeske et al. 2003], [Rev Prescrire 2004].

Littérature abondante : des interrogations subsistent:

1. Est- il nécessaire d'arrêter ou de modifier la thérapeutique anticoagulante ?
2. Seuil d'hypocoagulabilité sanguine ?
3. Techniques locales d'hémostase les plus indiquées, les plus efficaces ?

Utilité d'étude expérimentale, interrogations !

Déterminer, appliquer et évaluer, le protocole le plus fiable, sécurisant et le moins onéreux.

Chirurgie buccale, cardiologie

Deux travaux de recherche: (Thèses de 3^{ème} cycle)

Pr Ag. Boukais- Pr. Zerrouki : 2005

Etude prospective 800 actes sous ATG : **Maintien des Atg et Hémostase locale: INR entre [2-4,5].**

Congrès ADF 2003: Pr. Boukais Pr. Zerrouki

Congrès de pathologie à Rennes : Pr. Zerrouki 2005

Pr Ag. Daimellah – Pr. Issaad : 2006

Essai thérapeutique: Héparine calcique Vs AVK: (135 +133) patients

Hémostase locale: INR entre [2-4,5].

De plus en plus, place de l'hémostase locale: (littérature Mondiale):

Gaudy J.F and coll. Anticoagulants and dental extractions.

Arch Mal Coeur Vaiss 2005 sept; 98(9): 859 -66

2005 : Plavix (AAP) : Attitude en chir buccale ?

Etude en cours

Recommandations de la SFMBCB et SFC

Med Bucc et Chir Bucc 2006: 12: 188-212

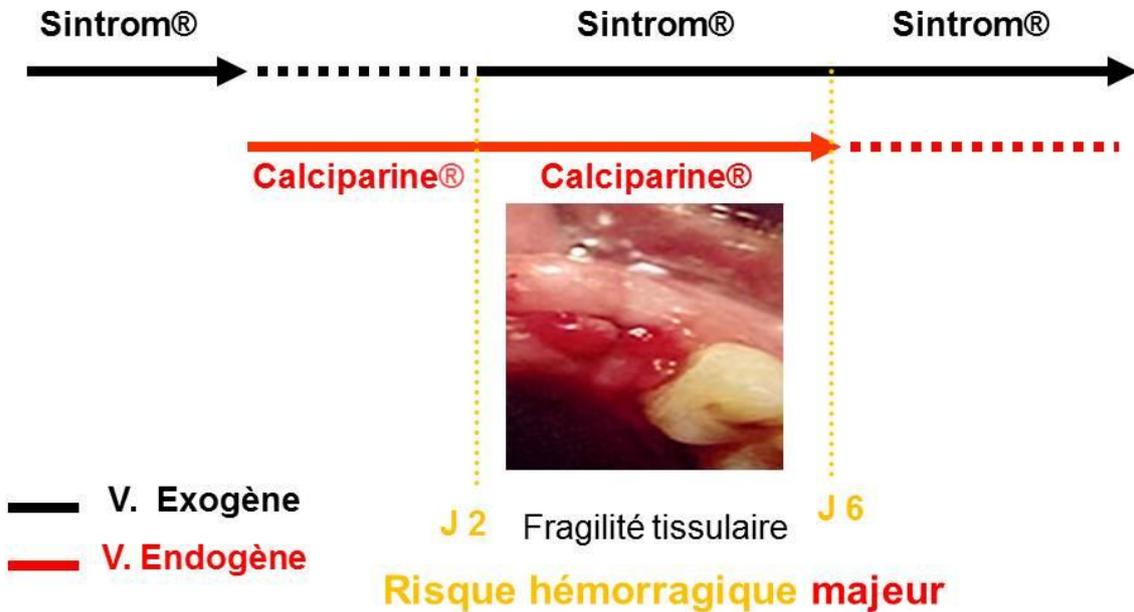
INR inférieur à 4 (force des rec1A)

Situations dans les quelles il y a une preuve et/ou un accord général pour dire que le traitement est utile et efficace.

INR inférieur à 3 si extractions multiples

Avancée en matière de prise en charge des patients traités par ces médicaments **Nécessité de leur mise à jour nous semble déjà d'actualité.**

Relais Sintrom® / Calciparine®



2007 – 2009

Sacco R, Sacco M, Caprenedo M, Mannuci PM. Oral surgery in patients on oral anticoagulants therapy: a randomized comparison of different intensity targets. *Oral Surgery, oral Med, oral pathol, oral radiolo, endodont; 2007: Jul 104(1): 18-21.*

Malden NJ, Santini A, Mather CI, Gardner A. Minor oral surgery and interference with anticoagulation in patients taking warfarin: a retrospective study *Br J Oral Maxillofac Surg 2007: Dec 45(8): 645-7.*

Persac S, Boland Fx, Lavis JF, Taedif A. Teeth extractions and anticoagulants *Rev de stomato et chir Max-Fac 2007, Juin 108(3): 189-92.*

Krishnan B, Shenoy NA, Alexander M. Exodontia and antiplatelet therapy *J Oral Maxillofac Surg. 2008 Oct;66(10):2063-6.*

Jimenez Y et all. An update on the management of anticoagulated patients programmed for dental extractions and surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 Mar 1;13(3):E176-9.*

- Mutzbauer TH, Imfeld T. Dental surgery in patients receiving anticoagulant therapy *Ther Umsch. 2008 Feb;65(2):111-4.*

Mathieu Conan et coll. *Etude du rapport coût /sécurité lors de la prise en charge des patients sous anivitamines K en chirurgie buccale* *Rev Med Buccale et chir buccale*. 2009;15, 17-30.

Rapport bénéfice /risque de la modification du traitement:

Maintien du Trt Atcg et hémostasie locale.

Protocole plus sécurisant et moins couteux !

Commentaires

Plusieurs études publiées, divergences d'opinions (INR ?):
3, 3,5, 4, 4,5.

Boukais, Daimellah, Blinder, Bodner : pas de corrélation
entre INR et risque hémorragique;

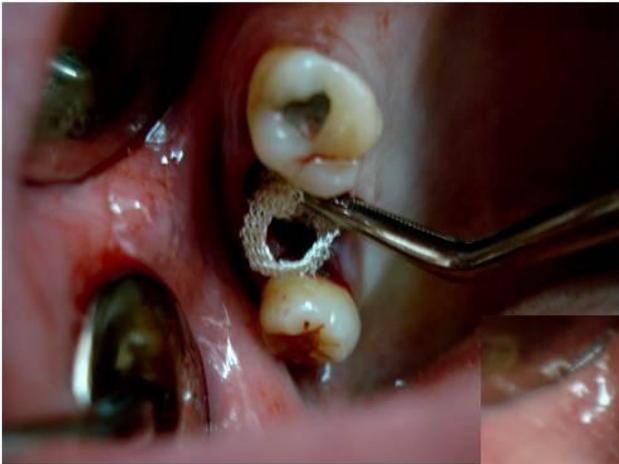
A l'heure actuelle:

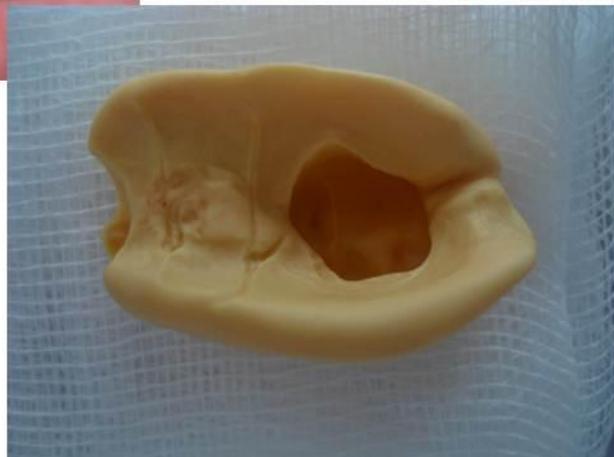
Maintien des AVK (INR \leq 4,5 hémostasie locale)

Maintien des AAP, dangers de leur arrêt

Cas cliniques : Techniques locales d'hémostase

M. Y, âgé de 31 ans
Remplacement valvulaire mitral
Sous Acénocoumarol
INR de la veille: 3,16
INR jour de l'acte: 3,22



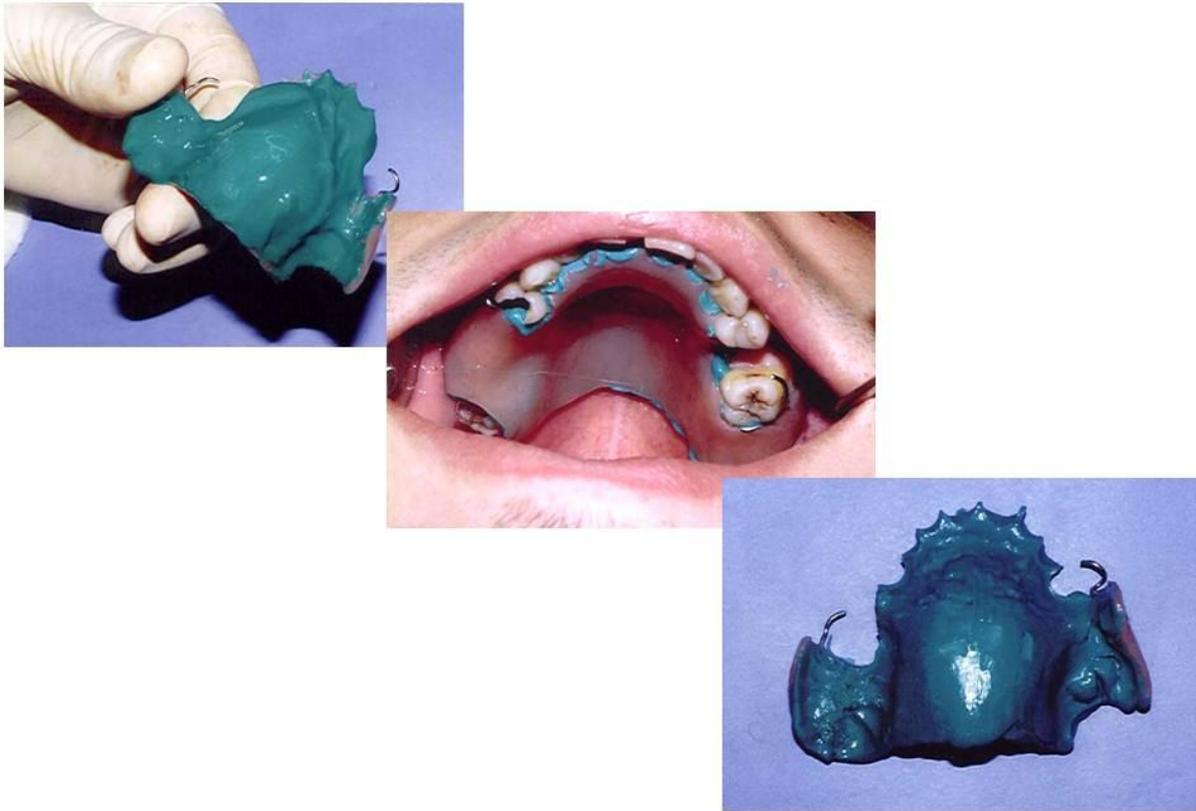




K.A, 31 ans
R..A opéré (prothèse aortique)
Sintrom® : INR = 4,02







J2



J8



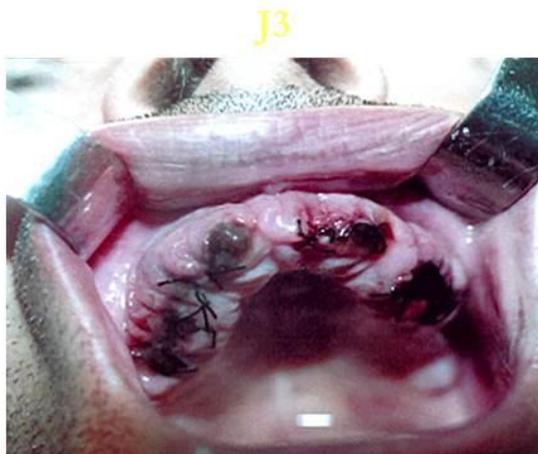
45 J



ATB (Amoxicilline): 06 jours

S.H, 40 ans
Polyvalvulopathie (RM + IA), endocardite
infectieuse.
Sintrom® + (Ampicilline - Gentamycine),
INR = 3,71





ATB (Ampi + Genta)
Gouttière (04 J)

Survenue d'hémorragies ?

Reprise des techniques locales d'hémostase

Compression

ATB

Contrôle de l'INR : Surdosage (INR > 4,5)

Si surdosage : orientation en cardiologie

Conclusion

Place +en+ des techniques locales d'hémostase en chirurgie buccale;

Bénfice/risque : Hémostase locale+++

Majorité des troubles de l'hémostase+++

AVK : Maintien et hémostase locale (INR: 2-4,5)

AAP: Maintien et hémostase locale

Techniques **simples**, non onéreuses efficaces

Concertation avec le cardiologue (+++):

Acceptation du protocole par le patient (+++)

Nouveaux anticoagulants ???

2.7. LES LÉSIONS PRECANCÉREUSES DE LA CAVITÉ BUCCALE par Pr.
**Boukais H, Pr. Zerrouki W, Dr. Sahraoui M. de *Service de
pathologie et chirurgie buccale, CHU Béni-Méssous Alger
Faculté de Médecine d'Alger***

Congrès Dentaire International Kinshasa Congo.

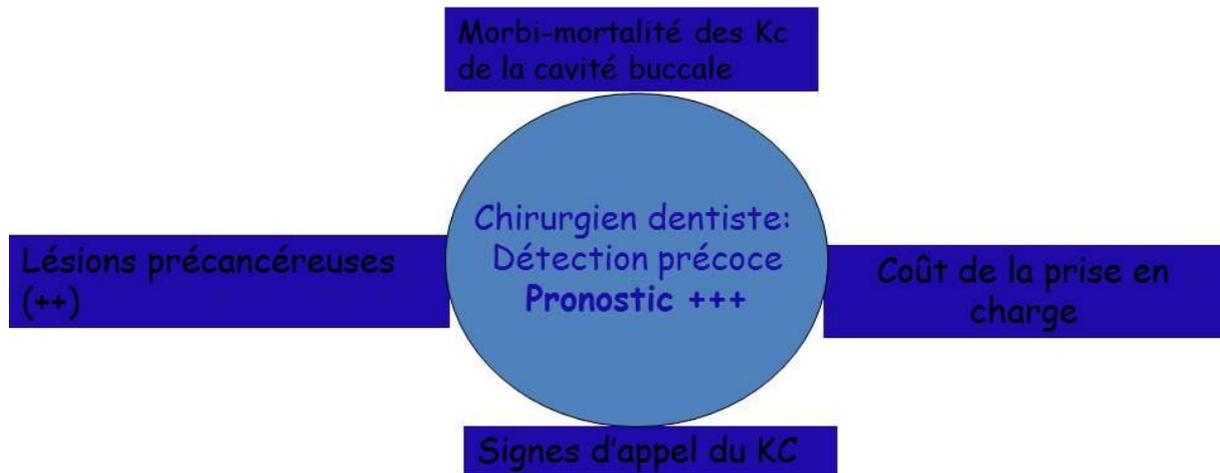
Hôtel Memling du 15 au 17 Avril 2010;

Les lésions précancéreuses de la cavité buccale :

Pr. Boukais H, Pr. Zerrouki W, Dr. Sahraoui M.

*Service de pathologie et chirurgie buccale, CHU Béni-Méssous Alger
Faculté de Médecine d'Alger*

Intérêt de la question ?



Epidémiologie des Kc de la cavité buccale.

Les Kc de la cavité buccale (2^{ème} position après KC poumon);

Tous les continents : Europe, Amérique, asie , Afrique

Nette augmentation de la prévalence ces dernières années: Régime alimentaire
???

Prévalence variable : entre un pays à un autre dans un même continent

Prévention +++:

- Agir au niveau des facteurs de risque
- Dépistage précoce (lésions preKc)

- ✓ Les cancer de la cavité buccale surviennent souvent sur une muqueuse saine.
- ✓ Parfois sur une lésion précancéreuse.
- ✓ C'est à ce niveau que nous pouvons intervenir pour réduire son incidence.

Lésion précancéreuse

« C'est un tissu morphologiquement altéré dans lequel un cancer se développera plus volontiers que dans le tissu sein » *OMS*.

Une lésion précancéreuse doit :

- Précéder l'apparition du cancer
- Être en rapport avec le cancer
- Être différente du cancer.

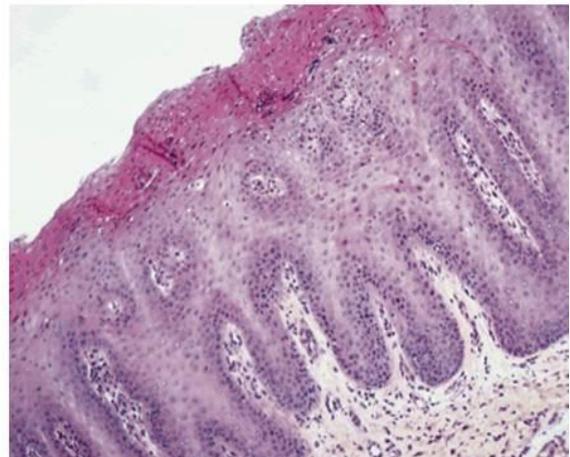
La muqueuse buccale

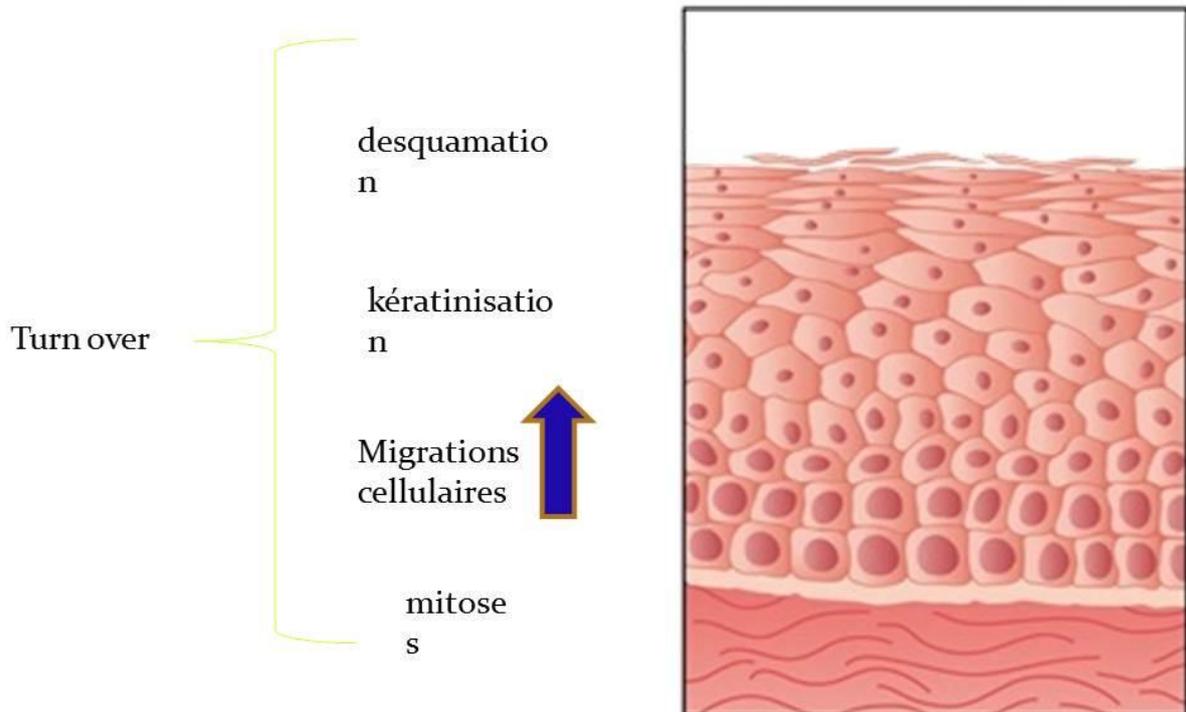
Revêt la paroi interne des lèvres et la cavité buccale ;

Un épithélium malpighien
Un tissu
conjonctif(chorion)
Membrane basale

Kératinisé : palais dur,
gencive,
Sommet des papilles

Non kératinisé: Palais mou,
Plancher buccal. Face ventrale
de la langue, Joues, Vestibule.





Dysplasie et mécanisme de cancérogénèse:

Le processus de cancérogénèse :
 À partir d'une lésion à risque
 Ou de la muqueuse saine

Passes obligatoirement par le stade de **précurseur (dysplasie ou CIS)** : Altération acquise de l'architecture et de la fonction d'un tissu cellulaire à renouvellement rapide (moelle osseuse, épithélium de revêtement, muqueuse...).

Longtemps considérés comme des lésions précancéreuses. **! transformation déjà en cours** on parle plutôt d'**OIN (Oral intraepithelial neoplasia)**

➤ **OIN 1:** dysplasie occupant moins de 1/3 de l'épaisseur de l'épithélium (sans tenir compte de la couche kératosique) et les atypies sont discrètes ou modérées;

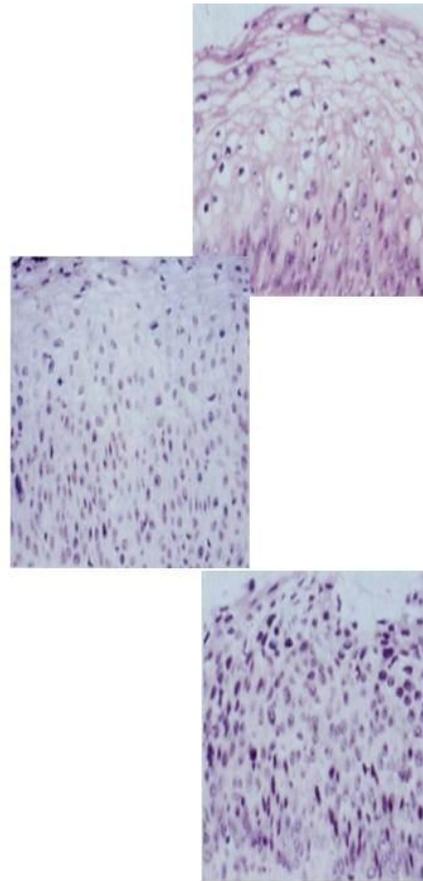
Dysplasie légère.

OIN 2: elles occupent entre 1/3 et 2/3 de l'épaisseur et les atypies sont modérées;

Dysplasie moyenne.

OIN 3: elles occupent plus des 2/3 de l'épaisseur et les atypies sont modérées ou marquées.

Dysplasie sévère ou CIS

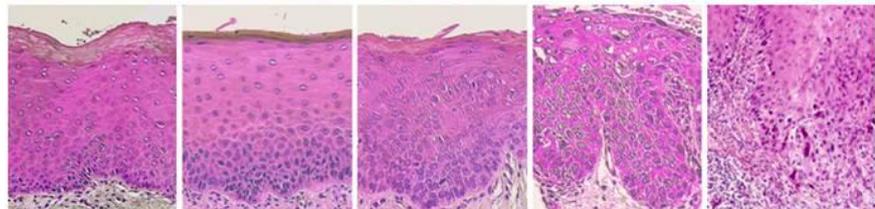


Dysplasie de bas grade : OIN 01 **Réversible**
Dysplasie de haut grade: OIN 02 ,03 et CIS
Irréversible

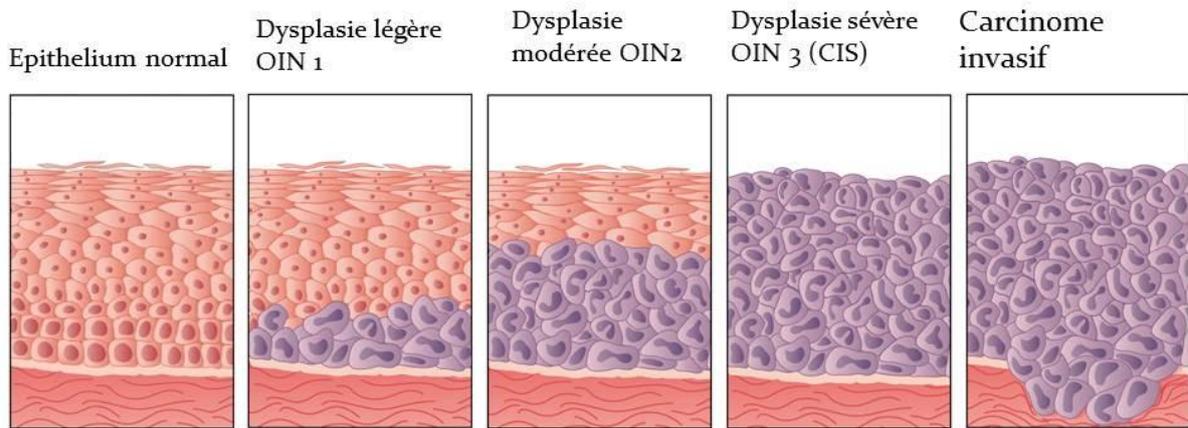
clinique



histologie



hyperplasie ➔ Légère ➔ moyenne ➔ sévère ➔
 CIS
 +kératose



Keratoses

Trouble de kératinisation:

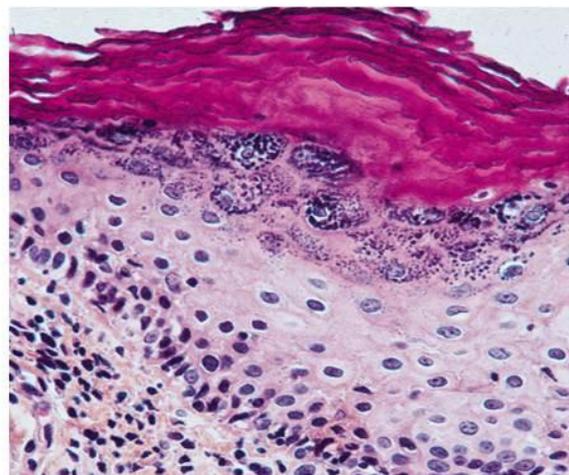
Les leucoplasies:

Origine tabagique
Ou idiopathique

Kératoses de causes locales:

Traumatique, galvanique
Médicamenteuse...

Kératose dans le cadre d'une
maladie connue: Lichen
plan...lupus...psoriasis...



Facteurs étiologiques

Tabac: (Chiqué, Fumé)

Alcool: Potentialise l'effet du tabac

Déficits vitaminiques: vitamine A,C, et E

Mauvaise hygiène bucco-dentaire

Infections : virales(HPV, hiv.), Candida albicans

Atrophie muqueuse de certains anémies...

Facteurs hormonaux.

Démarche diagnostique ?

Anamnèse , enquête médicale

Age du patient, mode de vie (alcool? Tabac?)

Existence ou absence de signes fonctionnels (gène, douleurs spontanées ou provoquées)

Date et circonstances d'apparition des lésions..

Notion de lésion antérieure éventuelle: Traitement, évolution
Etat général du malade.

Antécédents personnels et familiaux..

Traitement en cours ou antérieure d'une pathologie générale.

Examen de la cavité buccale:

Couleur, aspect, forme dimension.

Localisation / arcades dentaires.

Nombre: unique ou multiple.

Caractère hémorragique ou non.

La palpation:

Consistance

Sensibilité au toucher.

Mobilité

La palpation des aires ganglionnaires

❖ Examens complémentaires

- Systématiques même si le diagnostic clinique est indiscutable.
 - ✓ Surveillance.
 - ✓ Choix de la thérapeutique.
 - ✓ L'appréciation de ses résultats.

Biopsie

Prélèvement d'un fragment tissulaire lésionnel ou non aux fins d'examen microscopique .

Dans un but essentiellement diagnostique.



affirmer le diagnostic



exclure la présence d'une dysplasie

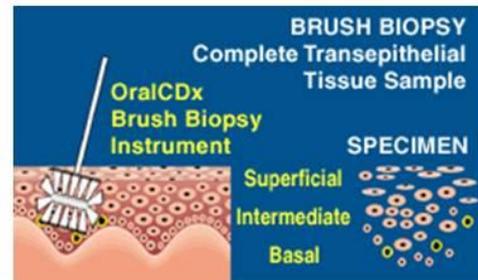
Lésions de petite taille → biopsie-exérèse (++) .

Brush Biopsy : Oral CX

Cytobrosse

REMMERBACH et coll., 2004.

plus efficace que la cytologie classique (frottis).



Commercialisée sous le nom *Oral CD-X*.
ne remplacera jamais la biopsie !.

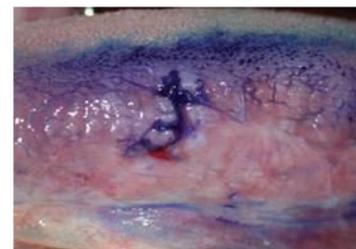


Cytologie exfoliatrice:

- ✓ N'est pas spécifique
- ✓ Taux de faux négatifs++++

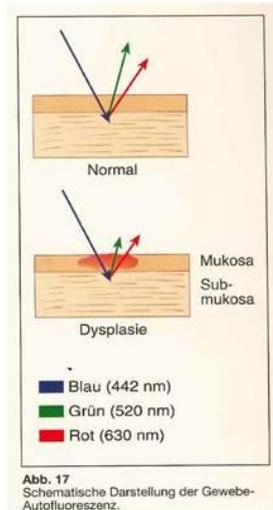
Coloration au bleu de toluidine:

- ✓ N'as aucune spécificité
- ✓ Taux de faux positifs++++



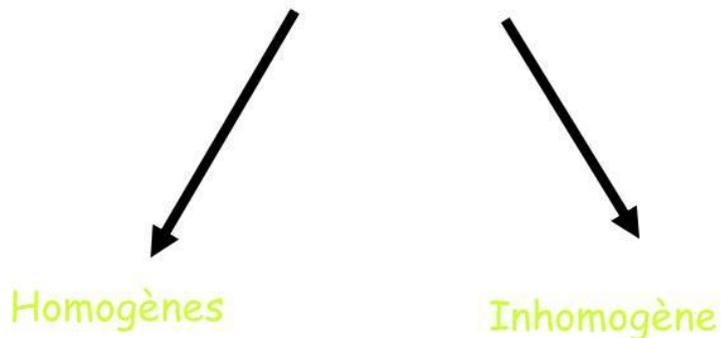
Fluorescence

Sa valeur predictive (sensibilité et spécificité) est faible
Utilisée pour localiser les sites de biopsie



Les leucoplasies

Lésion blanche de la muqueuse buccale, qui ne peut être détachée par le grattage, et qui ne peut être attribuée à une autre cause identifiable autre que l'usage éventuel du tabac.



Leucoplasie homogène

Plaque blanche clairement circonscrite souvent en forme de mosaïque, parfois légèrement fissurée et craquelée « glaise crevassée », sans érythème.

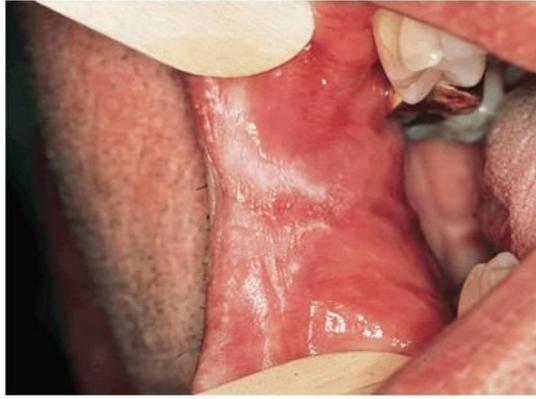


Leucoplasie
gingivale



Leucoplasies homogènes
multiples

Leucoplasie inhomogène (++++)



Leucoplasie érosive



Variation d'épaisseur



erythroleucoplasie

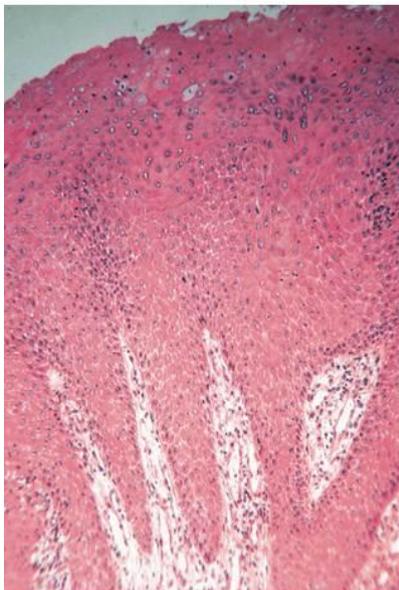


Leucoplasie inhomogène exophytique

Une biopsie ou une biopsie-exérèse sont dans la grande majorité des cas indispensables, elle doit intéresser la zone:

Homogène

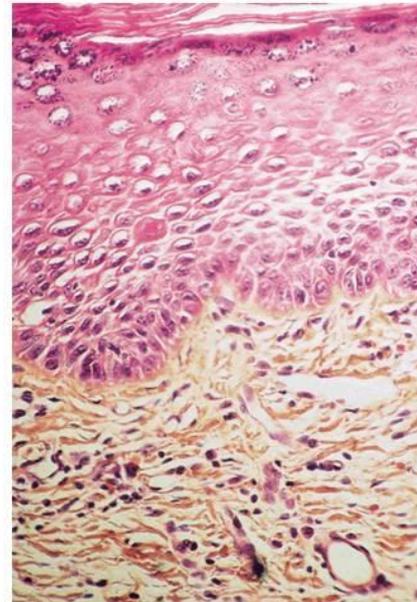
permet d'affirmer le diagnostic



Aspect histologique d'une leucoplasie verruqueuse

inhomogène

permet d'exclure la présence d'une dysplasie voire d'un véritable cancer intra-épithélial ou infiltrant



Dysplasie légère sur leucoplasie

Les caractères cliniques (**leucoplasie inhomogène**) et histologiques (**dysplasie**) sont **habituellement** associés à un risque élevé de cancérisation (28 à 38 % des leucoplasies érosives et 5 à 11 % des leucoplasies verruqueuses)

toutes modification de texture, de l'aspect, ADP, et douleur, doit évoquer une dégénérescence

Lichen plan

Maladie inflammatoire chronique, généralement bénigne
peau, phanères, les muqueuses malpighiennes



Forme en anneau



Forme papuleuse



Forme en anneaux



Forme en plaque



Forme bulleuse



Forme hyperkératosique



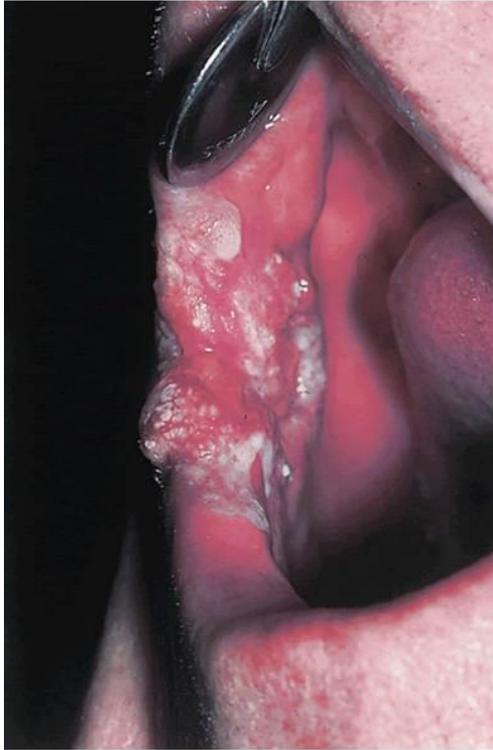
Forme érythémateuse

Candidose kératosique chronique

- Se manifeste par
un érythème et enduit blanc grisâtre
irrégulier très adhérent.
Une chéilite commissurale

Expl: candidose végétante papillomateuse
et hyperkératosique de l'adulte qui
affecte presque toujours les fumeurs,
souvent diabétiques,





Hyperplasie candidosique



Transformation maligne

Papillomes du voile du palais



Classification de Kuffer

Risque de transformation: 3 et 36%

Lésions précancéreuses « facultative »:

Risque faible: lichen plan ,leucoplasie, candidose.

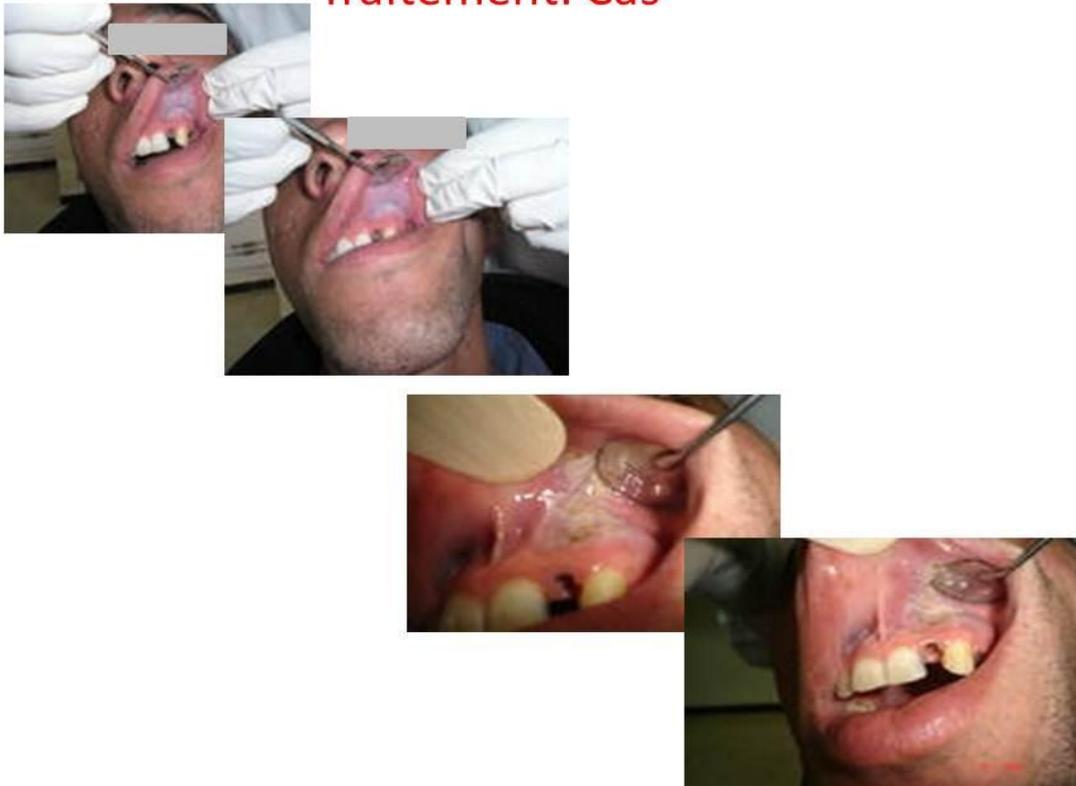
Lésion précancéreuse « quasi obligatoire »:

Transformation quasiment constante: papillomatose oral
Floride

Lésions précancéreuses « obligatoire »:

Cancérisation indiscutable
erythroplasie

Traitement: Cas



Cas clinique 2



Propositions thérapeutiques

Prévention : Hygiène buccale, Sulfarlem S25, corriger le déficit salivaire

Traitement symptomatique:

Aspirine effervescente: en bain de bouche.

Cocktail en BDB (chlorhexidine, nystatine, bicarbonate Na).

Application locale de xylocaine en gel.

ATB en cas de surinfection

Curatif : corticothérapie locale ou générale, antimitotiques (Bléomycine, Metothrexat, antifongiques).

Moyens physiques : Cryothérapie, Laser Co2 et photocoagulation,

La puvathérapie : consiste en l'absorption d'un comprimé de psoralène, suivie d'une exposition aux U.V. pd 5 à 10 mn à raison d'une séance par semaine pd 4 à 12 semaines.

Conclusion

L'odontostomatologiste, médecin et chirurgien buccal !

A même d'assurer, en cancérologie buccale:

La prévention → étude, compréhension ainsi que l'intérêt de l'irradication de facteurs de risque favorisant ou aggravant des lésions précancéreuses.

Le dépistage → Détection des lésions (blanche ou rouge) (+de 50 ans et chez les sujets à risque).

Le diagnostic: _oral CDX, Biopsie....

Surveillance , traitement, orientation

CHAPITRE III. : DISCOURS ET QUELQUES PRESENTATIONS DE RESTITUTION DU CONGRES AUX ETUDIANTS EN MEDECINE DENTAIRE

3.1. DISCOURS D'OUVERTURE par La Présidente de l'ANCD

Monsieur le représentant de l'OMS

Monsieur le représentant de PNMLS

Monsieur le doyen de la faculté de médecine

Monsieur le chef de département d'odontostomatologie

Honores confrères, honores consœurs

Distingues invites,

Chers participants

A l'atelier de restitution du 2^{ème} congrès international de chirurgie dentaire de Kinshasa.

Il y a jour pour jour trois mois depuis la tenue de 2^{ème} congrès international de chirurgie dentaire de Kinshasa a l'hôtel Memling du 15 au 17 avril 2010 sous le haut patronage de son excellence Monsieur le président de la république.

La santé bucco-dentaire a fait de progrès remarquables dans la plupart des pays développés, grâce a des programmes qui mettent l'accent sur la prévention et sur le dépistage précoce.

Mais la situation est en train de se détériorer dans nombreux pays en voie de développement ou le changement des habitudes alimentaires et l'éclosion des maladies bucco-dentaires vont de paire avec la hausse vertigineuse de couts des soins curatifs.

Les différentes résolutions exprimées au congrès de Phuket ont permis de démontrer que le Chirurgien-dentiste occupe une place de choix aussi bien dans le dépistage que dans la prise en charge des personnes atteintes de l'infection à VIH/SIDA.

Distingues invités,

Notre pays est situés dans une zone endémique de l'infection à VIH/SIDA a prévalence assez inquiétante ou les maladies bucco-dentaire en pleine recrudescence et dont la prise en charge est, dans plusieurs coins de la république, assurée par les Tradi-praticiens et/ ou les guérisseurs.

Fort de tout ce qui vient d'être dit ci-haut, les chirurgiens-dentistes congolais par l'Association Nationale des Chirurgiens-dentistes ont pensé qu'il était temps de prendre sa place au bord du grand train de lutte contre le VIH/SIDA.

L'organisation de 5^{ème} Journée odontostomatologie (JOS) et du 2^{ème} congrès I.C.D.K. avec comme thème l'infection à VIH/SIDA et la cavité buccale le prouve à juste titre.

Distingués invités,

La présence parmi nous pour cet atelier de l'auguste personne du représentant de l'OMS est un signal fort.

Monsieur le représentant, veuillez trouver à travers ces quelques mots la profonde gratitude de toute la communauté des chirurgiens-dentistes. Votre présence en cet atelier nous reconforte énormément.

Au représentant de PNMLS, votre appui financier dans l'organisation et la matérialisation de cet atelier est pour nous une grande première. Soyez rassures de toute la disponibilité et collaboration de l'ANCD a votre institution.

Nous ne pouvons terminer notre adresse sans remercier singulièrement le Dr Casimir MAZENGO de l'OMS et le Dr Criss TSHIBAKA du PNMLS pour leur disponibilité et implication dans la concrétisation de ce projet.

Aux autorités de l'Université et de la Faculté de Médecine, nous adressons nos remerciements pour avoir accepté cet atelier de restitution en faveur des étudiants finalistes de médecine.

Que vive l'unité OMS-PNMLS-ANCD

Que vive l'UNIKIN

Que vive la Faculté de Médecine

Que vive le Département de Médecine Dentaire

Je vous remercie.

3.2. DISCOURS DU REPRESENTANT DE L'OMS A L'ATELIER DE RESTITUTION DU 2^{ème} CONGRES INTERNATIONAL DE CHIRURGIE DENTAIRE DE KINSHASA AUX FINALISTES EN MEDECINE DENTAIRE : 19- 07 - 2010

Monsieur le Recteur de l'Université de Kinshasa

Monsieur le Doyen de la faculté de Médecine

Monsieur le Chef de département de la Médecine dentaire

Messieurs les Professeurs de l'Université de Kinshasa

Chers Finalistes de la Médecine dentaire

Mesdames, Messieurs, Chers invités

Il y a de cela 3 mois que se tenait la 2^{ème} Conférence Internationale sur l'infection à VIH/SIDA et la cavité buccale à l'Hôtel MEMLING qui a connu une grande participation de personnes venant de toutes les provinces, des pays d'Afrique et d'Europe.

C'est avec un grand plaisir que nous prenons la parole au nom du Dr Kamwa Matthieu Représentant de l'OMS empêché pour féliciter les organisateurs pour avoir encore une fois de plus initié cette activité pour restituer les résultats et les conclusions de ladite conférence aux finalistes de la médecine dentaire.

Mesdames, Messieurs, Chers invités,

Pour l'OMS, la santé bucco-dentaire n'est pas uniquement synonyme de dents saines, elle fait partie intégrante de l'état de santé générale et est essentielle pour le bien-être.

La relation entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé générale a été établie scientifiquement.

Grossi SG et Genco RJ. dans « Périodontal disease and diabetes mellitus » ont par exemple démontré en 1998 que des formes sévères de maladies parodontales étaient associées au diabète.

La forte corrélation entre plusieurs maladies bucco-dentaires et des maladies non transmissibles chroniques est principalement due à des facteurs communs de risque.

De nombreuses affections générales peuvent avoir des manifestations bucco-dentaires qui accroissent le risque des maladies bucco-dentaires, lesquelles, à leur tour, représentent un facteur de risque pour un certain nombre d'affections générales. C'est le cas du SIDA.

L'analyse clinique des cas de VIH/SIDA montre que les manifestations bucco-dentaires telles que les candidoses, la leucoplasie chevelue, les ulcères de la cavité buccale, les gingivorragies, la parodontite nécrotique, la leucoplasie et le sarcome de Kaposi sont fréquentes.

Ces lésions handicapent l'alimentation du patient infecté par le VIH, ce qui entraîne la dénutrition responsable en grande partie de l'altération de l'état général, de l'amaigrissement et de la cachexie.

Face à la survenue du nombre important de cas d'affections de la cavité buccale liées au VIH/SIDA rapportées dans le rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde en 2003, les participants au 5^{ème} atelier mondial sur la santé bucco-dentaire et le SIDA qui s'est tenu à Phuket en Thaïlande au mois de juillet 2004 ont pris 7 résolutions visant à renforcer l'intégration des programmes de santé bucco-dentaire et de la lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit notamment de:

1. Fournir systématiquement les données épidémiologiques sur les affections de la cavité buccale liées au VIH

2. Promouvoir la recherche sur les affections de la cavité buccale liées au VIH et les manifestations buccales les plus révélatrices de l'infection à VIH/SIDA
3. Intégrer la santé bucco-dentaire dans les systèmes nationaux de veille sanitaire qui enregistrent les affections liées au VIH/SIDA
4. Informer sur les affections de la cavité buccale liées au VIH/SIDA, les soins et la prévention par tous les moyens de communication existante
5. Apprendre au personnel des services de santé primaire à dépister les affections de la cavité buccale liées au VIH/SIDA et à dispenser les soins de base
6. Faciliter l'accès aux centres de santé et aux soins bucco-dentaires et promouvoir la santé afin d'améliorer la qualité de vie des personnes VIH positives, en insistant sur le lien entre la santé bucco-dentaire et la santé en général
7. Inciter le personnel soignant à adopter une attitude positive à l'égard des soins bucco-dentaires à dispenser aux personnes VIH-positives et aux malades du SIDA

Mesdames et messieurs les finalistes,

Le présent atelier constitue un bon départ pour la mise en œuvre de ces recommandations et Je formule le vœu pour qu'elles puissent guider votre parcours professionnel afin que les affections bucco dentaires dans le contexte de l'infection à VIH bénéficient d'une meilleure prise en charge.

L'OMS pour sa part, ne ménagera aucun effort pour que ces recommandations de Phuket puissent devenir réalité en RDC.

Je vous remercie.

3.2. QUELQUES PRESENTATIONS (DIAPOSITIVES)

3.2.1. LA PLACE DU CHIRURGIEN DENTISTE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA par OMS/RDC

LA PLACE DU CHIRURGIEN DENTISTE
DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

OMS/RDC

PLAN DE PRESENTATION

- LIEN ENTRE LE VIH/SIDA ET LA CAVITE BUCCALE
- PROBLEMATIQUE
- PAQUET DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA
- PAQUET DE SOINS BUCCO-DENTAIRES
- CONTRIBUTION DU CHIRURGIEN DENTISTE
- PARTAGE DES RESPONSABILITES

LIEN ENTRE VIH/SIDA ET CAVITE BUCCO-DENTAIRE

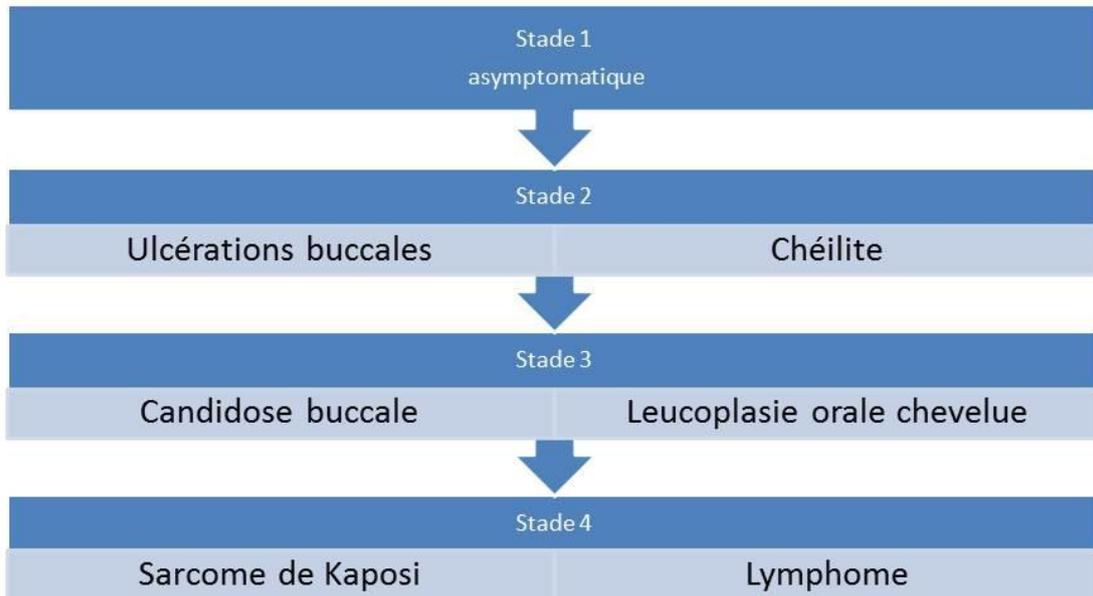
40-50% des PVV présentent des infections de la bouche (OMS, 2003)

Les lésions buccales sont précoces dans l'évolution de l'infection à VIH

Porte d'entrée du dépistage pour la prise en charge précoce des PVV (OMS, 2008)

Les lésions buccales contribuent à la stadification de l'infection à VIH (OMS, 1990)

LESIONS BUCCALES RETENUES DANS LA STADIFICATION DE L'OMS



LIEN ENTRE VIH/SIDA ET CAVITE BUCCO-DENTAIRE

- 20% des PVV ont la candidose buccale (PNLS, 2009)
- 56% des PVV vues au CTA ont présenté des manifestations stomatologiques liées au VIH/SIDA (Nzolo, 2010)
- 66% des patients vus dans le service de stomatologie sont séropositifs au VIH (Nzolo, 2009)
- Les lésions buccales sont les 1ères manifestations pour le tiers des PVV au Dakar (Papa Demba, 2010)
- 82% des cas de candidoses buccales vues au Togo étaient séropositives au VIH (Betenora, 2010)
- La candidose pseudomembraneuse (muguet) est la plus fréquente dans 75% (Kipasa, 2009)

PROBLEMATIQUE

Faible implication des chirurgiens dentistes dans la lutte contre le VIH/SIDA malgré la déclaration de PHUKET en juillet 2004

Mauvaise prise en charge des lésions bucco-dentaires des PVV (responsabilité partagée)

Aggravation de la morbi-mortalité liée au VIH

PAQUET DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Prévention

- Sécurité transfusionnelle
- Conseil et dépistage
- PTME
- Prise en charge des IST
- Distribution des préservatifs

Prise en charge

- Prise en charge des IO
- Traitement aux ARV
- Co-infection VIH/TUB
- Laboratoire
- Appui psychosocial et nutritionnel

PAQUET DES SOINS BUCCO-DENTAIRES

Prévention

- Hygiène buccale
- Hygiène alimentaire
- Plaidoyer

Prise en charge

- Traitement conservateur
- Traitement mutilant

CONTRIBUTION DU CHIRURGIEN DENTISTE

Pour l'OMS, la contribution du chirurgien dentiste est importante

- Diagnostic précoce
- Prévention
- Traitement du SIDA

DIAGNOSTIC PRECOCE

- Identification des lésions buccales précoces du VIH
- Orientation vers le service de conseil et dépistage volontaire (CDV)
- Conseil et dépistage initiés par le prestataire (DCIP)

PREVENTION DE L'INFECTION A VIH

- Mesures de précaution universelle: gants, stérilisation, désinfection
- Conseils de base pour la prévention du VIH
- Evaluation du risque de l'infection
- Elaboration du plan de réduction de risque
- Remise des préservatifs et démonstration du port correct

TRAITEMENT DU SIDA



Référence précoce au service de prise en charge



Prise en charge des lésions buccales face au risque de malnutrition surtout chez l'enfant



Non discrimination des PVV: 30-40% des chirurgiens dentistes (Charbonneau)

PARTAGE DES RESPONSABILITES



Pour les chirurgiens dentistes

- Identification des lésions révélatrices
- Formation des autres professionnels de santé



Pour les spécialistes du VIH

- Implication des chirurgiens dentistes dans les activités de lutte contre le VIH/SIDA
- Diffusion large d'informations sur le VIH/SIDA

DÉCLARATION DE LA FÉDÉRATION
INTERNATIONALE DES DENTISTES (FDI)
MEXICO, OCT 1999

« Les patients présentant
une infection VIH ou vivant
avec le VIH/SIDA ne doivent
pas se voir refuser des soins
bucco-dentaires à cause de
leur infection »

**3.2.2. FORMATION DU DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE Par Prof. Dr .
Lutula**



**FORMATION DU DOCTEUR EN
MEDECINE DENTAIRE**

Par Prof. Dr . Lutula

DEPARTEMENT D'ODONTO-STOMATOLOGIE

- LE DEPARTEMENT D'ODONTO-STOMATOLOGIE ASSURE LA FORMATION DES PRATICIENS DE L'ART BUCCO-DENTAIRE ET DES MEDECINS SE SPECIALISANT EN CHIRURGIE BUCCALE ,STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

DEPARTEMENT D'ODONTO-STOMATOLOGIE

- IL FAIT PARTIE INTEGRANTE DE LA FACULTE DE MEDECINE. LE DEPARTEMENT ASSURE LA FORMATION ENTROIS CYCLE

ORGANIGRAMME

DEPARTEMENT

- CHEF DE DEPARTEMENT
- SECRETAIRE CHARGE DE L'ENSEIGNEMENT
- SECRETAIRE CHARGE DE LA RECHERCHE
- ASSISTANT ADMINISTRATIF ET FINANCIER

ORGANIGRAMME

- SERVICES
- DENTISTERIE OPERATOIRE
(UNITE D'ENDODONTIE, CAVITOLOGIE,
PEDODONTIE, RADIOLOGIE)
- PROTHESE DENTAIRE
(UNITE DE PROTHESE AMOVIBLE, PROTHESE FIXE,
PROTHESE MAXILLO-FACIALE, ORTHODONTIE)

ORGANIGRAMME

SERVICES

- CHIRURGIE STOMATOLOGIQUE ET MAXILLO-FACIAL

(UNITE DE CHIRURGIE BUCCALE, PARODONTOLOGIE,
CHIRURGIE STOMATOLOGIQUE ET MAXILLO-
FACIALE

ENSEIGNEMENT ET FORMATION EN MEDECINE DENTAIRE

- CONDITIONS D'ADMISSION
- L'ADMISSION DANS LE DEPARTEMENT D'ODONTO-STOMATOLOGIE EST CONDITIONNEE PAR LA REUSSITE AU CONCOURS D'ENTREE.

FORMATION UNDER GRADUAT

- LA FORMATION DU FUTUR DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE S'ORGANISE EN UN PROGRAMME DE 3 ANNEES DE GRADUAT (1ER CYCLE) DONNANT ACCES AU CYCLE DE DOCTORAT EN MEDECINE DENTAIRE (2 CYCLE) D'UNE DUREE DE 3 ANS. LA FORMATION DU DOCTEUR EN MEDECINE EST DE SIX ANS.

OBJECTIFS GENERAUX ET SPECIFIQUES DE LA FORMATION

- I. PREMIER CYCLE.
- A. OBJECTIF GENERAL
- A L'ISSUE DU PREMIER CYCLE DE FORMATION EN MEDECINE DENTAIRE, L'ETUDIANT DOIT ETRE CAPABLE D'ABORDER L'ETUDE DES SCIENCES CLINIQUES DISPENSEES AU DEUXIEME CYCLE.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1^{er} cycle

- A L'ISSUE DE LA PREMIERE ANNEE DE GRADUAT, L'ETUDIANT DOIT AVOIR ASSIMILE LES BASES DES SCIENCES NATURELLE ET AVOIR COMPLETER SA FORMATION GENERALE.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1^{er} cycle

- A L'ISSUE DE LA DEUXIEME ANNEE DE GRADUAT, L'ETUDIANT DOIT AVOIR ASSIMILE LES BASES DES SCIENCES BIOMEDICALES ET AVOIR ETE INITIE A QUELQUES ACTIVITES MEDICALES ET BUCCO-DENTAIRE.
- A L'ISSUE DE LA 3 ANNEE DE GRADUAT, L'ETUDIANT DOIT AVOIR ASSIMILE LES BASES DE LA PATHOLOGIE GENERALE ET BUCCO-DENTAIRE ET AVOIR COMPLETE SES CONNAISSANCES EN MORPHOLOGIE.

II. DEUXIEME CYCLE

- OBJECTIF GENERAL
- A LA FIN DE SES ETUDES, LE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE DOIT ETRE POLYVALENTS ET CAPABLE DE :
 - SERVIR LA POPULATION POUR SES BESOINS SANITAIRES DANS LES DOMAINES CURATIF, PREVENTIF ET PROMOTIONNEL, AU SEIN DU SYSTEME SANITAIRE NATIONAL ET CONFORMEMENT AU CODE DE DEONTOLOGIE DE LA PROFESSION ;
 - MAINTENIR ET ETENDRE SES CONNAISSANCES ET COMPETENCES PROFESSIONNELLES

DEUXIEME CYCLE

- OBJECTIFS SPECIFIQUES
- LE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE GENERALISTE DOIT ETRE CAPABLE DE :
 - DIAGNOSTIQUER LES MALADIES COURANTES ;
 - TRAITER LES MALADIES COURANTES ;
 - REFERER AU SPECIALISTE LES CAS DEPASSANT SES COMPETENCES ;

DEUXIEME CYCLE

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- **DEPISTER PRECOCEMENT LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES**
- **ORGANISER LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES ;**
- **ASSURER LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA COMMUNAUTE DONT IL A LA CHARGE**

FORMATION DU DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE ET INFECTION A VIH

- **A LA FIN DE SES ETUDES, LE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE DOIT ETRE POLYVALENTS ET CAPABLE DE :**
- **DIAGNOSTIQUER LES MALADIES COURANTES ;**
- **TRAITER LES MALADIES COURANTES ;T**
- **REFERER AU SPECIALISTE LES CAS DEPASSANT SES COMPETENCES ;**

A LA FIN DE SES ETUDES, LE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE DOIT ETRE POLYVALENTS ET CAPABLE DE :

- **DEPISTER PRECOCEMENT LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES**
- **ORGANISER LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES ;**
- **ASSURER LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA COMMUNAUTE DONT IL A LA CHARGE**

3.2.3. FORMATION DU CHIRURGIEN-DENTISTE ET INFECTION A VIH *Par Prof.
Dr. Hubert NTUMBA*

*Formation du Chirurgien-Dentiste et
Infection à VIH*

Par Prof. Dr. Hubert NTUMBA

Plan de présentation

- 1. Historique de la formation en RDC
- 2. Objectifs de la formation
- 3. formation du chirurgien-Dentiste face à l'infection VIH

I. Historique de la formation en RDC

- Début: (avant 1960) à l'Université Lovanium, selon le schéma belge
- Grade prévue = L.S.D
- Formation interrompue en 1960-1961 avec le départ des étrangers suite aux troubles issus de l'Indépendance

Historique de la formation en RDC

- 1969 Réouverture de la section grâce au Prof.

R. BONNE

- Vision révolutionnaire: section s'appelait Bucco-Dentaire
- Le praticien diplômé de cette section ne devrait pas se limiter à la seule dent, son champs d'action était élargi à toutes les affections de la bouche
- Grade académique prévue = LSD.

Historique de la formation en RDC

- 1973: Sortie de la première promotion
 - Remise en cause stratégique du Grade de LSD pour celui de DENTISTE
 - Raisons purement SYNDICALES

- 1983: remise en cause du grade de Dentiste pour celui de CHIRURGIEN-DENTISTE

Il est important qu'il y avait un débat houleux suivi d'un vote au Conseil Facultaire de notre Faculté avant l'acceptation de ce Grade

Historique de la formation en RDC

- 2004 - 2005: Réforme des Programmes de l'ESU
 - Nombre d'années d'étude passe de 5 à 6 ans
 - Grade académique prévu: Docteur en Médecine Dentaire

II. Objectifs de la formation

- Transmission du savoir médical à l'étudiant futur chirurgien-dentiste
 - Le physiologique
 - Le pathologique:
 - les maladies buccales
 - causes,
 - diagnostic
 - plan de traitement
 - traitemement

Objectifs de la formation

- Services à la communauté
 - Prise en charge des malades
 - Prévention
- Recherche : - scientifique fondamentale
 - épidémiologique
 - clinique

III. Formation du chirurgien-dentiste en RDC et l'infection VIH

- VIH est un virus parmi tant d'autres, mais il a la caractéristique d'être mutant
- Son histoire est assez récente (\pm 1980)
- Mais, du fait qu'il est responsable d'une maladie redoutable et redoutée, le SIDA dont les symptômes se manifestent tôt dans la cavité buccale, notre milieu de travail, l'infection à VIH nous interpelle au plus haut point nous les formateurs.

Formation du chirurgien-dentiste en RDC et l'infection VIH

- Ainsi, nous enseignons à nos étudiants les grands principes de prévention
 - Se protéger soi-même (port de gants, des lunettes si possible, des masques...)
 - Protéger les autres malades et les sujets sains en faisant stériliser correctement le matériel et le linge
 - Protéger des collaborateurs(infirmiers, stagiaires...)

Les cours de Stomatologie, de Parodontologie, de Santé Publique dentaire et Dentisterie préventive constituent le socle de cette formation spécifique.

Formation du chirurgien-dentiste en RDC et l'infection VIH

- Etre courageux devant un séropositif ou un sidéen, en le prenant en charge, toutes précautions prises, si nous devons travailler dans sa bouche
- C'est une faute professionnelle si un chirurgien-dentiste refuse de soigner un malade atteint de l'infection à VIH.

Formation du chirurgien-dentiste en RDC et l'infection VIH

- Quant autres aspects liés à cette infection, les enseignements relevant des Départements, nous insistons toujours auprès des responsables de médecine interne pour que l'information et la formation soient assurées au mieux possible

CONCLUSION

Le 2^{ème} congrès International de chirurgie dentaire GADEF 2010 tenu à Kinshasa du 15 au 17 avril 2010 était un grand succès. Nous avons choisi quelques présentations de ce dernier que nous avons présentés dans ce document- extrait.

D'autres présentations ainsi que les données visuelles et sonores de ce congrès, sont disponibles sur demande. Les personnes intéressées peuvent nous contacter à partir de notre adresse e-mail drmafuta@mddm.cd ou dmmas2009@gmail.com.

Nous avons intentionnellement ajouté à l'extrait du 2^{ème} congrès International de chirurgie dentaire GADEF 2010, l'extrait de l'atelier de restitution du 2^{ème} congrès international de chirurgie dentaire tenu trois mois après à l'Université de Kinshasa dans la faculté de médecine. Pour cet atelier, nous avons choisi également quelques présentations et les deux discours prononcés successivement par la présidente de l'ANCD (Association Nationale de Chirurgien-Dentiste de la RDC) et le Représentant de l'OMS/RDC.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
CHAPITRE I. : PROGRAMME ET DISCOURS DU CONGRES GADEF 2010.....	4
1.1. PROGRAMME DU CONGRES GADEF 2010.....	4
1.1.1. Cérémonie d’ouverture : Jeudi 15 Avril 2010.....	4
1.1.2. Programme Scientifique : Jeudi 15 Avril 2010.....	4
1.1.3. Programme Scientifique : Vendredi 16 Avril 2010	5
1.1.4. Programme Scientifique : Samedi, le 17 Avril 2010	5
1.1.5. Communications orales du vendredi 16 avril 2010.....	7
1.1.6. Cérémonie de clôture : Samedi 17 Avril 2010.....	8
1.2. LES DISCOURS.....	9
CHAPITRE II. : QUELQUES PRESENTATIONS (DIAPOSITIVES).....	10
2.1. LA PRISE EN CHARGE PARODONTALE DE L’INFECTION A VIH/SIDA Par Dr Jacques BOLENGE ILEBOSO de Département d’odontostomatologie de la Faculté de Médecine UNIKIN	10
2.2. PRISE EN CHARGE DES MANIFESTATIONS BUCCALES DE L’INFECTION PAR LE VIH/COMMUNICATION ORALE Par Dr. S. KIPASA.....	26
2.4. ETAT PARODONTAL ET INFECTION A VIH Par Pr. Papa Demba DIALLO de Service de Parodontologie Dakar – Sénégal	35
2.5. LA CANDIDOSE BUCCALE : LE ROLE DE L’ODONTOLOGISTE DANS LE DEPISTAGE DE L’INFECTION VIH EN MILEU HOSPITALIER : TOGO/COMMUNICATION par BETENORA B; AGODA P; BISSA H; NYAMETSO D.	58
2.6. LES TROUBLES DE L'HEMOSTASE ET CHIRURGIE BUCCALE : NOTRE EXPERIENCE ET DONNEES ACTUELLES Par Pr. Boukais H, Pr. W. Zerrouki, Dr. Sahraoui M, Dr. A. Mokrani.....	72
2.7. LES LESIONS PRECANCEREUSES DE LA CAVITE BUCCALE par Pr. Boukais H, Pr. Zerrouki W, Dr. Sahraoui M. de <i>Service de pathologie et chirurgie buccale, CHU Béni-Méssous Alger Faculté de Médecine d’Alger</i>	92
CHAPITRE III. : DISCOURS ET QUELQUES PRESENTATIONS DE RESTITUTION DU CONGRES AUX ETUDIANTS EN MEDECINE DENTAIRE	114
3.1. DISCOURS D’OUVERTURE par La Présidente de l’ANCD	114
3.2. DISCOURS DU REPRESENTANT DE L’OMS A L’ATELIER DE RESTITUTION DU 2ème CONGRES INTERNATIONAL DE CHIRURGIE DENTAIRE DE KINSHASA AUX FINALISTES EN MEDECINE DENTAIRE : 19- 07 - 2010.....	117
3.2. QUELQUES PRESENTATIONS (DIAPOSITIVES).....	120
3.2.1. LA PLACE DU CHIRURGIEN DENTISTE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA par OMS/RDC	120

3.2.2. FORMATION DU DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE Par Prof. Dr . Lutula	128
3.2.3. FORMATION DU CHIRURGIEN-DENTISTE ET INFECTION A VIH <i>Par Prof. Dr. Hubert NTUMBA</i>	137
CONCLUSION	144
TABLE DES MATIERES	145