

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIPHYQUE
UNIVERSITE MOULOD MAMMERI TIZI-OUZOU
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE



Mémoire

De fin de cycle
En vue de l'obtention du diplôme de
Docteur en Médecine Dentaire

Thème :

Etude descriptive et profil épidémiologique des affections bucco-dentaires observées au service de pathologie bucco-dentaire du CHU Tizi-Ouzou

Présenté et soutenu publiquement le 29/09/2020

Réalisé par :

BELGAID Amel

BENTARZI Naima

BOUDJEDAR Amel

SAAD Hamida

Encadré par :

Dr BOUFATIT

Membres du jury:

Pr AMMENOUCHE

Dr HARBANE

Année universitaire : 2019/2020

REMERCIEMENTS

On tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de la rédaction de ce mémoire de fin d'étude.

On voudrait dans un premier temps exprimer notre profonde gratitude à notre cher encadreur, **Dr BOUFATIT**, maitre assistant en pathologie bucco-dentaire au niveau de la clinique dentaire du CHU de Tizi-Ouzou, pour sa patience, sa disponibilité, ses judicieux conseils et surtout son esprit pédagogique, qui a contribué à alimenter notre réflexion durant toutes nos années d'étude et particulièrement pour la rédaction de ce modeste travail de fin d'étude.

On présente aussi nos sincères remerciements au **Pr AMMENOUCHE**, chef du service de pathologie bucco-dentaire du CHU de Tizi-Ouzou, pour le soutien qu'elle apporte aux étudiants durant leur parcours universitaire et sa présence permanente et pour nous avoir fait l'honneur d'examiner ce travail.

On tient également à remercier chaleureusement le **Dr HARBANE**, maitre assistante en pathologie bucco-dentaire au niveau du service de pathologie bucco-dentaire du CHU de Tizi-Ouzou, qui nous a accompagné au long de notre parcours universitaire avec sa pédagogie et son professionnalisme continu et aussi pour avoir accepté d'examiner notre modeste travail.

En dernier lieu, on remercie toute l'équipe pédagogique du département de médecine dentaire de Tizi-Ouzou et les intervenants professionnels responsables de notre stage pratique, pour leur disponibilité.

DEDICACE

« Je suis en proie à une étrange sensation. Si ce n'est pas une indigestion, ça doit être de la gratitude » énonçait Benjamin Disraeli.

Par cette citation, mes plus sincères remerciements vont aux personnes que j'aime et que j'apprécie.

Mes premiers remerciements vont évidemment à mes parents. Pour ce subtil mélange de détermination, de persévérance, de goût du travail mais également d'humanisme, de tolérance et de partage que vous m'avez inculqué, je vous remercie.

A mes frères Said et Nacer et mes sœurs Radia et Ritadj, merci pour votre indéfectible soutien et votre présence durant toutes ces années.

Au cours de ces années d'études, j'ai eu la chance de faire de très nombreuses rencontres qui ont accompagné parfaitement ce parcours.

Chacune de ces rencontres a façonné la personne que je suis et j'espère qu'elles continueront à le faire encore.

A tous ces amis : Wassila, Fazia, Nawel, Lamia, Lynda, Amara, Salem.....je tiens à adresser mes plus profonds remerciements.

Saad Hamida

Du profond de mon cœur, je dédie ce travail à tous ceux qui me sont chers.

À MA TRÈS CHÈRE MÈRE

Mon exemple éternel, la source de sacrifice et de l'amour et la personne la plus digne de mon estime et mon respect, tu étais toujours là, près de moi pour me soutenir, m'encourager et me guider avec tes précieux conseils, tu n'as pas cessé de prier pour moi, que ce travail soit le témoignage des sacrifices que tu n'as cessé de déployer pour mon éducation et mon instruction.

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour et l'admiration que je porte à la Grande Femme que tu es .Puisse Dieu le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

À MON TRÈS CHER PÈRE

L'épaule solide, l'œil attentif , compréhensif, tu as toujours été pour moi un exemple du père respectueux, honnête, de la personne méticuleuse, je tiens à honorer l'homme que tu es.

Ce modeste travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as déployés pour mon éducation et ma formation. Je t'aime papa et j'implore le Tout-Puissant pour qu'il t'accorde une bonne santé et une vie longue et heureuse.

À MES CHÈRES SŒURS ET CHERS FRÈRES

Wissam, Lamia, Mohamed, Yacine, Hassan et Walid, quoi que je dise je ne saurai point vous remercier comme il se doit .Merci pour votre patience, soutien et sentiments d'amour dans les moments les plus difficiles. Je vous souhaite plein de succès, de joie et de bonheur .Que Dieu vous garde pour moi et illumine vos chemins.

À MA TRÈS CHÈRE NIÈCE « MIRAL »

Mon petit ange, source de vie, d'espoir et de bonheur, ta présence à mes côtés, ton sourire plein d'innocence, m'ont poussé, m'ont donné le courage pour continuer ce modeste travail. Je t'aime à un point inimaginable, que Dieu te protège. Je te souhaite tout le succès et le bonheur qui existe dans le monde.

À MES CHÈRES COPINES

Les Z6 (Manel « mon âme sœur », Wahiba, Amel, Nadia, Sarah), Sara, Malika, Amira, ma deuxième famille, merci pour votre soutien et pour les moments de la folie et de joie qu'on a partagés ensemble .Je vous aime de tout mon cœur.

À MES CHERS AMIS

Yasser, Zinou, et Ammar, je vous remercie pour votre aide et votre soutien, je n'oublierai jamais votre présence a mes cotés.

Bentarzi Naima

Louange à Dieu tout puissant, qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.

A ma chère et magnifique mère Farida :

Maman, grande sœur et meilleure amie. Je ne trouverai jamais de mots pour t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et surtout pour ta présence dans les moments les plus difficiles.

Si j'en suis arrivée là, ce n'est que grâce à toi ma maman adorée. Une vie entière ne suffirait à te rendre cet amour et dévotion. Tu es mon exemple dans la vie. Tu es la lanterne qui éclaire ma voie.

Ce modeste travail paraît bien dérisoire pour traduire une reconnaissance infinie envers une mère aussi merveilleuse dont j'ai la fierté d'être la fille.

Longue vie à toi maman. Je t'aime très fort.

A mes chères sœurs Sabrina, Samia :

Pour votre amour et votre soutien,

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection et mon attachement. Vous êtes ce que la vie offre de meilleur : des amies, des irremplaçables sœurs ! Je vous souhaite beaucoup de bonheur, de santé et de réussite. Que Dieu nous unissent pour toujours.

A ma nièce adorable Sara et son papa Makhoul Bouceta

A toute la famille :

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours. Que ce travail soit témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.

A mes amies et amis :

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis sur qui je peux compter.

En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

Que notre fraternité reste éternelle.

A Tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer.

Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Boudjedar Amel

Je dédie ce travail :

A mes chers parents,

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être. Ils m'ont doté d'une éducation digne et leur amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Puisse Dieu très puissant, vous préserver et vous accorder santé, longue vie et bonheur.

****je vous aime****

A mon cher frère et ma chère sœur,

Fayçal, mon bras droit, qui m'a toujours accompagné et m'a beaucoup encourager et soutenu durant toutes les années d'étude.

Mélissa, la joie de ma vie, qui m'a supporté et m'a aidé dans les moments difficiles et qui a été présente de chaque étape de ma vie.

Que Dieu vous bénissent, vous gardent heureux et en bonne santé, et renforce notre fraternité.

****je vous aime****

A **toute ma famille**, particulièrement mes tantes, **tâta Noura, Kahina, Djamila et Farida**, et mon oncle **Karim**, merci de m'avoir soutenue et m'encouragée.

A **ma très chère amie, Keissa**, on a passé d'agréables moments durant toutes ces années d'étude.

A **mon loulou**, merci pour ton encouragement et ton soutien.

A **ma Cici**, merci pour tout ma chère amie.

A **Sara, Naima et Kahina**, ce mémoire est le fruit de nos efforts et de notre complicité.

A **toute ma section** et particulièrement notre **groupe de prothèse**.

****je vous aime****

Belgaid Amel

LISTE DES ABREVIATIONS

V : Nerf trijumeau

DDS : Dent de sagesse

AINS : Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

OPR : Ostéite post-radique

CBS : Communication bucco-sinusienne

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

PH : Potentiel hydrogène

IgA: Immunoglobulines A

OMS : Organisation mondiale de santé

DAM : Dysfonctionnement de l'appareil manducateur

ATM : Articulation temporo-mandibulaire

LOB : Limitation d'ouverture buccale

ORL : l'Oto-rhino-laryngologie

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

PBD : Pathologie bucco-dentaire

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Os maxillaire et mandibule.[11]	3
Figure 2 : Os du crâne en vue frontale.[7].....	3
Figure 3 : Branche de l'artère carotide externe. [21]	4
Figure 4 : Innervation sensitive.[21]	5
Figure 5 : Muscles de la face.[7].....	5
Figure 6 : : Glande parotide.[7].....	6
Figure 7 : <i>Vue latérale schématique des glandes salivaires et des canaux du côté gauche.</i> [3].....	6
Figure 8 : Péricoronarite. [1].....	9
Figure 9 : Péricoronarite aigue congestive. [16]	9
Figure 10 : Péricoronarite aigue suppurée [16].....	9
Figure 11 : Péricoronarite chronique [16].....	9
Figure 12 : Ostéite sur suppuration chronique d'un kyste péri-coronaire. [16].....	10
Figure 13 : Cellulite aigue séreuse.[12]	10
Figure 14 : Cellulite circonscrite aigue suppurée.....	11
Figure 15 : Cellulite gangréneuse.....	11
Figure 16 : Collection subaiguë sous-cutanée. [12]	12
Figure 17 : Cellulite actinomycosique.[5].....	12
Figure 18 : Cellulite diffuse. [5].....	12
Figure 19 : Alvéolite sèche.3.....	14
Figure 20 : Alvéolite suppurée (service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi-Ouzou).	14
Figure 21 : Syndrome du septum.3	14
Figure 22 : Radiographie panoramique du processus ostéomyélitique associé au corps, à la branche montante et au condyle du maxillaire inférieur droit.[18].....	15
Figure 25 : Ostéite tuberculeuse.[29]	15
Figure 24 : Ostéite mycosique.[14].....	15
Figure 23 : Aspect clinique : nécrose de la muqueuse avec mise à nu de l'os mandibulaire. (Ostéite actinomycosique).[33].....	15
Figure 26 : Un séquestre osseux bien délimité au niveau du septum inter dentaire entre la 25 et la 26 suite à l'application d'anhydride arsénieux.....	15
Figure 27 : Un séquestre osseux bien circonscrit entre la 15 et la 16, atteignant le 1/3 apical en distal de la 15 26 suite à l'application d'anhydride arsénieux.	15
Figure 28 : Ostéo-radionécrose.	16
Figure 29 : Ostéo-radionécrose mandibulaire	16
Figure 30 : Ostéonécrose phosphorée.[30].....	16
Figure 31 : Proximité des racines des dents postérieures avec le sinus maxillaire.[23].....	17
Figure 32 : a. Carie dentaire, nécrose pulpaire et propagation intra sinusienne.....	17
Figure 33 : Sinusite maxillaire aigue. [21].....	17
Figure 34 : Radio panoramique montrant une communication bucco-sinusienne après extraction [26].	18
Figure 36 : Candidose hyperplasique chez un patient atteint du VIH. [15]	19
Figure 35 : Ulcération importante d'un herpès récidivant (VIH).[15]	19
Figure 37 : Syphilis secondaire. [27]	19
Figure 38 : Parodontite avancée chez une patiente diabétique type 2. [20]	19
Figure 39 : Stomatite odontiasique.[24].....	20
Figure 40 : Primo-infection herpétique. [24].....	20
Figure 41 : Muguet buccal. [24].....	20
Figure 42 : Aftose commune.	21
Figure 43 : Aftose récidivante.	21
Figure 44 : Fibromatose gingivale.[19].....	22
Figure 45 : Photographie illustrant un lichen plan réticulé de la face interne de la joue droite. [17]....	22
Figure 46 : Lésions de polyarthrite rhumatoïde.[32].....	23
Figure 47 : Lésions de spondylarthrite ankylosante. D : droite ; G : gauche.[32].....	24

Figure 48 : Photographie exobuccale d'une patiente présentant une sialadénite ourlienne. [9]	24
Figure 49 : Photographie endobuccale d'une parotidite aigue suppurée. [9]	25
Figure 50 : Radiographie d'une lithiase submandibulaire. [9]	25
Figure 51 : Photographie endobuccale d'une lithiase submandibulaire au niveau de l'ostium. [9]	25
Figure 52 : Fracture amélaire.[6].....	27
Figure 53 : Fracture coronaire sans exposition pulpaire.[6].....	27
Figure 54 : Fracture coronaire avec exposition pulpaire.[6]	27
Figure 55 : Fracture corono-radulaire.[6].....	28
Figure 56 : Fracture radulaire[6].	28
Figure 57 : Concussion.[6].....	28
Figure 58 : Subluxations.[6].....	29
Figure 59 : Extrusion.[6]	29
Figure 60 : Luxation latérale.[6]	29
Figure 61 : Intrusion.[6]	29
Figure 63 : Fracture de l'os alvéolaire.[6].....	30
Figure 62 : Avulsion.[6].....	30
Figure 64 : Description des fractures de la mandibule	32
Figure 65 : Lignes de fractures de la partie moyenne de la face selon Le Fort.[22]	32
Figure 66 : Plaie de la gencive.	33
Figure 67 : Papillome.9	34
Figure 68 : Condylome acuminé.9	35
Figure 69 : Fibrome d'irritation.9	35
Figure 70 : Epulis fissuratum.9	35
Figure 71 : Fibrome ossifiant périphérique.9	36
Figure 72 : Lymphome.9.....	37
Figure 73 : Carcinome épidermoïde de la gencive maxillaire (A), de la gencive mandibulaire (B) et du palais dur (C).[28]	37
Figure 74 : Radiographie panoramique montrant un améloblastome de type infiltrant. [34].....	38
Figure 75 : : Photographie endobuccale d'un cémentoblastome.[25]	38
Figure 76 : Photographie endobuccale d'un myxome odontogénique.[25]	38
Figure 77 : Radiographie rétro alvéolaire révélant un kyste radiculo-dentaire en rapport avec les racines des 31 et 32.	39
Figure 78 : Radiographie panoramique montrant la présence d'un kyste latéro-radulaire en rapport avec les racines des 44 et 45.....	39
Figure 79 : Radiographie panoramique révélant la présence d'un kyste résiduel maxillaire.....	39
Figure 80 : Radiographie panoramique montrant un kyste folliculaire en rapport avec les racines des molaires temporaires cariées et englobant les germes des 34 et 35.	40
Figure 81 : Photographie exobuccale d'un adénome pléomorphe de la parotide droite.[9].....	41
Figure 82 : Tuméfaction palatine d'implantation sessile recouverte d'une muqueuse saine (myoépithéliome).[31].....	42
Figure 83 : Lipome du plancher buccal.[3]	42
Figure 84 : Lymphangiome.[3]	42
Figure 85 : Schwannome.[3]	42
Figure 87 : Carcinome muco-épidermoïde.9.....	43
Figure 86 : Le carcinome adénoïde kystique.[3].....	43
Figure 89 : : Photographie endobuccale d'un carcinome à cellules acineuses du versant muqueux de la lèvre supérieure.[9]	43
Figure 88 : Adénocarcinome polymorphe de bas grade.9.....	44
Figure 90 : Photographie endobuccale d'un carcinome (haut grade) développé sur adénome pléomorphe au niveau du palais.[35]	44
Figure 91 : L'articulation temporo-mandibulaire.[13]	45
Figure 92 : Diminution marquée de l'ouverture buccale.[10]	46
Figure 93 : Limitation d'ouverture buccale.....	46
Figure 94 : Ouverture avec déviation.[4]	46
Figure 95 : Ouverture avec déflexion.[4].....	47

Figure 96 : Une adénopathie sous-maxillaire.....	48
Figure 97 : Bulle hémorragique linguale, purpura pétéchial du voile du palais et quelques pétéchies linguales.[8].....	48
Figure 98 : Gingivorragie spontanée chez un hémophile. [8]	49
Figure 99 : Utilisation Surgicel. [8]	49
Figure 100 : Réalisation sutures unitaires.[8].....	49
Figure 101 : Exemples de formes bénignes. [2].....	50
Figure 102 : Exemples de formes graves. [2].....	51
Figure 103 : Répartition des patients selon le sexe. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).....	55
Figure 104 : Répartition des patients selon l'âge. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).....	55
Figure 105 : Répartition selon la présence ou non d'une maladie générale.....	56
Figure 106 : La répartition des pathologies selon le pourcentage de chaque type.	56
Figure 107 : Répartition de l'effectif des patients selon les pathologies.....	57
Figure 108 : Répartition de l'effectif des patients selon les pathologies.....	57
Figure 109 : Répartition de l'effectif des patients selon les pathologies.....	58
Figure 110 : Répartition de l'effectif des patients selon les pathologies.....	58
Figure 111 : Répartition des cas selon le traitement instauré.....	59
Figure 112 : Tuméfaction sous mandibulaire droite.	62
Figure 113 : Tuméfaction érythémateuse interne en contact de la dent causale.	62
Figure 114 : Radiographie panoramique.....	62
Figure 115 : Ordonnance d'Orientation.	63
Figure 116 : Limitation d'ouverture buccale. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).	63
Figure 117 : la radiographie panoramique montrant un obstacle fibreux ou osseux au niveau de l'ATM gauche.	64
Figure 118 : Le traitement instauré.	64
Figure 119 ; Alvéolite sèche.....	65
Figure 120 : Alvéolite sèche après traitement.....	65
Figure 121 : Kyste péri apical au niveau de la 12.	66
Figure 123: Photographie montrant œdème et pli de la lèvre inférieure.....	67
Figure 122 : Photographie montrant l'œdème et ecchymose de la lèvre supérieure.....	67
Figure 124 : Absence de traumatisme de l'os alvéolaire a la radiographie panoramique.	67
Figure 125 : Contention temporaire.	68
Figure 126 : Carcinome épidermoïde suspecté.....	69
Figure 127 : une photographie montrant tuméfaction de la région incisivo-canine gauche. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).	69
Figure 128 : Scanner cranio-facial montrant les granulomes et le kyste inflammatoire.	70
Figure 129 : Scanner cranio-facial montrant un comblement du méat moyen gauche.....	70
Figure 130 : Ordonnance d'orientation.	71
Figure 131 : Traumatisme dentaire. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).	71
Figure 133 : Contrôle de la cicatrisation. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou)...	72
Figure 132 : Absence de traumatisme de l'os alvéolaire a la radiographie panoramique.	72
Figure 134 : Ulcérations superficielles de la gencive. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).....	73
Figure 135 : Ulcérations superficielles de la gencive. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).....	73
Figure 136 : Radiographie panoramique dentaire.....	74
Figure 137 : Candidose linguale et perlèches au niveau des commissures labiales. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).	75
Figure 138 : Fiche d'examen clinique service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi-Ouzou.....	80
Figure 138 : Fiche d'examen clinique service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi-Ouzou.....	81
Figure 138 : Fiche d'examen clinique service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi-Ouzou.....	82
Figure 138 : Fiche d'examen clinique service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi-Ouzou.....	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : classification des traumatismes dento-faciaux proposée par Andreasen : [40]..... 26

Sommaire

Remerciements

Dédicaces

Abréviations

Liste des figures et tableaux

Introduction	1
Chapitre I : Etude théorique	2
1-Rappel anatomique.....	3
2- Pathologies infectieuses et inflammatoires	8
2-1 Accidents d'évolution des dentitions	8
2-1-1 Les accidents d'évolution de la première dentition	8
2-1-2 Les accidents d'évolution de la deuxième dentition	8
2-1-2-1 Accidents d'évolution des dents de sagesse	9
2-1-2-2 Autres dents	10
2-2 Cellulites cervico-faciales d'origine dentaire	10
2-3 Ostéites.....	13
2-3-1 Ostéites de causes locales.....	13
2-3-2 Ostéites de causes générales	14
2-3-3 Ostéites spécifiques.....	15
2-3-4 Ostéites de causes exogènes	15
2-4 Sinusites maxillaires d'origine dentaire	16
2-5 Les infections de la muqueuse buccale	18
2-5-1 Stomatites liées à un syndrome général	18
2-5-2 Stomatites liées à un état physiologique	20
2-5-3 Aphtes et aphtoses	21
2-5-4 Stomatites allergiques.....	21
2-5-5 Carences vitaminiques	22
2-5-6 Maladies génétiques.....	22
2-5-7 Stomatites post-thérapeutiques	22
2-5-8 Affections dermatologiques	22
2-5-9 Maladies bulleuses auto-immunes de la muqueuse buccale.....	23
2-6 Pathologies infectieuses et inflammatoires de l'articulation temporo- mandibulaire.....	23
2-6-1 Arthrite septique	23
2-6-2 Arthrite traumatique	23
2-6-3 Rhumatismes inflammatoires	23
2-7 Pathologies infectieuses et inflammatoires des glandes salivaires	24
2-7-1 Les sialadénites infectieuses	24
2-7-2 Les Sialolithiases.....	25
2-7-3 Les sialodochites.....	25
2-7-4 Les calcinose salivaires	25

3-Pathologies traumatiques	26
3-1- Lésions des tissus durs.....	26
3-1-1 : Atteintes dentaires	26
3-1-1-1 : Atteintes amélaire.....	26
3-1-1-2 : Atteintes coronaires non compliquées	27
3-1-1-3 : Fractures coronaires compliquées.....	27
3-1-1-4 : Fractures corono-radiculaires.....	27
3-1-1-5 : Atteintes radiculaires intra-alvéolaires	28
3-1-2 : Atteintes parodontales.....	28
3-1-2-1 : Concussions (contusions).....	28
3-1-2-2 : Subluxations	29
3-1-2-3 : Luxations extrusives (extrusions ou égression)	29
3-1-2-4 : Luxations latérales	29
3-1-2-5 : Luxations intrusives (intrusions ou ingressions)	29
3-1-2-6 : Luxations complètes (expulsions ou avulsions)	30
3-1-3 : Atteintes osseuses	30
3-1-3-1 : Fractures comminutives de l'alvéole	30
3-1-3-2 : Fractures d'une paroi ou d'un procès alvéolaire	30
3-1-3-3 Fractures des maxillaires	30
3-1-3-3-1 Fracture de la mandibule.....	30
3-1-3-3-2 Fractures de l'étage moyen de la face	32
3-1-3-3-3 Fracture frontale	33
3-2- Lésion des tissus mous	33
3-2-1- Contusion de la face	33
3-2-2- Plaies des parties molles	33
4-Pathologie tumorale	34
4-1Les pathologies tumorales de la muqueuse buccale	34
4-1-1Tumeurs bénignes.....	34
4-1-2 Tumeurs malignes	36
4-2Les tumeurs des maxillaires.....	38
4-2-1 Tumeurs bénignes	38
4-2-2 Tumeurs malignes	40
4-3 La pathologie tumorale salivaire	41
4-3-1 Tumeurs bénignes.....	41
4-3-2 Tumeurs malignes	42
5- Autres pathologies.....	45
5-1 Dysfonctionnement de l'appareil manducateur (DAM)	45
5-1-1 Symptomatologie.....	45
5-1-2 Classification	47
5-2 Adénopathies cervico-faciales	47
5-3 Pathologie de la crase sanguine	48
5-4 Les fentes faciales	50
5-4-1 Définition	50

5-4-2 Classification	50
Chapitre II : Etude pratique	52
1-Objectif de l'étude	53
2-Patients et méthodes.....	53
2-1 Type d'étude	53
2-2-Lieu et durée d'étude	53
2-3 Population d'étude	53
2-4 Moyens d'étude	54
2-5 Difficultés rencontrées	54
2-6 Méthodologie	54
2-7 Aspects éthiques	54
3-Résultats.....	55
3-1 Description de la population générale	55
3-1-1 Répartition selon le sexe	55
3-1-2 Répartition selon l'âge	55
3-1-3 Répartition selon la présence ou non d'une maladie générale	56
3-2 Description des pathologies rencontrées	56
3-2-1 Répartition de l'effectif des patients selon les pathologies	57
3-2-1-1 Pathologies infectieuses et / ou inflammatoires	57
3-2-1-2 Pathologies traumatiques	57
3-2-1-3 Pathologies tumorales	58
3-2-1-4 Pathologies Diverses	58
3-2-2 Répartition des pathologies selon le traitement instauré.....	59
4-Commentaires et discussion.....	59
5-Cas Cliniques.....	61
Conclusion	76
Bibliographie	77
Annexes	80

Résumé / Abstract

Introduction

Les pathologies bucco-dentaires représentent le 3ème fléau mondial d'après l'OMS (après les maladies cardiovasculaires et les pathologies cancéreuses),

De ce fait, le médecin dentiste se retrouve dans son travail quotidien face à de différentes situations cliniques affectant plus au moins le confort du patient, d'évolution aiguë ou chronique et pouvant être de différentes étiologies, à savoir : infectieuse, tumorale, traumatique ou même génétique.

Quelles sont ces pathologies ? Quelle est leur fréquence, notamment au niveau du service de pathologie bucco-dentaire professeur AMMENOUCHE de la clinique dentaire du CHU de Tizi-Ouzou ?

Il en découle alors l'intérêt du choix de ce thème et les objectifs que nous voudrions atteindre qui sont :

- *Répertorier les différentes pathologies rencontrées et connaître leurs expressions cliniques.*
- *Participer à la prise en charge symptomatique et étiologie dont le but est d'obtenir le soulagement des patients.*
- *Mettre en exercice le rôle du tri, au premier plan, du service de pathologie bucco-dentaire au sein de la clinique dentaire.*

Une étude descriptive consacrée aux cas cliniques consultés, traités et suivis au sein de ce service a été menée.

Ce qui divise ce modeste travail en deux parties distinctes : une partie théorique et une partie pratique.

Chapitre I

Étude théorique

1-Rappel anatomique :

Le squelette du massif facial :

Les os de la face :

La face est formée de quatorze os, 12 sont pairs et symétriquement disposés ; ce sont : les maxillaires supérieurs ; les palatins ; les malaies ; les nasaux ; les cornets inférieurs et les unguis. 2 sont impairs : le maxillaire inférieur et le vomer. [21]



Figure 1 : Os maxillaire et mandibule. [11]

Les os du crâne :

Certains os du crâne participent en partie à l'architecture du massif maxillo-facial. Ce sont :

- Les temporaux par l'intermédiaire de l'apophyse zygomatique ;
- Le frontal par l'échancrure nasale ;
- Les arcades orbitaires ;
- L'ethmoïde. [21]

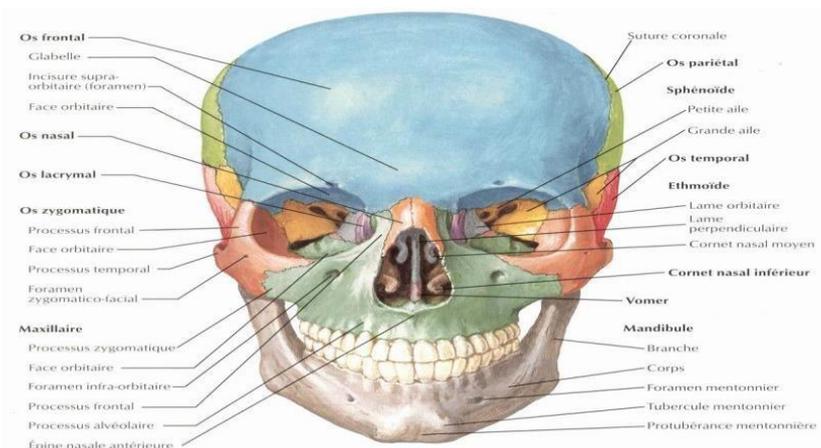


Figure 2 : Os du crâne en vue frontale. [7]

Vascularisation :

La vascularisation artérielle :

Presque toute la face est vascularisée par les branches terminales ou collatérales du système carotide externe.[21]

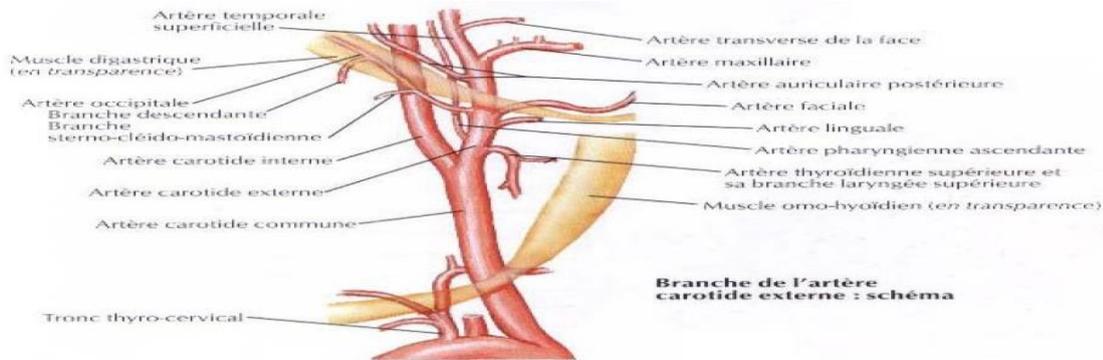


Figure 3 : Branche de l'artère carotide externe. [21]

La vascularisation veineuse :

Ce système est formé par ordre d'importance, de la veine jugulaire interne, de la jugulaire externe, de la jugulaire antérieure et de la veine jugulaire postérieure.

La vascularisation lymphatique :

Le cercle ganglionnaire péri-cervical comprenant :

- Le groupe des ganglions sous mentaux ;
- Le groupe des ganglions sous-maxillaires ;
- Le groupe des ganglions parotidiens ;
- Le groupe des ganglions mastoïdiens ;
- Le groupe de ganglions occipitaux.[21]

L'innervation :

-L'innervation motrice des muscles peuciers est sous la dépendance du nerf facial (7^{ème} paire de nerfs crâniens) ; les muscles masticateurs sont innervés par le nerf trijumeau (5^{ème} paire de nerf crânien) ; les muscles élévateurs de la paupière supérieure sont innervés par le nerf oculomoteur (3^{ème} paire de nerfs crâniens).

-L'innervation sensitive est entièrement assurée par le trijumeau (les rameaux 1, 2 et 3), seuls le pavillon de l'oreille et la région angulo-maxillaire dépendent du plexus cervical.[21]

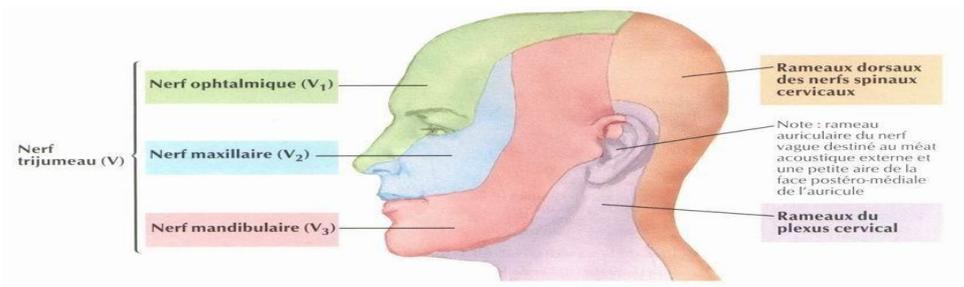


Figure 4 : Innervation sensitive.[21]

Les muscles de la face :

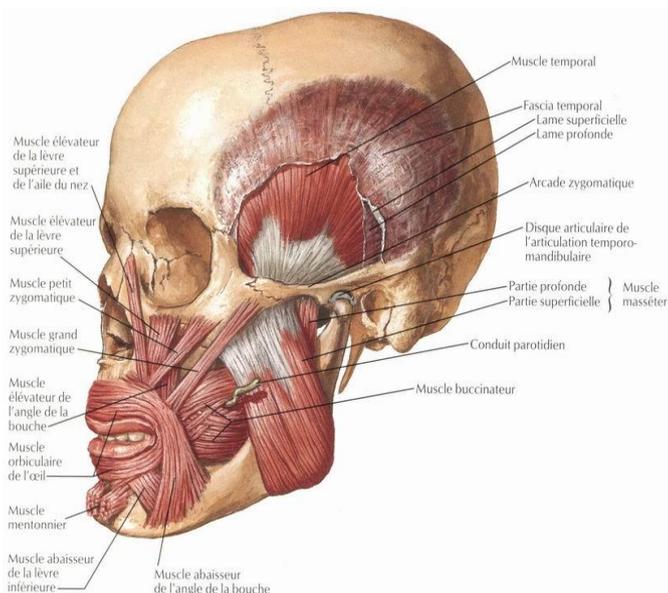


Figure 5 : Muscles de la face.[7]

Les glandes salivaires :

Les glandes salivaires sont classiquement réparties en glandes salivaires principales (parotides, glandes sous-mandibulaires et sublinguales) et accessoires disséminées dans la muqueuse des voies aéro-digestives supérieures.[35]

❖ Glandes principales :

➤ Glande parotide (salive séreuse) :

Volumineuse, Son canal excréteur (canal de Sténon) chemine dans la paroi jugale pour s'ouvrir en regard de la deuxième molaire supérieure. Bilobée, la glande parotide se compose d'un lobe superficiel volumineux et d'un lobe profond peu développé. Ces deux lobes sont situés de part et d'autre du nerf facial (VII). [3]

➤ **Glande submandibulaire (salive séromuqueuse) :**

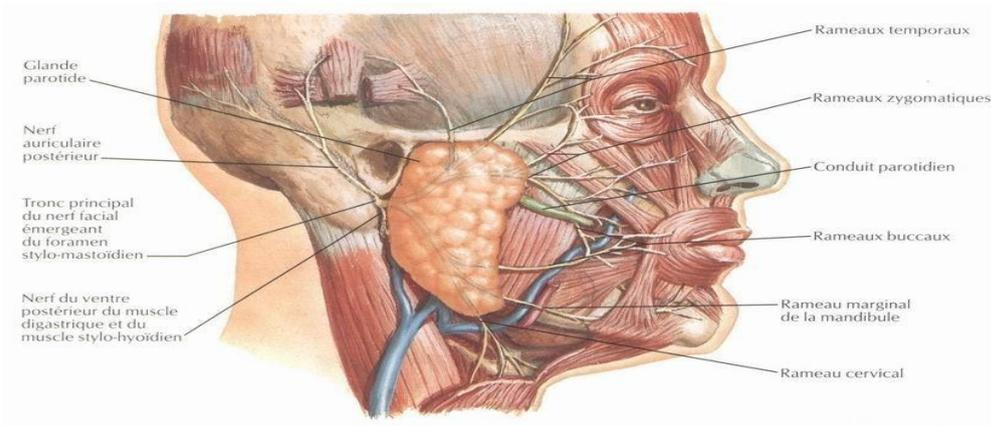


Figure 6 : : Glande parotide.[7]

Unilobée, elle est située dans la région sus-hyoïdienne latérale. Son canal excréteur (canal de Wharton) traverse le plancher buccal pour s'aboucher près du frein de la langue. Elle est innervée par le nerf lingual.[3]

➤ **Glande sublinguale (salive muqueuse) :**

La glande sublinguale est située sous la muqueuse du plancher buccal et se draine directement dans la cavité buccale par plusieurs petits canaux excréteurs et, souvent, également par un canal principal s'abouchant à la portion antérieure du conduit sub-mandibulaire.

C'est la glande salivaire principale la plus petite. Elle partage son innervation avec la glande sub-mandibulaire.[3]

❖ **Glandes salivaires accessoires :**

Ces glandes dites mineures sont très nombreuses et disséminées sur toute la surface de la muqueuse buccale, excepté au niveau des gencives, du vermillon des lèvres et de la partie antérieure du palais osseux[3].

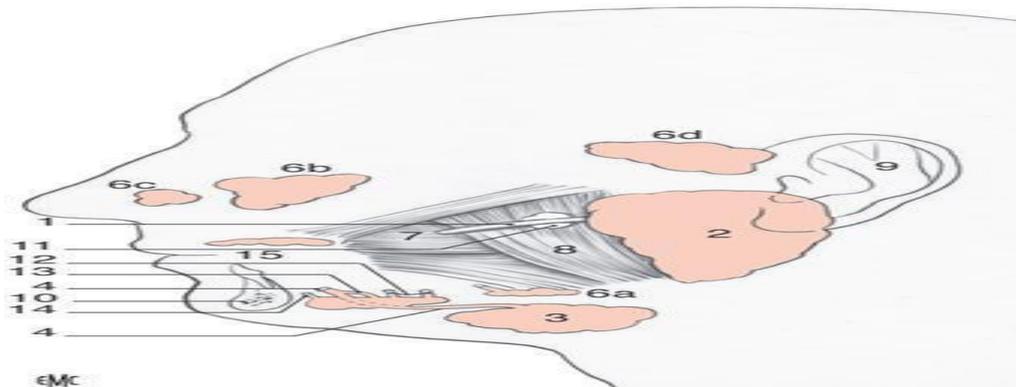


Figure 7 : Vue latérale schématique des glandes salivaires et des canaux du côté gauche.[3]

1. Canal parotidien, 2. Glande parotidienne, 3. Glande submandibulaire, 4. Canal de Wharton, 5. Glande sublinguale, 6. Glandes salivaires accessoires : buccales (a), palatines (b), nasales (c), nasopharyngées (d), 7. Muscle buccinateur, 8. Muscle masséter, 9. Auricule de l'oreille, 10. Mandibule, 11. Glande salivaire accessoire et canal se jetant dans le canal parotidien, 12. Canal sublingual postérieur, 13. Canal sublingual, 14. Canal sublingual antérieur, 15. Cavité buccale.

Ecosystème buccal :

La bouche est une cavité naturelle complexe qui forme le segment initial du tube digestif. Pour le nouveau-né comme pour la personne âgée, elle est un acteur essentiel des fonctions vitales que sont la nutrition, le langage et la communication. Elle permet l'ingestion des aliments, la mastication et la déglutition du bol alimentaire, mais aussi l'expression de la plupart des émotions : «je parle», «je crie», «je souris», avec «ma bouche». Elle participe également à la fonction respiratoire.

L'ensemble de la bouche est constamment hydratée et lubrifié par la salive. À tout âge, un équilibre s'établit entre la prolifération bactérienne, le flux salivaire, c'est l'écosystème buccal. La régulation du flux salivaire, l'équilibre entre les souches, la réponse tissulaire adaptée préserve cet écosystème qui assure un bon état de santé buccal : il protège les dents, les gencives et les muqueuses de pathologies inflammatoires et infectieuses courantes telles que les caries, les gingivites, les parodontopathies et les candidoses.

Chez les patients âgés, la modification du flux salivaire, l'apparition de pathologies spécifiques (caries radiculaires, absence de dents, parodontopathies...), les conditions locales (présence de prothèses amovibles), le développement de pathologies générales telles que le diabète, l'hypertension, la baisse des défenses immunitaires, la négligence de l'hygiène quotidienne sont autant d'éléments qui vont déséquilibrer l'écosystème buccal, favoriser la formation du biofilm (plaque bactérienne) et fragiliser les tissus bucco-dentaires. Le maintien de cet écosystème est essentiel pour le patient âgé : il lui permet de s'alimenter dans de bonnes conditions et ainsi prévenir les risques de dénutrition.[36]

2-Pathologies infectieuses et inflammatoires :

2-1 Accidents d'évolution des dentitions :

Dans la majorité des cas, l'éruption dentaire se fait progressivement et sans problème.

Mais il arrive que la dentition s'accompagne de troubles plus ou moins importants qui ont des répercussions sur la cavité buccale ; la sphère cervico-faciale et même sur l'organisme en général.¹

2-1-1 Les accidents d'évolution de la première dentition :

La péricoronarite :

C'est l'infection du sac péricoronaire ; par les germes du milieu buccal, avec lequel il est en communication. Elle évolue normalement vers la guérison sauf quand l'éruption est difficile.

On distingue :

➤ La péricoronarite congestive :

- Signes cliniques : la gencive entourant la dent en éruption est luisante ; tuméfié ; d'un rouge vif et douloureuse. Le nourrisson bave énormément et présente une insomnie, diarrhée.

➤ La péricoronarite suppurée :

-Elle s'accompagne fréquemment d'adénopathies cervicales

-Les signes généraux sont marqués : fièvre, perte d'appétit, arrêt de croissance. . .

-L'incision du sac péricoronaire fait disparaître ses signes.¹

La stomatite :

C'est l'inflammation de la muqueuse buccale qui accompagne l'éruption de certaines dents.¹

La gingivostomatite herpétique de primo-infection :

-85% des enfants font entre 1 et 3 ans une primo-infection herpétique silencieuse.

- selon la phase d'évolution on retrouve ; des vésicules isolées ou étendues à toute la cavité orale ou des ulcérations de moins d'un centimètre de diamètre, jaunes grisâtres peu profondes et très douloureuses, localisées au niveau des lèvres, des joues, des doigts, des pieds. Des adénopathies satellites constantes.

- Les signes généraux sont marqués : hyperthermie, fatigue, diarrhée, gêne à l'alimentation...¹

2-1-2 Les accidents d'évolution de la deuxième dentition :

Ces accidents concernent essentiellement les troisièmes molaires mandibulaires ; parce qu'elles évoluent en dernier, au sein d'un os déjà minéralisé et donc peu malléable et le plus souvent sur une arcade déjà complètement occupée par des autres dents.¹

¹[https://www.opu-dz.com/portal/fr/livre/chirurgie-dentaire/pathologie-bucco-dentaire-2%C3%A8me-ann%C3%A9e/page 63-66,69-72,75,76](https://www.opu-dz.com/portal/fr/livre/chirurgie-dentaire/pathologie-bucco-dentaire-2%C3%A8me-ann%C3%A9e/page%2063-66,69-72,75,76)

2-1-2-1 Accidents d'évolution des dents de sagesse :

Les accidents d'évolution des dents de sagesse (DS) restent un motif de consultation fréquent dans notre pratique quotidienne et sont dominés par les accidents infectieux : LES PERICORONARITES ++.

Ces accidents surviennent au moment de leur éruption physiologique (18-25 ans) ; généralement la dent de sagesse mandibulaire est la plus grande pourvoyeuse de ce type des accidents. [16]

❖ Les péricoronarites :

Elles sont provoquées par une accumulation bactérienne qui, la plupart du temps, résulte d'une inaccessibilité au brossage et s'accompagne de douleurs. [37]

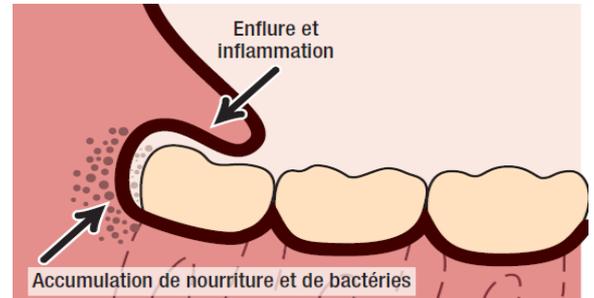


Figure 8 : Péricoronarite. [1]

Trois formes peuvent être observées :

Péricoronarite aiguë congestive :

-Les signes cliniques : douleur spontanée, muqueuse rouge, œdématisée, la pression est douloureuse et peut faire sourdre un liquide séro-sanguinolent.

Les empreintes des cuspides de la dent antagoniste peuvent être observées sur le capuchon muqueux.

Lorsque les accès se répètent, l'indication d'avulsion de la dent causale est posée. [16]



Figure 9 : Péricoronarite aiguë congestive. [16]

Péricoronarite aiguë suppurée : succède à la Péricoronarite congestive.

La pression extrêmement douloureuse du capuchon muqueux laisse sourdre un liquide purulent.

-traitement : une antibiothérapie, prescription des antalgiques et bains de bouches, conseils d'hygiène. [16]



Figure 10 : Péricoronarite aiguë suppurée [16]

Péricoronarite chronique :

-Les signes cliniques : Les douleurs s'atténuent, avec quelques périodes de réchauffement, suppuration, halitose fétide.

Une adénopathie sous-maxillaire est fréquente, indolore.



Figure 11 : Péricoronarite chronique [16]

- ❖ La stomatite : c'est la stomatite odontiasique unilatérale qui est la complication la plus courante de la péri coronarite ; peut-être érythémateuse ou ulcéreuse.
- ❖ La cellulite : c'est une cellulite à évolution externe ; à la face externe de la mandibule dans la région prémolaire.
- ❖ L'ostéite : elle est rare, elle fait suite à une péri coronarite ou à une cellulite mal soignée.



Figure 12 : Ostéite sur suppuration chronique d'un kyste péri coronaire. [16]

- ❖ Des adénopathies cervico-faciales : l'infection de la zone rétro molaire entraîne une réaction des ganglions.

- ❖ La sinusite :

La dent de sagesse supérieure est en relation avec le sinus maxillaire; mais c'est surtout la mortification de cette dent après évolution sur l'arcade qui est responsable de sinusites et non un accident d'évolution.[16]

- ❖ L'infection à distance :

L'infection péri coronaire peut se propager, par la voie lymphatique ou vasculaire et se greffer au niveau des organes donnant des glomérulonéphrites, endocardite infectieuse, uvéite...[16]

2-1-2-2 Autres dents : il s'agit surtout de dents qui évoluent en dernier qui ne trouvent pas suffisamment de place pour évoluer correctement. Ce sont surtout les canines et les prémolaires ; ces derniers présentent généralement des inclusions dentaires.

2-2 Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire :

Les cellulites cervico-faciales sont des infections du tissu cellulo-adipeux du cou et de la face.

Elles représentent un groupe d'infections fréquentes, prenant des aspects cliniques variés. [38]

Etude clinique : On distingue,

-La cellulite aiguë :

La cellulite circonscrite aiguë séreuse :

-Signes cliniques : Tuméfaction arrondie douloureuse aux limites imprécises comblant les sillons et effaçant les méplats, recouverte d'une peau tendue, lisse, rosée et chaude.



Figure 13 : Cellulite aiguë séreuse.[12]

La masse n'est pas mobile sur le plan profond, le trismus peut être présent.
Les signes généraux associés sont minimes, voire inexistants.

-La radiographie panoramique est nécessaire et montre les signes d'une desmodontite. [38]

La cellulite circonscrite aigue suppurée ou collectée :

Elle se caractérise par une aggravation des signes inflammatoires locaux ; la tuméfaction devient plus limitée et adhérente au plan osseux.

Peau rouge, tendue, luisante, chaude, douleur permanente ; pulsatile et insomnante entravant l'alimentation, la déglutition et l'élocution.

Le signe de godet est positif (une empreinte blanchâtre par l'appui avec la pulpe de l'index), trismus serré, hypersalivation, halitose.

Les signes généraux sont marqués : fièvre 38-39°C, malaise général, asthénie, céphalées, pâleur de visage. [38]



Figure 14 : Cellulite circonscrite aigue suppurée
(Service de pathologie et chirurgie buccales CHU Tizi-Ouzou)

La cellulite gangréneuse ou diffusée :

Elle se caractérise par une altération grave de l'état général

Il ya destruction tissulaire par nécrose et écoulement de pus brunâtre et nauséabond entrainant la formation de gaz et crépitations à la palpation. En cause de la virulence des germes ou d'une immunodépression.

-Evolution : Elle est fatale en absence de traitement. [38]

-La cellulite subaigüe et chronique :

Ces deux formes, voisines l'une de l'autre ; sont moins virulentes que les cellulites aigues.

Elles sont les plus fréquentes et les plus difficiles à diagnostiquer.



Figure 15 : Cellulite gangréneuse.
[12]

✓ Les formes communes :

Cellulite subaiguë : c'est une inflammation cellulaire à évolution lente due à des germes de virulence atténué ou à des séquelles des cellulites de cause non totalement supprimée.

Cellulite chronique : c'est une inflammation cellulaire stabilisée n'ayant plus tendance à la guérison ni à l'inflammation.

-Les signes cliniques : il ya formation d'un nodule, taille d'un noix arrondie ou ovale mal limité et d'un relief irrégulier

Il est induré. [38]

✓ Les formes spéciales :

Cellulite actinomycosique :

C'est une infection chronique due à certains actinomycètes : **Actinomycète israeli** ; saprophytes de la cavité buccale.

-Le diagnostic clinique doit être complété par un examen biologique. [38]

Cellulite ligneuse : C'est une infection chronique très rare d'origine dentaire, pharyngo-Laryngée ou due à la présence de corps étranger..[38]

-La cellulite diffuse :

-Signes cliniques : c'est une toxi-infection ; les signes généraux sont intenses ou la mort est possible à ce stade par collapsus cardio-vasculaire, syncope reflex ou coma hépatique ...

Sur le plan local : la tuméfaction est limitée, molle, peu douloureuse mais fluctuante. Très vite, elle s'étend et devient d'une dureté ligneuse.

La peau est blafarde et tendue, la muqueuse est grisâtre, le trismus est serré.

L'œdème entraîne des déformations considérables associées à des troubles respiratoires.[38]

Traitement :

Traitement préventif :

-Remise en état de la cavité buccale : éradication des caries dentaires et suppression des foyers infectieux

-Amélioration de l'hygiène buccodentaire : prescription de fluor chez le nourrisson, apprentissage d'une technique de brossage...



Figure 16 : Collection subaiguë sous-cutanée. [12]



Figure 17 : Cellulite actinomycosique.[5]



Figure 18 : Cellulite diffuse. [5]

Chez des patients à risque, tout acte de chirurgie dentaire susceptible d'engendrer une complication infectieuse doit être précédée d'une antibioprofylaxie.

Traitement curatif :

Traitement médical : lutter contre la diffusion de l'infection

-Association antibiotiques-antalgiques, AIS....

Antibiotiques :

Ex : - Spiramycine (ROVAMYCINE®: 2 à 3 comprimé par jour en 2 à 3 prises)

- Amoxicilline CLAMOXYL 500 ; HICONCIL ; AGRAM ; BRISTAMOX 2 g par jour en 2 prises.

- Association d'amoxicilline et d'acide clavulanique (AUGMENTIN®) par voie orale en 3 à 4 prises au début des repas.

- Métronidazole (FLAGYL®: 1 à 1,5g par jour en 3 prises au cours des repas)[38][38].

Les antalgiques : adaptées a la douleur.

Traitement chirurgical : repose sur le drainage (trépanation, incision, avulsion).[38][38]

Traitement étiologique :Restauration si elle est récupérable, ou l'extraction de la dent.[38]

2-3 Les ostéites

Définition : Les ostéites est un processus inflammatoire du tissu osseux.

Il est le plus souvent causée par un agent pathogène peut évoluer d'une manière aiguë ou chronique.²

Etude clinique :

2-3-1 Les ostéites de causes locales

Ostéo-périostite :

C'est la forme la plus légère des ostéites aiguës. Elle est plus fréquente chez l'enfant. À l'examen clinique, on constate :

- Une légère tuméfaction des parties molles.
- Un épaissement douloureux au niveau de la table externe dans la région périapicale de la dent causale.
- La dent présente les signes de la mono-arthrite aiguë et présence d'adénopathies.

La radiographie montre une image radioclaire au niveau du péri-apex.

Périostose : c'est une forme chronique, plus fréquente chez l'enfant au niveau de la dent de six ans.

À l'examen clinique on observe:

- Une asymétrie faciale.
- La palpation retrouve un épaissement non douloureux de l'os.
- La dent causale est le siège d'une mono arthrite chronique et présence d'adénopathies.

²<http://coursdentaire.blogspot.com/2011/02/cours-complet-des-osteites.html> + page 1

Ostéites circonscrites périphériques :

Les alvéolites : cliniquement, on décrit deux formes d'alvéolite :

➤ **Alvéolite sèche :**

Ou “dry socket”, relativement fréquente, elle apparaît quelques heures voir 2 à 3 jours après l'extraction.

Elle s'accompagne d'une douleur aiguë, violente, continue, quelques fois irradiante et rebelle aux antalgiques. L'alvéole est déshabité et sec avec des parois osseuses blanchâtres et atones.



Figure 19 : Alvéolite sèche.³

➤ **Alvéolite suppurée :**

Elle est due à une surinfection de l'alvéole ou du caillot sanguin et survient quelques jours après l'avulsion dentaire.

Les douleurs sont moins intenses que dans l'alvéolite sèche.

On note la présence d'adénopathies.



Figure 20 : Alvéolite suppurée (service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi-Ouzou).

Le syndrome du septum : Ce syndrome se manifeste par une douleur de type dentaire qui prédomine au niveau de la papille inter dentaire (le septum est exposé à une irritation locale secondaire).



Figure 21 : Syndrome du septum.³

Autres formes rares : ostéites circonscrites centrales, Ostéites circonscrites corticales, Ostéites diffusées aiguës.

2-3-2 Les ostéites de causes générales : ostéites hémotogènes et ostéomyélites ;

Ces affections sont rares et s'observent le plus souvent chez l'enfant ou l'adolescent ou quand l'os est fragilisé par certaines affections (dystrophie osseuse...)

³<https://conseildentaire.com/lalveolite/>

Figure 22 : Radiographie panoramique du processus ostéomyélitique associé au corps, à la branche montante et au condyle du maxillaire inférieur droit.[18]



2-3-3 Ostéites spécifiques : sont exceptionnelles. On peut citer :

- Ostéites actinomycosique
- Ostéites mycosiques
- Ostéites syphilitiques
- Ostéites tuberculeuses
- Ostéite et infection par VIH

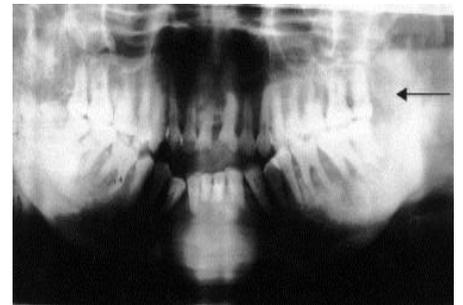


Figure 25 : Aspect clinique : nécrose de la muqueuse avec mise à nu de l'os mandibulaire. (Ostéite actinomycosique).[33]

Figure 24 : Ostéite mycosique.[14]

Figure 23 : Ostéite tuberculeuse.[29]

2-3-4 Ostéites de causes exogènes

Osteite post-traumatique :c'est l'une des complications des fractures ouvertes.

Ostéite arsenicale : d'origine médicamenteuse, rare. Elle est due à l'application d'anhydride arsénieux au cours des dévitalisations dentaires.



Figure 27 : Un séquestre osseux bien circonscrit entre la 15 et la 16, atteignant le 1/3 apical en distal de la 15 suite à l'application d'anhydride arsénieux. ⁴



Figure 26 : Un séquestre osseux bien délimité au niveau du septum inter dentaire entre la 25 et la 26 suite à l'application d'anhydride arsénieux.⁴

Ostéite post-radique (OPR) ou ostéo-radionécrose :

Elle fait suite à une irradiation ionisante d'une tumeur maligne. Elle survient uniquement en zone irradiée.



Figure 29 : Ostéo-radionécrose mandibulaire⁵

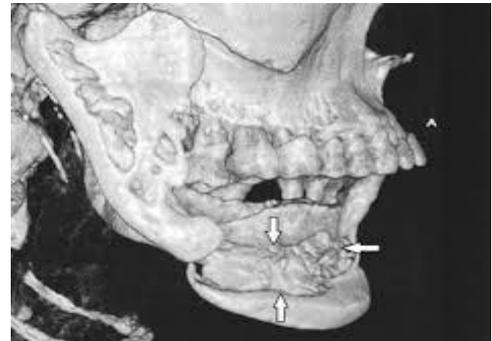


Figure 28 : Ostéo-radionécrose.⁵

La nécrose phosphorée :

Est définie comme une lésion de la muqueuse de la région maxillo-faciale mettant à nu l'os nécrosé, persistant depuis plus de 8 semaines et survenant chez un patient recevant ou ayant reçu des Bisphosphonates. Le patient ne doit avoir aucun antécédent de radiothérapie dans la région maxillaire et il ne doit pas y avoir de localisation métastatique au niveau de la zone d'ostéonécrose maxillaire.[49]



Figure 30 : Ostéonécrose phosphorée.[30]

2-4 Sinusites maxillaires d'origine dentaire

Les sinusites maxillaires d'origine dentaire sont des atteintes inflammatoires et/ou infectieuses [39] fréquentes [26] du sinus maxillaire.[39] Elles sont caractérisées par leur unilatéralité et leur installation progressive, consécutive de l'extension d'un foyer dentaire et évoluent habituellement sur un mode chronique

Le traitement des sinusites maxillaire nécessite une collaboration du médecin dentiste et de l'oto-rhino-laryngologiste.[26]

⁴<https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/la-fusee-arsenicale-dispose-toujours-dune-base-de-lancement-au-maroc.html>

⁵<https://www.idweblogs.com/chirurgie-orale/prise-en-charge-dune-osteonecrose-mandibulaire-1/>



Figure 32 : a. Carie dentaire, nécrose pulpaire et propagation intra sinusienne.

b. Infection parodontale et propagation intra sinusienne.[23]

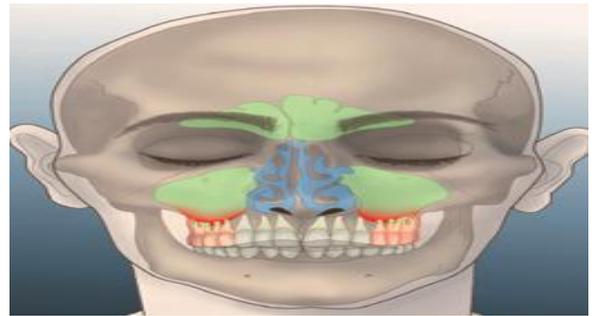


Figure 31 : Proximité des racines des dents postérieures avec le sinus maxillaire.[23]

Formes cliniques :

-Sinusite maxillaire aigue : [39]

Elle est rare.

- ✓ Signes cliniques : caractérisée par :
 - L'unilatéralité de l'infection
 - La fétidité de la rhinorrhée
 - Des douleurs dentaires
- ✓ Bilan radiologique :

L'incidence de Blondeau : confirmant une opacité unilatérale du sinus maxillaire.

L'orthopantomogramme et les clichés rétro alvéolaires : rechercher des lésions radiologiques d'origine dentaire. [26]

- ✓ Traitement : le principe du traitement est triple ;

-Traitement médical : une antibiothérapie, des anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens, des antalgiques....

-Traitement dentaire : consiste en l'extraction ou la conservation de la dent causale (traitement endodontique) sous couverture d'antibiotique

-Le traitement chirurgical : le drainage chirurgical réservé aux sinusites résistantes au traitement médical.[26]

-Sinusite maxillaire chronique :c'est la forme la plus fréquente et la plus difficile à diagnostiquer. Sa symptomatologie se résume à des signes fonctionnels atténués représentés par une rhinorrhée purulente postérieure associée à une sensation de pesanteur faciale.[26]

- ✓ Selon le germe responsable : on a,

➤ **Les sinusites mycosiques :**

Aspergillose : c'est une mycose due à la pullulation dans la cavité sinusienne d'un aspergillus devenu pathogène. Les facteurs favorisants sont représentés par la présence de pâte dentaire dans le sinus.[26]



Figure 33 : Sinusite maxillaire aigue. [21]

Actinomyose : ce syndrome s'accompagne d'une tuméfaction génienne à caractère infiltrant progressif avec fistulisations multiples ; l'atteinte initiale peut être un apex dentaire, d'où sourd un pus évocateur s'il contient des grains jaunes.[26]

-Sinusite avec communication bucco-sinusienne (CBS) :

Une communication bucco-sinusienne (CBS) correspond à la création d'un espace entre la cavité orale et le sinus maxillaire.



Figure 34 : Radio panoramique montrant une communication bucco-sinusienne après extraction [26].

Les dents maxillaires sont parfois localisées très près du sinus maxillaire, en contact étroit avec la paroi de ce dernier. Elles sont alors dites dents « sinusiennes » ou « antrales ». On distingue deux types de CBS: extemporanée et ancienne.

2-5 Les infections de la muqueuse buccale

Les stomatites : Le terme de stomatite est un terme générique signifiant « inflammation du stomodéum »⁶

ETUDE CLINIQUE : Pour l'étude clinique, nous nous baserons sur la classification étiologique en distinguant :

- Stomatites liées à un syndrome général.
- Stomatites liées à un état physiologique.
- Aftes et aphotoses.
- Affections dermatologiques et maladies bulleuses auto-immunes de la muqueuse buccale.
- Stomatites diverses.

2-5-1 Stomatites liées à un syndrome général :

Sida :

Les manifestations stomatologiques de l'infection par le VIH sont rencontrées à tous les stades et sont parfois révélatrices au syndrome. Parmi les infections les plus observées, on cite par ordre de fréquence : les infections mycosiques, les infections virales, les ulcérations.

⁶ Stomatites. MedeSpace. [En ligne] [Citation : 12 02 2020.]
http://www.medespace.fr/Facultes_Medicales_Virtuelles/les-stomatites/. + Page 1



Figure 35 : Candidose hyperplasique chez un patient atteint du VIH. [15]



Figure 36 : Ulcération importante d'un herpès récidivant (VIH).[15]

La syphilis :

On distingue schématiquement les syphilides secondaires planes non infiltrées, d'apparition précoce, comparables à la roséole et des syphilides secondaires infiltrées, papuleuses et papulo-ulcéreuses d'apparition tardive.



Figure 37 : Syphilis secondaire. [27]



La tuberculose : c'est généralement une ulcération superficielle associée à une adénopathie cervicale unilatérale et froide.

Les hémopathies : ces manifestations peuvent revêtir des aspects variés selon les affections considérées.

- Syndrome neutropénique : responsable d'ulcérations neutropéniques.
- Syndrome hémorragique.
- Syndrome anémique : caractérisé par une pâleur des muqueuses mais aussi parfois par une glossite dépillante.

Diabète :

Sur un tel terrain, les lésions sont polymorphes, traînantes et surtout plus sévères et délabrantes. Les lésions buccales, à type de parodontopathies, peuvent être observées ; mais aussi de complications muqueuses comme la perlèche, des aphtes, des glossites, des stomatites à candida albicans.



Figure 38 : Parodontite avancée chez une patiente diabétique type 2. [20]

2-5-2 Stomatites liées à un état physiologique :

Nourrisson et enfant :

Les stomatites du nourrisson et de l'enfant sont fréquentes et polymorphes en raison des caractéristiques biologiques particulières de la cavité buccale des premières années.

- Stomatite odontiasique : gingivo-stomatite érythémateuse et ulcéreuse, voire aphtoïde, évoquant la primo-infection herpétique.



Figure 39 : Stomatite odontiasique. [24]

- Stomatite virale ou vésiculeuse :

- Autres affections : L'herpangine, Le syndrome « pied-main-bouche », La varicelle, La rougeole.

- Stomatite à candida albicans où la forme habituelle est le muguet. C'est une stomatite érythémateuse sur laquelle apparaît un semis de grains blanchâtres adhérents.



Figure 40 : Primo-infection herpétique. [24]

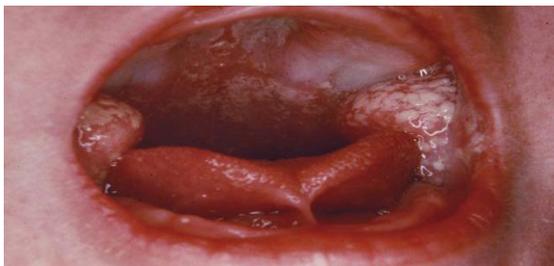


Figure 41 : Muguet buccal. [24]

Grossesse :

Pemphigoïde gravidique : lésions bullo-érosives au niveau de la muqueuse buccale surviennent dans 15% des cas des lésions cutanées.

La gingivite gravidique : c'est une gingivite à caractère hyperplasique avec saignements spontanés. Cette gingivite est très marquée entre le 3ème et le 5ème mois.

Vieillard :

Les candidoses : elles se manifestent à la faveur d'altération du milieu buccal,

Le zona : il résulte de la réactivation du virus varicelle-zona à la faveur de la détérioration de l'immunité cellulaire.

La glossite : c'est la langue lisse, dépapillée, le plus souvent érythémato-érosive.

2-5-3 Aptes et aaptoses:

C'est le motif le plus fréquent de consultation. Il faut rappeler que l'aphte est un symptôme, et l'aaptose une maladie. On classe les aaptoses selon 6 critères :

- le nombre.
- la taille.
- la durée.
- la fréquence.
- les facteurs déclenchants.
- les signes associés.

On décrit 5 formes d'aaptose.

Aaptose commune (vulgaire- simple- banale) :

Elle regroupe 1 à 3 éléments, de moins 1 cm de diamètre. Ces éléments disparaissent en 8 jours, et on note moins de 4 poussées par an.

Les facteurs déclenchant sont surtout alimentaires, le stress ou la fatigue....



Figure 42 : Aaptose commune.
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

Aaptose multiple :

On y retrouve plus de 3 éléments aapteux, de moins 1 cm de diamètre. Leur durée de vie est de 8 jours ; le patient rapporte moins de 4 poussées par an.

Aaptose miliaire : on compte de 10 à 100 2 éléments punctiformes.

Aaptose géante : les éléments sont moins de 3, mais ils ont un diamètre de plus 1 cm ; leur durée d'évolution est de plusieurs semaines.

Aaptose récidivante : la fréquence des poussées est de 2 à 3 par mois.



Figure 43 : Aaptose récidivante.
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

2-5-4 Stomatites allergiques :

Stomatite allergique de contact : lorsqu'elles sont diffuses, les lésions atteignent l'ensemble de la muqueuse et peuvent déborder sur les lèvres et le pharynx. Elles peuvent être localisées en regard d'un bridge par exemple, avec un aspect rouge de la muqueuse.

La toxidermie : c'est une réaction cutanée et /ou muqueuse secondaire, provoquée par l'introduction dans l'organisme de médicaments ou de substances chimiques par voie orale ou parentérale. Elle peut se présenter sous forme bulleuse, végétante lichénoïde ou aphtoïde.

2-3-5 Carences vitaminiques : peuvent être responsable de gingivite hyperplasique, hémorragique, ou ulcéreuse.

2-5-6 Maladies génétiques :

Fibromatose gingivale : c'est une hypertrophie généralisée de la gencive ferme, charnue, plus ou moins lobulée de couleur normale et d'aspect peu ou pas inflammatoire.



Figure 44 : Fibromatose gingivale.[19]

La Neurofibromatose – ou Neurofibrome multiple de la langue : elle se caractérise par des tâches café au lait. La langue, la gencive, et le palais sont les localisations les plus fréquentes.

2-5-7 Stomatites post-thérapeutiques :

Ostéo-radionécrose ou ostéo-chimionécrose des maxillaires.

2-5-8 Affections dermatologiques :

Le lichen plan buccal :

C'est une affection cutanéomuqueuse relativement commune, dont l'étiologie est mal connue. Il se manifeste, selon les circonstances, comme un réseau leucokératosique :

- en feuille de fougère.
- en nappes blanchâtres.
- en stries.

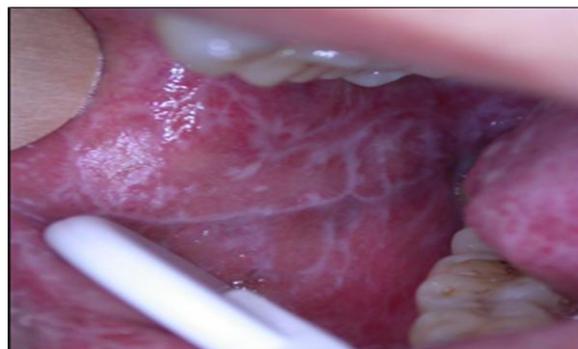


Figure 45 : Photographie illustrant un lichen plan réticulé de la face interne de la joue droite. [17]

Psoriasis buccal :

Le psoriasis est une dermatose chronique inflammatoire, rangée parmi les affections érythémato-squameuses.

Au niveau de la muqueuse buccale, le psoriasis est rarement diagnostiqué. Le diagnostic est le plus souvent histo-pathologique.

Le lupus érythémateux :

En bouche, les lésions sont sous forme de pétéchies, de petites phlyctènes hémorragiques, d'érosions punctiformes ou de petites ulcérations plus ou moins douloureuses, couvertes d'exsudats grisâtres et entourées d'une aréole érythémateuse.

2-5-9 Maladies bulleuses auto-immunes de la muqueuse buccale :

Les principales maladies auto-immunes atteignant la muqueuse sont :

- le pemphigus vulgaire,
- et la pemphigoïde cicatricielle.
- Erythème polymorphe.⁶

2-6 Les pathologies infectieuses et inflammatoires de l'articulation temporo-mandibulaire

Comme toute articulation, l'articulation temporo-mandibulaire peut être le siège des différents rhumatismes inflammatoires ou dégénératifs, dont la prise en charge ne diffère pas alors fondamentalement des atteintes rhumatologiques d'autres articulations.[32]

2-6-1 Arthrite septique :

Résulte de l'extension directe d'une infection adjacente ou d'une propagation hématogène de micro-organismes transportés par le sang. Elle peut être aiguë ou chronique.

2-6-2 Arthrite traumatique :

Elle se manifeste par une douleur avec sensibilité à la palpation et une limitation des mouvements.

Le traitement comporte des AINS, l'application de pansements chauds, un régime alimentaire semi-liquide et la limitation des mouvements de la mandibule.

2-6-3 Rhumatismes inflammatoires :

Elles sont assez fréquentes avec prédilection de la polyarthrite rhumatoïde.

Polyarthrite rhumatoïde :

Les signes cliniques : douleur, œdème et limitation des mouvements.

- Le diagnostic est évoqué par l'association d'une inflammation de l'ATM et d'une polyarthrite et est

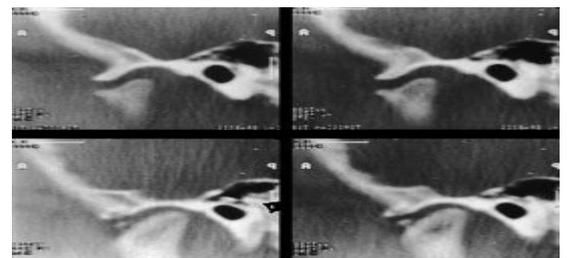


Figure 46 : Lésions de polyarthrite rhumatoïde.[32]

confirmé par d'autres signes caractéristiques de la maladie. [32]

La spondylarthrite ankylosante : est une maladie rhumatismale inflammatoire chronique touchant préférentiellement les structures axiales, rachis et os iliaque. L'articulation temporomandibulaire peut théoriquement être atteinte. [32]



Figure 47 : Lésions de spondylarthrite ankylosante. D : droite ; G : gauche.[32]

2-7 Les pathologies infectieuses et inflammatoires des glandes salivaires

Le terme de sialites regroupe l'ensemble des pathologies inflammatoires des glandes salivaires.

Si l'atteinte siège au niveau du parenchyme, il s'agit d'une **sialadénite**, si l'inflammation est surtout canalaire, comme dans la pathologie lithiasique, le terme consacré est plutôt celui de **sialodochite**. [3]

2-7-1 Les sialadénites infectieuses

L'infection est d'origine virales, bactériennes, mycosique voir parasitaire et peut évoluer sur un mode aigu ou chronique (parotidites récidivantes).[9]

Sialadénites virales :

Les infections salivaires d'origine virales sont le plus souvent bilatérales puisqu'elles proviennent d'une cause générale.

Sialadénites ourliennes (oreillons) :

-Parotidite virale épidermique (Oreillons) :

-Signes cliniques : Tuméfaction parotidienne douloureuse, d'abord unilatérale puis bilatérale, en 2 à 3 jours, rougeur à l'ostium du conduit parotidien ; sécheresse buccale, adénopathies et s'accompagne d'une fièvre, une malaise et des otalgies.

-Traitement :symptomatique :Antipyrétiques ; analgésiques.[9]

-**Autres sialadénites virales** : (le virus coxsackie, VIH, grippe,.....) peuvent être responsable d'une parotidite aiguë.[9]



Figure 48 : Photographie exobuccale d'une patiente présentant une sialadénite ourlienne. [9]

Sialadénites bactériennes pyogènes : unilatérales++

Il s'agit d'une infection causée habituellement par *Staphylococcus aureus* liée à une baisse du flux salivaire et de l'immunité.

-Signes cliniques : une tuméfaction douloureuse et inflammatoire de la région parotidienne, du pus sortant à l'ostium du conduit parotidien, fièvre.[9]

-Les formes cliniques : parotidites aiguës de l'adulte, parotidites récidivantes de l'enfant, parotidites chroniques de l'adulte. [3]



Figure 49 : Photographie endobuccale d'une parotidite aiguë suppurée. [9]

2-7-2 Les sialolithiases :

La présence d'une lithiase salivaire peut provoquer des complications infectieuses

Les sialolithiases sont très fréquentes et touchent les glandes salivaires principales, plus rarement les glandes salivaires accessoires.

La glande submandibulaire est la plus touchée (92%).[9]



Figure 51 : Photographie endobuccale d'une lithiase submandibulaire au niveau de l'ostium. [9]

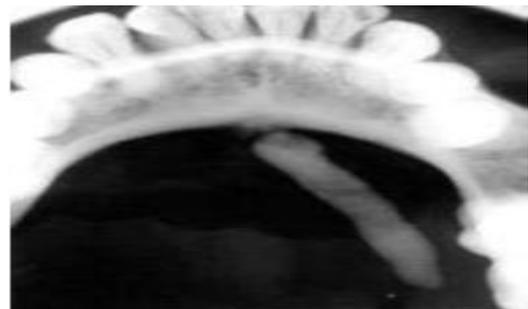


Figure 50 : Radiographie d'une lithiase submandibulaire. [9]

2-7-3 Les sialodochite :Elles correspondent aux l'infections d'un canal : whartonite.[9]

2-7-4 Les calcinose salivaires

Les parotides sont les glandes les plus fréquemment touchées.

Cliniquement, on retrouve les signes d'une sialadénite chronique, bilatérale, récidivante, simultanée ou alternante. Une tuméfaction glandulaire douloureuse et une salivation perturbée, parfois purulente.[9]

3-Pathologies traumatiques :

Sont des lésions fréquentes, impliquant une consultation d'urgence et une prise en charge précoce, nécessitant une surveillance périodique afin d'assurer la réussite thérapeutique.⁷

Plusieurs classifications ont été établies depuis les années 1950 pour ces pathologies, mais, actuellement la classification la plus communément admise est celle d'Andreasen (2007) (tableau 1) qui a repris et modifié celle proposée par l'OMS (1969). Elle a l'avantage d'être complète et d'inclure l'ensemble des tissus dento-faciaux durs et mous.^[40]

Tableau 1 : classification des traumatismes dento-faciaux proposée par Andreasen : [40]

Lésions des tissus durs	Lésions des tissus mous
<u>Atteintes dentaires :</u> <ul style="list-style-type: none">❖ Atteintes amélares❖ fractures coronaires non compliquées❖ fractures coronaires compliquées❖ fractures corono-radiculaires (compliquées ou non)❖ fractures radiculaires intra alvéolaires	<ul style="list-style-type: none">❖ Atteintes faciales❖ Atteintes labiales❖ Atteintes des freins labiaux❖ Atteintes muqueuses❖ Atteintes linguales
<u>Atteintes parodontales :</u> <ul style="list-style-type: none">❖ concussions❖ Subluxations❖ Luxations extrusives❖ Luxations latérales❖ Luxations intrusives❖ Luxations complètes : expulsions	
<u>Atteintes osseuses :</u> <ul style="list-style-type: none">❖ fractures comminutives de l'alvéole❖ fractures d'une paroi ou d'un procès alvéolaire❖ fractures des maxillaires	

3-1 Les lésions des tissus durs :

3-1-1 Atteintes dentaires :

3-1-1-1 Atteintes amélares :

Il s'agit d'une amputation partielle de l'émail en respectant la dentine.

Très fréquent au niveau des angles. [40]

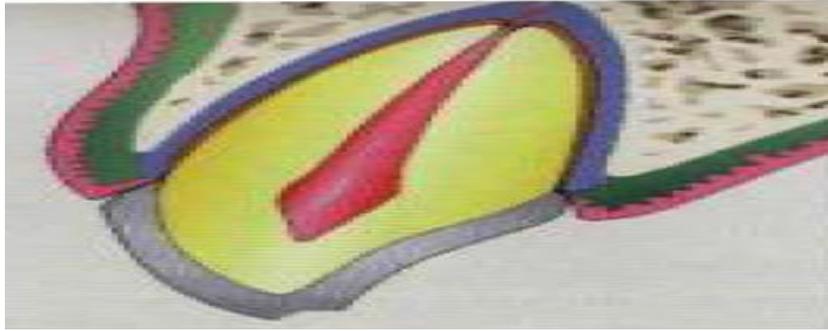


Figure 52 : Fracture amélaire.[6]

3-1-1-2 Atteintes coronaires non compliquées :

Consiste en une perte d'émail et de la dentine sans exposition pulpaire. Le trait de fracture peut être horizontal ou oblique.[40]

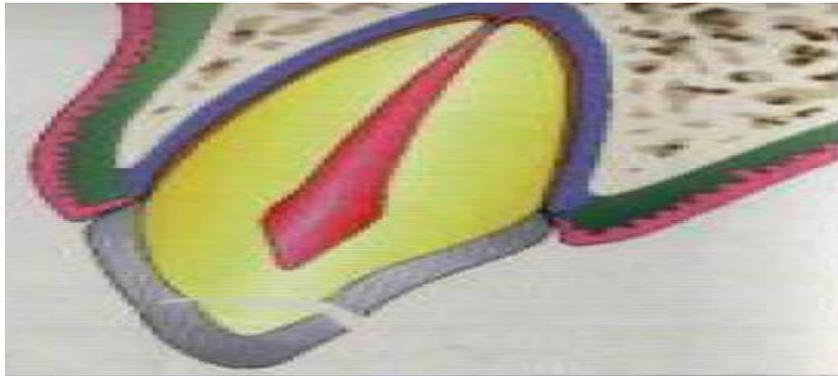


Figure 53 : Fracture coronaire sans exposition pulpaire.[6]

3-1-1-3 Fractures coronaires compliquées :

La pulpe est exposée dans ce cas. Le trait de fracture amélo-dentinaire peut être horizontal ou oblique.

Une dyschromie temporaire peut survenir.[40]



Figure 54 : Fracture coronaire avec exposition pulpaire.[6]

3-1-1-4 Fractures corono-radiculaires :Peuvent être :

*simples : sans atteinte pulpaire, elles sont rares.

*compliquées : avec atteinte du tissu pulpaire.[41]

Le trait de fracture amélo-dentinaire peut être oblique (donc cémentaire également) ou vertical.

La fracture est unique ou multiple.

Le fragment fracturé est perdu ou toujours attaché (et mobile).[40]



Figure 55 : Fracture corono-radulaire.[6]

3-1-1-5 Atteintes radiculaire intra-alvéolaires :

Horizontales ou obliques, pouvant être situées au 1/3 coronaire, médian ou encore apical.

Elles sont intra-alvéolaires pouvant éventuellement communiquer avec la cavité buccale.

Une luxation extrusive peut y être associée, toutefois l'aspect de la dent est souvent normal.

La gencive en regard de la dent traumatisée peut être tuméfiée.

Une dyschromie temporaire ou définitive (rouge ou grise) peut survenir.[40]



Figure 56 : Fracture radiculaire[6].

3-1-2 Atteintes parodontales :

3-1-2-1 Concussions (contusions) :

La dent est très faiblement mobilisée lors de ce type de trauma mais il n'y a pas de déplacement. La concussion peut passer inaperçue.

Présence possible de sang au collet.

Gene a la mastication.

Sensibilité à la percussion.[40]



Figure 57 : Concussion.[6]

3-1-2-2 Subluxations :

La mobilité de la dent dans le sens vestibulo-palatin est anormale et un petit saignement est notable au niveau du sulcus gingival.

Le patient se plaint d'une dent devenue plus longue et une gêne à la mastication. 7

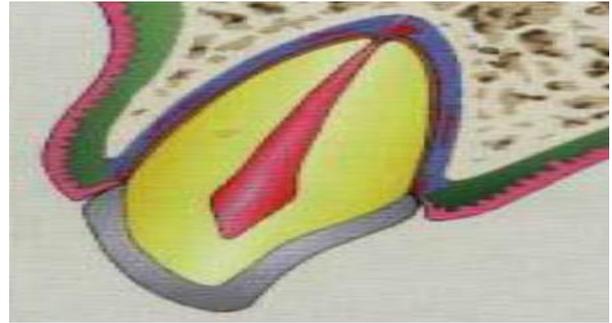


Figure 58 : Subluxations.[6]

3-1-2-3 Luxations extrusives (extrusions ou égression) :

Dans ce cas de luxation, le ligament desmodontal et le système neuro-vasculaire du tissu pulpaire sont sévèrement atteints.

A l'examen clinique, la dent se trouve déplacée hors de son alvéole.

La dent paraît plus longue que les adjacentes et présente une grande mobilité.

Les tests pulpaires immédiats sont souvent négatifs.

La radiographie montre une racine intacte et un élargissement ligamentaire plus au moins important de l'espace périapical.7

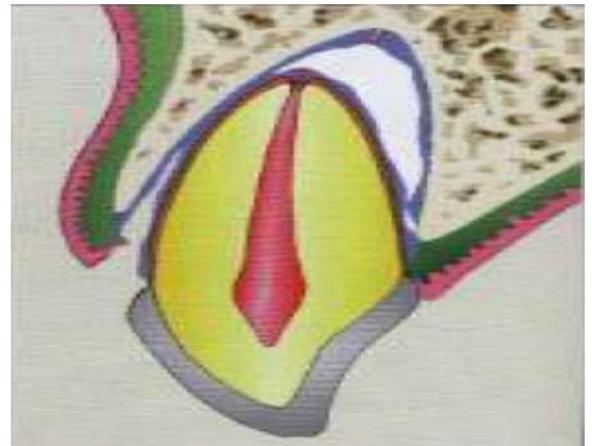


Figure 59 : Extrusion.[6]

3-1-2-4 Luxations latérales :

Elles touchent tous les tissus dentaires, parodontaux et osseux.

Elles entraînent un déplacement latéral de la dent, vestibulaire ou le plus souvent palatin/lingual, avec souvent une fracture alvéolaire associée.

La dent est souvent immobile dans cette nouvelle position car bloquée, d'où l'obtention d'un son métallique à la percussion.

L'occlusion peut être perturbée.[41]

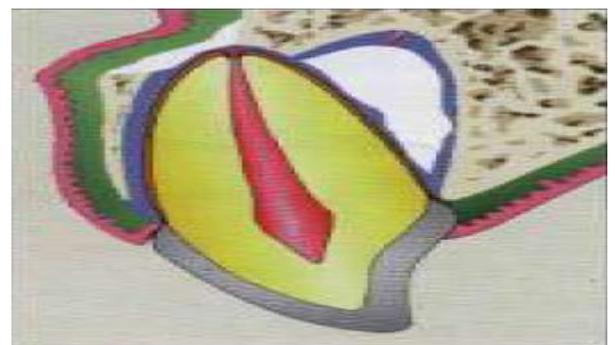


Figure 60 : Luxation latérale.[6]

3-1-2-5 Luxations intrusives (intrusions ou ingressions) :

La force du choc est telle qu'elle entraîne un déplacement axial de la dent, dent « enfouie », immobile dans cette nouvelle position, avec un son métallique à la percussion.

Les tests de sensibilité sont souvent négatifs.[41]

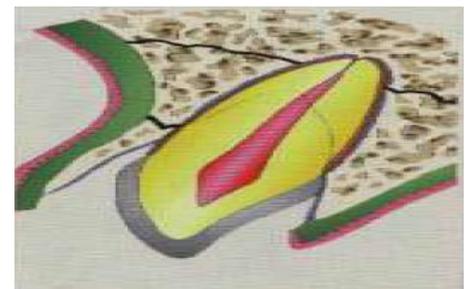


Figure 61 : Intrusion.[6]

3-1-2-6 Luxations complètes (expulsions ou avulsions) :

Elle est évidente, l'alvéole est vide. Le blessé tient la dent dans sa main ou l'a perdu.

L'examen clinique recherche une fracture de l'os alvéolaire qui contre-indique la réimplantation de la dent.⁷

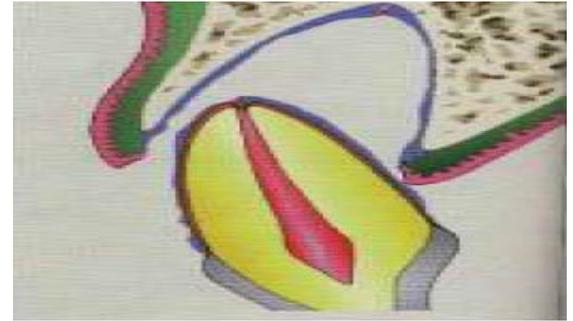


Figure 62 : Avulsion.[6]

3-1-3 Atteintes osseuses :

3-1-3-1 Fractures comminutives de l'alvéole :

La comminution de l'alvéole consiste en un écrasement de l'alvéole suite à une intrusion ou à une luxation latérale.

3-1-3-2 Fractures d'une paroi ou d'un procès alvéolaire :

Elles sont plus fréquentes dans la région antérieure et résultant le plus souvent d'un choc violent affectant plusieurs dents.

Les traumatismes dentaires souvent associés sont la luxation latérale et/ou l'expulsion et plus rarement les fractures radiculaires.⁷

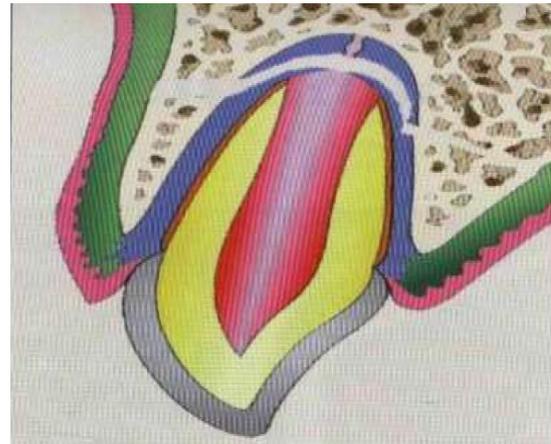
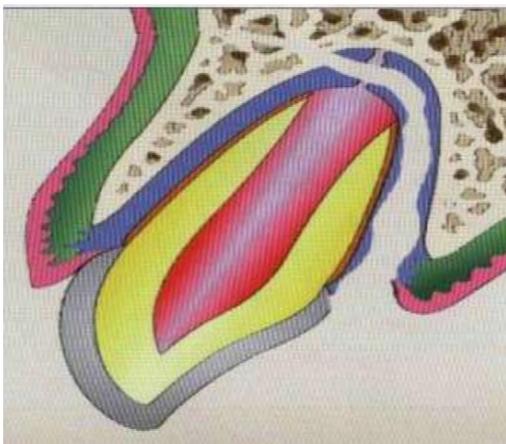


Figure 63 : Fracture de l'os alvéolaire.[6]

3-1-3-3 Fractures des maxillaires :

3-1-3-3-1 Fracture de la mandibule :

Fracture de la portion dentée et de la région angulaire :

Elle rassemble les fractures des régions symphysaires, des branches horizontales et de la région angulaire.

⁷ https://cours-examens.org/images/Etudes_superieures/Sciences_medicales/Annaba/3_annee_chir_dent/LES%20TRAUMATISMES%20ODONTAIRES%20ET%20ALVEOLO.pdf

page 5-7

Il s'agit des fractures ouvertes dont le traitement est urgent.

-Le traitement :

-Mise en route d'une antibioprofylaxie intraveineuse

-Patient laissé à jeun jusqu'à la prise de décision

➤ *En cas de fracture déplacée :*

-Traitement chirurgical : réduction et ostéosynthèse par voie ouverte (endobuccale le plus souvent ou, plus rarement, cutanée en cas de fractures complexes) sous anesthésie générale et intubation nasotrachéale (pour permettre le contrôle peropératoire de l'articulé dentaire).

-Traitement orthopédique : blocage mandibulo-maxillaire (« intermaxillaire ») au fil d'acier pendant six semaines, éventuellement réalisable sous anesthésie locale.

➤ *En cas de fracture non déplacée :*

Possibilité d'abstention thérapeutique (patient coopérant et motivé) ; mise en route d'une alimentation liquide et surveillance radiologique régulière pendant six semaines.[42]

Fracture de la région condylienne :

Elles sont considérées comme fractures fermées dont le traitement est de ce fait moins urgent que les fractures des portions dentées.

Elles regroupent des fractures de gravité et de pronostic très différents en fonction de leur localisation exacte (fracture condylienne par définition fracture intra articulaire, fractures sous condyliennes haute et basse), et de leur degré de déplacement (fracture non déplacée, fracture-luxation avec expulsion du condyle et la fosse mandibulaire) et de l'âge (enfant ou adulte).

-Formes cliniques :

Fractures bilatérales

Fractures bilatérales associées à une fracture du corps mandibulaire

Fracture avec pénétration intracrânienne du fragment condylien

Fracture survenant chez un patient édentée

Fracture associée à des troubles neurologiques (coma prolongé).[42]

Fracture du ramus mandibulaire :

Il s'agit des fractures survenant dans les zones non dentées, habituellement fermées, protégées par des masses musculaires situées de part et d'autre de la branche mandibulaire.[42]

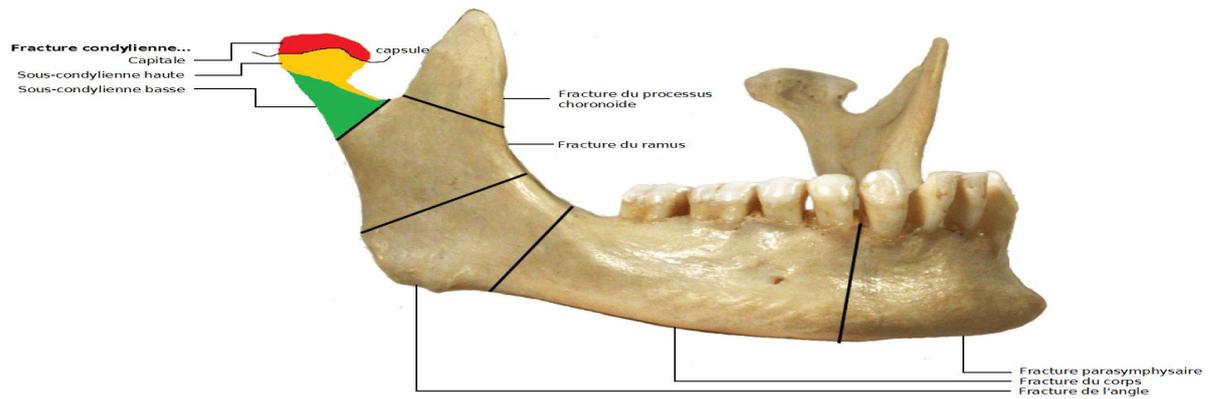


Figure 64 : Description des fractures de la mandibule ⁸

3-1-3-3-2 Fractures de l'étage moyen de la face :

Fractures sans répercussion sur l'articulé dentaire :

- Fracture zygomatiko-maxillaires
- Fractures isolées des parois de l'orbite, essentiellement du plancher de l'orbite
- Fractures des os propres du nez
- Fractures centro-faciales complexes (fractures du complexe naso-étmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire)

Fractures avec répercussion sur l'articulé dentaire :

- **Fracture de Le Fort I** : détache le plateau palatin du reste du massif facial
- **Fracture de Le Fort II** : détache de manière solidaire le plateau et la pyramide nasale du reste du massif facial.
- **Fracture de Le Fort III** : elle disjoint dans son ensemble le massif facial (maxillaire, os zygomatique, région nasale) de la base du crâne.

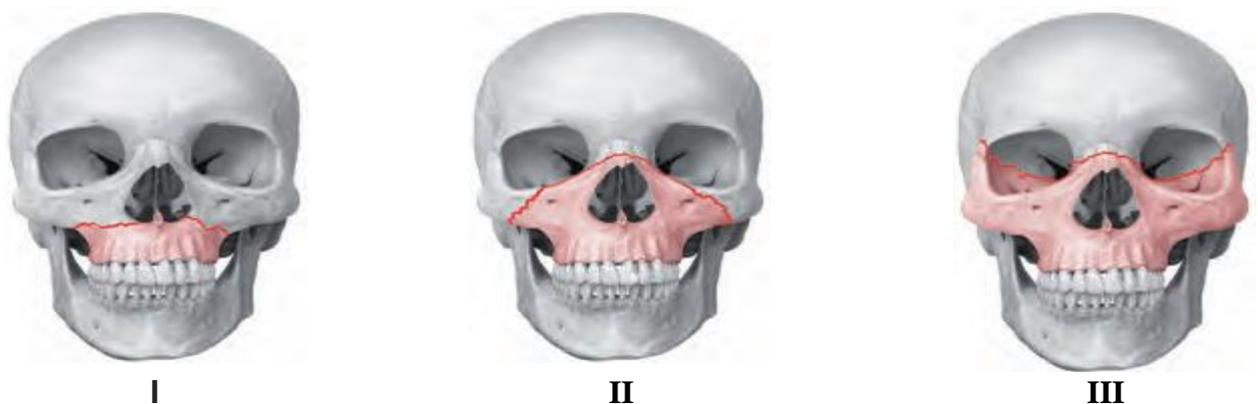


Figure 65 : Lignes de fractures de la partie moyenne de la face selon Le Fort.[22]

⁸ Description des fractures de la mandibule

3-1-3-3-3 Fracture frontale :

Elles se situent à la limite supérieure du massif facial et tirent leurs particularités de la présence sous-jacente du sinus frontal. [42]

3-2 Lésion des tissus mous :

3-2-1 Contusion de la face :

Les contusions se manifestent par une douleur, un œdème au point d'impact : lèvres, nez, paupières, joues. Les ecchymoses et les hématomes éventuellement associés ont tendance à diffuser le long des espaces cellulo-adipeux de la face et peuvent de ce fait être observés à distance du point d'impact initial. Elles peuvent entraîner une impotence fonctionnelle, avec un aspect figé du visage.

3-2-2 Plaies des parties molles :

Plaies muqueuses : Une sialorrhée réactionnelle est habituelle, surtout chez l'enfant.

Plaies péri-orificielles (lèvres, paupières, narines, oreilles) : Elles vont de la plaie superficielle uniquement cutanée ou muqueuse à la plaie transfixiante

Plaies cutanées de la face : elles peuvent être superficielles ou profondes, franches ou contuses.

Morsure : Le mordeur est plus souvent un chien.

Dermabrasions : Dues à des lésions de râpage, elles sont superficielles et ne dépassent pas le derme ; perte localisée de l'épiderme.

Corps étrangers :

Les corps étrangers doivent être systématiquement recherchés au sein des plaies (éclats de verres, corps étrangers végétaux ou minéraux) et puis retirés. [42]



Figure 66 : Plaie de la gencive.
(Service de pathologie bucco-dentaire
CHU Tizi Ouzou)

4-Pathologie tumorale

- ✓ Si une hypertrophie des tissus mous semble être une tumeur, le clinicien doit ensuite déterminer si l'hypertrophie est bénigne ou maligne.

-**Les tumeurs bénignes** sont généralement mieux définies ou circonscrites et présentent un rythme de croissance plus lent, mesuré en mois et en années, que les néoplasmes malins.

-**Les néoplasmes malins** sont plus susceptibles d'être douloureux et provoquent des ulcérations de l'épithélium sous-jacent que les lésions bénignes. Puisque les néoplasmes malins envahissent ou infiltrent les muscles, les nerfs, les vaisseaux sanguins et les tissus conjonctifs environnants, ils se fixent ou adhèrent aux structures qui les entourent pendant la palpation.⁹

- On distingue selon la localisation, les tumeurs de la muqueuse buccale ; les tumeurs maxillo-Mandibulaires et les tumeurs des glandes salivaires

4-1 Les pathologies tumorales de la muqueuse buccale

Les tumeurs des tissus mous se caractérisent par leur persistance et leur progressivité ; elles ne se résorbent pas sans traitement. En règle générale, elles ne sont pas douloureuses aux premiers stades de leur développement, et leur rythme de croissance va de quelques semaines à quelques années.⁹

4-4-1 Tumeurs bénignes :

Les tumeurs épithéliales vraies :

Les tumeurs bénignes de l'épithélium squameux sont fermes, non sensibles, de couleur blanche à brune, et présentent une surface rugueuse, en chou-fleur ou verruqueuse. Elles sont fixées à la muqueuse de surface.

Les papillomes, les verrues et les condylomes sont des excroissances causées par le *papillomavirus humain*.

- Le papillome : (papillome spinocellulaire) est une hypertrophie épithéliale bénigne causée par une infection au *papilloma virus human*.

Il est ferme, non douloureux et pédiculé. Il présente une surface rugueuse, blanche, en chou-fleur ou verruqueuse, avec de nombreuses excroissances en forme de doigts.



Figure 67 : Papillome.⁹

- La verrue vulgaire : est une hypertrophie épithéliale bénigne de la peau et des muqueuses causée par le *papilloma virus human*.

⁹<https://www.dentalcare.ca/fr-ca/formation-professionnelle/cours-de-formation-continue-en-soins-dentaires/ce110> page 5, 23,24,28

Elle est asymptomatique, exophytique et présente une large base.

La surface est blanche, rugueuse et verruqueuse.

Les verrues peuvent contaminer d'autres parties du corps par auto inoculation.

- Le condylome acuminé : est une hypertrophie verruqueuse des tissus mous causée par *le papillomavirus humain*.

Il entraîne souvent de multiples lésions. 9



Figure 68 : Condylome acuminé.⁹

- Kératoacanthome : il siège sur la lèvre inférieure à la jonction cutanéomuqueuse.

Après une croissance rapide en 15 jours, il reste stationnaire puis guérit.¹⁰

Les tumeurs conjonctives :

Les tumeurs mésoenchymateuses bénignes se caractérisent cliniquement comme des hypertrophies des tissus mous bien circonscrites, persistantes, à croissance lente et non sensibles.

Le fibrome d'irritation, l'épulis fissuratum et le fibrome ossifiant périphérique sont des excroissances de tissu conjonctif fibreux.

- Fibrome d'irritation : est une hypertrophie réactionnelle courante des tissus mous liée à une irritation chronique ou à un traumatisme. Il se présente le plus souvent sous la forme d'une hypertrophie exophytique en forme de dôme qui peut être ferme ou compressible à la palpation. La muqueuse recouvrant la lésion peut être normale ou ulcérée par un traumatisme. Il apparaît le plus souvent sur la muqueuse labiale et buccale.



Figure 69 : Fibrome d'irritation.⁹

- L'épulis fissuratum (hyperplasie fibreuse inflammatoire) : est une hyperplasie des tissus conjonctifs denses causée par une irritation chronique engendrée par le collet d'une prothèse. Il se manifeste par une hypertrophie dans le vestibule. Une fissure apparaît souvent dans la



lésion, correspondant à l'emplacement du collet de la prothèse.

Figure 70 : Epulis fissuratum.⁹

¹⁰<https://fr.slideshare.net/mohammedsadek/tumeur-de-la-cavit-buccalepage-25>

- Le fibrome ossifiant périphérique (fibrome périphérique) : est une hypertrophie réactionnelle des tissus mous causée par des cellules du ligament parodontal.

Il se situe toujours sur la gencive ou la muqueuse alvéolaire attachée, est souvent ulcéré et peut être rouge ou présenter une couleur de muqueuse normale.⁹



Figure 71 : Fibrome ossifiant périphérique.⁹

Autres tumeurs :

- ✓ **Les tumeurs musculaires :** Léiomyomes, Rhabdomyomes.
- ✓ **Tumeurs nerveuses :** Schwannome ou neurinome, Le neurofibrome.
- ✓ **Les tumeurs vasculaires :** Angiomes, Les hémangiomes.
- ✓ **Ostéome des tissus mous :** c'est une tumeur dure, bien limitée sans signes fonctionnels recouverte d'une muqueuse fine et lisse, sa taille est de 0,5 à 2 cm de diamètre.⁹

4-1-2 Tumeurs malignes :

- Le carcinome épidermoïde est le sous-type histologique le plus fréquent et représente plus de 95 % des cancers de la cavité buccale (CCB).
- Les principaux facteurs de risques sont l'intoxication alcoolo-tabagique mais également les lésions dites précancéreuses.
- Les principales localisations des cancers de la cavité buccale (CCB):

-La langue mobile qui totalise 20 à 30% des cas.

-Le plancher buccal est la seconde localisation la plus fréquente et représente 20 à 30% des CCB.

- Le plan traitement des CCB est décidé de façon collégiale en réunion de concertation pluridisciplinaire après réalisation d'un bilan clinique, radiologique et endoscopique.
- La chirurgie, la radiothérapie ou encore la chimiothérapie font partie de l'arsenal thérapeutique possible.
- Le pronostic dépend principalement de la résecabilité de la tumeur ainsi que des comorbidités du patient pouvant limiter les possibilités de traitement.
- Souvent diagnostiqués à un stade tardif, le pronostic de ces tumeurs reste mauvais malgré les progrès thérapeutiques et les efforts croissants de prévention.^[28]
- On distingue :

Le carcinome à cellules squameuses :

Il se manifeste par une masse tumorale indurée fixée aux structures qui l'entourent.

Il est souvent ulcéré et peut être douloureux. Il peut s'accompagner de lymphadénopathie cervicale correspondant aux lésions de métastases.

Le carcinome verruqueux :

Est une variante à évolution lente du carcinome à cellules squameuses.

La lésion présente une surface rugueuse et verruqueuse, généralement asymptomatique.

Les lymphomes :

Regroupent divers néoplasmes malin des lymphocytes et de leurs précurseurs.

Ils forment des masses cancéreuses fermes et se développent généralement dans les tissus lymphoïdes.

Les lymphomes se répartissent entre la maladie de hodgkin et les lymphomes non hodgkiniens.

- La maladie de hodgkin se présente le plus souvent dans la région de la tête et du cou, avec une augmentation persistante et progressive des ganglions lymphatiques cervicaux et supra claviculaires.
- Les lymphomes non hodgkiniens comprennent de nombreuses lésions différentes qui peuvent apparaître dans les ganglions lymphatiques ou ailleurs.



Figure 72 : Lymphome.9

Carcinomes métastasiques :

Les néoplasmes dont les métastases atteignent la cavité buccale ne représentent que 1% de tous les cancers buccaux, et ces tumeurs se trouvent beaucoup plus fréquemment dans les os de la mâchoire que sur les tissus mous de la bouche.

Les carcinomes métastasiques se trouvent le plus souvent sur la gencive et la langue.⁹

Les sarcomes :

Les sarcomes peuvent apparaître sur les tissus mous ou dans l'os.

Citons par exemple **le fibrosarcome**, **le rhabdomyosarcome** (lié aux muscles squelettiques) et le **léomyosarcome** (lié aux muscles lisses).

Les sarcomes représentent généralement une croissance rapide, sont mal circonscrits, infiltrants et entraînent l'ulcération des tissus de surface.

Les mélanomes :

Sont relativement rares dans la cavité buccale.

Ils sont abordés dans la section sur les lésions de surface pigmentées localisées.⁹



Figure 73 : Carcinome épidermoïde de la gencive maxillaire (A), de la gencive mandibulaire (B) et du palais dur (C).[28]

4-2 Les tumeurs des maxillaires

4-2-1 Les tumeurs bénignes :

- ✓ Généralement, ces tumeurs sont au dépend des éléments du système dentaire et sont appelées **tumeurs odontogènes**. Plus rarement, ce sont des tumeurs osseuses à proprement parler, dites alors **tumeurs non odontogènes**.
- ✓ Les classifications sont complexes, basées sur une histogénèse encore mal comprise, car la rareté de ces lésions ne permet pas l'étude de grandes séries. [43]

Les tumeurs bénignes d'origine dentaire : (Odontogènes)

- Les tumeurs épithéliales d'origine dentaire :

Les améloblastomes : sont des tumeurs qui dérivent des améloblastes (cellules de l'émail).

Ces améloblastes ont perdu leur capacité à fabriquer de l'émail.[21]

Relativement rare, 1% de toutes les tumeurs des maxillaires. [44]



Figure 74 : Radiographie panoramique montrant un améloblastome de type infiltrant. [34]

Les autres tumeurs épithéliales d'origine dentaire : elles sont habituellement diagnostiquées sur l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire,

On trouve :

- Tumeur odontogène adénomatoïde.
 - Tumeur épithéliale odontogène calcifiée (tumeur de pindborg).
 - Tumeur odontogène épidermoïde.
 - Tumeur odontogénique à cellules claires.[43]
- Les tumeurs mésodermiques d'origine dentaire : on distingue
 - Fibrome odontogénique.
 - Myxome (myxome odontogénique, fibromyxome).
 - Cémentoblastome bénin (cémentoblastome, cémentome vrai). [43]



Figure 75 : Photographie endobuccale d'un cémentoblastome.[25]



Figure 76 : Photographie endobuccale d'un myxome odontogénique.[25]

- Les tumeurs épithéliales et mésenchymateuses d'origine dentaire :

Les plus fréquentes tumeurs de ce type sont les **odontomes**, on distingue :

- Fibrome améloblastique.
- Fibro-dentinome améloblastique (dentinome).
- Fibro-odontome améloblastique.
- Odontoaméloblastome.
- Odontomes complexe et composée.
- Kyste odontogénique calcifiée. [43]

- Kystes odontogènes :

- Kystes inflammatoires (Kyste radiculo-dentaire, kyste latéral, kyste résiduel).

Les kystes inflammatoires sont les plus fréquents.

À l'occasion d'une infection dentaire, **un granulome apical** se forme à l'apex d'une racine : il s'agit d'une prolifération épithéliale réactionnelle sous l'aspect d'une petite image radioclaire.[21]



Figure 77 : Radiographie rétro alvéolaire révélant un kyste radiculo-dentaire en rapport avec les racines des 31 et 32.¹¹

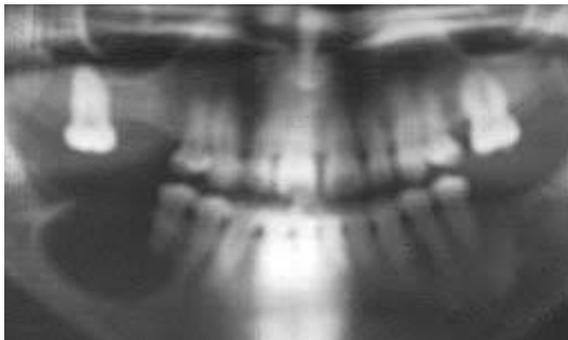


Figure 78 : Radiographie panoramique montrant la présence d'un kyste latéro-radicaire en rapport avec les racines des 44 et 45.¹¹



Figure 79 : Radiographie panoramique révélant la présence d'un kyste résiduel maxillaire.¹¹

¹¹I. BENYAHYA, F. BOUACHRINE. 2002. aspects cliniques et anatomopathologiques des kystes odontogènes.<https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/aspects-cliniques-et-anatomopathologiques-des-kystes-odontogenes.html>.

- Kyste folliculaire (kyste dentigère ou péricoronaire).

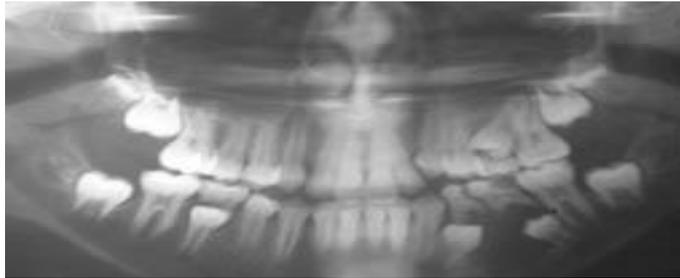


Figure 80 : Radiographie panoramique montrant un kyste folliculaire en rapport avec les racines des molaires temporaires cariées et englobant les germes des 34 et 35.¹¹

- Kératokyste odontogénique (kyste épidermoïde).
- Kyste périodontal latéral.
- Kyste glandulaire odontogénique, kyste sialo-odontogénique. [43]

Les tumeurs bénignes d'origine non dentaire : (non odontogène)

- Tumeurs ostéoformatrices :
 - Ostéome vrai.
 - Torus palatin.
 - Ostéome ostéoïde.
 - Ostéoblastome.
- Tumeurs fibroblastiques :
 - Fibrome cémento-ossifiant.
 - Fibrome desmoïde.
 - Dysplasie fibreuse.
- Tumeurs ostéolytiques :
 - Granulome réparateur.
- Tumeurs cartilagineuses :
 - L'ostéochondrome. (exostose). [43]

4-2-4 Les tumeurs malignes :

Les tumeurs malignes d'origine dentaire : (odontogène)

Il s'agit du carcinome et du sarcome odontogénique, ces tumeurs sont exceptionnelles. [21]

Les tumeurs malignes d'origine non dentaire :

- Les sarcomes ostéogéniques (ostéosarcomes) :

Il s'agit de tumeurs primitives de l'os dont les cellules tumorales élaborent du tissu osseux ostéoïde.

On distingue :

- Le chondrosarcome.
- Le fibrosarcome osseux.
- Les tumeurs d'Ewing.

➤ Les hématosarcomes :

-La maladie de hodgkin et le lymphome malin peuvent intéresser l'os, donnant des images de type perméatif.

Un cas particulier est représenté par le **lymphome de Burkitt**, avec ces larges zones d'ostéolyse, avec rupture des corticales et présence de spicules osseux perpendiculaires au périoste.

-Les **myélomes multiples** (maladie de Kahler) peuvent réaliser de volumineuses tumeurs. [21]

4-3La pathologie tumorale salivaire

- ✓ Les tumeurs des glandes salivaires représentent 5à10% des tumeurs de la tête et du cou.[45]
- ✓ Environ 2/3 des tumeurs des glandes salivaires sont bénignes et 1/3 sont malignes.[35]
- ✓ Elles sont en grande majorité des tumeurs de la glande parotide et évoluent sous forme de nodule de la loge parotidienne (environ 80%) et la glande sub-mandibulaire (10 à 15%)
- ✓ la glande sublinguale et les glandes salivaires accessoires sont rarement touchées (5 à 10%).
- ✓ Les tumeurs extra salivaires et les pseudotumeurs sont exceptionnelles.[3]

4-3-1 Les tumeurs bénignes : (adénomes)

Epithéliales :

Adénomes pléomorphes :c'est la tumeur salivaire la plus fréquente, représentant 80% des tumeurs parotidiennes et 70 à 80% de toutes les tumeurs bénignes de l'ensemble des glandes salivaires.

Elles s'observent à tout âge, mais touche plus volontiers la femme et plus souvent la femme d'âge moyen entre 30 et 40 ans.

L'examen révèle une tuméfaction unilatérale de la loge parotidienne, arrondie, de consistance variable (dure, élastique ou inhomogène, bosselée); plus ou moins mobile par rapport au plan profond, il n'y a pas d'atteinte sensitive ou motrice, pas d'adénopathie associée, pas de douleur spontanée ou provoquée. [46]



Figure 81 : Photographie exobuccale d'un adénome pléomorphe de la parotide droite.[9]

Adénomes monomorphes : caractérisé par une seule population cellulaire.

Myoépithéliome : rare, qui atteint surtout la parotide et les glandes salivaires accessoires palatines. [3]

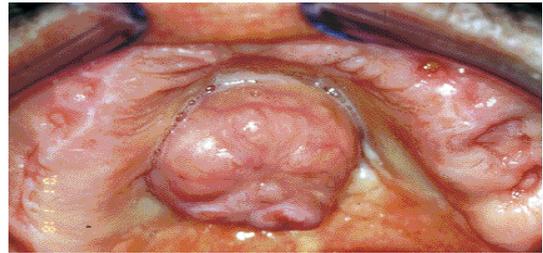


Figure 82 : Tuméfaction palatine d'implantation sessile recouverte d'une muqueuse saine (myoépithéliome).[31]

Non épithéliale: Elles sont, d'origine,

Nerveuse : le schwannome, neurinome du nerf facial, neurofibromes;

Vasculaire : hémangiome ou lymphangiome kystique de l'enfant;

Graisseuse : lipome intra parotidien, lipome du plancher buccal. [3]



Figure 85 : Schwannome.[3]



Figure 84 : Lymphangiome.[3]



Figure 83 : Lipome du plancher buccal.[3]

4-3-2 Les tumeurs malignes

- ✓ Le diagnostic de tumeur maligne doit être évoqué devant les critères de malignité.
- ✓ La confirmation est histologique en extemporané.
- ✓ Le traitement associe chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie. [46]
- ✓ Six sous-types représentent plus de 80 % des tumeurs: le carcinome muco-épidermoïde, le carcinome adénoïdes kystiques, le adénocarcinome sans autre indication, le carcinome à cellules acineuses, le carcinome ex-adénome pléomorphe et le adénocarcinome polymorphe de bas grade. [35]

○ **Carcinome muco-épidermoïde : tumeur à double contingent cellulaire**

- **Tableau clinique** : C'est le sous-type le plus fréquent, notamment chez les enfants. Il représente entre 3 et 10 % des tumeurs salivaires et 29 % des tumeurs malignes des glandes salivaires.

Le carcinome muco-épidermoïde est la tumeur maligne la plus fréquente dans la parotide et la seconde tumeur par ordre de fréquence de la glande sub-mandibulaire.

Elle se révèle par une masse intra parotidienne, dure et douloureuse, souvent associée à une paralysie faciale (10% des cas). Les infiltrations périneurales sont fréquentes ainsi que les métastases ganglionnaires (45% des cas) dans les tumeurs de haut grade.

- Prise en charge : Le traitement chirurgical est de rigueur, par exérèse non conservatrice du nerf facial élargie à la peau si nécessaire. Un curage ganglionnaire cervical est indispensable. La radiothérapie complémentaire est systématique
- **Le carcinome adénoïde kystique (cylindrome) : tumeur à double contingent cellulaire**
- Tableau clinique : Il représente environ 10% des tumeurs épithéliales malignes des glandes salivaires. (second type de tumeur maligne)

Les localisations préférentielles sont la glande parotide (50 à 60%), la glande sub-mandibulaire (12 à 30%), les glandes salivaires accessoires (20 à 30%), et la glande sub-linguale (4 à 6%).

Il s'agit le plus souvent d'une masse arrondie de croissance lente, unique, mobile, souvent accompagné de douleurs, de paresthésies (20%) et de paralysie faciale (30%). La douleur quand elle est présente traduit l'infiltration périneurale.

Des adénopathies cervicales homolatérales sont possibles.

-Sur le plan histologique, il s'agit d'une tumeur constituée de **deux types cellulaires** :

Les cellules épithéliales et les cellules basales/myoépithéliales

- Prise en charge : L'exérèse chirurgicale tout en tentant de conserver le nerf facial et ses branches suivies de radiothérapie en est le traitement standard.



Figure 86 : Carcinome muco-épidermoïde.⁹



Figure 87 : Le carcinome adénoïde kystique.^[3]



Figure 88 : : Photographie endobuccale d'un carcinome à cellules acineuses du versant muqueux de la lèvre supérieure.^[9]

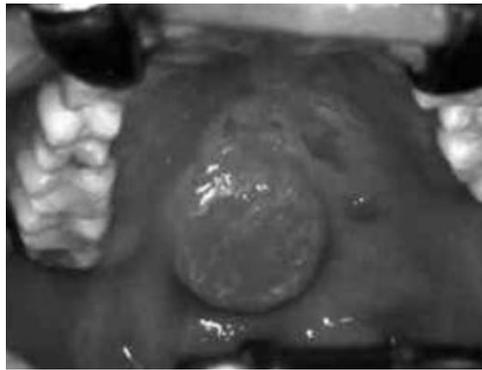


Figure 89 : Adénocarcinome polymorphe de bas grade.⁹



Figure 90 : Photographie endobuccale d'un carcinome (haut grade) développé sur adénome pléomorphe au niveau du palais.^[35]

5-Autres pathologies :

5-1 Dysfonctionnement de l'appareil manducateur (DAM)

Il s'agit d'une articulation synoviale, paire et symétrique, fonctionnant en synergie l'une par rapport à l'autre et qualifiée de diarthrose bi condylienne. L'une ne peut fonctionner sans l'autre et le dysfonctionnement d'une ATM peut retentir sur l'autre.

Elle réalise environ 2000 mouvements quotidiens et permet d'assurer les fonctions de déglutition, mastication, phonation, bâillement, divertissement, etc. [13]

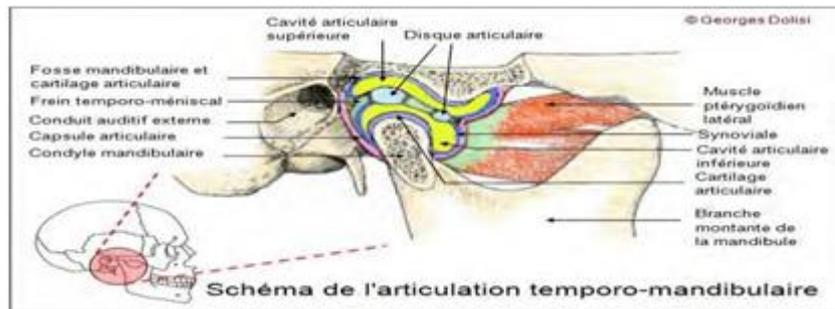


Figure91 : L'articulation temporo-mandibulaire.[13]

L'articulation temporo mandibulaire est une articulation hautement adaptative ; les dysfonctions de l'appareil manducateur (DAM) surviennent quand ses capacités d'adaptation sont dépassées.

Il est désormais admis que les DAM sont des pathologies d'étiologie multifactorielle, conjuguant problèmes d'occlusion, para-fonctions, troubles de posture, dyspraxies oro-faciales et stress.[47]

5-1-1 Symptomatologie : Les principaux signes et symptômes relatifs aux DAM :

La douleur :

Les douleurs peuvent être de différents types, **chroniques, aiguës, localisées, à distance, d'origine musculaire, d'origine articulaire.**[4]

Les bruits articulaires :[4]

Les bruits articulaires sont très fréquents et sont souvent à l'origine de consultations.

Ils peuvent être **discrets** et audibles uniquement par le patient ou **plus intenses** et dans ce cas audibles par l'entourage.

- **Le craquement** est un bruit sec et net qui correspond à la re-coaptation disco-condylienne lors des mouvements centrifuges et à la désunion du complexe condylo-discal lors des mouvements centripètes. Ils sont généralement présents dans les désunions condylo-discales réductibles.
- **Le crépitement** est un bruit plus long qui est comparable à celui du papier de verre. Il est généralement dû aux frottements de surfaces osseuses dénudées de leur cartilage, ou de frottements de surfaces cartilagineuses remodelées et très irrégulières.
- **Un claquement en grande ouverture** correspondant au passage de l'éminence temporale par le condyle mandibulaire lors de subluxation ou des bruits multiples.

Perturbation des mouvements mandibulaires :

Elle touche plusieurs facteurs qui sont **l'amplitude, la direction et la forme du trajet d'ouverture**.

➤ Limitation de l'ouverture buccale :

Il peut s'agir d'une limitation aigüe, passagère (trismus) ou d'une limitation fixée, permanente (constriction permanente des mâchoires).

Il faut distinguer les limitations d'ouverture buccale d'origine infectieuses, traumatiques ou tumorales de celles d'origine dysfonctionnelles.

L'ouverture maximale moyenne se situe autour de 45 et 50mm mais on la considère comme **limitée** si elle est inférieure à **35mm**, celle-ci peut également être augmentée et on la considère comme tel au-delà de 50mm.[10]



Figure 92 : Diminution marquée de l'ouverture buccale.[10]

Les anomalies de la cinématique mandibulaire :

Il existe aussi une modification du trajet d'ouverture avec soit **une déviation et une ouverture en baïonnette** soit **une déflexion mandibulaire et une ouverture rectiligne déviée**. [4]



Figure 93 : Limitation d'ouverture buccale.
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU
Tizi Ouzou).

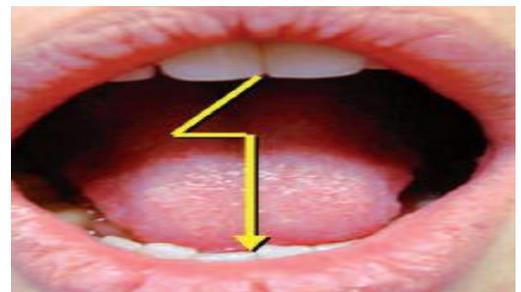


Figure 94 : Ouverture avec déviation.[4]

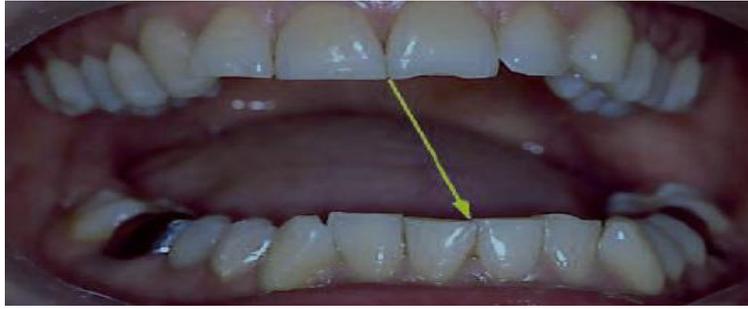


Figure 95 : Ouverture avec déflexion.[4]

5-1-2 Classification : Elles peuvent être séparées en deux grandes familles :

Dysfonctionnements musculaires :

Ils sont fréquemment rencontrés et génèrent le plus souvent des douleurs et des troubles de la cinématique mandibulaire.

Dysfonctionnements articulaires :

Les DAM articulaires sont liés à l'anomalie de position ou de structure de l'un des éléments anatomiques de l'articulation et sont classées en quatre catégories :

- Anomalie du complexe condylo-discal.
- Incompatibilité des surfaces articulaires.
- L'inflammation (arthrite).
- Atteinte dégénérative des surfaces articulaires (arthrose). [4]

5-2 Adénopathies cervico-faciales :

Une adénopathie est une augmentation du volume des ganglions lymphatiques (lieu de prolifération et de différenciation des cellules immunitaires) dont la découverte peut conduire à des diagnostics très variés.

Le volume d'un ganglion lymphatique peut augmenter au cours des pathologies infectieuses, néoplasiques, inflammatoires, allergiques, ou métaboliques.

Les adénopathies sont le plus souvent en cause dans les tuméfactions latérales du cou. Il est donc important est de ne pas errer en cas d'adénopathie de nature maligne.

- Les démarches diagnostics devront permettre de déterminer si les adénopathies sont :

- Locales, régionales, ou générales.
- Isolées ou multiples.
- Superficielles ou profondes.
- Récentes ou anciennes.
- Aiguës ou chroniques.
- Bénignes ou malignes.[46]

- Elles peuvent avoir plusieurs origines : infectieuse (abcès dentaire, tuberculose), systémique (sarcoïdose, tumorale (lymphome)....



**Figure 96 : Une adénopathie sous-maxillaire
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).**

5-3 Pathologie de la crase sanguine :

Un risque hémorragique peut être lié à un trouble soit de l'hémostase primaire, soit de la coagulation, voire des deux. Comme le risque infectieux, il peut être induit par des traitements ou des pathologies.

- L'hémostase primaire peut être perturbée par : les traitements antiplaquettaires, les thrombopénies, les thrombopathies et la maladie de Willebrand ;
- La coagulation peut être perturbée par : les traitements anticoagulants, une leucémie, une hémophilie, une insuffisance hépatique, ou un déficit congénital en facteurs de
- Coagulation. [48]



Figure 97 : Bulle hémorragique linguale, purpura pétéchiial du voile du palais et quelques pétéchiees linguales.[8]

Évaluation du risque hémorragique :

Le risque hémorragique sera en premier lieu évalué lors de l'anamnèse et de l'examen clinique. Certains signes comme un purpura, des pétéchiees, des hématomes laissent supposer qu'il existe un trouble de l'hémostase.

D'autres facteurs comme le degré d'inflammation gingivale et la compliance du patient devront également être pris en compte.

Des examens biologiques permettront de compléter cette première évaluation :

- Hémostase primaire : numération de formule sanguine (NFS), et dosage des plaquettes. Un taux de plaquettes normal est compris entre 150000 et 400000/mm³.
- Coagulation : l'évaluation est basée sur des tests comme le taux de prothrombine (TP) normalement compris entre 70 et 100%, et le temps de céphaline activé (TCA), normalement situé autour de 32 secondes.
- L'Index Normalized Ratio (INR) permet l'évaluation de la coagulation chez les patients traités par anti-vitamine K (AVK). Un INR au-delà de 3 augmente le risque hémorragique.[48]



Figure 98 : Gingivorrhagie spontanée chez un hémophile. [8]

- Il existe différents « niveaux » et divers moyens d'hémostase, allant de la simple compression à la prise de médicament.

Le choix doit se faire en adéquation avec le risque hémorragique, et les recommandations en vigueur.

Les moyens d'hémostase locaux extrinsèques :

- Compresse simple ou iodoformée pliée, maintenue serrée sur la plaie, pendant 20-30 minutes.

Les moyens d'hémostase locaux intrinsèques :

- Méchage non résorbable: Mèche de gaze tassée, plis par plis en accordéon dans l'alvéole.
- Méchage résorbable: Il fait appel à l'utilisation de biomatériaux: gaze de cellulose oxydée (Surgicel, Sorbacel), éponge de gélatine (Spongel)...
- Méchage mixte: Résulte de l'association des 2 techniques précédentes.
- Colle G.R.F. (Gélatine-Resorcine-Formol)....



Figure 99 : Utilisation Surgicel. [8]

- Les moyens prothétiques : gouttière de compression.

- Les moyens chirurgicaux : Ils sont utilisés lorsque l'hémorragie siège au niveau des parties molles.

- Sutures : les plaies doivent être suturées avec mise en place de points de suture unitaires séparés, à l'aide de fils résorbables (fils tressés ou monofils) ou non résorbables (soie, polyamides, polyéthylènes).



Figure 100 : Réalisation sutures unitaires.[8]

- Les moyens d'hémostase généraux : Elle réunit les moyens médicaux auxquels le praticien a recours, lorsque les moyens locaux lui paraissent insuffisants.

Le plus largement utilisé est l'acide tranexamique (Exacyl®). [8]

5-4 Les fentes faciales :

5-4-1 Définition :

Il s'agit d'une malformation congénitale liée à l'absence ou à l'insuffisance de fusion des bourgeons constitutifs de la face. [2]

5-4-2 Classification :

En effet on distingue plusieurs classifications. La toute dernière c'est la classification moderne qui subdivise les fentes en simples et complexe. Elle permet de classer la malformation, de donner un pronostic et de l'intégrer dans un calendrier thérapeutique adéquat. La classification participe à l'évaluation objective de l'influence à long terme du type de fente et du traitement sur la croissance faciale.

Les formes bénignes : elles regroupent les cas où le maxillaire est normal ou subnormal. Elles intéressent la lèvre et le rebord alvéolaire en avant du trou palatin antérieur. Cliniquement trois classes dans cette forme :

- Fente labiale unilatérale, fendant plus ou moins la lèvre ;
 - Fente labio-alvéolaire unilatérale, encochant plus ou moins l'arcade alvéolaire ;
 - Fente du voile ;
- Combinaisons de ces classes.

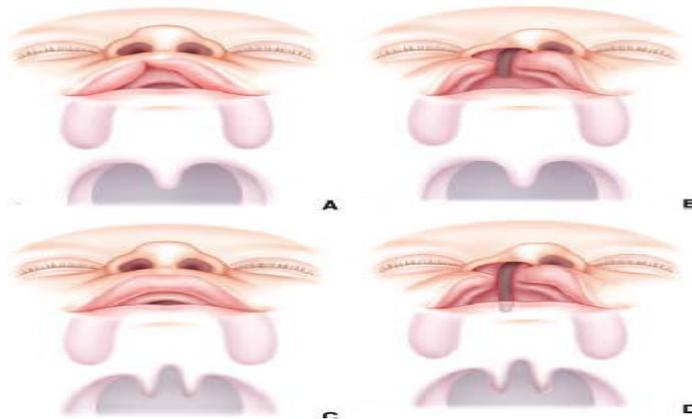


Figure 101 : Exemples de formes bénignes. [2]

Les formes graves : cette forme est déterminée par la division du maxillaire en deux fragments inégaux et déplacés. Les tissus présentent une qualité défectueuse et l'importance de leur déplacement est telle que leur remise en place par l'orthopédie et/ou la chirurgie ne normalisera pas les fonctions et la croissance de la face, et entraînera une cicatrice.

Ces formes graves concernent :

- Fente labio-alvéolaire unilatérale déformant l'arcade alvéolaire ;
- Fente palatine totale déformant la voute palatine osseuse ;
- Fente labio-palatine totale unilatérale ;
- Toutes les formes bilatérales.[2]

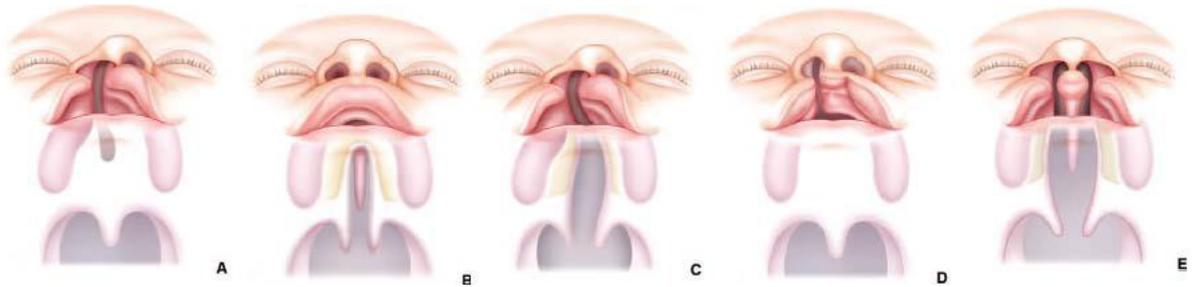


Figure 102 : Exemples de formes graves. [2]

Chapitre II

Étude clinique

1- Objectif de l'étude :

Objectif principal :

- Déterminer les pathologies les plus fréquentes retrouvées dans le service de PBD à la clinique dentaire du CHU Tizi-Ouzou.

Objectifs secondaires :

- Déterminer le sexe ratio dans nos consultations au service de PBD à la clinique dentaire du CHU Tizi-Ouzou.
- Déterminer les tranches d'âge les plus atteintes par les pathologies rencontrées au service de PBD à la clinique dentaire du CHU de Tizi-Ouzou.
- Mettre en évidence la présence ou non des maladies générales chez les patients reçues à la consultation au service de PBD à la clinique dentaire du CHU Tizi-Ouzou.
- Analyser les résultats obtenus.

2- Patients et méthodes

2-1- Type d'étude :

Nous avons mené une étude de type descriptive axée sur les principales pathologies rencontrées, qui a porté sur une série de 216 patients pris en charge pour des pathologies diverses.

2-2- Lieu et durée d'étude :

Lieu de l'étude :

Notre étude a été réalisée au niveau du service consultation de pathologie et chirurgie buccale de la clinique dentaire du CHU Tizi-Ouzou.

Durée d'étude :

L'étude s'est étalée sur une durée de 2 mois ; allant de 15 Janvier 2020 à 12 Mars 2020.

2-3- Population d'étude :

Notre étude a concerné les patients reçus pour motifs de consultation variés telle que : les pathologies infectieuses, traumatiques ou tumorales ; et aussi patients présentant un dysfonctionnement des ATMs, accident hémorragique ou présentant une fente, dans le service PBD de CHU de Tizi-Ouzou.

2-4- Moyens d'étude

-Moyens humains

- Professeur en pathologie bucco-dentaire
- Maîtres assistants en pathologie bucco-dentaire
- Étudiantes en médecine dentaire (4 internes)
- Résidents en pathologie bucco-dentaire
- Personnels du service PBD

-Matériels utilisés pour l'examen clinique et la prise en charge des patients

- Fauteuil dentaire
- Plateau de consultation

2-5- Difficultés rencontrées :

Notre mémoire est basé sur une étude clinique, qui a été interrompu malheureusement par la pandémie du covid-19.

Nous avons effectué 2 mois, ce qui n'est pas suffisant pour cerner la totalité des pathologies.

La coopération de quelques patients a été insuffisante, certains refusaient de nous permettre de les prendre en photos (considération déontologique), et certains ne respectaient pas les contrôles.

2-6-Méthodologie

-Examen clinique des malades

Au cours de l'examen clinique, le malade est installé sur un fauteuil dentaire et interrogé, suivi d'un examen clinique endo et exobuccal minutieux

-Suivi des malades

Certains malades, selon la nécessité, sont soumis à un bilan complémentaire (examens radiologiques et bilan biologique standard pour établir le diagnostic et suivre l'évolution de leurs pathologies).

2-7- Aspects éthiques

Le recueil des données a été fait en prenant en considération les règles globales d'éthiques relatives au respect de la confidentialité et la protection des données propres aux patients

3- Résultats

3-1- Description de la population générale

3-1-1 Répartition selon le sexe

Cette étude est porté sur un échantillon de 216 patients dont : 132 (féminin), 84 (masculin).

Dans notre étude le sexe féminin est le plus représenté avec une fréquence de 61% avec un sex-ratio = 1,57 en faveur du sexe féminin.

Le sexe masculin représente 39% des cas.

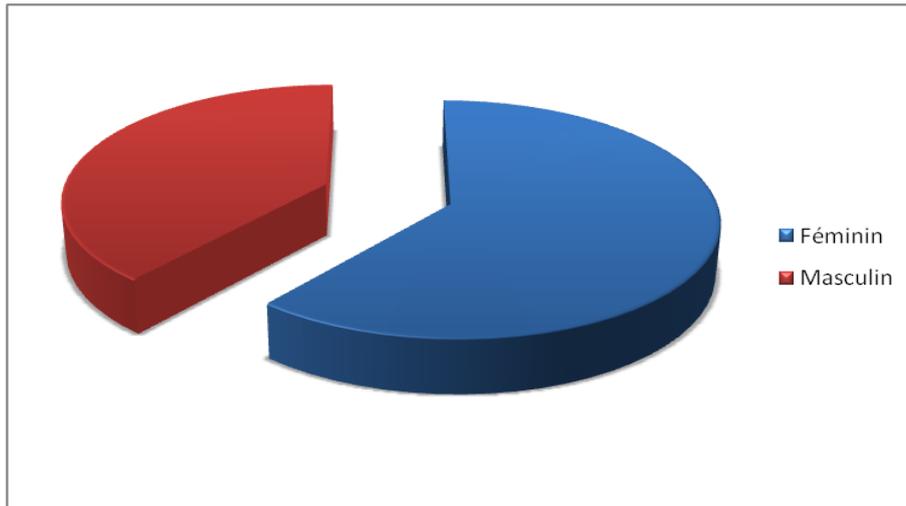


Figure 103 : Répartition des patients selon le sexe. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU TiziOuzou).

3-1-2 Répartition selon l'âge

L'âge moyen de nos patients est de 30 ans avec des extrêmes allant de 20 mois à 81 ans.

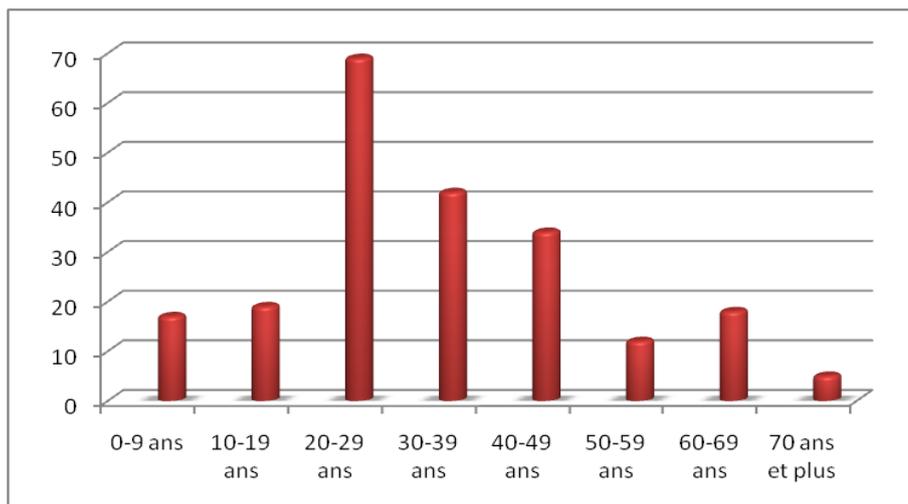


Figure 104 : Répartition des patients selon l'âge. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

3-1-3 Répartition selon la présence ou non d'une maladie générale associée :

Les patients présentant une maladie générale représentent 25% des patients consultés à notre service.

Le reste des patients (sans pathologie générale) représentent 75% des cas.

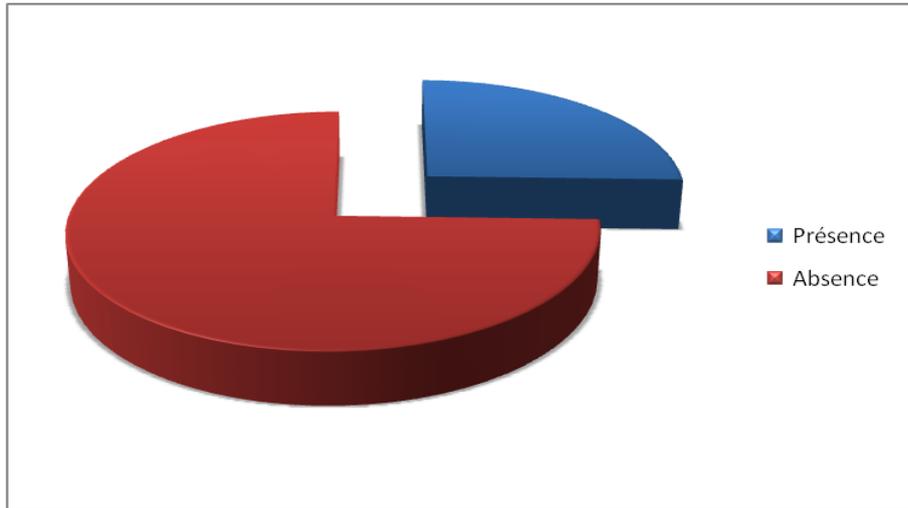


Figure 105 : Répartition selon la présence ou non d'une maladie générale.
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

3-2- Description des pathologies rencontrées

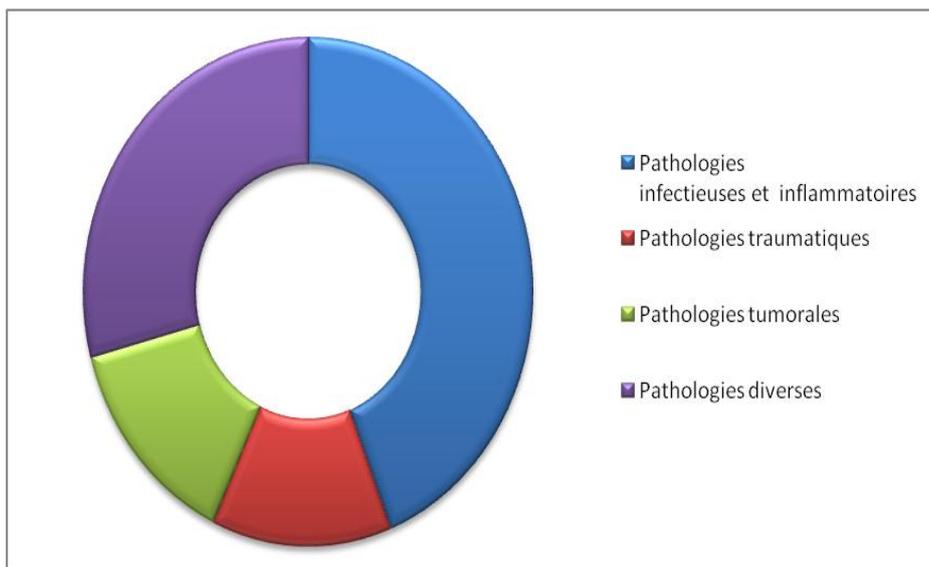


Figure 106 : La répartition des pathologies selon le pourcentage de chaque type.

Les pathologies infectieuses et inflammatoires sont les pathologies les plus fréquentes avec 43,98% des cas, suivies de celle des pathologies tumorales (13,88%).

-Les pathologies traumatiques représentent 12,96% des cas et les pathologies diverses 29,18% des cas.

3-2-1- Répartition de l'effectif des patients selon les pathologies :

3-2-1-1 Pathologies infectieuses et / ou inflammatoires

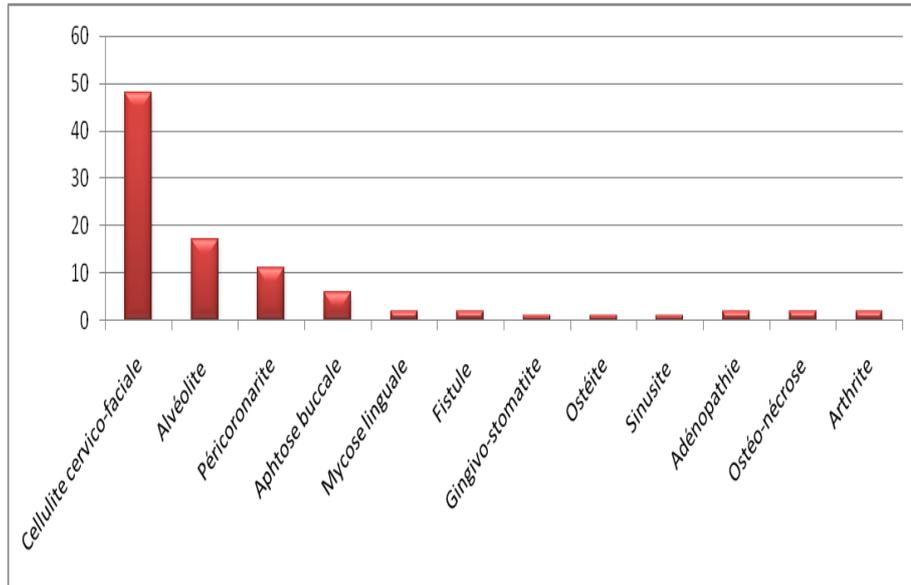


Figure 107 : Répartition de l'effectif des patients selon les pathologies.

La cellulite cervico-faciale est la pathologie la plus fréquente des pathologies infectieuses avec 50,52% des cas, suivis de l'alvéolite post extraction (17,89%).

3-2-1-2 Pathologies traumatiques

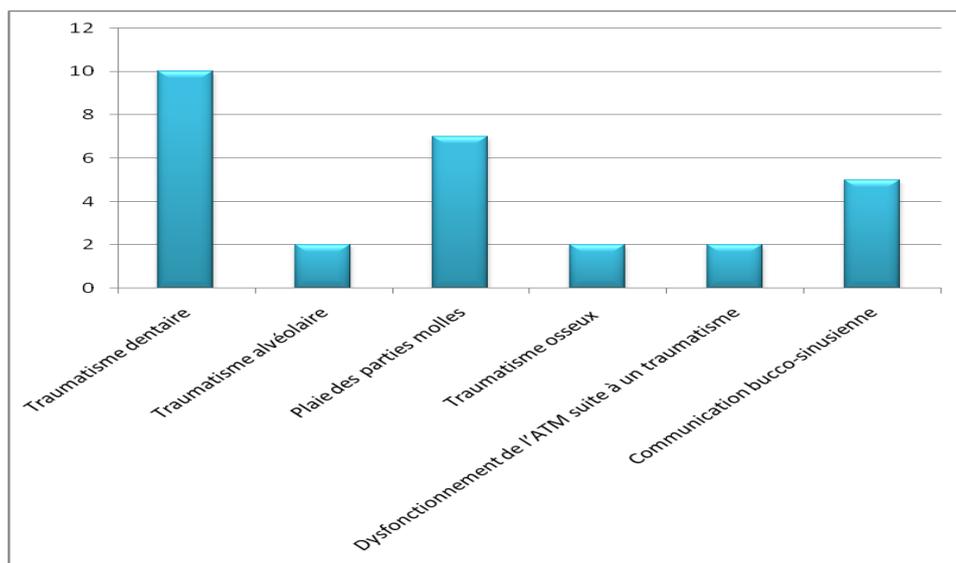


Figure 108 : Répartition de l'effectif des patients selon les pathologies.

Les traumatismes dentaires sont la pathologie la plus fréquente des pathologies traumatiques avec 35,71% des cas, suivis des plaies des parties molles (25%).

3-2-1-3 Pathologies tumorales

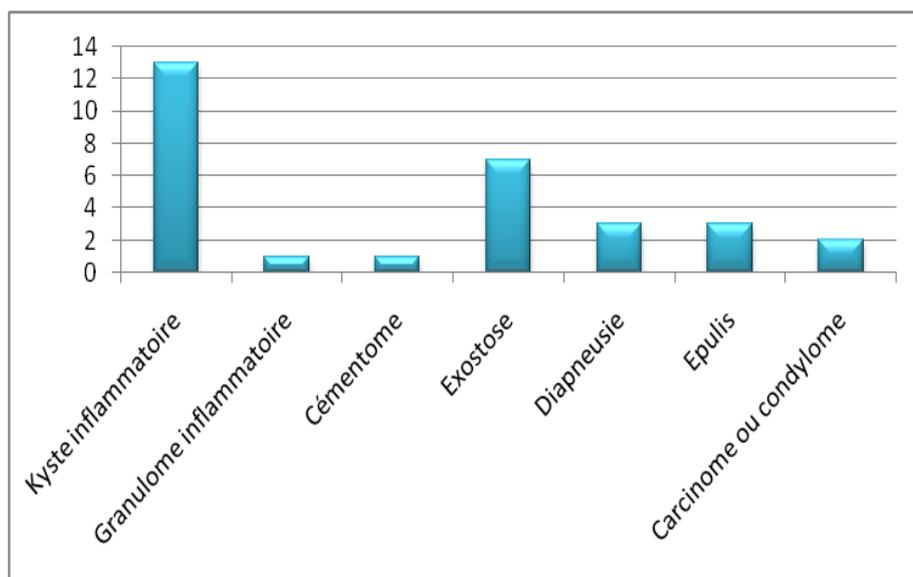


Figure 109 : Répartition de l'effectif des patients selon les pathologies.

Le kyste inflammatoire est la pathologie la plus fréquente des pathologies tumorales avec 43,33% des cas, suivis des exostoses (23,33%).

3-2-1-4 Pathologies Diverses

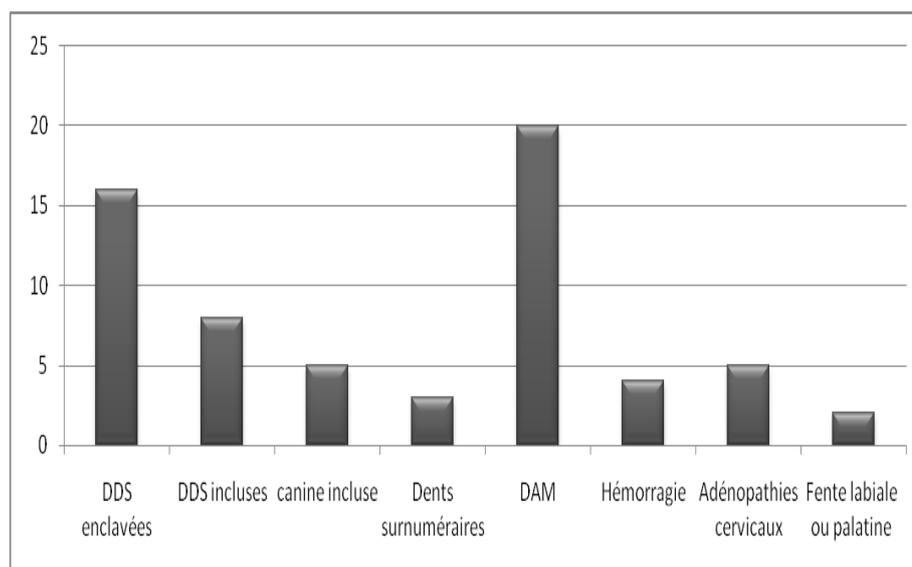


Figure 110 : Répartition de l'effectif des patients selon les pathologies.

Le dysfonctionnement de l'appareil manducateur est la pathologie la plus fréquente des pathologies diverses avec 31,74% des cas, suivis de celle des dents de sagesse enclavées (25,39%).

3-2-2- Répartition des pathologies selon le traitement instauré

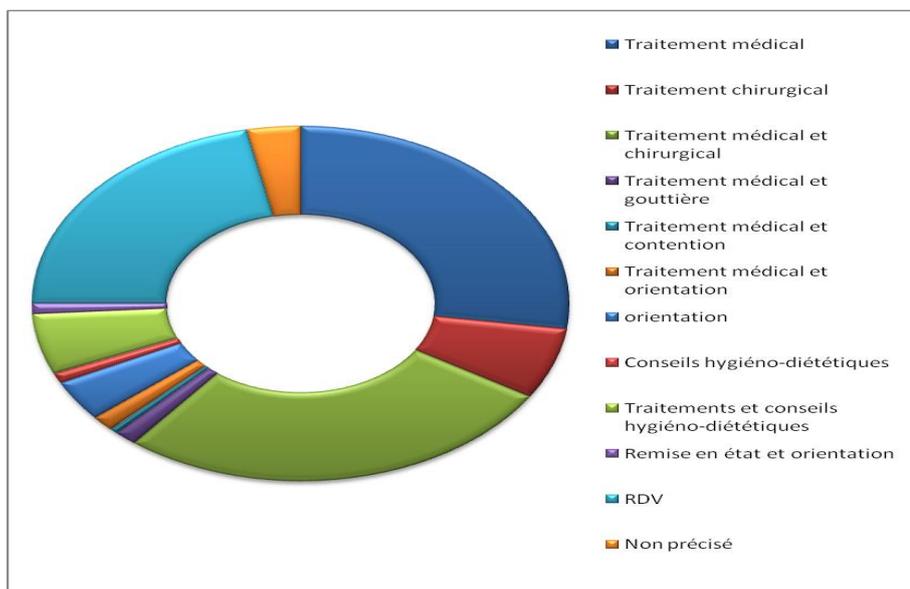


Figure 111 : Répartition des cas selon le traitement instauré.

TRT médical	TR T chir	TRT méd et chir	TRT méd et gouttière	TRT méd et contention	TRT méd et orientation	Orient ation	Conse ils hygién o-diététi ques	TRT et cons eils HD	Remis e en état et orient ation	RD V	Non préc isé
27,3 %	6,48 %	26,8 5%	1,38 %	0,46 %	1,38%	3,7%	0,92%	5,55 %	0,92%	21,7 5%	3,24 %

Tous les patients consultés sont pris en charge, 27% ont subi un traitement médical et 26% un traitement médical et chirurgical.

4- Commentaires et discussion

Nous avons mené une étude descriptive axée sur les principales pathologies rencontrées dans le service de pathologie bucco-dentaire professeur AMMENOUCHE du C.H.U TIZI OUZOU du 15 Janvier 2020 au 12 Mars 2020, avec un nombre de 216 patients.

La population d'étude est à prédominance féminine avec 61% des cas et un âge moyen de 30 ans, cela s'explique par la motivation et la coopération des femmes aux soins bucco-dentaires.

La tranche d'âge la plus touchée est de 20 à 29 ans avec 31,94% des cas, car la population algérienne est une population jeune.

Les jeunes sont plus conscients de la nécessité des consultations et des soins de leur cavité buccale.

Nous avons noté que 25 % des patients reçus à notre consultation présentaient des maladies générales associées, cela s'explique par la prise en charge spécialisée au service de pathologie bucco-dentaire CHU NEDIR MOHAMED.

Les pathologies infectieuses et inflammatoires sont les pathologies les plus fréquentes avec 43,98% des pathologies rencontrées.

Les cellulites cervico-faciales sont les plus fréquentes avec 50,52% de l'ensemble des pathologies infectieuses et inflammatoires et 22,22% des pathologies rencontrées dans notre service.

Cela semble être dû à une diminution de la défense immunitaire causée par une automédication abusive à base d'anti-inflammatoires, de plus la mauvaise utilisation des antibiotiques, toujours en automédication, provoque une augmentation de la résistance et de la virulence des germes.

Elles sont dûes aussi à la négligence et à la mauvaise hygiène bucco-dentaire ; les patients consultent tardivement motivés par la douleur.

Elles touchent les deux sexes à tout âge.

Les Principales pathologies après les cellulites cervico-faciales sont les dysfonctionnements de l'appareil manducateur, les alvéolites post-extractionnelles, les dents de sagesse enclavées, les kystes inflammatoires, les péri coronarites et les traumatismes dentaires.

Les dysfonctionnements de l'appareil manducateur représentent 9,25% des pathologies rencontrées dans notre service.

Un nombre important de la population cible a rapporté des symptômes de DAM.

L'étude de notre population cible a montré que le stress, les interférences et les prématurités ressortent comme étant les principaux facteurs étiologiques dans l'apparition de ces pathologies.

Il existe une nette prédominance féminine liée au stress, aux troubles métaboliques et endocriniens chez les femmes jeunes et aussi aux troubles d'homéostasie endocrinien lors de la ménopause, et à la malnutrition.

Sans oublier le volet psychologique important; l'environnement psychosocial, problèmes familiaux et sociaux et le fait que les femmes soient plus confrontées et sensibles au stress que les hommes.

Le DAM se voit avec une plus grande fréquence chez les adultes jeunes.

Le fait que cette catégorie d'âge soit plus affectée par le DAM serait probablement dû au mode de vie plus stressant à cet âge.

Les alvéolites post-extractionnelles représentent 17,89% de l'ensemble des pathologies infectieuses et inflammatoires et 7,87% des pathologies rencontrées dans notre service.

Les dents de sagesse enclavées représentent 25,39% de l'ensemble des pathologies diverses et 7,4 % des pathologies rencontrées dans notre service.

L'âge d'éruption des dents de sagesse est, selon la littérature, à partir de 18 ans.

Les kystes inflammatoires odontogènes représentent 6,01% des pathologies rencontrées dans notre service.

Les kystes sont à prédilection masculine, dû à la négligence des soins bucco-dentaires.

Les périoronarites représentent 11,57% de l'ensemble des pathologies infectieuses et inflammatoires et 5,09 % des pathologies rencontrées dans notre service.

La tranche d'âge de 20-29 ans est la plus concernée avec 63,63 % ; cela coïncide avec l'âge d'éruption des dents de sagesse selon la littérature ; donc il existe une liaison de survenue chez ces patients, ce qui a été retrouvé dans notre étude.

Les pathologies traumatiques sont dominées par les traumatismes dentaires vu l'exposition des arcades dentaires aux agressions externes.

Toutes les tranches d'âge peuvent être touchées avec une prédominance à l'âge jeune expliqué par les activités des enfants et l'activité sportive des individus.

5- Cas cliniques

Cas clinique n°01 :

Il s'agit de F A âgé de 40 ans qui s'est présenté à notre consultation pour une tuméfaction douloureuse de la mandibule évoluant depuis quelques jours.

L'examen clinique :

- Au niveau exobuccal : montre une tuméfaction sous mandibulaire droite bien limitée de 2 cm de diamètre recouverte par une peau luisante et rouge. A la palpation la tuméfaction est douloureuse, chaude, tendue, adhérente au plan cutané et au plan osseux avec un signe du godet positif

-Trismus ; 2 doigts.

-Présence d'adénopathies : 02 (douloureuses, mobiles et fermes mesurant 5mm et l'autre 10mm). Figure 112



Figure 112 : Tuméfaction sous mandibulaire droite.
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

- L'examen endobuccal : montre une tuméfaction érythémateuse du coté interne du fond du vestibule en regard de la dent causale (la 46). Figure 113



Figure 113 : Tuméfaction érythémateuse interne en contact de la dent causale.
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

- L'orthopantomogramme de qualité moyenne objective une réaction périapicale mal limitée avec une obturation coronaire au contact de la chambre pulpaire au niveau de la dent causale (la 46) et sans traitement canalaire. Figure 114



Figure 114 : Radiographie panoramique.

Diagnostic : une cellulite aigue circonscrite suppurée sous mandibulaire droite d'origine dentaire.

Traitement :

Traitement curatif : Prescription d'antibiotique (amoxicilline) +antalgique (paracétamol)

Traitement chirurgical : Un drainage exobuccal a été réalisé (désinfection locale du champ opératoire, anesthésie locale et incision, désinfection et mise en place d'un drain)

- Rendez-vous 48h après pour déposer le drain avec des contrôles chaque 2j pour désinfection de la plaie

- Traitement étiologique : Extraction de la dent causale (la 46).

Cas clinique n°02 :

➤ **Présentation du cas clinique**

Il s'agit de M. S âgée de 24 ans qui nous a été orientée par un confrère pour des douleurs et blocage au niveau des articulations temporo-mandibulaires.

L'état Général : souffle cardiaque.

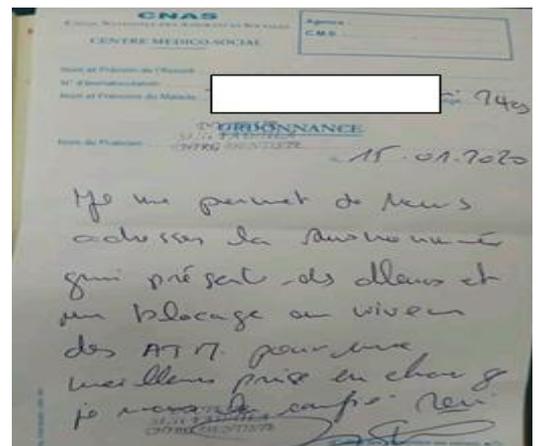


Figure 115 : Ordonnance d'Orientation.

• L'examen exobuccale révèle :

-Les traits de visage sont tirés et marqués : signe d'un état de souffrance.

-La valeur d'amplitude maximale d'ouverture est 2 doigts.

-La palpation bilatérale de l'ATM est douloureuse au cours de repos et des mouvements.



Figure 116 : Limitation d'ouverture buccale. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

-Une luxation des ATM.

- L'examen endobuccal révèle :

-Une occlusion mal équilibrée : édentement intercalaire inférieur non compensé.

-La palpation endobuccale du coroné est douloureuse.

-Test de morsure du côté sensible déclenche une douleur homo et controlatérale.

-Absence des bruits articulaires (ni craquements ni claquements).

- L'examen complémentaire : Un orthopantomogramme a révélé : Figure 117

- Amincissement articulaire des deux côtés, plus accentué du côté droit.



Figure 117 : la radiographie panoramique montrant un obstacle fibreux ou osseux au niveau de l'ATM gauche.

- **Diagnostic :**

Un dysfonctionnement de l'appareil manducateur d'origine musculaire et articulaire.

- **Traitement : Figure 118**

-Un traitement symptomatique :

AINS : apranax 275mg.

Myorelaxants : mydocalm 150 mg.

-Une gouttière de décompression.

- Une restauration prothétique inférieure.

-Une radiographie face basse à bouche ouverte a été demandée pour mieux apprécier les surfaces articulaires.

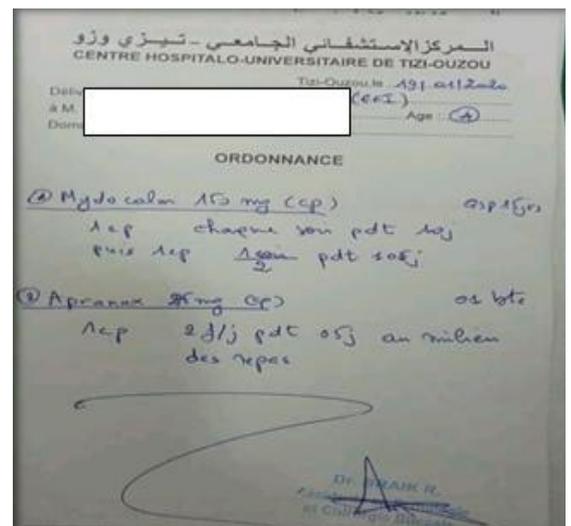


Figure 118 : Le traitement instauré. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

Cas clinique n°03 :

Il s'agit de K.M., âgé de 70ans, qui nous a consulté pour des douleurs post extractionnelles remontant à 14jours.

Etat général : un patient hypertendu diabétique type II depuis 5ans et sous traitement.

L'examen exobuccal : RAS

L'examen endobuccal a mis en évidence :

- Une mauvaise hygiène buccodentaire.
- Caries multiples et édentement partiel.

L'examen de la lésion :

- Siège : au niveau de l'alvéole de la 36.
- Date d'apparition : après l'extraction de la 36.
- Mode d'évolution : aigue.
- Taille : environ 10 mm de diamètre dans son plus grand axe.
- Forme : ronde.
- Base : molle.
- Contours : irrégulier.
- Bords : nets.
- Nombre : unique.
- Fond : jaunâtre.
- Douleurs : circonscrites
- Etat des muqueuses qui entourent la lésion : inflammatoire. Figure 119



Figure 119 ; Alvéolite sèche.
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

Diagnostic : Alvéolite sèche.

Traitement : curetage alvéolaire et une mèche d'eugénol a été déposé dans l'alvéole. Figure 120.



Figure 120 : Alvéolite sèche après traitement.
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

Cas clinique n°04 :

Il s'agit de B.M., âgé de 38ans, qui nous a consulté pour un kyste inflammatoire asymptomatique.

Etat général : le patient présente une cardiopathie ischémique avec dysfonction de ventricule gauche systolique, angioplastie de l'artère coronaire gauche (IVA) avec stent actif.

Traitement en cours : Brilique, Triatac (2,5 mg), Prodol (5 mg), Furozal (40mg), Spironolactone (75mg), Aspégic (100mg), Tahor (400mg).

- L'examen clinique ne révèle aucune symptomatologie.
- La radiographie panoramique a révélé :

Une image radioclaire bien limitée de 1cm de diamètre homogène entourée d'un liseré de condensation appendue à l'apex de la 12, le traitement canalair ne semble pas être fait.
Figure 121.



**Figure 121 : Kyste péri apical au niveau de la 12.
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).**

Diagnostic : Un kyste inflammatoire péri apical de la 12.

Traitement : chirurgical : énucléation du kyste + examen anatomo-pathologique.

-Traitement étiologique : conservation de la 12 avec obturation canalair durant la même séance

-Traitement antibiotique a été prescrit : Amoxicilline 1 g, 1 comprimé deux fois par jour pendant 7 jours.

Cas clinique n°05 :

Il s'agit d'I.M, âgé de 20 ans, qui nous a été consulté pour un traumatisme dentaire remontant à 3 jours.

Le patient ne présente aucune maladie générale.

Un traitement en cours : Amoxicilline (1g), Synthol (bain de bouche).

Etiologie : Chute d'escalier.

Examen clinique :

- Sub-luxation de la 11, 12, 21, 31, 32, 42.
- Douleurs maxillaires.
- Œdème de la lèvre supérieure et inférieure.
- Bruit articulaire gauche.



Figure 123 : Photographie montrant l'œdème et l'échymose de la lèvre supérieure.

(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).



Figure 122: Photographie montrant œdème et pli de la lèvre inférieure.

(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

Radiographie panoramique : sans particularités ; ne révèle aucune lésion osseuse ni radiculaire. Figure 124.



Figure 124 : Absence de traumatisme de l'os alvéolaire a la radiographie panoramique.

Traitement :

- Une contention de canine à canine supérieure et inférieure avec fil métallique semi-rigide collé au composite. Figure 125
- Poursuivre l'antibiothérapie.
- Des contrôles hebdomadaires pour contrôler l'état des dents et juger la qualité de la contention et vérifier la vitalité pulpaire.
- Alimentation liquide.
- Bonne hygiène buccale.



**Figure 125 : Contention temporaire.
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).**

Cas clinique n°06 :

Il s'agit de Mme D.N, âgée de 65 ans qui s'est présentée le 02 Mars 2020 pour une tuméfaction endobuccale maxillaire évoluant depuis Juillet dernier.

L'état général : RAS.

- L'examen exo buccal a révélé une asymétrie de la lèvre supérieure.
- L'examen endobuccal, objectivait un édentement total supérieur.

Une masse ulcéro-bourgeonnante au niveau du maxillaire supérieur antérieure s'étendant au sillon naso-génien, rouge, douloureuse à la palpation et non hémorragique.

Il existe une adénopathie cervicale droite mobile à la palpation.



**Figure 126 : Carcinome épidermoïde suspecté.
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi-Ouzou).**

- Diagnostic clinique est en faveur d'un carcinome épidermoïde de la muqueuse buccale.
- La malade est orientée vers le service maxillo-facial pour une meilleure prise en charge.

Cas clinique n°07 :

Un homme âgé de 35 ans, en bon état général, a consulté le 19 Janvier 2020 pour un kyste inflammatoire asymptomatique.

- L'examen endobuccal mettait en évidence une mauvaise hygiène buccodentaire et une tuméfaction de la région incisivo-canine supérieure gauche de consistance ferme et indolore à la palpation.

L'aspect de la muqueuse de recouvrement était normal.

Un bridge mal fait.



**Figure 127 : une photographie montrant tuméfaction de la région incisivo-canine gauche.
(Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).**

- L'examen des aires lymphatiques ne montrait pas d'adénopathies.

L'examen radiologique :

Le scanner cranio-facial révélait :

- Granulomes péri-apico-dentaires de la 11, 13, 27,32, 35 et 45.
- Kyste apico-dentaire de la 21, 22, et 23, à développement intra-sinusal maxillaire, mesurant 23 X 16 mm d'axes transverses, centrée par un matériel dentaire (densité métallique) de 06 X 03 mm ; celui-ci présente une paroi supérieure fine continue (dirigée vers la lumière du sinus maxillaire) et une paroi inférieure rompue (dirigée vers la cavité buccale).
- Comblement du méat moyen gauche avec sinusite aigue fronto-maxillo-éthmoïdale antérieure systématisée associant :
 - Un comblement total du sinus frontal et des cellules éthmoïdales antérieures.
 - Epaississement muqueux circonconférentiel et régulier du sinus maxillaire.

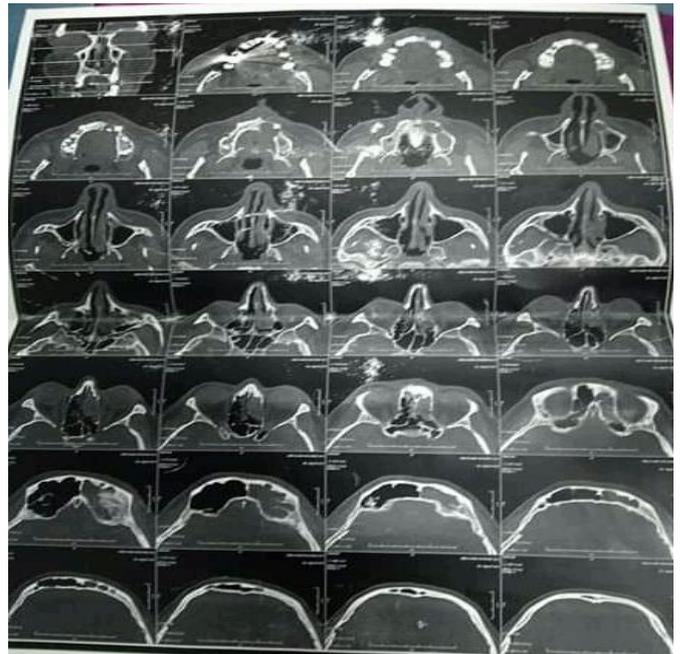


Figure 128 : Scanner cranio-facial montrant les granulomes et le kyste inflammatoire.



Figure 129 : Scanner cranio-facial montrant un comblement du méat moyen gauche.

Diagnostic :

- Granulomes péri-apico-dentaires de la 11, 13, 27,32, 35 et 45.
- Kyste apico-dentaire de la 21, 22, et 23, à développement intra-sinusal maxillaire.
- Comblement du méat moyen gauche avec sinusite aigue.

Traitement : chirurgie pour l'excision du kyste inflammatoire (RDV pour avril 2020).

Cas clinique n°08 :

Un patient âgé de 28 ans s'est consulté le 19 Janvier 2020 orienté par un confrère pour un traumatisme dentaire remontant à 22 décembre 2020.

Le patient ne présente aucune maladie générale.

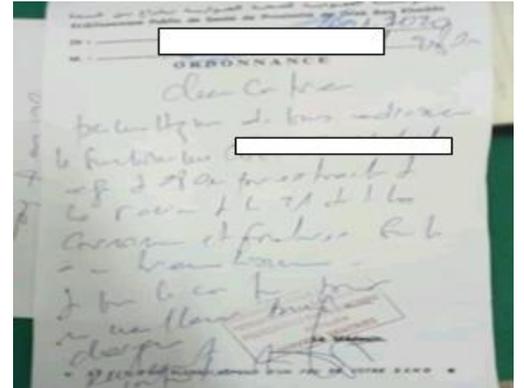


Figure 130 : Ordonnance d'orientation.

Examen clinique :

- Ingression et rotation de l'incisive centrale. (21)
- Douleurs maxillaires.
- Inflammation et œdème de la gencive en regard de la 21.



Figure 131 : Traumatisme dentaire. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

Radiographie panoramique : sans particularités ; ne révèle aucune lésion osseuse ni radiculaire.



Figure 132 : Absence de traumatisme de l'os alvéolaire a la radiographie panoramique.

Traitement :

- Conseils hygiéniques.
- Des contrôles hebdomadaires pour contrôler la cicatrisation.
- Le contrôle une semaine d'après a montré une amélioration de l'état gingival.
- Orientation en service d'orthopédie dento-faciale (ingression dentaire).



Figure 133 : Contrôle de la cicatrisation. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

Cas clinique n°09 :

1) Il s'agit de K.R., âgée de 16ans, qui nous a consulté pour des douleurs gingivales.

Etat général : la patiente présente une scoliose.



Figure 134 : Ulcérations superficielles de la gencive. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

- L'examen exobuccale ne révèle aucune symptomatologie.
- L'examen endobuccal révèle : des ulcérations superficielles de la muqueuse buccale vestibulaire inférieure, de 3 éléments, avec 2 poussées par mois depuis l'âge de 11 ans.
- Origine : inconnue.

Diagnostic : aphtose buccale récidivantes.

Traitement : Aspirine en bain de bouche et orientation en service de médecine interne pour une meilleure prise en charge (évoquer une maladie d'ordre générale).

2) Il s'agit d'A.M., âgé de 53ans, qui nous a consulté pour des douleurs gingivales.

Etat général : RAS.



Figure 135 : Ulcérations superficielles de la gencive. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

- L'examen exobuccale ne révèle aucune symptomatologie.
- L'examen endobuccale révèle : des ulcérations superficielles de la muqueuse buccale, de 2 éléments de moins de 1 cm de diamètre en regard du bloc incisivo-canin inférieur (plancher buccal) avec une moyenne de 1 ou 2 poussées par an.

Diagnostic : aphtose buccale commune.

Traitement :

- Traitement symptomatique : vitamine C
- Traitement local : acide trichloracétique
- Conseils hygiéno-diététiques : éviter l'alimentation chaude et qui favorise l'apparition des aphtes, utiliser une brosse à dent très souple afin de conserver une bonne hygiène buccale.

Cas clinique n°10 :

Il s'agit d'A. B, âgé de 20 ans qui s'est présenté le 02 Février 2020 pour une tuméfaction génienne droite depuis 4 mois.

L'état général : RAS.



Figure 136 : Radiographie panoramique dentaire.

- L'examen exobuccal a révélé une asymétrie faciale du côté droit causée par une tuméfaction génienne basse droite.
- L'examen endobuccal, objectivait un comblement du vestibule et une mobilité de la 47
- Le test de vitalité est négatif (-).
- L'examen radiologique objective une image radioclaire monogéodique, homogène et bien limitée dans la région angulo-mandibulaire droite entourée par une lésion d'ostéocondensation refoulant la 48 et une rhyzalise de la 47.

- Le diagnostic différentiel : un kyste dentigère, améloblastome ou un Kératokyste.
- Orientation en service maxillo-facial (Mustafa Bacha) pour une meilleure prise en charge.

Cas clinique n°11 :

Il s'agit de K. N, âgée de 31 ans qui s'est présentée à notre consultation le 02 Mars 2020.

L'état général : ostéoporose, syndrome sec.

- L'examen exobuccal a révélé des perlèches au niveau des commissures labiales.
- L'examen endobuccal, objectivait une hygiène buccale insuffisante et une pseudo-membrane jaunâtre.



Figure 137 : Candidose linguale et perlèches au niveau des commissures labiales. (Service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou).

Diagnostic : candidose linguale associées à des perlèches au niveau des commissures labiales.

Traitement : application du Daktarin en gel 3 fois par jour.

Conclusion

Nous pouvons dire que nous avons réussi à répondre aux objectifs cités précédemment à travers :

- La présentation des pathologies rencontrées au service de pathologie bucco-dentaire du CHU de Tizi-Ouzou.
- La participation à la prise en charge symptomatique et étiologique des patients.
- La sensibilisation des patients de l'intérêt de l'hygiène bucco-dentaire.
- La discussion sur les pathologies rencontrées dans notre service.
- Etude descriptive des pathologies retrouvées dans le service de PBD du CHU de Tizi-Ouzou.
- Détermination de l'âge et le sexe le plus fréquent dans nos consultations au service de pathologies bucco-dentaire.

D'une manière générale, il est primordial de garder une bonne hygiène bucco-dentaire et de se faire consulter régulièrement chez le médecin dentiste.

Une détection précoce de toute lésion augmente les chances de guérison et favorise le pronostic.

Bibliographie

- [1] P. Desautels, "Les urgences dentaires les plus courantes." **page 33**
- [2] B. ABID and M. O. SAIAD, "Prise en charge des fenteslabio-palatines." **page 2,40,41**
- [3] D. Georges, "Pathologies générales et salive," Université de Lorraine, 2012. **page 24-29, 183,185-192**
- [4] P. Said, "Dysfonctionnements de l'appareil manducateur: les bases actuelles du diagnostic," 2015. **page 16-20,21-25**
- [5] M. E. CARLOT, "ETUDE D'UNE NOUVELLE APPROCHE THERAPEUTIQUE DES CELLULITES CERVICO-FACIALES D'ORIGINE DENTAIRE: A PROPOS DE 50 CAS." **page 13,14**
- [6] B. G. Traoré, "Traumatismes alvéo-dentaires et lésions associés à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti (HSDM): à propos de 40 cas," 2015. **page 47-49**
- [7] F. H. Netter and J. SCOTT, *Atlas d'anatomie humaine*: Elsevier Health Sciences, 2019.
- [8] L. Penche, "Peut-on prédire le risque hémorragique par le biais d'un interrogatoire médical?," Université Toulouse III-Paul Sabatier, 2015. **page 39,46,69-72**
- [9] B. Guillaume and L. Virginie, "Les pathologies salivaires: données actuelles," UNIVERSITÉ DE NANTES, 2009. **page 70-101**
- [10] M. André, "Limitation de l'ouverture buccale: étiologies, diagnostiquer le caractère transitoire ou permanent, conduite à tenir," 2012. **page 110,111**
- [11] J. M. Bourgerie, *Traité complet de l'anatomie de l'homme comprenant la médecine opératoire...: avec planches lithographiées*: CA Delaunay, 1832.
- [12] S. Aissa Mamoune, M. Z. Bakhti, and K. D. Zazoua, "Aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico faciales d'origine dentaire au niveau du CHU Tlemcen." **page 25,31**
- [13] J. Durand, "Traitements chirurgicaux intra-articulaires des pathologies de l'articulation temporo-mandibulaire," Université Toulouse III-Paul Sabatier, 2017. **page 13**
- [14] S. Agbo-Godeau and A. Guedj, "Mycoses buccales," *EMC-Stomatologie*, vol. 1, pp. 30-41, 2005.
- [15] G. A. Mbento, "Etat bucco-dentaire des personnes infectées par le VIH/SIDA dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G de Bamako," 2014. **page 33,40**
- [16] J.-M. Peron, "Accidents d'évolution des dents de sagesse," *EMC-Dentisterie*, vol. 1, pp. 147-158, 2004. **page 147,151-154,156,157**
- [17] M. Roume, "Pathologies de la muqueuse buccale: identification, diagnostic et prise en charge des lésions en cabinet. État des lieux, enquête nationale auprès des praticiens."
- [18] C. C. Humber, J. B. Albilia, and B. Rittenberg, "JADC-l'Association dentaire canadienne."
- [19] É. Piette and P. Mahy, "Stomatites bactériennes «non spécifiques»,," *EMC-Stomatologie*, vol. 1, pp. 332-344, 2005. **page 340**
- [20] M. Ternois, "La bouche: un miroir du diabète," *La Presse Médicale*, vol. 46, pp. 822-830, 2017. **page 1**
- [21] T. D. Théra, "Bilan des interventions chirurgicales axées sur les principales pathologies rencontrées dans le Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale au CHU d'Odontostomatologie de 2007 à 2009," 2011. **page 9-16, 27-29**
- [22] E. Schulte, U. Schumacher, and M. Schünke, *Atlas d'anatomie Prométhée: Tête, cou et neuroanatomie* vol. 2: De Boeck Supérieur, 2016.
- [23] M. Broome, B. Jaques, and Y. Monnier, "Les sinusites d'origine dentaire: diagnostic et prise en charge," *Rev Med Suisse*, vol. 4, pp. 2080-4, 2008. **page 2081**
- [24] B. Michel, B. Pulvermacker, C. Bertolus, and G. Couly, "Stomatites du nourrisson et de l'enfant," *Journal de pédiatrie et de puériculture*, vol. 16, pp. 267-280, 2003.

- [25] M. Hamdi, W. Hasni, M. B. Khelifa, and T. B. Alaya, "Le cémentoblastome: à propos de 2 cas," *Actualités odonto-stomatologiques*, pp. 23-38, 2008. **page 25**
- [26] C. LIEMLAHIA, S. CHEB, and W. El Wady, "Les sinusites maxillaires d'origine dentaire," *Web Journal du Dentiste*, vol. 4, pp. 2-7, 2009. **page 1,2,5-12**
- [27] M. Hertel, D. Matter, A. M. Schmidt-Westhausen, and M. M. Bornstein, "Oral syphilis: a series of 5 cases," *Journal of oral and maxillofacial surgery*, vol. 72, pp. 338-345, 2014. **page 2**
- [28] A. Paré and A. Joly, "Cancers de la cavité buccale: facteurs de risque et prise en charge," *La Presse Médicale*, vol. 46, pp. 320-330, 2017. **page 1**
- [29] A. N'Golet, L. G. Ocini, J. Mboussa, and B.-G. N'Gouoni, "Tuberculose mandibulaire primitive," *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*, vol. 108, pp. 65-67, 2007.
- [30] F. Orlandini, D. Bossard, G. Blanc, A. Bodard, and R. Gourmet, "Ostéonécrose de la machoire sous biphosphonates: aspects radiologiques," *Journal de Radiologie*, vol. 90, pp. 199-205, 2009.
- [31] S. Bahi, A. Warter, and A. Feki, "Le myoépithéliome: une tumeur rare des glandes salivaires. A propos d'un cas," *Médecine Buccale Chirurgie Buccale*, vol. 9, pp. 113-118, 2003. **page 114**
- [32] J. Chassagne, S. Chassagne, L. Deblock, P. Gillet, J. Kahn, J. Bussienne, F. Pierucci, J. Fyad, and E. Simon, "Pathologie non traumatique de l'articulation temporomandibulaire," *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Stomatologie*, 2003. **page 1,16-20**
- [33] L. ADERDOUR, K. KOULALI, L. BASSI, A. RAJI, and B. THEOLYERE, "Ostéite mandibulaire d'origine actinomycosique," *La Lettre de l'infectiologue*, vol. 25, pp. 26-28, 2010.
- [34] J. Vallicioni, B. Loum, O. Dassonville, G. Poissonnet, F. Ettore, and F. Demard, "Les améloblastomes," in *Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale*, 2007, pp. 166-171. **page 170**
- [35] C. Badoual, J. Cros, H. Roussel, M. Wassef, and J. Cucherousset, "Les carcinomes des glandes salivaires: description histologique des principaux sous-types histologiques," *Revue Francophone des Laboratoires*, vol. 2013, pp. 55-61, 2013. **page 55,57**
- [36] M.-H. Lacoste-Ferré, S. Hermabessière, F. Jézéquel, and Y. Rolland, "L'écosystème buccal chez le patient âgé," 2013. **page 3,4**
- [37] G. de Mello, J.-L. Sixou, J. Jeandot, D. Duran, A. Feki, Y. Roche, and L. Dubreuil, "Etude comparative de l'association spiramycine-métronidazole et de l'amoxicilline dans le traitement des périoronarites de l'adulte," *Médecine Buccale Chirurgie Buccale*, vol. 9, pp. 159-165, 2003. **page 160**
- [38] D. Brunato, "Les cellulites d'origine dentaire: classification, étiologie, bactériologie et traitement, illustrations cliniques," UHP-Université Henri Poincaré, 2005. **page 3,27-31,38,77-79,94-98**
- [39] L. Gilain and S. Laurent, "Sinusites maxillaires," *EMC-Oto-rhino-laryngologie*, vol. 2, pp. 160-173, 2005. **page 161-163**
- [40] K. Vallaëys, V. Chevalier, and R. Arbab-Chirani, "Traumatisme dentaire," *Urgences 2013*. **page 7-11**
- [41] J. Sixou and J. Robert, "Traumatismes des dents," *Cours dentaires*, pp. 67-68, 2007. **page 51,57-59**
- [42] P. Duhamel, O. Giraud, F. Denhez, and D. Cantaloube, "Examen d'un traumatisé facial. Encycl Méd Chir," *Stomatologie*, pp. 22-068, 2002. **page 15-18,22,23,29-40**
- [43] M. L. RACHID, "Les tumeurs bénignes du maxillaire." **page 2,60,61,63,64**
- [44] A. Laborde, R. Nicot, T. Wojick, J. Ferri, and G. Raoul, "Améloblastome des maxillaires: prise en charge thérapeutique et taux de récurrence," *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, vol. 134, pp. 6-10, 2017. **page 6**
- [45] S. Servagi-Vernat and F. Tochet, "Radiothérapie des tumeurs des glandes salivaires," *Cancer/Radiothérapie*, vol. 20, pp. S136-S138, 2016.
- [46] P.-E. Lec, "Les tuméfactions cervico-faciales: comment éviter les pièges?," Université de Lorraine, 2017. **page 32,35-36**

- [47] I. Breton-Torres, M. Serre, P. Jammet, and J. Yachouh, "Dysfonction de l'appareil manducateur: apport de la prise en charge rééducative," *L'Orthodontie Française*, vol. 87, pp. 329-339, 2016. **page 1**
- [48] L. Adam, "Prise en charge des patients à risque au cabinet dentaire: enquête auprès des chirurgiens-dentistes de ville de Haute Normandie," éditeur inconnu, 2016. **page 17,18**

Annexes

المركز الإستشفائي الجامعي - ندير محمد - تيزي وزو
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE - NEDIR Mohamed - TIZI OUZOU

Service de pathologie et de chirurgie buccale
Chef de service : Pr. F. AMMENOUCHE

Dossier N°
Unité de

Dr Date

Nom : Prénom : Sexe : F M

Profession Adresse

Tél :

Motif de la consultation :

Adressé par Dr

Antécédents médicaux :

Maladies cardio-vasculaires	<input type="checkbox"/>	Pathologie endocrinienne	<input type="checkbox"/>
Maladies respiratoires	<input type="checkbox"/>	Allergie	<input type="checkbox"/>
Pathologie rénale	<input type="checkbox"/>	Pathologie hépatique	<input type="checkbox"/>
Neuropsychiatrie	<input type="checkbox"/>	Problèmes gastriques	<input type="checkbox"/>
Hématologie	<input type="checkbox"/>	Néoplasie	<input type="checkbox"/>
Ophthalmologie	<input type="checkbox"/>	Pathologie infectieuse	<input type="checkbox"/>

En cas de maladie générale :

- Début de maladie :
- Traitement :
- Suivi par le Dr :
- Adresse :
- Tél :
- Compte rendu de la fiche navette : (date)
 - Etat actuel :
 - Risques :
- Traitements médicaux :
- Surveillance biologique :
- Autres :
- Antécédents personnels et familiaux :
- Grossesse :
- Ménopause :
- Autres :

Figure 138 : Fiche d'examen clinique service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi-Ouzou.

Habitudes du malade :

- Tabac : _____
- Alcool : _____
- Automédication : _____
- Autres : _____
- Evaluer le niveau de stress du patient : _____

Antécédents bucco-dentaires :

- Anesthésie locale ou locorégionale antérieure : Oui Non
- Accidents éventuels : _____

Histoire de la maladie : _____

EXAMEN CLINIQUE

Examen cervico-facial :

Inspection :

Symétrie faciale : _____

Palpation : _____

Sensibilité : _____

- Adénopathie palpables : Oui Non

- ATM :
- Douleurs : Oui Non
- Bruits articulaires : Oui Non
- Ouverture buccale normale : Oui Non _____ cm
- Troubles de l'occlusion : _____

Examen endo-buccal :

- Hygiène buccale bonne : Oui Non
- Halitose : Oui Non
- Formule dentaire : _____

Figure 139 : Fiche d'examen clinique service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi-Ouzou.

The image shows a blank clinical examination form. At the top, there are several horizontal lines for writing. Below these lines, the text "Sujet :" is printed. Underneath "Sujet :", there is a table with two columns. The first column is labeled "Date" and is narrow. The second column is much wider and is currently empty. The rest of the page is blank.

Figure 141 : Fiche d'examen clinique service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi-Ouzou.

Résumé

Les pathologies de la sphère cervico-faciale regroupent des entités très variées dont on a divisé en 3 principaux groupes : les pathologies infectieuses, les pathologies traumatiques et les pathologies tumorales.

Dans le but de déterminer les pathologies les plus fréquentes, une étude de type descriptive a été menée sur les différentes pathologies rencontrées au service de pathologie bucco-dentaire du CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou du 15 Janvier 2020 jusqu'au 12 mars 2020, elle a été interrompue par la pandémie du covid 19.

Elle a été portée sur un échantillon de 216 patients de différent âges dont l'âge moyen était de 30ans, et les deux sexes dont le sexe féminin était le predominant avec un sexe ratio de 1,57 en faveur des femmes.

On a reçu aussi des patients présentant des maladies générales associées.

La plupart des pathologies surviendraient à un âge jeune, la classe d'âge de 20 à 29 ans a été la plus déterminante.

Au sein du service de pathologie et chirurgie buccales, les cellulites cervico-faciales représentent une pathologie assez fréquente et variée par leur formes cliniques, cette fréquence élevée est fonction de la fréquence des affections dentaires, en particulier des dents mortifiées, point de départ des complications locales, locorégionales et générales.

La prise en charge médico-chirurgicale comprend essentiellement l'élimination du foyer infectieux dentaire.

Si la preuve est donnée par différents auteurs qu'un traitement bien conduit et appliqué précocement est susceptible d'améliorer le pronostic, il n'en demeure pas moins que le meilleur traitement reste préventif.

La prévention passe par tous les moyens de prévention de la carie et un examen odontologique régulier qui permet de diagnostiquer les lésions dentaires et de les traiter précocement afin d'éviter l'installation de complications.

Abstract

The pathologies of the cervico-facial sphere group together very varied entities which we have devised into 3 main groups: infectious pathologies, traumatic pathologies and tumor pathologies.

In order to determine the most frequent pathologies, a cross-sectional descriptive study was carried out on the various pathologies encountered in the oral pathology department of the Nedir Mohamed CHU in Tizi-Ouzou started on January 15, 2020 until March 12, 2020; it was interrupted by the covid 19 pandemic.

It was carried out on a sample of 216 patients of different ages whose mean age was 30 years old, and both sexes whose female was the predominant with a sex ratio of 1.57 in favor of females.

Patients with general associated diseases were also received.

Most of the conditions would appear at a young age, the age group of 20 to 29 years was the most decisive.

Within the oral pathology and surgery department, cervico-facial cellulitis is a fairly common pathology that varies in clinical form. This high frequency is a function of the frequency of dental affections, in particular mortified teeth, the starting point for local, locoregional and general complications.

Medico-surgical management essentially includes the elimination of the dental infectious site. While evidence has been given by various authors that a well-conducted treatment applied early is likely to improve the prognosis, the fact remains that the best treatment is preventive.

Prevention involves all means of preventing caries and a regular odontological examination which makes it possible to diagnose dental lesions and treat them early in order to avoid the installation of complications.

