

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE  
**DIVISION DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE**

# Guide

**DE PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS  
BUCCO-DENTAIRES PAR LE PERSONNEL DE SANTE QUALIFIE  
DU PREMIER ECHELON DE LA PYRAMIDE SANITAIRE**





## PREFACE

**C**onscient de l'importance de la santé dans l'amélioration de la qualité de vie des sénégalais, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, a élaboré dans le cadre de la politique sanitaire du gouvernement du Sénégal, des programmes et projets qui visent à promouvoir la santé des populations. L'exécution du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009 - 2018, privilégie la stratégie de la prévention par

la prise en charge intégrée des maladies avec une composante communautaire. Cette approche permet ainsi de promouvoir au niveau communautaire des changements de comportements qui vont concourir à l'amélioration de la qualité de vie des populations, au regard des objectifs déclinés dans le document de politique nationale de santé communautaire. Ainsi, parmi ces programmes et projets, mon département ambitionne de développer ceux qui vont rendre des soins bucco-dentaires de qualité plus accessibles aux populations.

En effet, avec l'existence de plusieurs facteurs de risque d'affections bucco-dentaires, communs à la plupart des maladies chroniques, il serait beaucoup plus approprié que la prise en charge de l'urgence de ces affections commence dès le premier niveau de la pyramide sanitaire du pays. Et c'est ainsi que dans le cadre du partenariat, la Division Santé Bucco-Dentaire (DSBD) et le Programme d'Appui à l'Offre et à la Demande de Soins (PAODES) ont mis en place ce projet pour participer à l'amélioration de la qualité des services de santé à la population surtout au niveau périphérique.

Le projet a pour finalité la mise à disposition d'un guide et d'ordinogrammes à l'attention des personnels de santé qualifiés, les outillant mieux, et leur permettant ainsi, de soulager rapidement les malades souffrant d'affections bucco-dentaires puis de les référer dans les meilleures conditions vers le professionnel de santé bucco-dentaire le plus proche. Ce projet devrait aussi leur permettre de pouvoir faire la promotion de la santé bucco-dentaire au niveau de la communauté tout en mettant un accent particulier sur la prévention contre ces problèmes bucco-dentaires.

Des séries de formation suivies de supervision des prestataires qualifiés de santé et des acteurs communautaires permettront à ces derniers de mieux s'approprier le document.

L'amélioration de la qualité des soins bucco-dentaires sera atteint à partir de :

- Une prise en charge rapide et dans les normes des affections bucco-dentaires dans les zones les plus reculées où il n'existe pas de professionnel de soins dentaires ;
- Une prise en compte de la promotion de la santé bucco-dentaire, de la prévention individuelle comme collective des affections bucco-dentaires dans les programmes de lutte contre la maladie déjà existants ;
- Un dépistage précoce des affections bucco-dentaires dans les zones les plus reculées du Sénégal afin de prodiguer des soins d'urgence immédiatement selon la demande ;
- Une meilleure prise en charge des cas par le chirurgien-dentiste après référence ;
- Une réduction des complications de l'état de santé des populations, consécutive à la mauvaise prise en charge des affections bucco-dentaires.

Cependant, certaines règles devront être respectées pour le bon déroulement de ce projet. Il s'agit principalement :

- du respect de l'éthique et de la déontologie ;
- de la dispensation de soins bucco-dentaires de qualité scientifiquement reconnue ;
- du respect de la référence et de la contre référence à temps vers le chirurgien-dentiste.

Ce guide, comme son nom l'indique, est un document de base pour les prestataires de santé, qui leur permet de prendre adéquatement en compte le volet bucco-dentaire dans leur pratique quotidienne. En conséquence, je les exhorte à se l'approprier afin d'assurer une meilleure prise en charge de la santé des populations en général et celle bucco-dentaire en particulier.



**Professeur Awa Marie Coll Seck**  
**Ministre de la Santé et de l'Action sociale**

## REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale tient à remercier toutes les personnes, organisations ou institutions qui ont contribué à la réalisation de ce document. La rédaction a été pilotée par la Division Santé Bucco-Dentaire (DSBD) et l'Agence Belge de Développement à travers son Programme d'Appui à l'Offre et à la Demande de Soins (PAODES) sous la supervision du Directeur Général de la Santé.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale remercie particulièrement les membres du comité de rédaction :

- Dr Papa Amadou Diack, Directeur Général de la Santé
- Dr Marie Khemesse Ngom Ndiaye, Directeur de la Lutte contre la Maladie
- Dr Awa Gaye, Chef de la Division Santé Bucco-Dentaire
- Dr Aida Kanouté, Division Santé Bucco-Dentaire
- Dr Mariama Thiam, Division Santé Bucco-Dentaire
- Dr Codou Badiane, Division Santé Bucco-Dentaire
- Dr Arona Ndiaye, Chirurgien- dentiste, Expert, Direction des Etablissements Publics de Santé/MSAS
- Dr Abdou BA, Chirurgien-dentiste et Enseignant/chercheur, Département d'odontologie, Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontologie de l'UCAD
- Dr Adjaratou Wakha Aidara, Enseignant/chercheur, Département d'odontologie, Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontologie de l'UCAD
- Dr Sarany COLY, Médecin de Santé Publique, ATN PAODES
- Dr Nicole Curti Kanyoko, conseiller en qualité Santé/PAODES
- Dr Faly DIEYE, Chirurgien-dentiste, district Sokone,
- Dr Mouhamadou Naby NDIAYE, Chirurgien-dentiste, district Popenguine,
- Dr Ibrahima SARR, Chirurgien-dentiste, district Kaffrine,
- Dr Babacar DIENE, Chirurgien-dentiste, district Nioro du Rip,
- Dr Mame Libasse NDOYE, Chirurgien-dentiste, district Koungueul,
- Dr Mactar MBAYE, Chirurgien-dentiste, district Mbacké,
- Dr Mamadou DIATTA, Chirurgien-dentiste, district Thiadiaye,
- Médecin Chef du District Sanitaire de Nioro du Rip,
- Médecin Chef du District Sanitaire de Popenguine,
- Médecin Chef du District Sanitaire de Sokone,
- Médecin Chef du District Sanitaire de Koungheul,
- Médecin Chef du District Sanitaire de Thiadiaye.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale adresse également ses sincères remerciements aux différents experts et partenaires qui ont eu à accompagner le processus d'élaboration de ce guide :

- Dr Idrissa Talla Médecin Santé publique, ex Directeur de la Lutte contre la Maladie
- Pr Soukeye Dia Tine, Chirurgien-Dentiste, Enseignant-chercheur, Département d'odontologie, Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontologie de l'UCAD, ex-Chef de la Division Santé Bucco-Dentaire
- Mr Aliou Aw, Chef Cellule Médecine traditionnelle/DGS/MSAS
- Dr Aloïse Diouf, Médecin Santé Publique, Directeur Service National de l'Education et de l'Information Pour la Santé (SNEIPS)
- Sokhna Ndiaye, Educatrice Santé SNEIPS
- Pr Adam Seck Diallo Chirurgien-Dentiste, Enseignant-chercheur, Département d'odontologie, Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontologie de l'UCAD
- Mr Vincent Vercruysse, co-responsable du PAODES
- Ordre National des Chirurgiens-Dentistes du Sénégal
- Association Nationale des Chirurgiens-Dentistes Sénégalais
- Amicale des Femmes Chirurgiens-Dentistes du Sénégal
- Syndicat National des Chirurgiens-Dentistes du Privé du Sénégal
- Syndicat Autonome des Chirurgiens-Dentistes Sénégalais
- Département d'Odontologie de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontologie de l'Université Cheick Anta DIOP de Dakar
- Ensemble du personnel de la Division Santé Bucco-Dentaire (DSBD)

## TABLE DES MATIERES

<b>I. ANATOMIE DE L'ORGANE DENTAIRE ET DE SON PARODONTE</b>	<b>7</b>
I.1. L'organe dentaire	7
I.2. Le parodonte	7
I.3. Les différents types de dents	8
I.4. La nomenclature des dents	8
I.5. La chronologie d'éruption des dents	9
I.6. Les rôles de la dent et de son parodonte	10
<b>II. LES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES</b>	<b>10</b>
II.1. Les affections dentaires	10
II.1.1. La maladie carieuse	10
II.1.2. La sensibilité dentaire	12
II.2. Les maladies du parodonte	12
II.3. Les tuméfactions	13
II.3.1. Les cellulites péri-maxillaires	13
II.4. Les ulcérations buccales les plus courantes	14
II.5. Les traumatismes	15
II.5.1. Les traumatismes alvéolo-dentaires	15
II.5.2. La luxation temporo-mandibulaire	15
II.5.3. Les fractures mandibulaires	15
II.6. Les tumeurs malignes de la cavité buccale	16
II.7. Le NOMA	<b>17</b>
<b>III. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE AFFECTION BUCCO-DENTAIRE</b>	<b>18</b>
III.1. L'interrogatoire	18
III.2. L'examen physique	18
III.3. La conduite à tenir	18
<b>IV. PREVENTION DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES</b>	<b>26</b>
IV.1. Définition	26
IV.2. Les facteurs de risque communs avec les principales Maladies Non Transmissibles	26
IV.3. Les facteurs favorisant les affections dentaires	27
IV.4. Informations/Conseils	27
IV.5. Les moyens de prévention	27
IV.6. Les règles de prévention	27
<b>V. LA PROMOTION DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE</b>	<b>31</b>
<b>VI. ORDINOGRAMMES</b>	<b>32</b>

# I. ANATOMIE DE L'ORGANE DENTAIRE ET DE SON PARODONTE

## I.1. L'organe dentaire

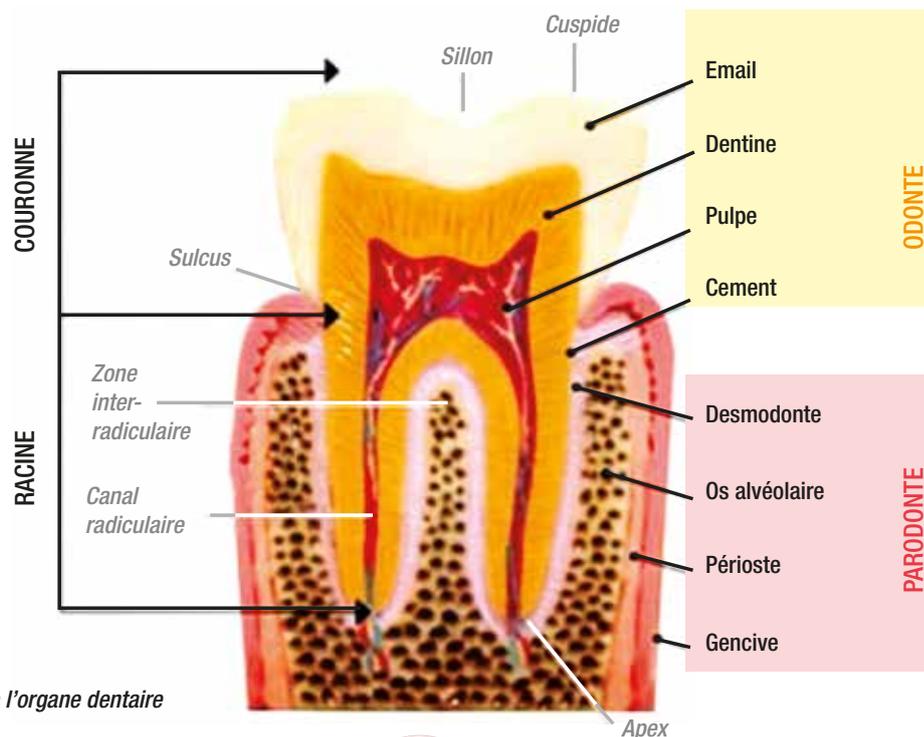
La dent humaine est un organe composé d'une partie visible, la couronne et d'une partie cachée sous la gencive, la racine (figure 1).

- **L'émail**, constitue la couche blanchâtre qui recouvre la couronne. C'est le tissu le plus dur de l'organisme, il n'est ni vascularisé ni innervé. Il protège la dent des agressions extérieures. Cependant, il peut être attaqué par les bactéries pour donner une carie.
- **La dentine** est sous la couche d'émail. Elle constitue l'essentiel de la dent (couronne et racine). Elle est faite d'un tissu cellulaire moins dur que l'émail. La dentine est très vite détruite lors d'attaques bactériennes.
- **La pulpe dentaire** est la partie centrale de la dent. Elle contient les nerfs et les vaisseaux qui irriguent la dent. Elle a une triple fonction : nutritive, neurosensorielle et réparatrice.

## I.2. Le parodonte

Le parodonte est constitué d'un ensemble de tissu qui entoure et soutient la dent (figure1) Il comprend :

- **La gencive** saine est de couleur rose pâle, de consistance ferme et adhérente avec un aspect granité "en peau d'orange".
- **Le ciment** qui est un tissu cellulaire recouvre la dentine radiculaire. Le ciment permet l'ancrage du ligament parodontal (ou ligament alvéolo-dentaire) à la racine de la dent. Il assure donc l'attache et la fixation de la dent.
- **Le desmodonte** ou ligament parodontal ou ligament alvéolo-dentaire, assure la fixation de la dent à l'os alvéolaire. Il comble l'espace existant entre la racine dentaire et l'os alvéolaire.
- **L'os alvéolaire** constitue le principal soutien de l'organe dentaire. Il entoure la racine de la dent qui s'y attache par les fibres du ligament alvéolo-dentaire.



**figure 1** : Anatomie de l'organe dentaire et de son parodonte

### I.3. Les différents types de dents

Chez l'adulte, il y a quatre types de dents (figure 2)

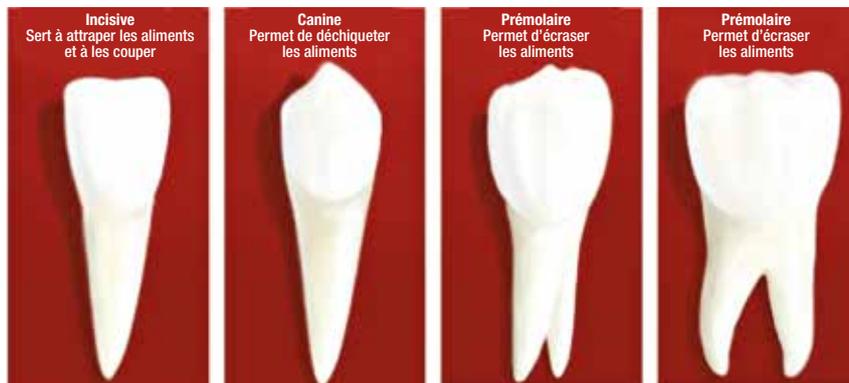


figure 2 : Les types de dents

L'adulte présente en bouche 32 dents permanentes ou définitives.

L'enfant (âgé de 2 ans et demi) a 20 dents temporaires ou dents de lait. Chez l'enfant il n'existe pas de prémolaires avant l'âge de 9-10 ans.

### I.4. La nomenclature des dents

La **dentition** désigne l'ensemble des phénomènes de formation, de croissance et d'éruption des dents. On parle de :

- La première dentition ou dentition lactéale où il n'y a que des dents de lait dans la bouche de l'enfant (entre 5-6 mois et 6 ans environ),
- Dentition mixte : lorsque nous retrouvons des dents définitives et des dents de lait dans la bouche de l'enfant (entre 6 ans et 13 ans),
- Dentition définitive ou de l'adulte : il n'existe que des dents définitives dans la bouche (après 13 ans environ).

La **denture** est l'ensemble des dents de l'individu, elle concerne le nombre, la nature et la disposition des dents.

Une nomenclature internationale a été instituée afin de faciliter la communication entre les praticiens. La denture est divisée en quatre quadrants numérotés de :

- 1 à 4 chez l'adulte selon le sens de rotation des aiguilles d'une montre (figure 3).

**Exemple** : la dent 14 désigne la première prémolaire supérieure droite c'est à dire la quatrième dent dans le premier quadrant.

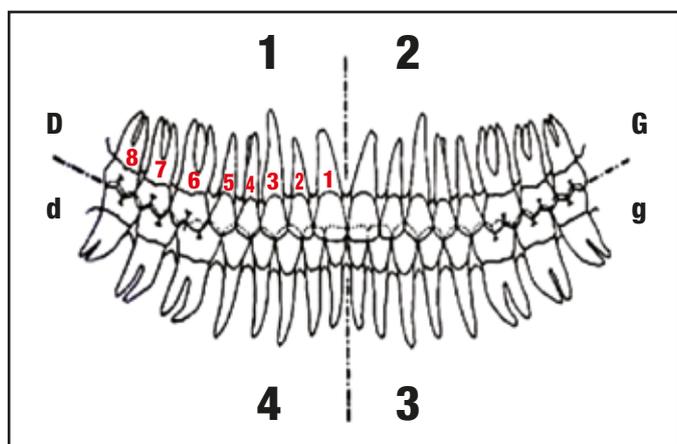


figure 3 : La nomenclature des dents de l'adulte

- de 5 à 8 selon le sens de rotation des aiguilles d'une montre chez l'enfant (figure 4)

**Exemple** : la dent 74 désigne la quatrième dent dans le troisième quadrant; elle représente la première molaire temporaire inférieure gauche.

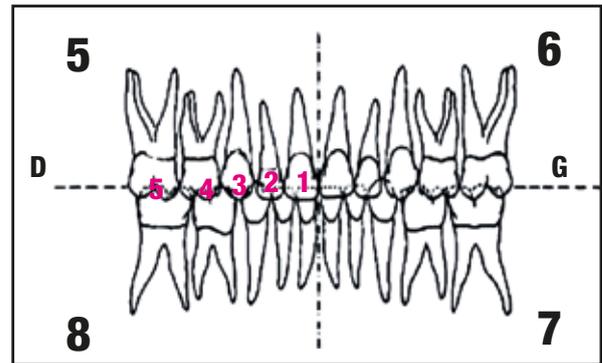


figure 4 : La nomenclature des dents de lait

## I.5. La chronologie d'éruption des dents.

### Les dents de lait

Chez l'enfant l'éruption des dents temporaires débute généralement entre 5 et 6 mois, va jusqu'à 2 ans et demi et suit une chronologie assez précise (figure 5).

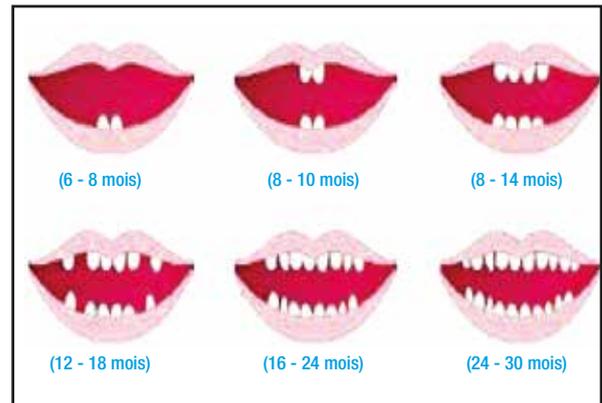


figure 5 : La chronologie d'éruption des dents de lait

### Les dents définitives

La denture permanente présente une plus grande variabilité dans les dates d'éruption par rapport à la denture temporaire (figure 6)

La séquence d'éruption des dents permanentes débute par

- les incisives et les 1 ères molaires mandibulaires vers l'âge de 6-9 ans
- les 1 ères et 2èmes prémolaires de 8 à 13 ans
- les canines définitives entre 9 et 13 ans et se termine par les deuxièmes molaires vers l'âge de 12 et 17 ans.

En moyenne, l'éruption des dents permanentes dure 6 ans (excepté pour les troisièmes molaires qui font leur éruption entre 18 et 25 ans)

On remarque cependant que l'éruption chez les filles est plus précoce que chez les garçons.

Il existe également une différence entre le maxillaire et la mandibule, cette dernière présentant une légère avance d'éruption.

Dents permanentes		
	Supérieures	Chute
	Incisives centrales	entre 7 et 8 ans
	Incisives latérales	entre 8 et 9 ans
	Canines	entre 11 et 12 ans
	Premières prémolaires	entre 10 et 11 ans
	Deuxièmes prémolaire	entre 10 et 12 ans
	Premières molaires	entre 6 et 7 ans
	Deuxièmes molaire	entre 12 et 12 ans
	Troisièmes molaires	entre 17 et 13 ans
	Inférieures	
	Troisièmes molaires	entre 17 et 21 ans
	Deuxièmes molaires	entre 11 et 13 ans
	Premières molaires	entre 6 et 7 ans
	Deuxièmes prémolaires	entre 11 et 12 ans
	Premières prémolaires	entre 10 et 12 ans
	Canines	entre 9 et 10 ans
	Incisives latérales	entre 7 et 8 ans
	Incisives centrales	entre 6 et 7 ans

figure 6 : La chronologie d'éruption des dents permanentes

## I.6. Les rôles de la dent et de son parodonte

Ce complexe joue trois principaux rôles :

- De digestion : les dents jouent un rôle important dans la mastication des aliments. Une digestion de qualité commence par une bonne mastication.
- De phonation : Les dents participent dans l'articulé du langage. Lorsque la denture présente des perturbations, la prononciation de certains mots devient difficile.
- D'esthétique : La perte de dent surtout au niveau antérieur entraîne un préjudice esthétique.

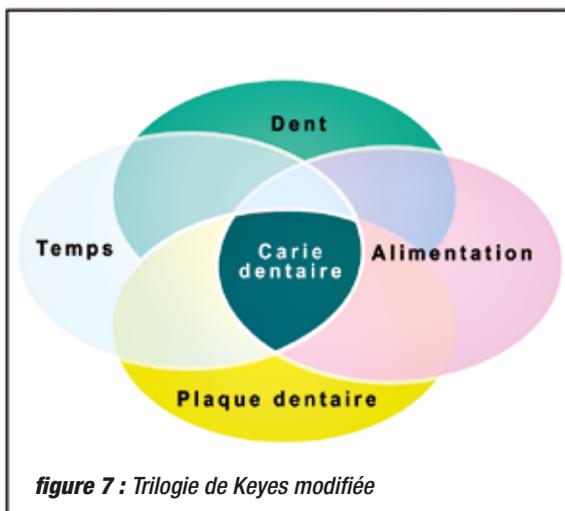
## II. LES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES

### II.1. Les affections dentaires

#### II. 1.1. La maladie carieuse

• **Définition** : La carie dentaire est un processus de déminéralisation progressif des tissus durs dentaires dû aux acides d'origine bactérienne. Le départ de la destruction des tissus durs peut être coronaire ou radiculaire. Elle se fait de la périphérie vers la pulpe de la dent. Il s'agit d'une maladie infectieuse chronique multifactorielle.

• **Etiologies** : Dans le processus de survenue de la carie dentaire, quatre facteurs interviennent selon la trilogie de Keyes modifiée :



• **Constitution de la plaque bactérienne** : Les bactéries les plus souvent citées sont lactobacillus acidophilus et streptococcus mutans.

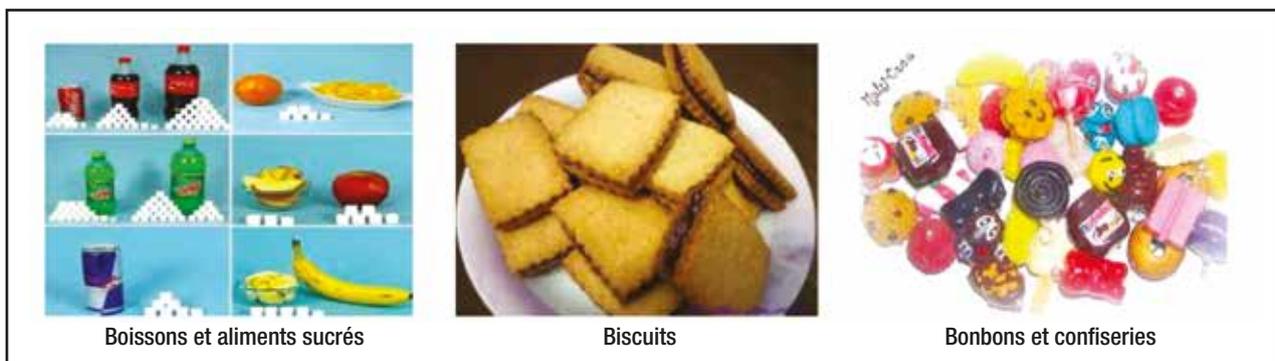
• **Présence de sucres** ( alimentation) qui peuvent être transformés en acides par les bactéries cariogènes de la plaque.

• **Terrain** (dent) qui fait intervenir deux facteurs : (i) locaux notamment une denture plus ou moins propice à la carie (malposition dentaire) et (ii) généraux tels que la prédisposition génétique et certaines maladies ou états physiologiques.

• **Temps** : Il s'agit du temps de présence du sucre dans la bouche. Plus ce temps est long, plus la quantité de

production d'acides augmente avec comme résultat la survenue de carie dentaire.

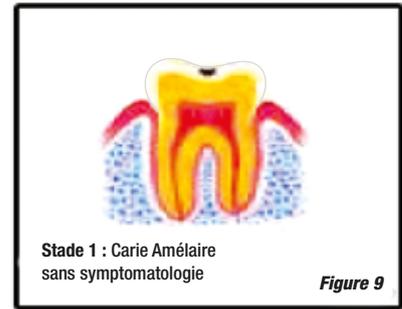
Certains aliments ont un fort potentiel cariogène, à titre d'exemple (*figure 8*) :



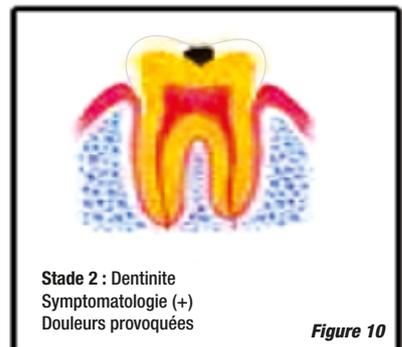
*figure 8 : Quelques aliments cariogènes*

• **Stades de développement de la carie** : Cinq stades de développement sont observés dans la survenue de la carie dentaire

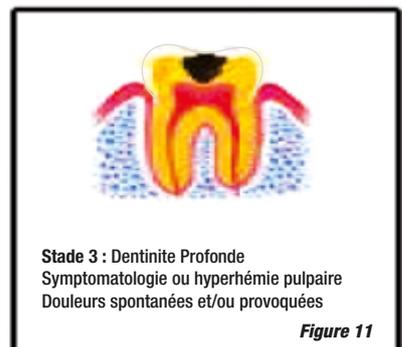
**Stade 1 : Carie de l'émail** (figure 9). Il y a une atteinte de l'émail sans symptomatologie.



**Stade 2 : Carie superficielle de la dentine** (figure 10). On note une sensibilité au sucre ou au froid.

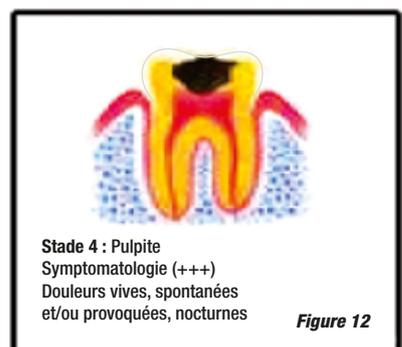


**Stade 3 : Carie profonde de la dentine** (figure 11). On note une symptomatologie marquée par des douleurs provoquées par le sucre et les agents thermiques (chauds ou froids).

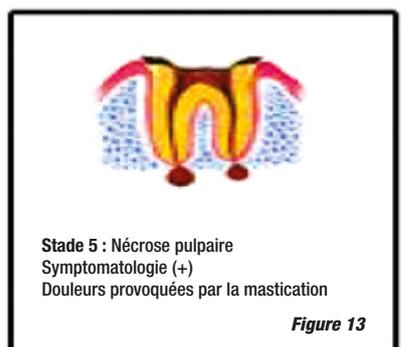


**Stade 4 : Pulpite** (figure 12).

La symptomatologie est marquée par des douleurs vives, spontanées et provoquées, en général nocturnes. Ces douleurs cèdent rarement aux antalgiques de premier palier.



**Stade 5 : Nécrose pulpaire** (figure 13). La symptomatologie est faite d'une douleur provoquée par la mastication. Le patient peut décrire une sensation de dent longue. Elle peut être également asymptomatique du fait de la chronicité et évolue vers des complications (kystes, cellulites ... ).



## II.1.2. La sensibilité dentaire

### • Définition :

La sensibilité dentaire est une manifestation douloureuse aiguë et de courte durée des dents où la dentine est exposée à des stimuli thermiques, tactiles, chimiques principalement.

### • Etiologies :

- Des habitudes alimentaires modernes associées souvent à une technique de brossage (ou de soccu) traumatique ou inadéquate.
- Des maladies parodontales chroniques qui entraînent un déchaussement des dents,
- Des lésions cervicales non carieuses ou lésions d'usure.

### • Clinique :

A l'examen, on peut noter des lésions de l'émail en zone cervicale (collets des dents) (photo 1)

Photo 1 : Lésion aux collets des dents



## II.2. Les maladies du parodonte

### • Définitions :

**Les gingivites** sont des affections qui affectent le parodonte superficiel (gencive) exclusivement sans atteinte de l'os ni du cément ou du desmodonte (photo 2). Elles sont réversibles.

**Les parodontites** sont des affections du parodonte profond (os alvéolaire, ligament alvéolo-dentaire et cément) avec migration de l'attache gingivale, présence de poches parodontales et destructions osseuses.

L'évolution de la parodontite se fait vers la mobilité dentaire (photos 3 et 4).

Photo 2 : Cas de gingivite



Photo 3 : La plaque dentaire



### • Etiologies :

La plaque dentaire ou biofilm est le premier facteur étiologique. Il s'agit d'un dépôt blanc gris, volumineux et mou, visible à l'œil nu. Elle est constituée par une accumulation de bactéries (photo 3)

La minéralisation de celle-ci va aboutir à la formation du tarte dentaire qui est un dépôt dur, jaunâtre (photo 4).

La plaque et le tarte sont à l'origine des parodontopathies.

Photo 4 : L'accumulation de tarte dans une parodontite



### II.3. Les tuméfactions

Les tuméfactions infectieuses d'origine dentaire sont les plus fréquentes. Il s'agit des abcès dentaires, des cellulites péri maxillaires et des ostéites maxillaires.

#### Les cellulites péri-maxillaires :

- **Définition** : Les cellulites péri maxillaires sont des infections du tissu cellulaire, cheminant à travers l'os et le périoste pour atteindre les espaces cellulo-adipeux des muscles masticateurs. Elles ont une origine souvent dentaire ou péri-dentaire. Elles sont diffuses ou circonscrites.

- **Etiologies** : Plusieurs causes peuvent être évoquées dans l'apparition des cellulites péri maxillaires. Parmi celles-ci on peut distinguer :

- Les causes déterminantes souvent d'origine dentaire et péri dentaire : carie dentaire, contusion dentaire, fracture des maxillaires, parodontopathies et poussée d'une dent de sagesse.
- Les causes iatrogènes qui surviennent en général lors des soins dentaires dans un environnement septique.
- Les facteurs favorisants sont surtout liés :
  - au comportement de l'individu : mauvaise hygiène bucco-dentaire, alcoolisme et/ou tabagisme ;
  - au terrain : diabète, immunodéficience, malnutrition ;
  - à un traitement préexistant : anti inflammatoire isolé sur terrain infecté, corticothérapie.

#### Quelques cas de cellulites :

##### Les cellulites aiguës circonscrites.



*Photo 5 : Cellulite labiale basse*



*Photo 6 : Cellulite génienne haute*

##### Les cellulites aiguës diffuses.



*Photo 7 : Cellulite cervico-faciale diffusée en région médiastinale*



*Photo 8 : Cellulite génienne basse*



*Photo 9 : Cellulite du plancher avec trismus*

##### Les cellulites chroniques



*Photo 10 A: Cellulite chronique avec fistulisation*



*Photo 10 B: Cellulite chronique avec fistulisation*

## II.4. Les ulcérations buccales les plus courantes

Les ulcérations peuvent être des manifestations de certaines pathologies comme :

### • Les stomatites bactériennes

- La **stomatite tuberculeuse** : se manifeste par une douleur aiguë et de courte durée. A l'examen, on note la présence d'une ulcération douloureuse, à localisation souvent linguale avec un contour irrégulier et un fond jaunâtre (*photo 11*). La présence d'adénopathie sous maxillaire satellite est souvent observée.



Photo 11 : Stomatite tuberculeuse

- La **stomatite syphilitique** : A localisation labiale ou linguale elle se présente sous forme d'ulcération propre, bien limitée, à bord régulier rougeâtre. Son fond est plat et lisse avec un exsudat gris (*photo 12*).



Photo 12 : Stomatite syphilitique

A l'examen, on retrouve une adénopathie satellite qui est constante.

### • Les stomatites virales

La stomatite herpétique se présente sous forme d'ulcération multiples, de forme arrondie. Elles succèdent à un bouquet de vésicules à base érythémateuse (rougeâtre) (*photo 13*).



Photo 13 : Stomatite herpétique

### • Les stomatites mycosiques

Les candidoses buccales peuvent apparaître sous forme de perlèches, chéilites angulaires ou sous une prothèse mal adaptée. Chez l'enfant le muguet est le plus fréquent (rougeâtre) (*photo 14*).



Photo 14 : Stomatite mycosique

### • La stomatite aphteuse

L'aphte buccal : lésion bénigne de la muqueuse buccale, handicapante, récidivante évoluant par poussées. Elle précède ou accompagne parfois d'autres maladies générales.

**Aspect clinique** : ulcération ovalaire à fond jaune et bord rouge (*photo 15*).



Photo 15 : Stomatite aphteuse

**Caractéristique** : douleurs vives à type de brûlures.

### • La stomatite bulleuse d'origine médicamenteuse

Les stomatites bulleuses sont des lésions qui se présentent sous forme de brûlures ou d'attaque acide. Les lésions sont des bulles multiples de taille supérieure à 10 mm (*photo 16*).



Photo 16 : Syndrome de Lyell

## **II.5. Les traumatismes**

### **II.5.1. Les traumatismes alvéolo-dentaires**

- **Définition** : Il s'agit de traumatismes accidentels dus aux chocs directs ou indirects portés sur le système alvéolo dentaire.

- **Signes cliniques** : Le traumatisé de la région alvéolo dentaire se présente à la consultation bouche entrouverte, craignant de serrer ses dents. Il ne déglutit pas, ce qui provoque une salivation plus ou moins sanguinolente.

- **Formes cliniques**

La contusion : la dent est douloureuse sans fracture ni mobilité, l'émail peut être fissuré ;

La fêlure : rupture incomplète d'une part de l'émail ;

La fracture coronaire ou corono-radulaire : fracture qui concerne l'émail, la dentine et/ou le cément avec ou sans exposition pulpaire ;

La luxation : traumatisme des tissus parodontaux, douleur à la mastication :

- La subluxation
- L'intrusion ou ingression de la dent
- L'extrusion ou égression de la dent
- La luxation latérale ou déplacement latéral de la dent
- La luxation totale ou expulsion de la dent

Fracture alvéolo-dentaire. C'est une fracture de l'os alvéolaire avec déplacement impliquant une ou plusieurs dents, elle est associée à une déchirure gingivale.

### **II.5.2. La luxation temporo-mandibulaire**

- **Définition** : La luxation temporo-mandibulaire est la perte de rapport entre le condyle mandibulaire et le condyle temporal.

- **Etiologies**

- Fou rire, bâillement ;
- Crise d'épilepsie ;
- Coup de poing de haut en bas sur le menton etc.

- **Formes cliniques**

Elle peut être unilatérale ou bilatérale ; avec blocage de la mâchoire du bas (mandibule), une bouche ouverte impossible à fermer, une hyper salivation (sialorrhée), une haleine fétide en cas de retard de réduction de la luxation.

### **II.5.3. Les fractures mandibulaires**

- **Définition**

Il s'agit d'une rupture de la continuité de l'os mandibulaire.

Elles constituent une urgence médicale par l'hémorragie qui en résulte et le risque d'asphyxie par glossoptose (avalé sa langue).

Les fractures mandibulaires ont un retentissement sur l'esthétique, l'occlusion dentaire et la fonction de mastication.

• **Etiologies**

- Accident de la voie publique, sport, coups de sabots d'animaux, chutes d'arbres ;
- Violence (rixes, agression) ;
- Fractures : iatrogènes, par traumatisme balistique, ou pathologiques ;
- Accident de travail etc.

• **Signes cliniques**

Asymétrie ou déformation de la mandibule, on peut noter :

- l'absence de contact des lèvres ;
- la présence d'œdèmes, d'hématomes, de plaie ou d'hémorragie ;
- des déplacements de fragments matérialisés par le décalage des points inter incisifs.

**II.6. Les tumeurs malignes de la cavité buccale**

• **Définiton** : Elles sont le résultat d'une multiplication anarchique de cellules avec un caractère invasif, diffusant localement et à distance.

• **Etiologies** :

- Usage de tabac et d'alcool ;
- Irritations chroniques de la muqueuse par des agents mécaniques ou chimiques,
- Mauvaise hygiène bucco-dentaire,
- Dents délabrées et prothèses dentaires traumatiques,
- Lésions pré néoplasiques etc.

• **Manifestations cliniques** :

- Gêne au contact,
- Douleurs spontanées ou non,
- Altération de l'état général ou difficulté d'élocution,
- A l'examen clinique on peut noter la présence d'une ulcération unique, rouge sur fond blanc nacré, hémorragique avec des rebords indurés,
- La palpation au niveau de la lésion est douloureuse. Elle révèle souvent la présence de ganglions (adénopathies) durs et fixes.

**Formes cliniques selon le siège dans la cavité buccale**



*Photo 17 : Tumeur de la langue*



*Photo 18 : Tumeur multi-siège de la muqueuse buccale*

## II.7. Le Noma

- **Définition** : Stomatite gangréneuse ulcéro nécrotique à point de départ gingival qui évolue vers une perte de substance des tissus mous et des structures osseuses pouvant être très invalidante.
- **Etiologies** : un terrain particulier ; enfant en bas âge sur un tableau de malnutrition ou à la suite de maladies infectieuses telles la rougeole, VIH/SIDA, le paludisme, etc. D'autres facteurs sont cités notamment une mauvaise hygiène buccodentaire, une immunodéficience.
- **Formes cliniques** : selon les stades évolutifs de la maladie :

### – La gingivite ulcéro nécrotique

Elle peut être localisée ou généralisée. Elle débute par une douleur gingivale ; un érythème linéaire, associée à un œdème. Elle évolue vers une ulcération puis une nécrose des papilles interdentaires (photo19).

L'haleine est souvent fétide. Le patient présente une fièvre avec une altération de l'état général.

L'examen du malade retrouve des ganglions (adénopathies) cervicaux et sous angulo-mandibulaires.



Photo 19 : Gingivite ulcéro nécrotique

### – L'œdème facial

Il siège en regard de la lésion gingivale. Il peut être jugal, labial, mentonnier ou commissural (photo 20).

Il se traduit par des douleurs vives spontanées ou provoquées. A l'examen le malade présente une fièvre, une haleine fétide et une hyper sialorrhée. La tuméfaction est rouge, luisante, douloureuse à la palpation et délimitée par un sillon noirâtre.



Photo 20 : Œdème facial

### – La plaque gangréneuse

La gangrène se présente sous la forme d'un placard violacé, devenant ensuite noirâtre, délimitée par un sillon d'élimination. A l'examen, on a une perte de substance du côté muqueux et non du côté externe (photo 21).



Photo 21 : Plaque gangréneuse

### – La perte tissulaire

C'est la chute de l'escarre avec mise à nu des structures osseuses sous-jacentes dont une partie va se nécroser. L'état général est altéré, si l'enfant survit (photo 22).



Photo 22 : Perte tissulaire

### – Les séquelles de NOMA

La cicatrisation rapide entraîne une fibrose des tissus mous avec la constitution de brides cicatricielles.

La rétraction des tissus entrave l'ouverture buccale source de constriction permanente des mâchoires (photo 23).



Photo 23 : Séquelles de Noma

### **III. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE AFFECTION BUCCO-DENTAIRE**

L'examen clinique du patient venu en consultation au niveau du poste de santé ne présente pas de caractéristique particulier. Il suit les différents temps d'un examen clinique classique d'un malade à savoir l'interrogatoire et l'examen physique. La finalité est de soulager le malade et de faire la référence vers le chirurgien-dentiste ou le technicien supérieur en odontologie dans les meilleures conditions pour une bonne prise en charge.

#### **III.1. L'interrogatoire**

Il s'agit pour l'infirmier ou la sage-femme de mettre le patient en confiance et de l'amener à mieux collaborer.

**Rappel :** l'interrogatoire comporte :

- L'identification du malade en recueillant ses données personnelles (prénom, nom, âge, sexe, la profession, etc.) ;
- Le recueil des motifs de consultation ;
- L'histoire de la maladie relatée par le malade lui-même ou par son accompagnant. Elle doit préciser la date de début, le mode d'apparition (notamment le premier signe), l'évolution et les traitements entrepris ;
- La recherche d'antécédents personnels et familiaux de maladies générales ayant des retentissements buccaux (diabète, Sida, ....) ;
- Il faut identifier les traitements passés ou en cours. ;
- L'interrogatoire se termine par l'information du patient sur la suite de la consultation notamment le processus de l'examen physique.

#### **III.2. L'examen physique**

L'infirmier ou la sage-femme n'a juste besoin que d'un abaisse-langue et d'une source lumineuse (lampe torche) pour mener à bien son examen physique.

L'examen physique comporte l'examen exo-buccal et l'examen endo-buccal.

##### **L'examen exo-buccal**

Il est orienté par les résultats de l'interrogatoire. Il s'effectue sous un bon éclairage, le patient étant bien détendu. Il suit les étapes suivantes :

- L'inspection est une étape d'observation qui permet de recueillir les signes physiques de la maladie. On appréciera le siège des lésions, leurs aspects, leur répercussion sur le voisinage et les signes associés.
- La palpation permet de toucher la lésion (tuméfaction, lésion traumatique, ulcération, adénopathie, etc.)

##### **L'examen endo-buccal**

Cette étape de l'examen physique se fera surtout en bouche ouverte à l'aide d'un abaisse-langue. L'infirmier ou la sage-femme regardera :

- La gencive, les lèvres, la langue, les joues, le plancher de la bouche qui pourront être hémorragiques, rétractés, fistulisés ou nécrosés, ou bien présenter une ulcération, une lésion, une sécheresse ou une tuméfaction
- Si l'accès à la cavité buccale est facile ou difficile :
  - L'amplitude d'ouverture buccale est:
    - Normale d'environ 4 cm,
    - ou limitée inférieure à 3 cm ;
  - Le chemin d'ouverture ou de fermeture est rectiligne ou dévié ;
- L'hygiène bucco-dentaire en notant :
  - présence de plaque bactérienne et/ou de tartre ou de coloration,
  - l'haleine dégagée ;
- Les dents et leur parodonte: pour rechercher principalement
  - une carie, une malposition, des fractures, des fêlures et/ou des mobilités dentaires ;
  - la texture, couleur et volume de la gencive.

#### **III.3. La conduite à tenir**

A terme, l'examen clinique permettra d'adopter une conduite à tenir (prescription et référence).

**III.3.1. tableau 1 : Symptomatologie et conduite à tenir suivant les stades de développement de la carie dentaire**

STADES	SIGNES CLINIQUES	CONDUITE A TENIR
<b>Stade 1</b> : Carie de l'émail	Pas de symptomatologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Conseils d'hygiène bucco-dentaire</li> <li>☛ Référer le malade vers le dentiste.</li> </ul>
<b>Stade 2</b> : Carie superficielle de la dentine	Sensibilité au sucre ou au froid	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Conseils d'hygiène bucco-dentaire</li> <li>☛ Référer le malade vers le dentiste.</li> </ul>
<b>Stade 3</b> : Carie profonde de la dentine	Douleurs provoquées par le sucre et les agents thermiques (chauds ou froids)	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Conseils d'hygiène bucco-dentaire</li> <li>☛ Prescrire un antalgique (paracétamol) au besoin</li> <li>☛ Référer le malade vers le dentiste.</li> </ul>
<b>Stade 4</b> : Pulpite de la dent ou rage de dent	Douleurs vives, spontanées et provoquées, en général nocturnes	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Conseils d'hygiène bucco-dentaire</li> <li>☛ Prescrire un antalgique (paracétamol)</li> <li>☛ Référer immédiatement le malade vers le dentiste.</li> </ul>
<b>Stade 5</b> : Nécrose pulpaire	Douleurs provoquées par la mastication. Sensation de dent longue décrite par le patient. Absence de symptômes du fait de la chronicité et de l'évolution vers des complications (kystes, abcès cellulites)	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Conseils d'hygiène bucco-dentaire</li> <li>☛ Prescrire un antalgique (paracétamol)</li> <li>☛ Prescrire un antibiotique (Ex. amoxicilline)</li> <li>☛ Référer immédiatement le malade vers le dentiste.</li> </ul>

III.3.2 Tableau 2 : symptomatologie et conduite à tenir devant les maladies parodontales

MALADIES DU PARODONTE	SIGNES CLINIQUES	CONDUITE A TENIR
<p><b>Gingivites</b></p>	<p><b>Plaintes</b> : Saignement spontané ou provoqué, Inflammation de la gencive : couleur rouge vive  <b>Examen</b> : la gencive est cedemateuse, érythémateuse, hypertrophique et molle.  <b>Signes Généraux</b> : <b>RAS</b> en cas de gingivite chronique simple</p>	<p>☛ Conseils d'hygiène bucco-dentaire                      - Prescrire un antiseptique (bain de bouche à base de Chlorhexidine 3 fois/J après les repas + nettoyage)                      ☛ <b>Référer le malade vers le dentiste</b></p>
<p><b>Parodontites</b></p>	<p><b>Plaintes</b> : Inflammation de la gencive avec des saignements provoqués ou spontanés  <b>Examen</b> : les signes sont caractérisés par :                      • une récession gingivale,                      • une exposition des zones inter radiculaires                      • une mobilité, et même perte dentaire  <b>Signes Généraux</b> : <b>RAS</b></p>	<p>☛ Conseils d'hygiène bucco-dentaire                      - Prescrire un antiseptique (bain de bouche 3 fois/J après les repas + nettoyage)                      ☛ <b>Référer le malade vers le dentiste</b></p>

III.3.3 Tableau 3 : symptomatologie et conduite à tenir devant les cas de cellulites

CELLULITES	SIGNES CLINIQUES	CONDUITE A TENIR
<p><b>Cellulites aiguës</b></p>	<p><b>Plaintes</b> : Douleur continue ou pulsatile, lancinante responsable d'insomnie  <b>Examen</b> : tuméfaction, lisse, vernissée accompagnée d'une augmentation de la chaleur locale, l'haleine est fétide, trismus réactionnel, peut devenir suppurée avec signe du godet  <b>Signes Généraux</b> : Céphalées, fièvre, asthénie, pâleur des muqueuses et courbatures, altération de l'état général</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Traitement par voie orale ou parentérale :</li> <li>- <b>Antibiothérapies</b> : Blactamine (Pénicilline A) + Imidazolés :</li> <li>Ex : Amoxicilline ou Erythromycine + Métronidazole</li> <li>- <b>Antalgique</b> : Paracétamol</li> <li>☛ <b>Référer le malade vers le dentiste</b></li> </ul>
<p><b>Cellulites chroniques</b></p>	<p><b>Plaintes</b> : préoccupations esthétiques  <b>Examen</b> : tuméfaction et fistulisation à la muqueuse ou à la peau  <b>Signes Généraux</b> : presque tous les signes ont disparu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Traitement par voie orale</li> <li>- <b>Antibiothérapies</b> : Blactamine (Pénicilline A) + Imidazolés :</li> <li>Ex : Amoxicilline ou Ery Thromycine + Métronidazole</li> <li>- <b>Antalgique</b> : Paracétamol</li> <li>☛ <b>Référer le malade vers le dentiste</b></li> </ul>
<p><b>Cellulites diffuses</b></p>	<p><b>Plaintes</b> : Survenue brutale à la suite d'infection d'origine dentaire négligée  <b>Examen</b> : Un trismus, parfois associé à un refoulement en arrière de la langue                      Diffusion en sous cutanée sans limitation                      Risque de diffusion vers la région orbitaire et la survenue d'une thrombophlébite facio-ophthalmique ou vers la région cervico médiastinale  <b>Signes Généraux</b> : un tableau infectieux très sévère</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Traitement par voie parentérale</li> <li>- <b>Antibiothérapies</b> : Blactamine (Pénicilline A) + Gentamycine + Imidazolés :</li> <li>- <b>Antalgique</b> : Paracétamol Voie veineuse</li> <li>☛ <b>Référer le malade en URGENCE vers le dentiste : cas à hospitaliser</b></li> </ul>

NB : Adapter la posologie en fonction de l'âge et du poids du malade. La prise en charge des complications est décrite au chapitre suivant.

**ATTENTION : Ne pas prescrire un anti-inflammatoire devant une cellulite -/ Pas de pansement alcoolisé**

Tableau 4 : symptomatologie et conduite à tenir devant les ulcérations buccales

ULCERATIONS BUCCALES	SIGNES CLINIQUES	CONDUITE A TENIR
Stomatites d'origine bactérienne	<p><b>Plaintes</b> : gêne, douleur de la muqueuse spontanée ou au contact</p> <p><b>Examen</b> : Ulcération douloureuse, localisation : langue fèvre joue ou plancher de la bouche, contour régulier ou irrégulier, un fond jaunâtre ou blanchâtre</p> <p><b>Signes Généraux</b> : présence d'adénoopathie sous maxillaire satellite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Conseils d'hygiène bucco-dentaire</li> <li>☛ Prescrire un antiseptique (bain de bouche)</li> <li>☛ <b>Référer le malade vers le chirurgien-dentiste.</b></li> </ul>
Stomatites d'origine virale	<p><b>Plaintes</b> : douleur de la muqueuse spontanée ou au contact</p> <p><b>Examen</b> : ulcérations multiples qui succèdent à des bouquets de vésicules à base érythémateuse (rougeâtre)</p> <p><b>Signes Généraux</b> : parfois présence d'adénoopathie sous maxillaire satellite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Donnez des conseils d'hygiène bucco-dentaire</li> <li>☛ Conseiller aux patients une alimentation équilibrée</li> <li>☛ Prescrire un bain de bouche antiseptique : 4 à 5 fois /jour</li> <li>☛ <b>Référer le patient vers un chirurgien-dentiste.</b></li> </ul>
Stomatites d'origine mycosique	<p><b>Plaintes</b> : sensation de brûlure</p> <p><b>Examen</b> : Manifestation très variée sous forme d'ulcération limitée ou non avec dépôts blanchâtres ou jaunâtres</p> <p>Localisation: sous les prothèses dentaires, angles des lèvres, langue, face interne des joues</p> <p><b>Signes Généraux</b> : baisse de l'immunité, état physiologique perturbé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Donnez des conseils d'hygiène bucco-dentaire</li> <li>☛ Conseiller aux patients une alimentation équilibrée</li> <li>☛ <b>Prescrire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibiotique de la famille des Blactamines + Antimycosique + Imidazoles</li> <li>- Un bain de bouche Antiseptique : 4 à 5 fois /jour</li> </ul> </li> <li>☛ <b>Référer le patient vers un chirurgien-dentiste.</b></li> </ul>
Stomatites aphteuses	<p><b>Plaintes</b> : douleurs vives à type de brûlures</p> <p><b>Examen</b> : ulcération ovale à fond jaune et à bords rouges, récidivante</p> <p><b>Signes Généraux</b> : lésion bénigne, handicapante évoluant par poussées précédée ou accompagnée souvent une maladie générale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ <b>Prescrire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un bain de bouche à base de Chlorhexidine + anesthésiant: 4 à 5 fois /jour</li> <li>- Antibiothérapie de la famille des Imidazolés</li> </ul> </li> <li>☛ <b>Référer le patient au cabinet-dentaire.</b></li> </ul>
Stomatite d'origine médicamenteuse	<p><b>Plaintes</b> : douleurs vives à type de brûlures ou attaque acide</p> <p><b>Examen</b> : Les lésions sous forme de bulles multiples de taille supérieure à 10 mm</p> <p><b>Signes Généraux</b> : accompagne les Toxidermies bulleuses (syndrome de Stevens Johnson et de Lyell) ou les Maladies bulleuses (pemphigus).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ <b>Prescrire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>un bain de bouche sans alcool :</li> <li>4 à 5 fois /jour et un antihistaminique</li> </ul> </li> <li>☛ <b>Référer immédiatement le patient.</b></li> </ul>

III.3.5 Tableau 5 : symptomatologie et conduite à tenir devant les cas de traumatismes

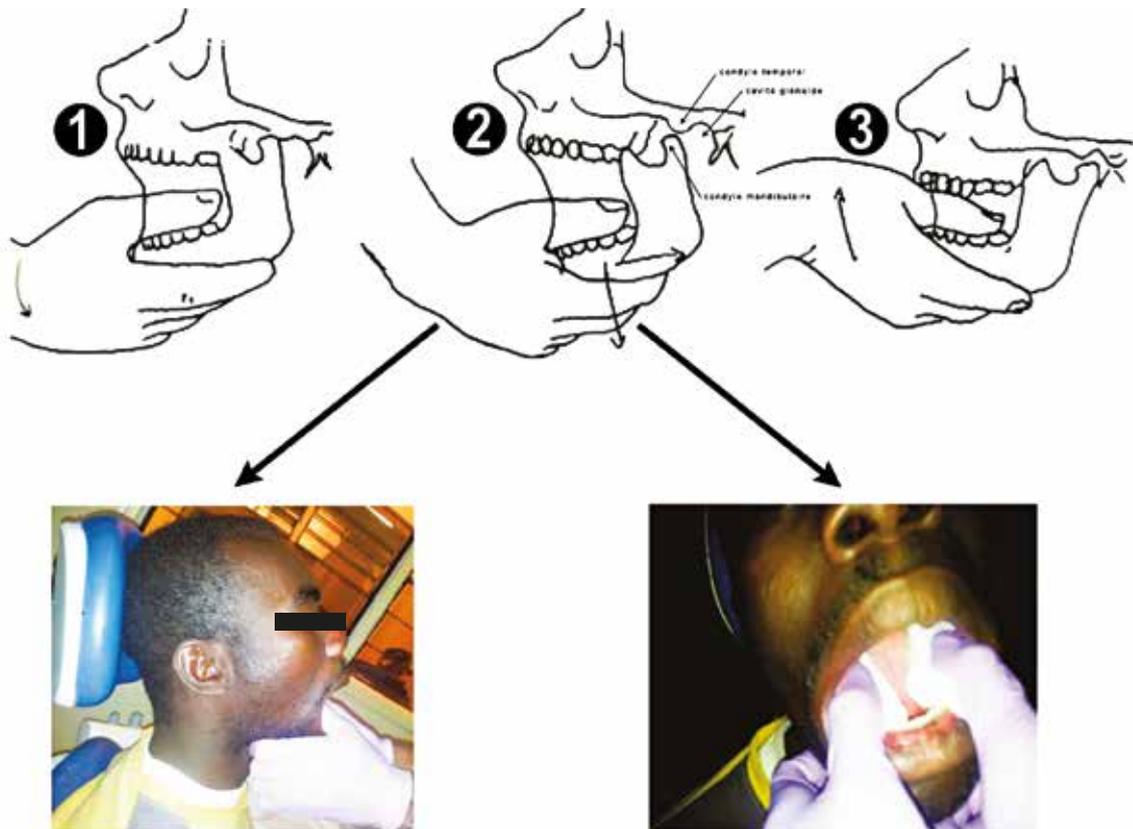
LES TRAUMATISMES	SIGNES CLINIQUES	CONDUITE A TENIR
<p><b>Les traumatismes alvéolo dentaires</b></p>	<p><b>Plaintes</b> : douleurs vives  <b>Examen</b> : Fracture de la région alvéolo-dentaire avec parfois celle de la dent                      Problème de déglutition                      Sialorrhée (hyper salivation) plus ou moins sanguinolente  <b>Signes Généraux</b> : RAS</p>	<p>Si avulsion totale de la dent, larécupérer dans du serum physiologique ou du lait ou de l'eau                      Prescrire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotique : Bactamine</li> <li>• Antalgique : Paracétamol</li> <li>• Anti-inflammatoire : Ibuprofène</li> </ul> <p>☛ <b>Référer le malade vers le chirurgien-dentiste.</b></p>
<p><b>La luxation temporo mandibulaire</b></p>	<p><b>Plaintes</b> : douleur des ATM (articulation temporo-mandibulaire) impossibilité de fermer la bouche  <b>Examen</b> : blocage unilatéral (un coté) ou bilatéral (des deux côtés) de la mandibule (mâchoire inférieure)                      Ouverture de la bouche avec impossibilité de la fermer, une hyper sialorrhée  <b>Signes Généraux</b> : vacuité des cavités glénoïdes, céphalée en cas de retard de la réduction</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction manuelle, le plus rapidement possible par la manœuvre de Nélaton puis</li> <li>• Fronde temporo-sous mentonnière (foulard en œuf de pâque)</li> </ul> <p>☛ <b>Référer le patient au cabinet dentaire en cas de récurrence et/ou d'échec de la manœuvre</b></p>
<p><b>La fracture mandibulaire</b></p>	<p><b>Plaintes</b> : asymétrie et/ou déformation de la mandibule (mâchoire inférieure), douleur  <b>Examen</b> : absence de contact des lèvres ;                      - parfois présence d'œdèmes, hématomes, hémorragies et/ou de plaies,                      - déplacements de fragments, décalages des points inter incisifs  <b>Signes Généraux</b> : asthénie.</p>	<p>- <b>Prescrire</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotique : Bactamine</li> <li>• Antalgique : paracétamol</li> <li>• Anti-inflammatoire s'il ya œdème</li> <li>• Bien immobiliser le foyer de fracture en plaçant une fronde occipito mentonnière (foulard en œuf de pâque)</li> <li>• Conseiller une alimentation liquide hypercalorique</li> </ul> <p><b>Faire</b> : SAT et VAT</p> <p>☛ <b>Référer le malade vers le chirurgien-dentiste ou en stomatologie</b></p>



III.3.6 Tableau 6 : symptomatologie et conduite à tenir devant les cas de tumeurs de la cavité buccale

LES TUMEURS MALIGNES DE LA CAVITE BUCCALE	SIGNES CLINIQUES	CONDUITE A TENIR
<p><b>Tumeurs malignes de la cavité buccale</b></p>	<p><b>Plaintes</b> : Gêne au contact, douleurs spontanées ou non ; difficultés d'élocution</p> <p><b>Examen</b> : Ulcération, rouge sur fond blanc nacré, hémorragique avec des rebords indurés; Palpation est douloureuse</p> <p><b>Signes Généraux</b> : Présence de ganglions (adénopathies) durs et fixes + Altération de l'état général.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseils d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation équilibrée</li> <li>• <b>Référer le patient vers le chirurgien-dentiste ou en stomatologie</b></li> </ul>
<p><b>Le NOMA</b></p>	<p><b>La gingivite ulcéro-nécrotique</b> : douleur gingivale + un œdème. Elle évolue vers une ulcération puis une nécrose tissulaire et une destruction des papilles inter dentaires. Haleine fétide, fièvre +altération de l'état général, difficulté à l'alimentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotique : Bactamines+ imidazolés</li> <li>• Antalgique</li> <li>• Antiseptique</li> <li>• Conseil d'hygiène</li> <li>• Conseils nutritionnels</li> <li>• <b>Référer le patient vers le chirurgien-dentiste ou en stomatologie</b></li> </ul>
	<p><b>L'œdème facial</b> : en regard de la lésion gingivale. fièvre + une altération de l'état général Ganglions (adénopathies) cervicaux et sous angulo-mandibulaires</p> <p><b>La plaque gangréneuse</b> : placard violacé, devenant ensuite noirâtre, délimité par un sillon d'élimination.</p> <p><b>La perte tissulaire</b> : chute de l'escarre + mise à nu des structures osseuses sous-jacentes dont une partie va se nécroser. Etat général qui s'améliore.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiothérapie adaptée permet de stopper l'évolution</li> <li>• <b>Référence immédiate vers le chirurgien-dentiste ou le spécialiste (maxillo-facial en milieu hospitalier)</b></li> </ul>
	<p><b>Les séquelles de NOMA</b> : La rétraction des tissus entrave l'ouverture buccale Mutilations faciales Trouble du langage, fuite salivaire, difficultés d'alimentation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Référence immédiate vers le chirurgien-dentiste ou le spécialiste (maxillo-facial en milieu hospitalier)</b></li> </ul>

**III.3.5 Tableau 7 : Symptomatologie et conduite à tenir devant une luxation temporo-mandibulaire**



**Successivement :**

**1 :** Le praticien dont les mains sont gantées fait face au patient et saisit les branches horizontales de la mandibule, les pouces (protégés par des compresses) s'appuyant sur les dents (ou les crêtes) mandibulaires postérieures, les autres doigts repliés prenant appui sous le bord inférieur de la mandibule de chaque côté.

**2 :** L'ouverture buccale est alors légèrement exagérée, puis par une pression d'intensité croissante et, sans jamais la relâcher, la mandibule est abaissée progressivement de façon à glisser le condyle mandibulaire sous le condyle temporal.

**3 :** La perception d'un ressaut et l'obtention immédiate d'une fermeture buccodentaire normale témoignent de la réintégration du condyle mandibulaire dans la cavité glénoïde.

**4 :** Cette position sera maintenue avec l'aide d'une fronde temporo-mentonnaire (foulard en œuf de pâque) pendant une trentaine de minute.



**NB :** Dans la forme bilatérale, ce mouvement peut être imprimé de façon asymétrique pour réduire chaque côté successivement.

## IV. PREVENTION DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES

La communication est un volet essentiel pour la promotion de la santé bucco-dentaire au niveau des populations. Les agents de santé, les relais et autres agents de santé communautaires doivent être en mesure de comprendre l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire dans la qualité de vie des populations. Ils doivent ainsi transmettre et expliquer aux patients, aux parents, aux jeunes et aux communautés les messages essentiels.

Les messages clés à transmettre porteront sur les axes de communication suivants : le rôle et l'importance des dents ; les mesures de prévention des affections bucco-dentaires, les techniques de prévention, les conseils à donner et la planification des activités de promotion au niveau communautaire.

### IV.1. Définition

La prévention est l'ensemble de mesures individuelles ou collectives prises ou mise en place afin de préserver la santé.

Selon la période de l'intervention préventive, on distingue :

- La prévention primaire qui désigne les actions menées sur les facteurs de risque de maladie avant la survenue de celle-ci. Le but est de préserver la santé de l'individu ;

**Exemple :** Application de fluor pour éviter la carie dentaire, l'élimination de la plaque, une bonne hygiène bucco-dentaire pour éviter les maladies parodontales ;

- La prévention secondaire qui permet d'agir précocement sur la maladie dès sa survenue. Il s'agit du dépistage et de la prise en charge précoce des affections ;

Contrairement à la prévention primaire, le dépistage doit être l'apanage des professionnels de santé

- La prévention tertiaire qui vise à réduire les complications et les séquelles, essentiellement curative.

### IV.2. Les facteurs de risque communs avec les principales Maladies Non Transmissibles

- Les maladies bucco-dentaires ainsi que certaines maladies systémiques, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les affections respiratoires chroniques et les cancers sont considérés comme des maladies non transmissibles.

- Il a été démontré que ces maladies ont des facteurs de risque communs qui posent un problème de santé publique de plus en plus grave.

Maladies non transmissibles				
4 Facteurs de risques communs modifiables des 5 Maladies				
	Tabagisme	Alimentation malsaine	Inactivité physique	Consommation nocive d'alcool
Cardiovasculaires				
Diabète				
Cancer				
Respiratoires chroniques				
Maladies bucco-dentaire				

Source : Guide de sensibilisation «conduire le monde à une santé bucco-dentaire optimale». Fédération Dentaire Internationale. 2012

### **IV.3. Les facteurs favorisant les affections dentaires**

- La consommation abusive de sucre,
- La cigarette,
- Le régime alimentaire mal équilibré,
- L'alcool,
- La mauvaise hygiène bucco-dentaire,
- Le recours tardif aux structures de soins conventionnelles,
- La méconnaissance des moments critiques pour le brossage des dents,
- Le mauvais brossage des dents (avec brosse à dent ou avec Soccu),
- L'automédication,
- L'utilisation de produits nocifs sur les dents.

### **IV.4. Informations Conseils sur la Santé Bucco-Dentaire**

La dent joue un rôle important pour le bien être de l'individu :

- Les dents jouent un rôle important dans la mastication des aliments et la digestion : une digestion de qualité commence par une bonne mastication,
- Les dents participent dans l'articulation du langage. Lorsque la denture présente des perturbations, la prononciation de certains mots devient difficile,
- La perte de dent surtout au niveau antérieur entraîne un préjudice esthétique.

Il est possible de réduire les maladies bucco-dentaires en adoptant les comportements suivants :

- Réduire la consommation de sucre surtout chez les enfants,
- Promouvoir un régime alimentaire bien équilibré,
- Consommer des fruits et des légumes qui jouent un rôle protecteur contre le cancer de la bouche,
- Arrêter de fumer,
- Diminuer la consommation d'alcool afin de réduire les risques de maladies parodontales et le cancer,
- Se brosser quotidiennement les dents aux moments critiques (après le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner),
- Aider les enfants à se brosser les dents dès l'âge de deux ans,
- Consulter systématiquement le professionnel de santé tous les 6 mois,
- Eviter de mettre un produit dans la dent malade ou sur les dents afin de les blanchir.

### **IV.5. Les moyens de prévention**

Plusieurs moyens peuvent être utilisés pour prévenir les affections bucco-dentaires :

- La brosse à dent : manuelle ou électrique, souple,
- Le « Soccu », traditionnel,
- Les pâtes dentifrices fluorées,
- Le fil dentaire,
- Les brossettes inter-dentaires,
- Les bains de bouche.

### **IV.6. Les règles de prévention**

Dans la prévention des affections bucco-dentaires quatre règles importantes doivent être retenues :

- Les habitudes d'hygiène : le brossage régulier après chaque repas,
- Une alimentation riche et variée,
- L'utilisation de pâte dentifrice fluorée,
- Les visites régulières chez le professionnel de santé le plus proche pour des conseils : au moins 2 fois / an.

**Le respect de ces 4 règles permet d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire**

### **IV.7. Hygiène bucco-dentaire**

L'hygiène bucco-dentaire est un ensemble de pratiques strictement mécaniques permettant d'éliminer la plaque dentaire qui se forme naturellement et en permanence à la surface des dents.



- La plaque dentaire (biofilm) est un dépôt mou colonisé par des bactéries observé sur les dents,
- Le tarte dentaire est une plaque dentaire minéralisée (calcifiée).

## **IV.7.1. Hygiène bucco-dentaire et nettoyage : les moyens mécaniques**

Les moyens mécaniques permettant d'éliminer la plaque dentaire quotidienne sont les suivants :

- La brosse à dents manuelle ou électrique :
  - Préférer les brosses à dents à poils synthétiques et souples, à bout arrondi, de petite tête, avec une manche facile à tenir et une courbure du col,
  - Les brosses à dents à poils souples sont les plus indiquées,
  - Eviter les brosses à poils durs qui sont trop agressives pour la gencive.
  - Une bonne brosse à dents doit permettre :
    - Une bonne accessibilité des zones postérieures,
    - Un bon lavage et une conservation : la brosse doit pouvoir être nettoyée après utilisation.
  - **Une brosse à dent doit être changée** régulièrement afin de maintenir une qualité de brossage optimale (environ tous les 3 mois).
- Le bâtonnet frotte-dent ou cure-dent ou Soccu.

Très accessible financièrement et géographiquement, utilisé d'une façon adéquate, il permet d'éliminer la plaque dentaire. Son utilisation devrait respecter les mêmes principes qu'avec la brosse à dent.

## **IV.7.2. Hygiène bucco-dentaire et nettoyage : les adjuvants au brossage**

La pâte dentifrice fluorée. Ses composants permettent de fortifier la dent et son parodonte. Le composant le plus important dans une pâte dentifrice est le sel de fluor :

- Le fluor préserve l'émail des attaques acides,
- La quantité et la concentration en fluor doivent être adaptées à l'âge,
- Le fluor est un facteur important de réduction des caries dans les pâtes dentifrices,
- La pâte dentifrice de l'adulte contiendra en moyenne 2500 p.p.m de sel fluoré et moins de 1000 p.p.m pour celle de l'enfant,
- Eviter les dentifrices abrasifs.

Des adjuvants au brossage sont utilisés pour nettoyer les faces latérales des dents que la brosse à dent ne peut atteindre. Nous avons :

- Le fil dentaire : est utilisé lorsque les dents sont trop serrées entre elles,
- Les brossettes inter dentaires seront utilisées lorsque l'espace entre les deux dents est suffisamment large,
- Les hydropulseurs dentaires (hydrojet dentaires) : en plus, ils nettoient le dessous des pontics des prothèses fixes.

## **IV.7.3. Hygiène bucco-dentaire et nettoyage : les moyens complémentaires**

Nous pouvons citer :

- Les bains de bouche : appelés souvent rince-bouche sont des antiseptiques conseillés pour parfaire un brossage et réduire la mauvaise haleine,
- Le bicarbonate de sodium : peut aider à améliorer l'hygiène buccale, à réduire considérablement la mauvaise haleine (halitose) : en ajoutant un peu de bicarbonate en poudre sur la brosse à dents en plus de la pâte dentifrice ou en faisant des gargarismes avec de l'eau additionnée de bicarbonate (1 cuillère à café pour un verre d'eau) (2 fois par semaine).

## **IV.7.4. Le nettoyage des dents**

Le nettoyage des dents est le frottement d'une brosse à dents (ou du Soccu) contre plusieurs dents selon une technique (ou méthode) bien définie.



Le nettoyage quotidien des dents aux moments critiques (après le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner) permet l'élimination du biofilm bactérien (plaque dentaire) et les débris alimentaires, facteur déterminant de survenue de la carie dentaire et des maladies parodontales.

Le nettoyage est le principal geste de prévention que chaque personne doit pratiquer pour préserver son capital dentaire. Il doit se faire après chaque repas et pendant 3 minutes environ, en utilisant une brosse à dents à poils souples et une pâte dentifrice fluorée. Il est aussi possible d'utiliser un bâtonnet frotte-dent ou « Soccu » mais il faut savoir que la sève du bâtonnet frotte dent peut être nocive pour la dent ou son parodonte.

### **NB : la brosse à dent doit être changée tous les 3 mois en moyenne**

Il existe plusieurs techniques de brossage (nettoyage avec la brosse à dent) selon l'âge :

- De 2 à 3 ans, l'enfant imite ses parents avec sa brosse et doit utiliser une pâte dentifrice appropriée pour son âge
- Chez l'enfant, de 4 ans jusqu'à 8 ans, la technique de brossage est la méthode verticale. C'est l'âge d'apparition des premières dents définitives. Sous la surveillance des parents, l'enfant apprend à réaliser un brossage efficace : du rose vers le blanc (gencive vers dents) ;
- Chez l'adulte, la technique de brossage proposée est la méthode du rouleau ou B.R.O.S :

### **La Méthode « BROS »** (figure 14 et 15)

La Méthode « **BROS** » se résume ainsi :

- **B** rossez haut et bas séparément (mâchoires supérieures et mandibule)
- **R** ouleau ou mouvement rotatif pour brosser dents et gencives
- **O** blique : on incline la brosse à 45 degrés sur la gencive
- **S** uivez un trajet pour faire le tour de toutes les dents sans oublier les faces qui mâchent.

### **En pratique :**

- **Les mâchoires sont brossées l'une après l'autre.**
- **Le brossage commence par la dernière dent d'un côté et se termine du côté opposé.**
- **Le nettoyage de la mâchoire du haut :**

– **Le nettoyage des faces occlusales en haut comme en bas (face qui mastique) :**

La brosse est posée au niveau des dernières molaires droites et se déplace vers les dernières molaires gauches en effectuant des mouvements de va et vient, d'avant en arrière (amplitude équivalent à deux dents). Effectuer le mouvement trois ou quatre fois par groupe de deux dents.

– **Le nettoyage des faces latérales :**

- Côté joue, la brosse est posée sur la gencive avec une orientation de 45 degrés (pour ne pas blesser la gencive), le poignet tourne pour effectuer un mouvement de rouleau vers le bas. Le geste est recommencé trois ou quatre fois.
- On se dirige toujours de la gencive vers les dents (du «rouge vers le blanc») pour chasser le dépôt de plaque dentaire qui se forme au collet des dents et entre les dents (le mouvement inverse ramènerait ce dépôt et agresse le rebord de la gencive).
- Puis, on passe aux dents suivantes pour finir du côté opposé. Arrivé au côté opposé, la brosse passe vers le palais et on effectue la même gestuelle en terminant à son point de départ.
- L'amplitude de l'ouverture de la bouche est diminuée pour mieux atteindre les dents du fond.

– **Le nettoyage des faces palatines ou linguales des incisives :**

Se fait dent par dent, en tenant sa brosse verticalement ou tout au plus obliquement (la courbure de l'arcade ne permet pas un geste efficace, brosse horizontale).

- **Même opération pour la mandibule (mâchoire du bas).**

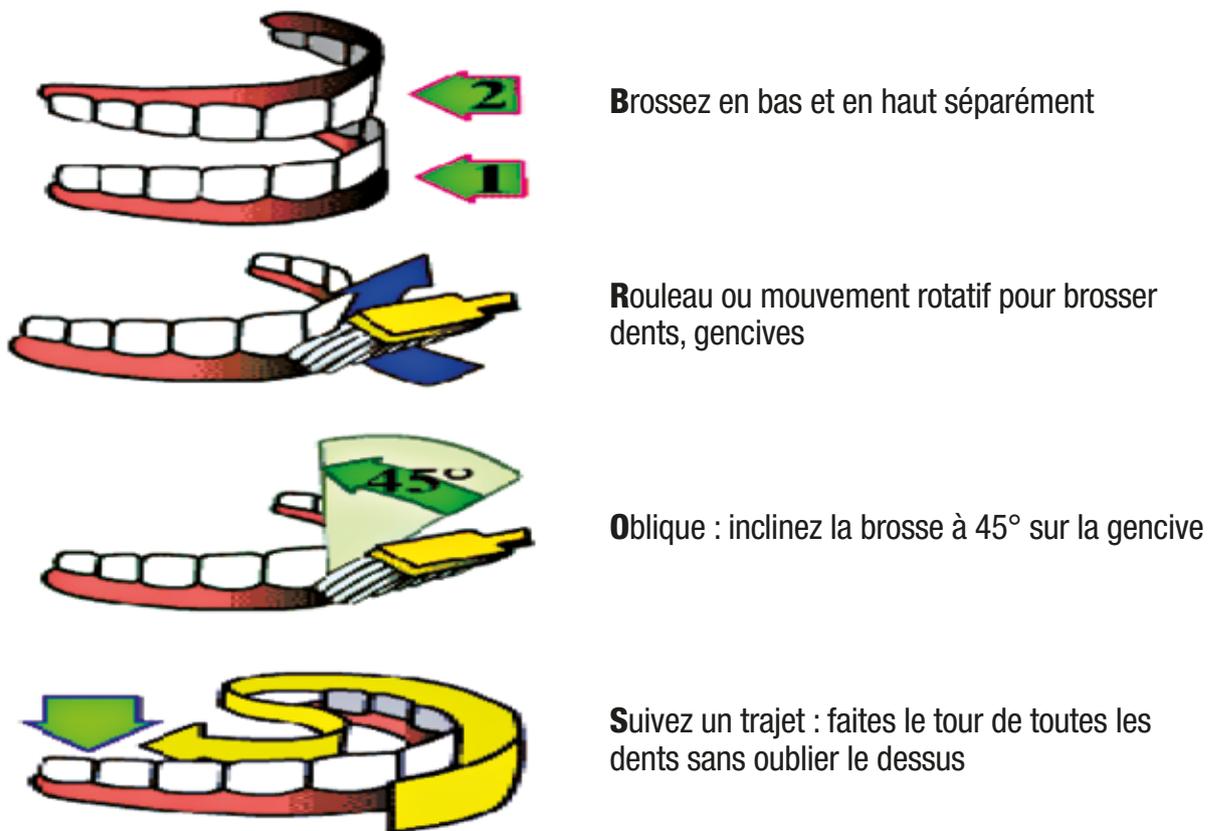


figure 14

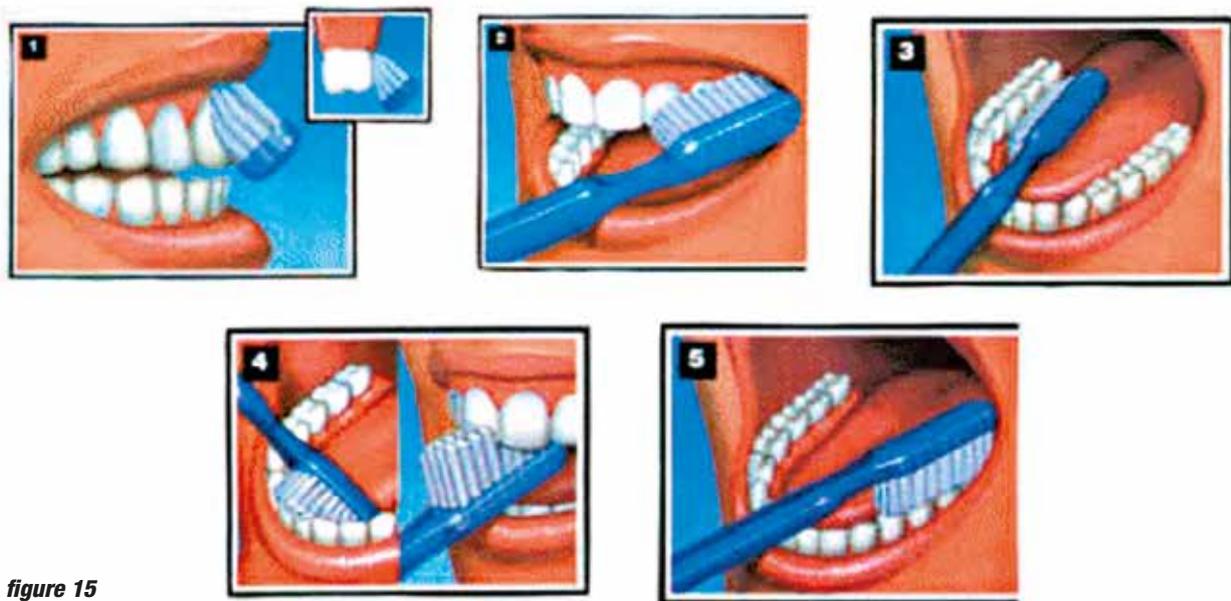


figure 15

## V. LA PROMOTION DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Au même titre que les autres programmes, la santé bucco-dentaire (SBD) doit être promue au niveau communautaire.

Ainsi, les professionnels de santé ou les personnels communautaires (médecins, infirmiers, sages-femmes, relais, tradipraticiens, badiénou Gox ...) et tous les autres acteurs, doivent au cours des différents contacts avec les populations, vulgariser les messages essentiels.

Les agents de santé, les relais et autres agents de santé communautaire doivent être en mesure de comprendre l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire dans la qualité de vie des populations.

La communication est un volet essentiel pour la promotion de la santé bucco-dentaire au niveau des populations.

### V.1. Objectifs d'une activité de promotion de la SBD au niveau communautaire

**Objectif général.** Promouvoir une bonne santé bucco-dentaire auprès des populations.

#### Objectifs Spécifiques.

- Amener les populations à adopter une bonne technique de brossage,
- Expliquer la relation entre une santé bucco-dentaire défectueuse et la survenue d'autres pathologies,
- Amener les populations à être capable de citer au moins :
  - trois facteurs de risque des maladies bucco-dentaires,
  - trois moyens de prévention des maladies bucco dentaires,
  - quatre règles importantes de la prévention des maladies bucco-dentaires.

### V.2. Les messages clés en promotion de la SBD

Les messages clés à transmettre porteront essentiellement sur :

- le rôle et l'importance des dents,
- les mesures de prévention des affections bucco dentaires,
- les techniques de prévention,
- les conseils pour une bonne hygiène BD,
- Relation affection bucco-dentaire et autres pathologies.

### V.3. Les relations entre promotion SBD et autres programmes de santé

Les programmes de promotion de la santé bucco-dentaire sont pour la plupart des cas, indissociables de beaucoup d'autres programmes de santé. Nous pouvons donner les exemples suivants :

- La prévention de la carie dentaire est liée aux programmes de nutrition pour une alimentation saine, réduire la consommation de sucre, assurer la mise en place d'une fluoruration efficace automatique avec un accès au dentifrice fluoré de qualité,
- La prévention du NOMA est liée aux programmes de nutrition pour une alimentation équilibrée et saine, une bonne hygiène, un respect de la couverture vaccinale ...
- La prévention des maladies parodontales est liée aux programmes de prévention du diabète, en plus des programmes d'hygiène bucco-dentaire appropriés,
- La prévention des lésions buccales liées au VIH/SIDA doit faire partie des programmes nationaux de prévention du VIH / SIDA et des soins de santé primaires.

### V.4. Présentation d'un rapport d'activités de promotion de la SBD auprès des populations

Thème	Date	Lieu	Responsable	Techniques	Supports
				Mobilisation sociale, Causeries, VAD, Jeux de rôles, Sketch, Démonstration, Emission Audio et Télé au niveau communautaire, cartes conseil	Distribution de flyers Affiches Cartes conseils Boite à images

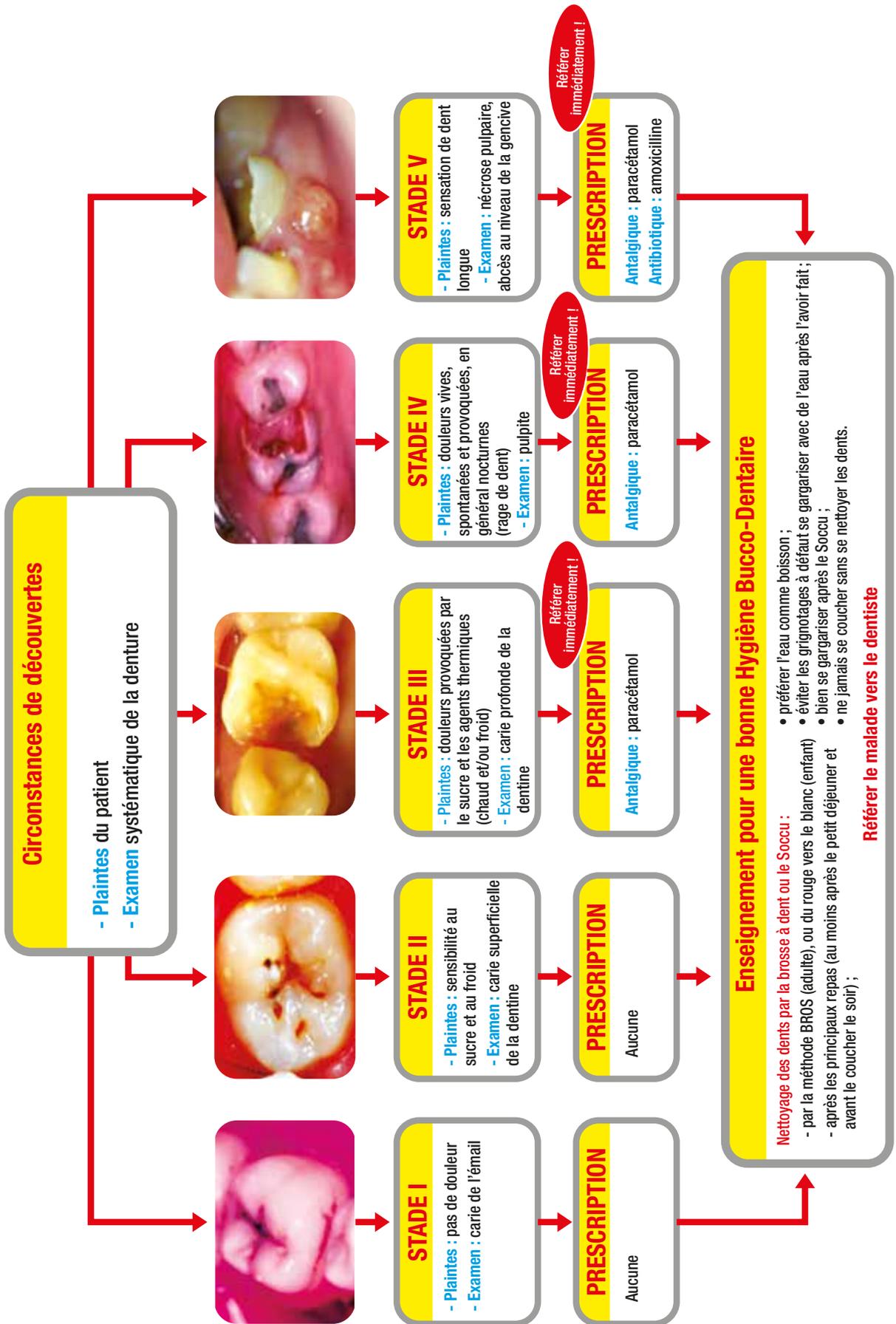
## **V. ORDINOGRAMMES**

### **V.1. Conduite à tenir devant une affection bucco-dentaire**

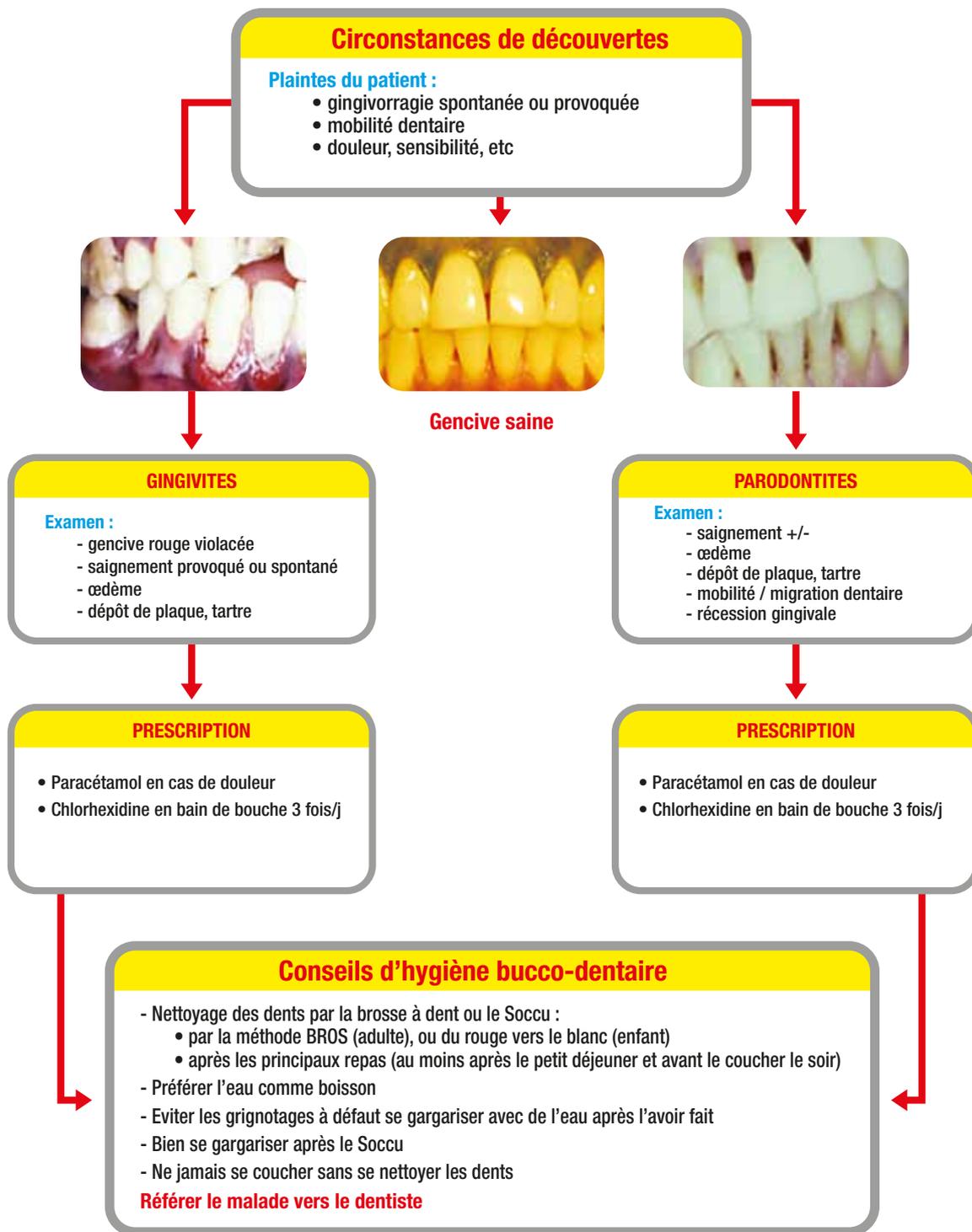
- 1 - Carie dentaire
- 2 - Atteinte parodontale
- 3 - Cellulite
- 4 - Ulcération de la muqueuse buccale
- 5 - Traumatisme
- 6 - NOMA



## Conduite à tenir devant une carie dentaire



## Conduite à tenir devant une atteinte parodontale





## Conduite à tenir devant une cellulite

### Circonstances de découvertes

#### - Plaintes du patient :

douleurs, altération de l'état général, fistules, tuméfaction de la face



#### Cellulites circonscrites aiguës

- Plaintes : douleur continue, pulsatile ou lancinante
- Examen : tuméfaction

#### PRESCRIPTION

- Pas d'Anti-inflammatoire
  - Antibiotique : Amoxicilline ou Ery + Métronidazole
  - Antalgique : paracétamol
- Bain de bouche : 3 fois/j après repas + nettoyage



#### Cellulites diffuses

- Plaintes : douleur, sensation d'asphyxie, survenues brutales après infection d'origine dentaire négligée
- Examen : • trimus associé parfois à un refoulement en arrière de la langue
- diffusion en sous cutanée sans limitation • risques de diffusion de l'infection vers la région orbitaire avec thrombophlébite facio-ophthalmique ou vers la région cervico-médiastinale

Hospitalisation

#### PRESCRIPTION

- Pas d'Anti-inflammatoire
- Antibiotique et Antalgique par voie parentérale
- Bain de bouche : 3 fois/j après repas + nettoyage



#### Cellulites circonscrites chroniques

- Plaintes :
  - pas de douleur
  - préoccupations esthétiques
- Examen : tuméfaction et fistulisation à la muqueuse ou à la peau

#### PRESCRIPTION

- Pas d'Anti-inflammatoire
  - Antibiotique : Amoxicilline ou Ery + Métronidazole
  - Antalgique : paracétamol
- Bain de bouche : 3 fois/j après repas + nettoyage

### Conseils d'hygiène bucco-dentaire

- Nettoyage des dents après les principaux repas (au moins après le petit déjeuner et avant le coucher) • Préférer l'eau comme boisson • Éviter les grignotages à défaut se gargariser avec de l'eau après l'avoir fait • Préférer le brossage au Soccu le soir • Bien se gargariser après le Soccu • Ne jamais se coucher sans se nettoyer les dents

**Référer le malade chez le dentiste**



## Conduite à tenir devant une ulcération de la muqueuse buccale

### Circonstances de découvertes

- **Plaintes du patient :**
  - plâie au niveau de la gencive, langue, palais, face interne des joues, plancher de la bouche, fond de la gorge et /ou des lèvres
  - douleur à type de brûlure ou de sensation de métal ou d'aliment dans la bouche
  - Etat asthénique du malade



**Stomatites d'origine bactérienne**  
- **Plaintes :** douleur spontanée ou au contact de la lésion  
- **Examen :** • ulcérations à fond jaunâtre  
• adénopathie

#### PRESCRIPTION

- Antalgique : Paracétamol
- Bain de bouche : Chlorhexidine 3 fois/j



**Stomatites d'origine virale**  
- **Plaintes :** douleur spontanée ou au contact de la lésion  
- **Examen :** • ulcérations multiples à fond rougeâtre succédant à des bouquets

#### PRESCRIPTION

- Antalgique : Paracétamol
- Bain de bouche : Chlorhexidine 3 fois/j



**Stomatites mycosiques (candidoses)**  
- **Plaintes :** sensation de brûlure ou de métal dans la bouche  
- **Examen :** lésion(s) limitée(s) ou non avec dépôt blanchâtre ou rougeâtre

#### PRESCRIPTION

- Antalgique : Paracétamol
- Bain de bouche : Chlorhexidine 3 fois/j



**Stomatites aphteuse**  
- **Plaintes :** douleurs vives, à type de brûlure  
- **Examen :** ulcération ovaire à fond jaune et à bords rouge, récidivante

#### PRESCRIPTION

- Antalgique : Paracétamol
- Bain de bouche : Chlorhexidine 3 fois/j



**Stomatites d'origine médicamenteuse**  
- **Plaintes :** douleurs très vives à type de brûlure ou d'attaque acide  
- **Examen :** ulcérations nécrotiques succédant à des bulles de grande taille

#### PRESCRIPTION

- Antalgique : Paracétamol
- Bain de bouche : Chlorhexidine 3 fois/j

Référer immédiatement !

### Conseils d'hygiène bucco-dentaire

- Nettoyer les dents sans irriter les ulcérations avec le doigt ou en se gargarisant si on ne peut pas utiliser la brosse à dent ou le Soccu : après les principaux repas (au moins après le petit déjeuner et avant le coucher) ;
- Préférer l'eau comme boisson • Eviter les grignotages • Ne jamais se coucher sans avoir nettoyé la bouche • Avoir une alimentation non acide et non épicée.

Référer le malade vers le dentiste

## Conduite à tenir devant un traumatisme de la sphère buccale

### Circonstances de découvertes

- **Plaintes**  
à la suite d'un accident, rixe, sport, chutes, etc.



#### Traumatisme dentaire

- **Plaintes** : douleur + ou -
- **Examen** :
  - fracture, fêlure dentaire, etc
  - mobilité, ingression ou perte de la dent

#### Si luxation de la dent :

- la récupérer • bien la conserver dans du sérum physiologique, lait ou eau
- Prescription** :
  - Antalgique : Paracétamol 3 fois/j
  - Antibiotique : Flactamine : amoxicilline 3 fois/j
  - Bain de bouche 3 fois/j



#### Traumatisme alvéolo dentaire

- **Plaintes** : douleur
- **Examen** :
  - alvéole vide et saignant, etc
  - mobilité du bloc dent/alvéole
  - déchirure gingivale, etc

#### Si luxation de la dent :

- la récupérer • bien la conserver dans du sérum physiologique, lait ou eau
- Prescription** :
  - Antalgique : Paracétamol 3 fois/j
  - Antibiotique : Flactamine : amoxicilline 3 fois/j
  - Bain de bouche 3 fois/j



#### Luxation temporo-mandibulaire

- **Plaintes** : • douleur à l'ATM • Céphalées
- **Examen** :
  - ouverture de la bouche avec impossibilité de la fermer
  - hyper-salivation

#### Manœuvre de MELATON :

- Fronde temporo-sous mentonnière
- Prescription** :
  - Antalgique : Paracétamol 3 fois/j
- Référence si récidive**



#### Fracture mandibulaire

- **Plaintes** :
  - douleurs vives
  - œdème (parfois)

#### - Examen :

- déplacement de fragments
- décalage points inter-incisifs
- rupture de la continuité de l'os mandibulaire
- hématome
- trouble de l'articulé

#### Fronde temporo-sous mentonnière

- Prescription** :
  - Antalgique : Paracétamol 3 fois/j
  - Antibiotique : Flactamine amoxicilline 3 fois/j
  - Anti-inflammatoire si œdème
  - Bain de bouche 3 fois/j



**Référer immédiatement !**

### Conseils d'hygiène bucco-dentaire

Brossage non traumatique, éviter le Soccu

#### Conseils alimentaire :

- alimentation semi liquide

**Référer le malade vers le dentiste**



## Conduite à tenir devant un NOMA

### Circonstances de découvertes

- Plaintes du patient :**
- douleurs
  - haleine fétide
  - fièvre
- altération de l'Etat Général (EG)  
• difficulté à l'alimentation



**La gingivite ulcéro-nécrotique**  
- **Plaintes :** douleur gingivale + œdème gingival  
- **Examen :**  
• ulcération puis nécrose tissulaire et destruction des papilles inter-dentaires

Référer immédiatement !

**PRESCRIPTION**  
Antibiotique :  
• Blactamine : amoxicilline 2 fois/j  
• Imidazole : métronidazole 3 fois/j  
Antalgique : Paracétamol 3 fois/j  
Bain de bouche 3 fois/j



**L'œdème facial**  
- **Plaintes :** altération EG  
- **Examen :**  
• tuméfaction rouge, luisante, douloureuse à la palpation et délimitée par un sillon noirâtre  
• haleine fétide  
• sialorrhée

Référer immédiatement !

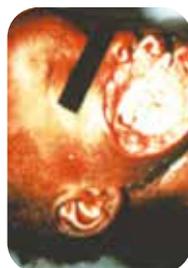
**PRESCRIPTION**  
Antibiotique :  
• Blactamine : amoxicilline 2 fois/j  
• Imidazole : métronidazole 3 fois/j  
Antalgique : Paracétamol 3 fois/j  
Bain de bouche 3 fois/j



**La plaque gangréneuse**  
- **Plaintes :** altération EG  
- **Examen :**  
• placard cutané violacé, puis noirâtre, avec un sillon délimitation

Référer immédiatement !

**PRESCRIPTION**  
Antibiotique :  
• Blactamine : amoxicilline 2 fois/j  
• Imidazole : métronidazole 3 fois/j  
Antalgique : Paracétamol 3 fois/j  
Bain de bouche 3 fois/j



**La perte tissulaire**  
- **Plaintes :** désastre esthétique  
- **Examen :**  
• chute de l'escarne mise à nu des structures osseuses sous-jacentes dont une partie va se nécroser  
• amélioration de l'EG

Référer immédiatement !

**PRESCRIPTION**  
Antibiotique :  
• Blactamine : amoxicilline 2 fois/j  
• Imidazole : métronidazole 3 fois/j  
Antalgique : Paracétamol 3 fois/j  
Bain de bouche 3 fois/j



**Les séquelles de NOMA**  
- **Plaintes :** désastre esthétique et fonctionnelle  
- **Examen :**  
• mutilations faciales  
• trouble du langage  
• fuite salivaire  
• trouble de la respiration

Référer immédiatement !

**Conseils d'hygiène bucco-dentaire**  
Nettoyage des dents par la brosse à dent ou le Soccu...  
**Conseils nutritionnels :**  
Alimentation adaptée à la situation sanitaire et physique de l'enfant  
**Référer le malade chez le dentiste ou le spécialiste en maxillo-facial à l'hôpital**

**Référer le malade à l'hôpital en stomatologie ou chez le maxillo-facial**

