

56^E CONGRÈS
56TH CONGRESS

Cultiver l'équilibre, soigner mieux
Better Balance, better care

DDJQ

ORGANISÉ PAR



Conseils de sécurité | Safety instructions

Il est interdit :

- d'être debout dans les allées ou devant les portes.
- d'enregistrer la conférence (audio ou vidéo).
- de fumer ou de consommer de la nourriture ou des breuvages.

N'oubliez pas :

- de faire scanner votre porte-nom pour obtenir vos unités de formation continue (UFC).
- de mettre vos appareils en mode silencieux.
- de remplir les formulaires d'évaluation en repérant le code QR, ou en allant sur l'application mobile ou en ligne à jdiq.ca.



Do not:

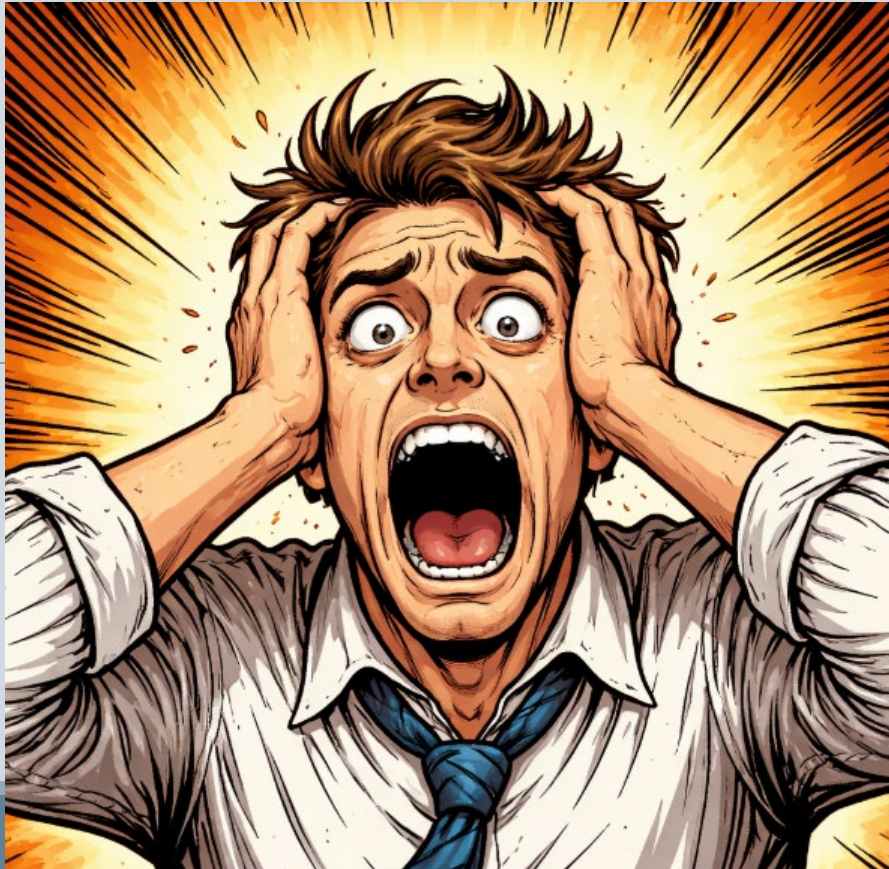
- Stand in the hallways or doorways.
- Record the lecture (audio or video).
- Smoke, eat or drink in the room.

Don't forget:

- To have your badge scanned to obtain Continuing Education Units (CEU).
- Put your devices in silent mode.
- To complete the lecture evaluation by scanning the QR code or on the mobile app or online at jdiq.ca.



Les lésions de la muqueuse buccale



QU'EST CE QUE J'AI DOCTEUR???

Anne-Gaëlle Chaux
Nantes, France



ASSOCIATION
DENTAIRE
FRANÇAISE

Avant tout : Examen clinique – anamnèse médicale

Age, genre, profession, situation familiale

Motif de consultation

Addictions (*fréquence, ancienneté, sevrage, mode de consommation*)

Antécédents médico-chirurgicaux personnels

Antécédents familiaux

Médications en cours

Environnement familial et professionnel

Etat psychologique

Examen clinique – histoire de la maladie

Circonstances d'apparition, élément déclencheur

Mode évolutif (*durée, caractère aigu, chronique ou récidivant*)

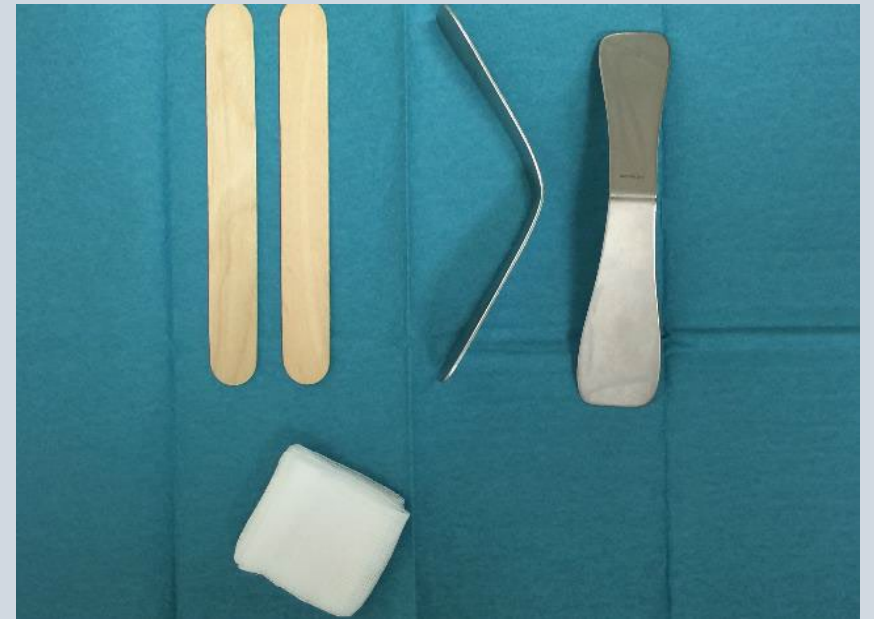
Traitements mis en œuvre

Signes d'accompagnement:

- *Signes fonctionnels: douleurs, saignement, gêne à l'élocution, alimentation, halitose, mobilité dentaire*
- *Signes généraux: fièvre, asthénie, perte pondérale, troubles digestifs*
- *Signes dermatologiques associés: cutanés, autres muqueuses*

Examen clinique – matériel

- éclairage +++
- patient en position semi-assise
- 2 miroirs ou abaisse-langue
- compresses



Que rechercher à l'examen clinique ?

Lésions élémentaires de la muqueuse buccale

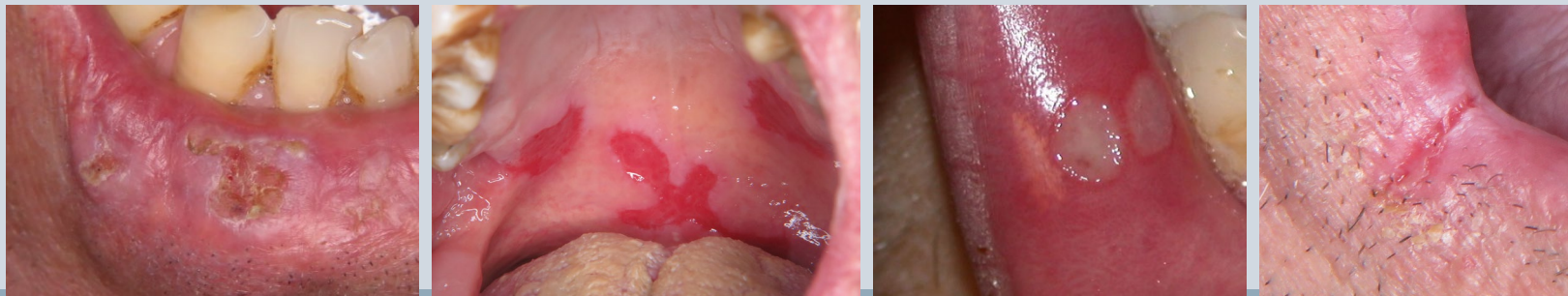
Lésions élémentaires *primitives* → processus lésionnel initial

Macules/ Papules/ Nodules/ Végétations/ Kératoses/ Vésicules/ Bulles/ Pustules/ Gommages



Lésions élémentaires *secondaires* → évolution du processus initial

Enduits pultacés/ Croûtes/ Pseudomembranes/ Fissures/ Érosion/ Ulcération / Atrophie/ Cicatrice





- Identifier cliniquement une **anomalie**
- La rattacher à une **cause potentielle**
- **Distinguer** l'anomalie de la particularité anatomique
- Savoir quel(s) **examen(s) prescrire ou réaliser** dans le cadre du bilan lésionnel

Notre valeur ajoutée en tant que Chirurgien Dentiste?

- Diagnostic précoce de cancer
- Diagnostic de lésion orale à potentiel malin
- Dépistage des manifestations buccales d'une maladie systémique (lésions buccales inaugurales)

Examen clinique : en pratique?

- être systematique, observer dans un ordre qui vous convient, mais TOUT REGARDER !
- **déplisser**, vérifier **mobilisation** linguale
- apprécier la **couleur** des tissus, l'état de **surface**, les **volumes**, la **souplesse**/l'**infiltration**
- **palper/toucher**
- **Ne pas oublier le cou!**

Les principales lésions

Monsieur P, 42 ans, se présente avec une lésion ulcérée, ovalaire...



Un aphte?

Si vous êtes d'accord, levez la main!



Un aphte?

Ulcération la plus fréquente

Étiologie inconnue

Certains aliments favorisent apparition (gruyère, noix)

Lésion ovale, ulcérée, à fond fibrineux (beurre frais), liseré / halo érythémateux

Guérison spontanée en quelques jours

Différentes formes cliniques en dehors de l'aphte vulgaire

Si c'est là depuis quelques jours...

- + Liseré érythémateux
- + évolution favorable
- = probable aphte



Et si ce n'était pas un aphte?

Douleur?

Ancienneté ?

Antécédent de morsure ou blessure?

Évolution : ça grossit, ça diminue, ça revient régulièrement ?

Unique ou multiple?

Recherche d'une étiologie locale (trauma) ou générale (pathologie, traitement)



Si ça fait mal...

+ Liseré érythémateux

+ Présente depuis moins de 10 jours si < 10 mm, 15 jours si > 10 mm

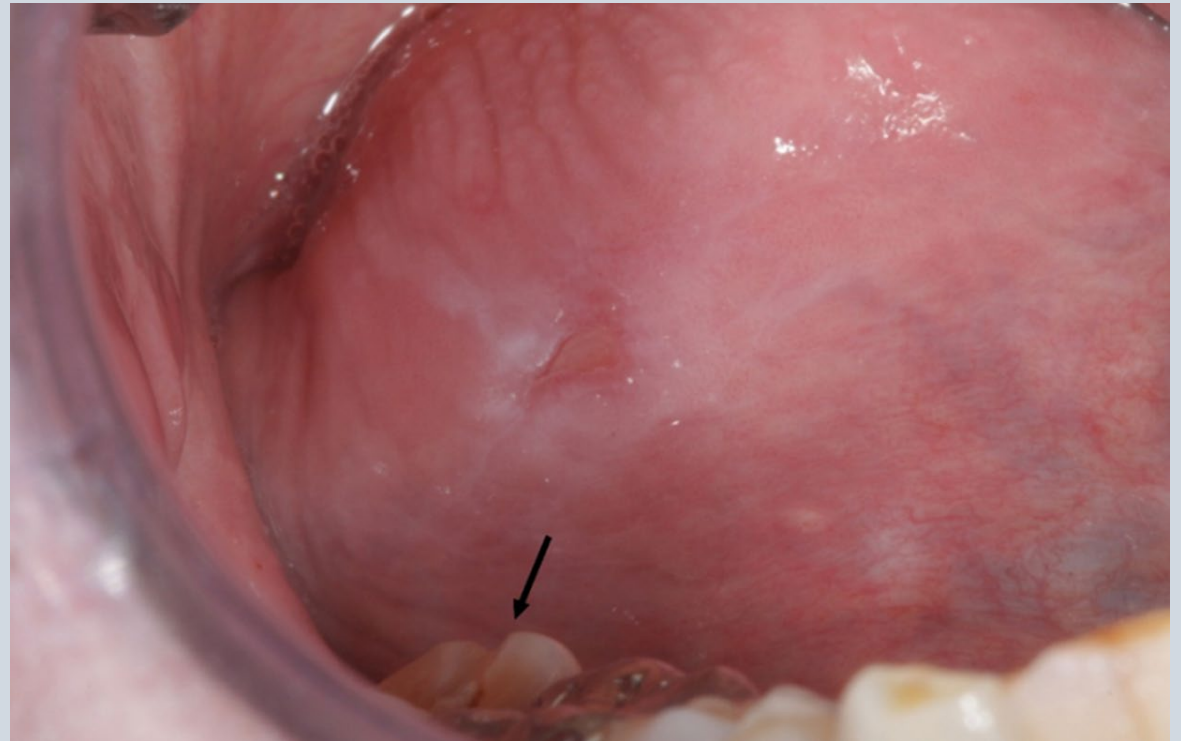
= probablement aphte

Si pas de liseré érythémateux, autre diagnostic (traumatisme le plus fréquent)

Si présente depuis + 15 jours et évolution non favorable : attention!



Ulcération traumatique aigue (enfant
/ anesthésie)

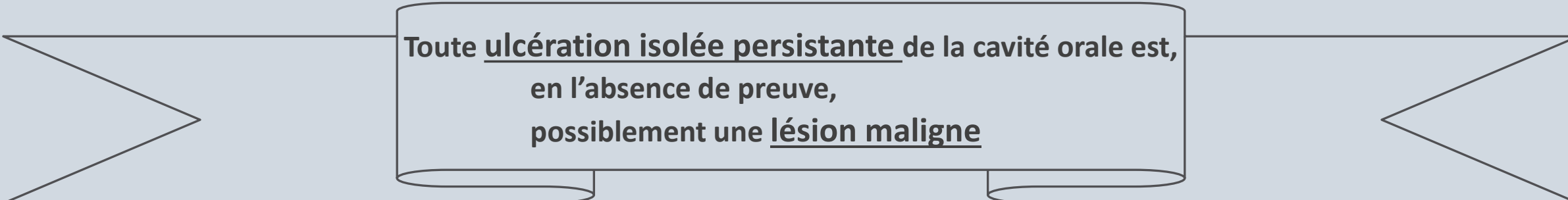


Ulcération traumatique chronique

Si c'est là depuis plus longtemps...

Soit aphte géant (taille > 10 mm) => délai de guérison plus long

Soit autre étiologie



Toute ulcération isolée persistante de la cavité orale est,
en l'absence de preuve,
possiblement une lésion maligne

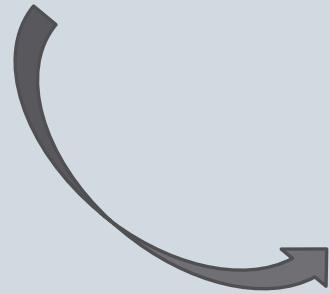
- Quel que soit l'âge
- Quel que soit le terrain (tabac/alcool/autre)

Ça diminue ou ça grossit?

Si évolution favorable = a priori aphte, en tout cas lésion bénigne

Si grossit = autre étiologie

Si grossit + douleur = attention



Biopsie

Évolution (cyclique?)

Si liseré érythémateux = aphte

- Aphtose récidivante

Si pas de liseré = ulcération neutropénique

- Quelle est la fréquence des récurrences?



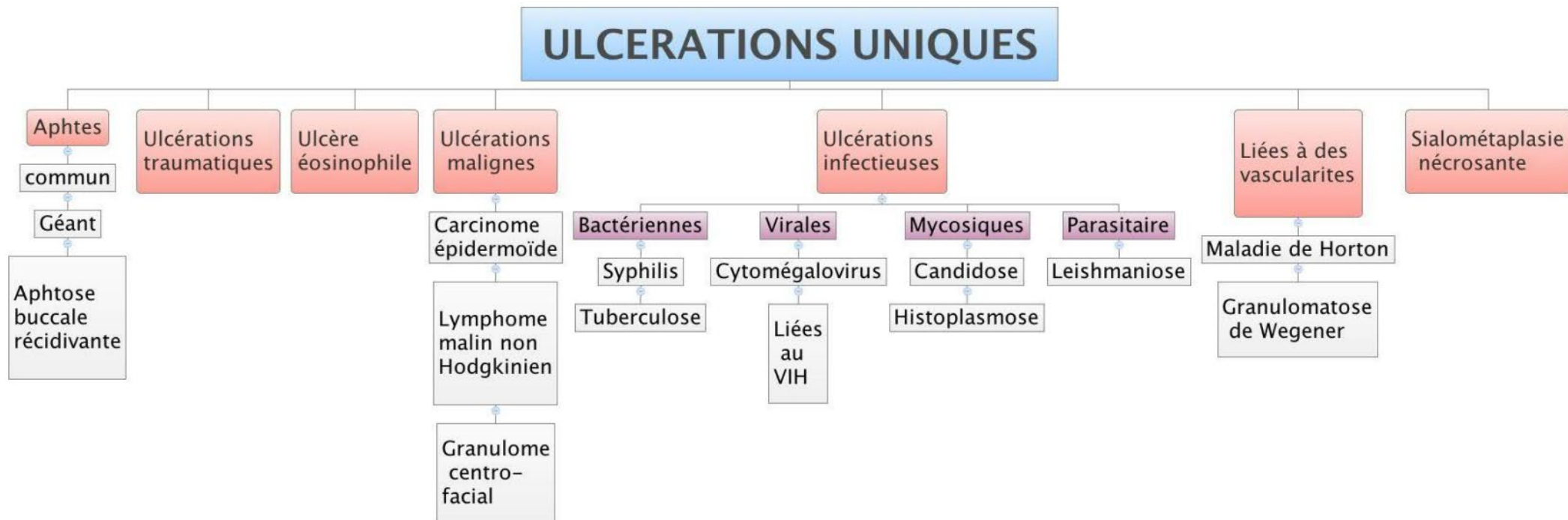
Où est située la lésion?

Jamais d'aphte au milieu du palais,

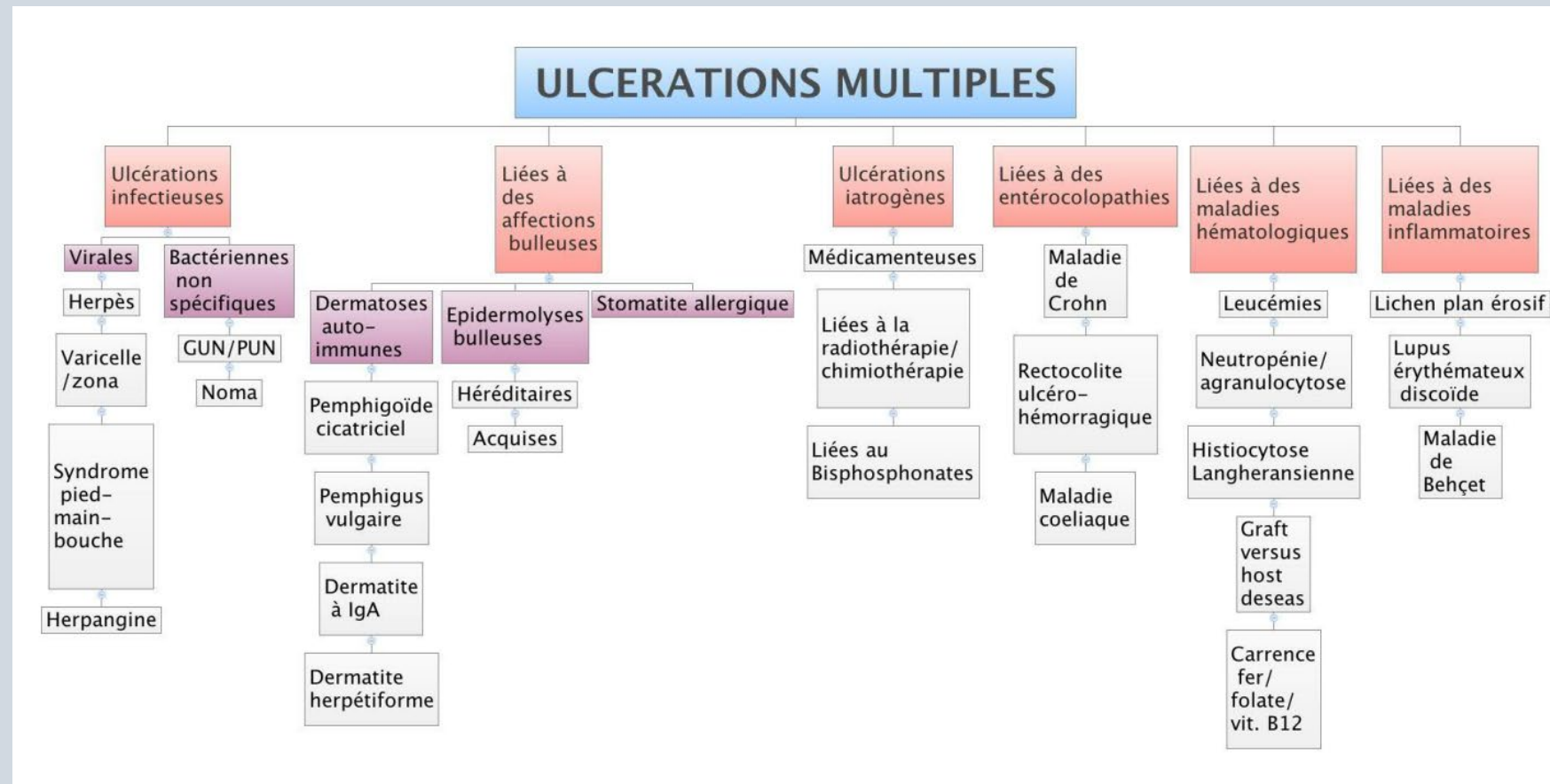
Toujours en muqueuse libre ou sur la langue, au niveau du versant muqueux des lèvres (attention diagnostic différentiel avec lésions glandes salivaires)

Rare au niveau gencive kératinisée

Une seule ulcération ou plusieurs?



Une seule ulcération ou plusieurs?



Ca pourrait donc être...

1- Aphtes et aphtose bucco pharyngée récidivante

Aphte = ulcération muqueuse liée à une vascularite leucocytolasique

Unique ou multiples

4 phases d'évolution :

- Prodromes : brulures, picotements
- Préulcération : érythème maculaire ou papuleux
- Ulcération
- Cicatrisation

Lésion fréquente, mal connue, très polymorphe

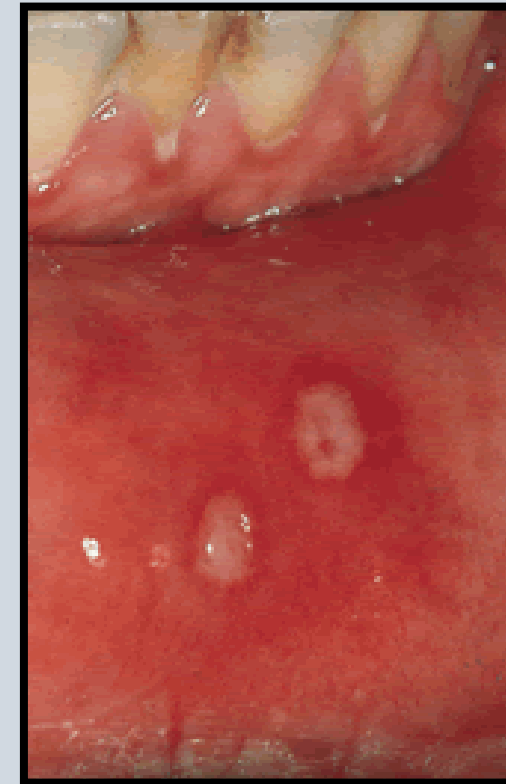
Aphte(s) commun(s)

Aphthose buccopharyngée récidivante (ABPR)

Maladie de Behçet : toujours précédée d'aphtes bucco-pharyngés ; entre 20 et 40 ans ; nette prédominance masculine ; pronostic grave.

● Lésion élémentaire :

- Ulcération
- Ovale
- Érythème périphérique



Formes cliniques

- Aphte commun
- Aphte géant
- Aphtes miliaires



APHTE COMMUN

- 75-85% des cas
- Localisation : muqueuse
- Phase prodromique
 - Picotements
- Phase pré-ulcéreuse
 - Érythème, point jaunâtre de nécrose
- Phase ulcéreuse
 - Douleur, fond nécrotique, aréole érythémateuse
 - Ulcération : 2-10 mm de diamètre
- Phase de cicatrisation
- Guérison en 8 à 10 jours
- Aphtes atypiques :
 - Abortif
 - Des plis
 - À contour irrégulier
 - Peu douloureux

APHTE GÉANT

- Ancienne « périadénite nécrosante de Sutton »
- Ulcération de 10-50 mm de diamètre, « beurre frais »
- Correspond à l'atteinte d'une artère de calibre moyen, avec lumière thrombosée, paroi épaissie
- Récidive souvent au même site ; cicatrices fibreuses parfois rétractiles
- Guérison : 3 semaines environ



APHTES MILIAIRES

- Érosions multiples (10-100 éléments) inf. à 2 mm de diamètre
- Leur confluence donne l'aspect d'un aphte géant (plus irrégulier)
- Guérison : 1 à 2 semaines, sans cicatrices
- Foyer très superficiel de nécrose épithéliale
- Diagnostic différentiel avec herpès, affections virales



Aphte géant

Plus grande taille (>1 cm)

Guérison plus longue (2 à 3 semaines)



Aphthose miliaire

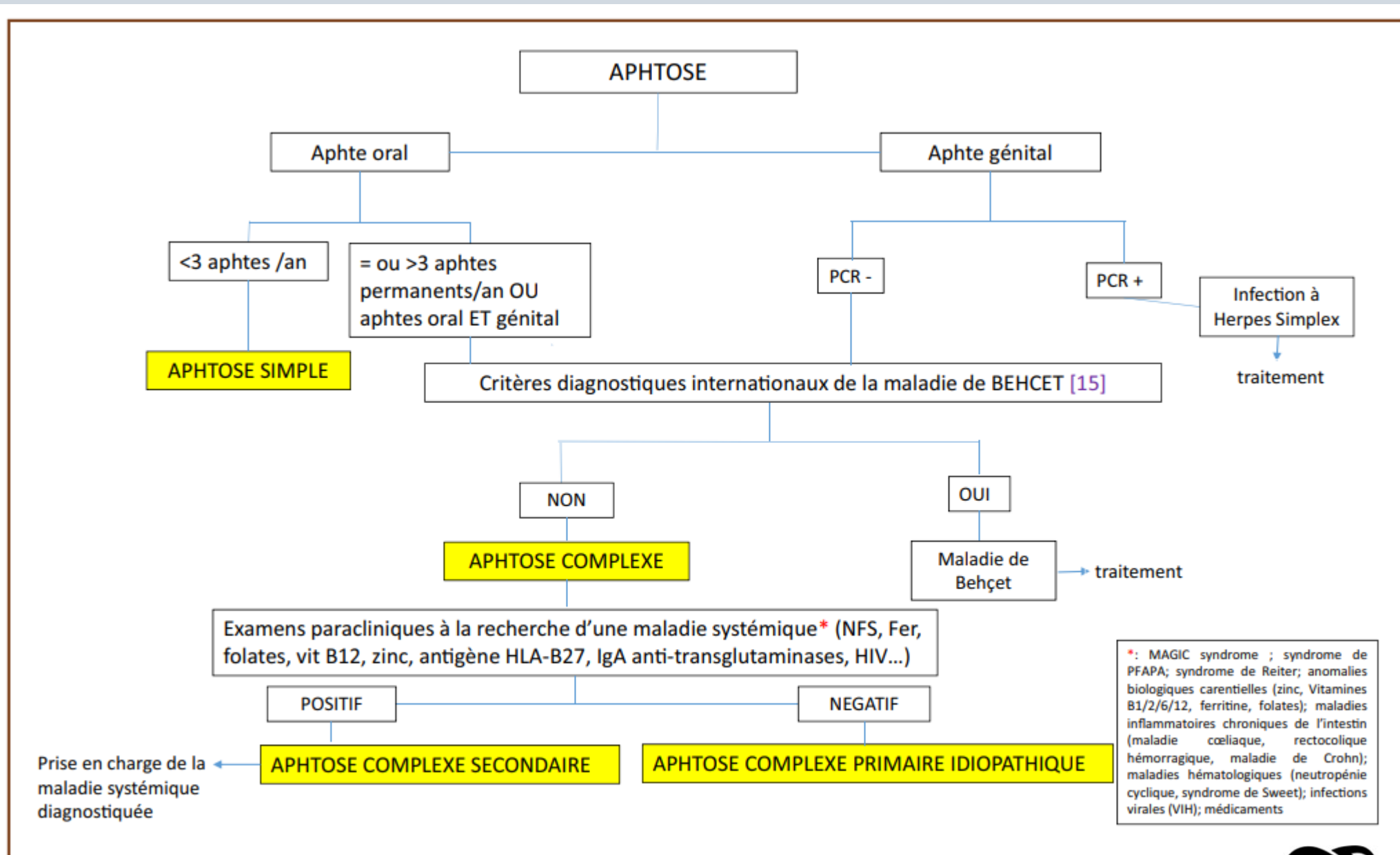
Petites ulcérations parfois confluentes

Multiples (parfois plus de 100!)

Diagnostic différentiel avec lésions virales (herpès)

- Localisation
- Pas d'adénopathies





APHTOSE BUCCO-PHARYNGÉE RÉCIDIVANTE SIMPLE

- 2-4 poussées annuelles
- 1 ou plusieurs lésions
- Surtout adolescent et adulte jeune, parfois enfant
- Légère prédominance féminine
- Douleurs, dysphagie
- Diminution intensité et fréquence avec les années

APHTOSE BUCCO-PHARYNGÉE RÉCIDIVANTE COMPLEXE

- En permanence 1 à plusieurs lésions
- Peut être bipolaire (aphtes génitaux)
- Primaire ou secondaire à pathologie générale (carences, VIH, Crohn) ou médicamenteuse (nicorandil, MTX...)
- On parle d'ulcérations aphtoïdes

Maladie de Behçet

Critères diagnostiques. International criteria for Behçet's disease (2014) [21]

Aphtes buccaux récidivants 2 points	Aphtose observée par un médecin ou rapportée par le malade de façon crédible avec une fréquence d'au moins trois épisodes en 12 mois
Ulcérations génitales récurrentes 2 points	Aphte ou cicatrice observée par le médecin ou le patient
Lésions oculaires 2 points	Uvéite antérieure, uvéite postérieure ou cellules dans le vitré à l'examen par la lampe à fente Vascularite rétinienne observée par un ophtalmologue
Lésions cutanées 1 point	Érythème noueux Pseudo folliculite ou lésions papulo-pustuleuses ou nodules acnéiformes chez un patient sorti de l'adolescence et qui ne prend pas de corticoïdes
Test d'hypersensibilité 1 point	Test d'hypersensibilité au point de piqûre positif papule érythémateuse de diamètre > 2 mm, 48 heures après sa réalisation
Lésions vasculaires 1 point	Thromboses veineuses Thromboses artérielles ou anévrysmes
Atteinte du système nerveux central 1 point	Lésion du parenchyme cérébral Thrombose cérébrale

Le diagnostic est retenu quand le patient a un score ≥ 4 points après exclusion des autres pathologies.



Associations et syndromes particuliers

● MAGIC Syndrome

- Mouth and genital ulcers with inflamed cartilage
- Atteinte de l'oreille
- Destruction cartilagineuse, remplacé par du tissu fibreux
- Ttt : corticoïdes et immunosuppresseurs

● PFAPA Syndrome (ou syndrome de Marshall)

- Periodic fever aphtous ulcers pharyngitis and adenitis
- Enfant < 5 ans
- Poussées fébriles + aphtes, durant 4-5 jours, toutes les 3 à 10 semaines
- Guérison en qq années
- Ttt : prednisone, cimétidine en relais +/- amygdalectomie

Fièvres récurrentes avec aphtes

Monogéniques autosomiques récessives

Maladie périodique (ou fièvre méditerranéenne familiale) : gène *MEFV*

Syndrome hyper-IgD : gène *MVK* (déficit en mévalonate kinase)

Acidurie mévalonique : gène *MVK* (déficit en mévalonate kinase)

Transmission non encore déterminée

PFAPA (*periodic fever aphtous stomatitis pharyngitis, cervical adenitis*, ou syndrome de Marshall) : gène *MEFV* ?, *SPAG7* ?

Autosomique dominant

Neutropénie cyclique idiopathique : gène élastase

Fièvres récurrentes sans aphte

Monogénique autosomique dominante

Fièvre hibernienne familiale (ou TRAPS) : gène du récepteur du $TNF\alpha$

Syndrome familial auto-inflammatoire au froid : gène *NLRP3* (CAPS)

Syndrome de Muckle et Wells : gène *NLRP3* (CAPS)

Syndrome NAPS : gène *NLRP12*

Transmission non encore déterminée

Syndrome CINCA (*chronic infantile neurological cutaneous and articular syndrome*) : gène *NLRP3* (caps)

Etiologies

- Vascularite (Infiltrat inflammatoire ; Il-2, If gamma, TNF-bêta)
- Génétique
 - HLA B51 pour maladie de Behçet
- Traumatisme : réaction pathergique
- Stress : discuté
- Facteurs alimentaires
 - Noix, fruits secs, certains fromages, tomates...
 - Carences en vit. B1, 2, 6, 12...?
- Tabac
 - Rôle protecteur? Car kératose? Atteinte des microvaisseaux?
- Médicaments
 - Sels d'or, AINS, ...
- Dysfonction immunitaire : formes + sévères

Diagnostic positif

- Anamnèse : récurrence, intensité, fréquence,
- Clinique
- Pas d'examens de labo spécifiques mais recherche d'éventuelles carences
- Biopsie inutile

Prise en charge

● Traitements locaux

- Anesthésique de contact : Xylocaïne visqueuse 2%(R), Dynexan®
- Suppression des irritants locaux
- Eventuellement acide trichloracétique pour aphtes vulgaires
- Corticothérapie locale (glossettes ou injections sous lésionnelles)

● Traitements systémiques

- Colchicine : 1mg/j réévalué à 3 mois. CI : IR ou IH sévère. Efficacité inconstante. Effet rebond possible. +++ prévention des récives. Surveiller NFS et métabolisme hépatique
- Pentoxifylline : 1200mg/j pendant 2 sem puis 800mg/j. vasodilatateur périphérique
- Corticothérapie générale de courte durée : 1mg/kg/j pendant 1 semaine.
- Thalidomide : 50-100mg/j. Efficacité constante, effet suspensif et progressivement curatif
- Colchicine +/- dapsone

Traitement préventif de l'aphtose récurrente

Traitement	Amélioration importante, %	Effets secondaires, %	Étude contrôlée vs placebo	Auteurs	Nombre de patients
Thalidomide	100	98	O	Revuz 1990	73
Colchicine	63	18	N	Fontes 2002	54
Etanercept	45	10	O	Melikoglu 2005	40
Azathioprine	75	23	O	Yazici 1990	34
Ciclosporine	70	94	O	Masuda 1989	34
Vitamine B12	74	0	O	Volkov 2009	31
Sucralfate	85	0	O	Alpsoy 1999	26
Pentoxifylline	54	8	N	Chandrasekhar 1999	24
Interferon α -2a	65	100	O	Alpsoy 2002	23

O : oui ; N : non.

2- Ulcération traumatique

Blessure produite par agent extérieur (physique, chimique, thermique)

Anamnèse et topographie de la lésion

Ulcération douloureuse au stade aigu, bords fermes et kératinisés ; base souple ; pas de liseré érythémateux

Pas d'ADP

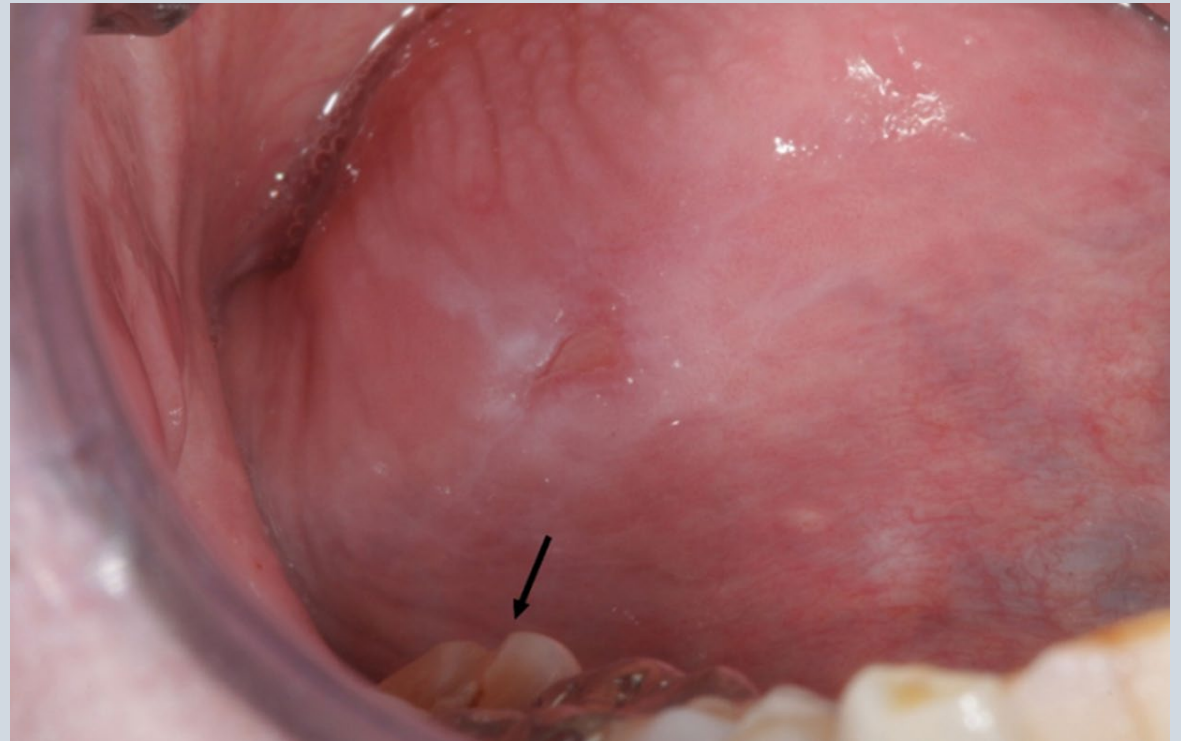
Anapath non spécifique : épithélium malpighien bien différencié, interrompu par perte de substance avec enduit fibrinoleucocytaire. Dense infiltrat inflammatoire du chorion

CAT :

- Suppression agent causal
- Contrôle à J8-15
- Si persistance, rechercher cause de l'entretien



Ulcération traumatique aigue (enfant
/ anesthésie)



Ulcération traumatique chronique

Oui... mais, et si la lésion persiste?

Contrôle de la lésion à 8-15 jours environ

Persistance? Guérison (partielle ou totale)?

Recherche d'une étiologie locale (trauma) ou générale (pathologie, traitement)



3- Ulcération maligne : CE

Ulcération chronique, pas ou peu douloureuse au début

Taille et forme variable, bords irréguliers, surélevés, consistance ferme ou indurée, fond granité, végétant, ulcéré, hémorragique. La base indurée déborde l'ulcération

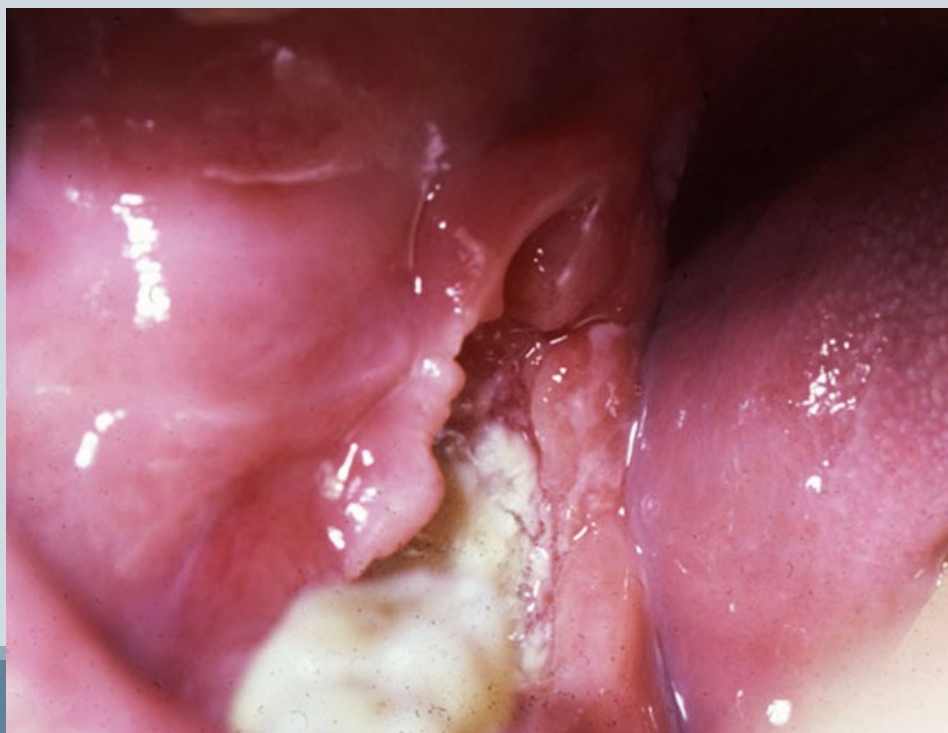
Peut survenir sur lésion précancéreuse (cf cours)

Facteurs favorisants : tabac, alcool, certaines maladies, alimentation, exposition solaire

Signes cliniques associés : mobilité dentaire, gêne ou douleur persistantes, paresthésies, halitose, otalgie réflexe, dysphagie, ...

CAT : biopsie







Et enfin : autres ulcérations orales

Sialométaplasie nécrosante

Rare

Probablement nécrose ischémique suite à occlusion vasculaire des vaisseaux irriguant palais + GSA. +/- trauma local

Cas décrits chez jeunes filles avec troubles alimentaires

Ulcération profonde, peu douloureuse, bords surélevés, nets. +/- halo érythémateux

Généralement palais, unilatéral

Guérison en 2-3 mois

Anapath : nécrose ischémique + métaplasie épidermoïde

CAT : surveillance



Ulcérations bactériennes

Syphilis

Tuberculose

Gonococcie (ou blennorragie ou « chaude pisse » ; *Neisseria*),
chancre mou (*Haemophilus ducreyi*), donovanose (nodules
indolores qui s'ulcèrent)

Noma

Anamnèse

Ulcérations non spécifiques

Diagnostic :prélèvement, bilan hématologique, imagerie

Traitement: de la pathologie causale



Infections virales = ulcérations post-vésiculeuses

Infection à herpes virus (types 1 à 5 provoquent ulcérations secondaires)

- HHV1 et 2 : herpès
- HHV3 : varicelle, zona
Pour ces 3 types, ulcérations post vésiculeuses (cf cours lésions vésiculeuses)
- HHV4 : EBV => MNI. Ulcérations exceptionnelles (patient VIH)
- HHV5 : CMV
 - Généralement primo infection asymptomatique ou syndrome pseudo grippal
 - Ulcération de grande taille, contour irrégulier, unique douloureuse sans halo érythémateux. Palais mou et région amygdalienne. Peut laisser cicatrice
 - Anapath : macrophages de grande taille avec noyau à inclusions éosinophiles entourées d'un halo clair en « œil de hibou »

Infection à entérovirus

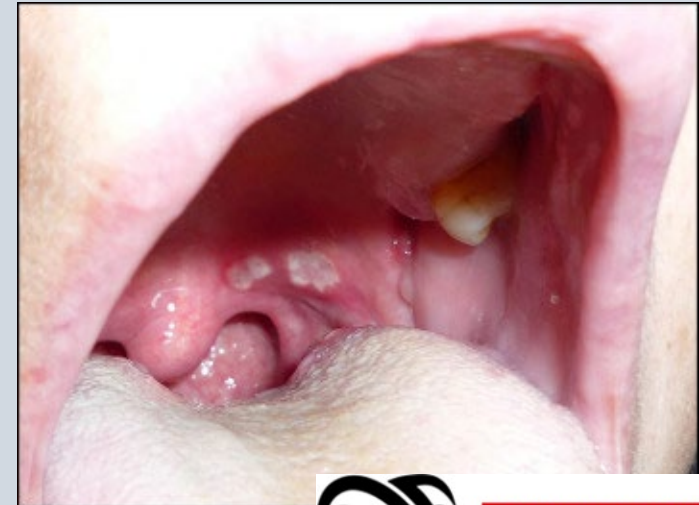
- Coxsackie A 16 (syndrome pied main bouche)
- Herpangine (coxsackie A ou B ou échovirus)



Infections virales

Infection par le VIH

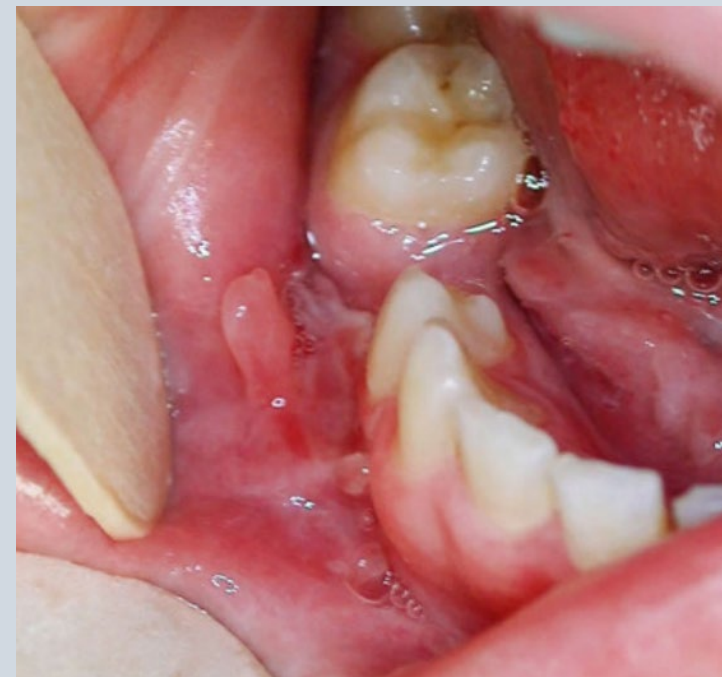
- Ulcérations buccales fréquentes, soit par virus lui-même, soit par co-infections, soit médicaments, soit pathologies LMNH, CE...
- Prévalence ABPR : 60%
- Ulcérations présentes à tous les stades de la maladie : lors primo infection, petites ulcérations et érosions aphtoïdes, parfois confluentes, entourées d'un halo érythémateux. Sont géantes si immunodépression +++
- Fond jaunâtre ; toute la muqueuse peut être atteinte
- Persistance plusieurs mois ; cicatrices
- Anapath non spécifique
- Présence d'ulcérations géantes récidivantes => rechercher VIH



Ulcérations liées à des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)

Maladie de Crohn

- Affection inflammatoire chronique d'étiologie inconnue
- Manifestations buccales sont parfois inaugurales
 - Ulcérations linéaires fond du vestibule, entourées de replis muqueux hyperplasiques. Également plancher, face interne joues et lèvres
 - Lésions pavimenteuses font suite aux ulcérations
 - Chéilite granulomateuse avec macrochéilite (souvent lèvre inf)
 - Hyperplasie gingivale
- Signes associés
 - Ulcérations aphtoïdes récidivantes
 - Dermatose (psoriasis, dermatose neutrophilique, EBA)
 - Manifestations carencielles par malabsorption
 - Pyostomatite végétante
- Anapath : granulome tuberculoïde non caséifiant (cellules épithélioïdes, lymphocytes et cellules de Langerhans)
- CAT :
 - Biopsie
 - Ttt de la maladie : AI intestinaux, corticoïdes, immunosuppresseurs, antiTNF alpha, ..
 - Parfois ttt spécifique des lésions (pyostomatite, accroissement gingivaux)



Ulcérations liées à des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)

Rectocolite ulcéro-hémorragique

- Affection inflammatoire chronique d'étiologie inconnue
- Touche colon et rectum => diarrhées hémorragiques
- Aphtose (plus rare)
- Pyostomatite végétante (plus fréquente)
- Dermatose neutrophilique et manifestations carentielles
- Anapath : décollement épithélial, infiltrat lympho-plasmocytaire du chorion
- CAT idem Crohn :
 - Biopsie
 - Ttt de la maladie : AI intestinaux, corticoïdes, immunosuppresseurs, antiTNF alpha, ..
 - Parfois ttt spécifique des lésions (pyostomatite, accroissement gingivaux)



Ulcérations liées à des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)

Maladie cœliaque

- MAI héréditaire
- Associé à hypersensibilité vraie au gluten : il entraîne une réaction inflammatoire intestinale
- Diarrhée, ballonnements, douleurs, fatigue, arthralgies, malnutrition (malabsorption)
- 18-20% ulcérations aphtoïdes
- Inversement, si aphtose récidivante, 1,5-2,5% des patients auront une maladie cœliaque



Ulcérations liées à des maladies hématologiques

Maladies hématologiques bénignes

- Anémies (ferriprive ou par déficit en folates ou en vitamine B12) : ulcérations récidivantes et rebelles sur muqueuse atrophique
- Neutropénie ou agranulocytose congénitale ou acquise : ulcérations larges profondes, nécrotiques, enduit fibrineux, douloureuses. Importance corrélée à profondeur de la neutropénie
- Neutropénie cyclique idiopathique : chute brutale du nombre de PnN toutes les 3 semaines environ, pendant qq jours. Ulcérations aphtoïdes récidivantes cicatrisant rapidement et spontanément



Ulcérations liées à des maladies hématologiques

Maladies hématologiques malignes

- Syndromes myélodysplasiques, leucémies, macroglobulinémie de Waldenström : ulcérations en rapport avec neutropénie
- Lymphome malin, granulome centro-facial (lymphome nasal T/NK), plasmocytome : parfois ulcérations



Ulcérations d'origine médicamenteuse

Liées à un médicament (NB : score d'imputabilité)

- Cardiologie : nicorandil, captopril, enalapril
- AINS : piroxicam (++) , naproxène, célécoxib
- Immunosuppresseurs : MTX, sirolimus, tacrolimus, micophenolate mofetil
- Psychiatrie : sertraline, fluoxetine, bupropion, olanzapine, lithium
- Oncologie : chimiothérapies (mucites), inhibiteurs de mTOR
- Autres : anticholinergiques, AAP, allopurinol, bronchodilatateurs...



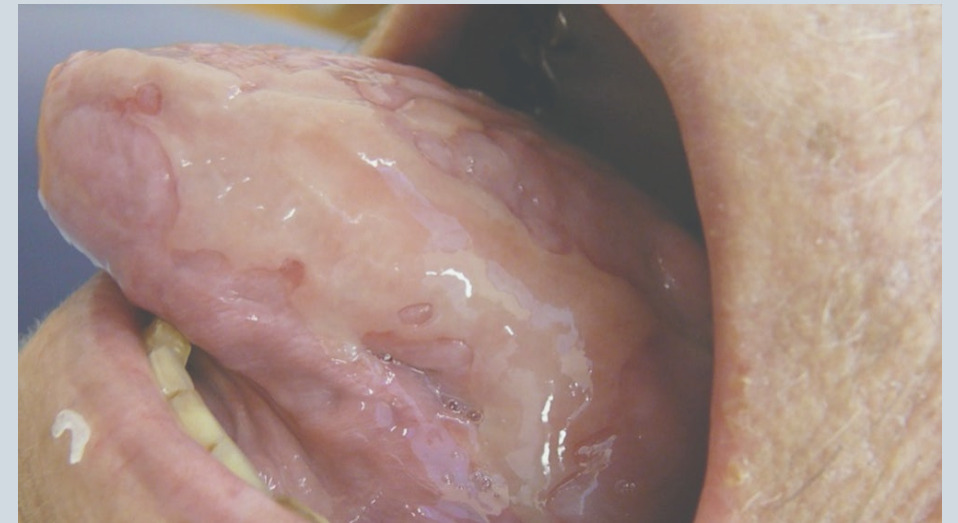
Ulcérations liées aux traitements anticancéreux

Chimiothérapie

Radiothérapie

Thérapies ciblées (antiVEGFr, anti EGFr : cetuximab)

=> mucites

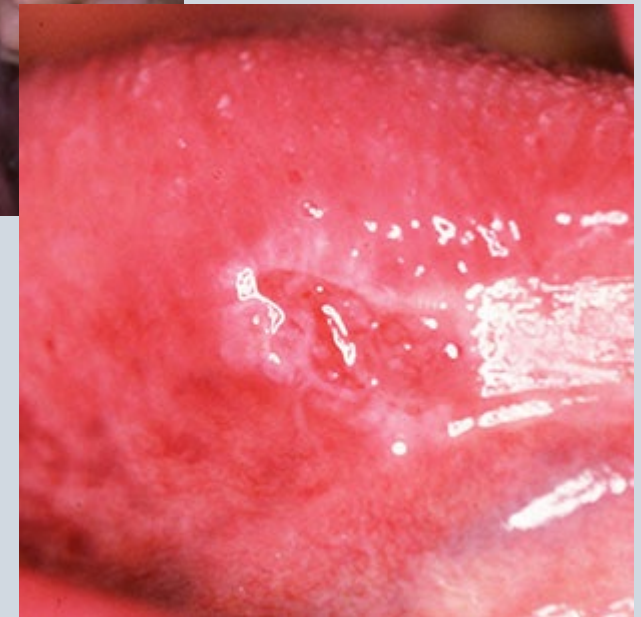


On élimine donc



Sialométaplasie nécrosante

Syphilis

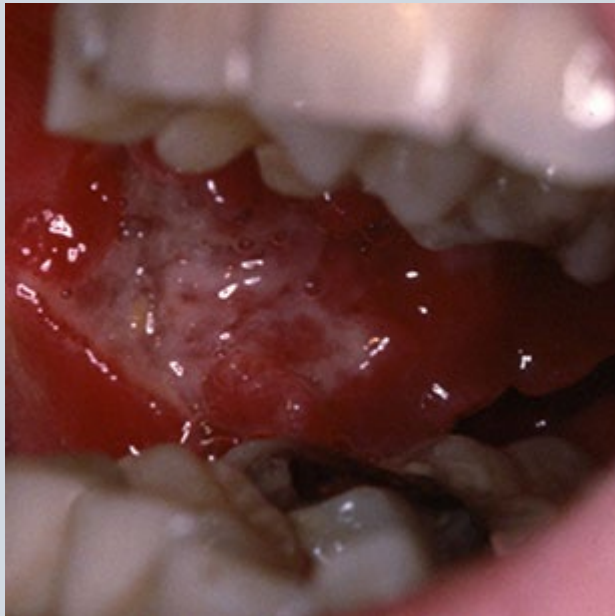


Carcinome épidermoïde



Ulcération médicamenteuse (inh MTOR)

Zona



Maladie de Crohn



Erythème polymorphe

Madame G, 63 ans, se présente avec une gingivite...



Une gingivite?

Si vous êtes d'accord, levez la main!



Peut-être...

Hygiène bucco-dentaire / indice de plaque : qui de la poule ou de l'œuf?

Thérapeutiques antérieures?

« Je me brosse les dents 2 fois par jour, ça me fait mal et le dentiste d'avant m'a détartré il y a 2 mois... »

Évolution?

Autres lésions en bouche



Toujours d'accord?

Si vous êtes d'accord, levez la main!



Ça s'en va et ça revient...

ÉVOLUTION PAR POUSSÉES INFLAMMATOIRES

+ autres lésions en bouche

+/- discrètes

Faces internes des joues, langue

= LICHEN PLAN

ÉVOLUTION PAR POUSSÉES INFLAMMATOIRES

+ zones où la gencive desquame

+ signe de pince positif

= MALADIE BULLEUSE (PEMPHIGOÏDE DES MUQUEUSES)

Lichen plan



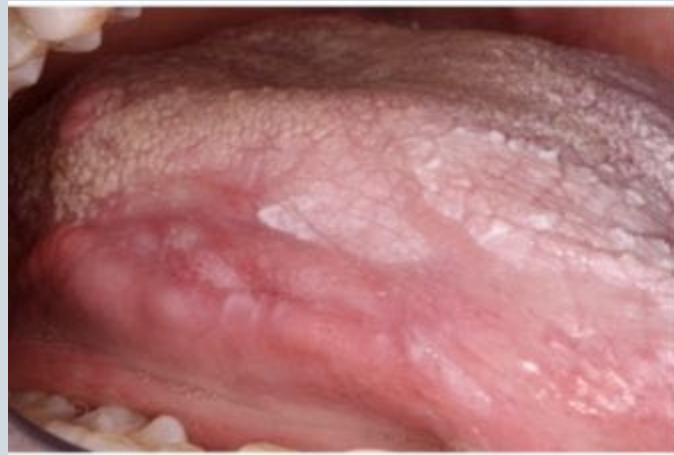
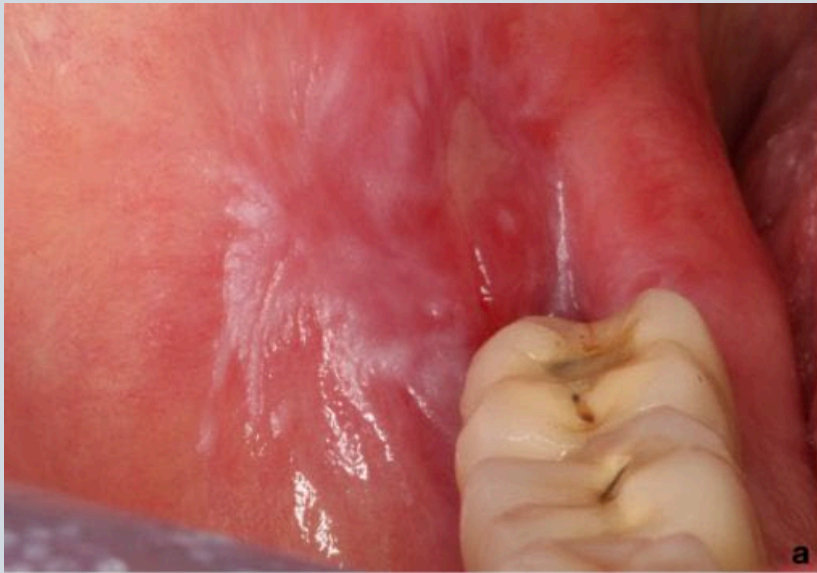
Classiquement : face interne des joues, langue, lèvres muqueuses et gencive (forme érythémateuse)

Étiologie inconnue ; dysimmunitaire?

Évolution par poussées inflammatoires douloureuses, parfois découverte fortuite

Hyperkératinisation, décrit comme une lésion réticulée, dendritiques, ou stries de Wickham





Évolution et traitement du LPO

Maladie chronique ; poussées ; risque global de cancérisation : 1-2%

Formes à risque de transformation maligne

- Forme érosive
 - Lichen ancien, atrophique
- } Biopsie

Traitement de première intention pour toutes les formes (sauf hyperkératosique et atrophique ancien) = **corticothérapie**

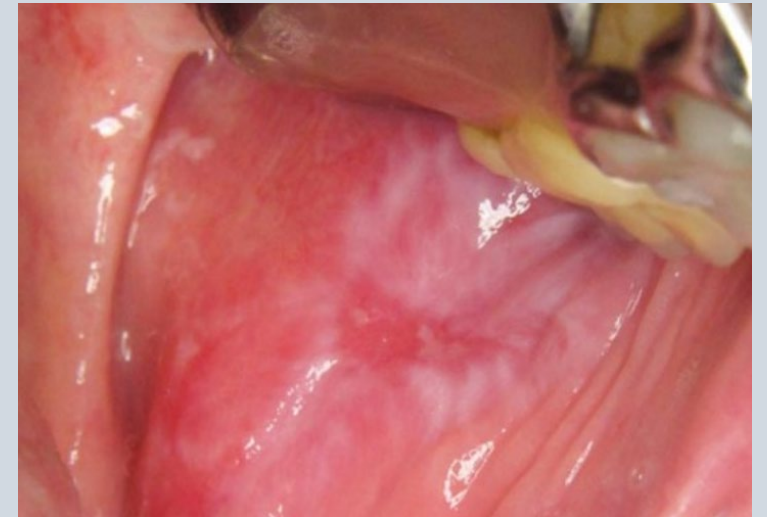
Les formes classiques du lichen et les poussées inflammatoires sont traitées par corticoïdes topiques, BdB ou crème (ex : Diprolène + Orabase). Surveillance tous les 4 à 6 mois.

Lésions lichénoïdes induites

Induites par

- Amalgame dentaire ou restauration métallique
- Médicaments (immunomodulateurs, biothérapies – certains anti TNF)
- Pathologie (GvH disease)

Traitement : si possible élimination de la cause
(OK si médicamenteux)



Si on revient à notre patiente, autre hypothèse :



Maladie bulleuse

Maladies bulleuses non auto-immunes (épidermolyse bulleuse, angine bulleuse hémorragique...) ou autoimmunes (pemphigus, pemphigoïdes, dermatose à IgA linéaire, lupus bulleux...)

La plus fréquente = pemphigoïde des muqueuses (muqueuse orale, yeux, peau)

Surtout femme 50-60 ans

Si bulle (rare), si signe de la pince positif : biopsie + IFD (IgG, A, C3) + examen sérique pour IFI

Si atteinte buccale isolée = **corticothérapie locale après** diagnostic posé

Sinon => adresser (cortico + immunomodulateur, disulone (Dapsone®))





Qu'est-ce que la pemphigoïde cicatricielle ?

La pemphigoïde cicatricielle est une maladie inflammatoire de la muqueuse buccale, qui entraîne des cloques et des ulcérations. La pemphigoïde cicatricielle peut également affecter d'autres muqueuses (œil, organes génitaux, ...) et la peau.

Quelle est la cause de la pemphigoïde cicatricielle ?

La pemphigoïde cicatricielle est une maladie auto-immune : votre système immunitaire agit de manière excessive, et fabrique des anticorps qui « attaquent » la muqueuse buccale, ce qui entraîne une inflammation, des cloques, des ulcérations.
La pemphigoïde cicatricielle n'est pas liée à un microbe et n'est pas contagieuse.

Comment faire le diagnostic ? Y a-t-il des examens à réaliser ?

Le diagnostic doit être confirmé par plusieurs prélèvements (biopsies) de la muqueuse ou de la peau, réalisées sous anesthésie locale. Une prise de sang peut également être utile, pour identifier les anticorps responsables.
L'examen de l'ensemble de la peau et des autres muqueuses, ainsi qu'un examen ophtalmologique, sont nécessaires.

Quelle est l'évolution de la pemphigoïde cicatricielle ?

La pemphigoïde cicatricielle est une maladie chronique, avec alternance de périodes de rémission et de périodes de poussées. Au cours de l'évolution, la pemphigoïde peut rester localisée à la muqueuse buccale, ou atteindre les autres muqueuses ou la peau. Il est important de consulter très rapidement en cas de nouveaux symptômes, notamment ophtalmologiques (rougeurs, douleurs).

Quel est le traitement de la pemphigoïde cicatricielle ?

Maintenir une bonne hygiène dentaire et éviter les irritants (tabac) permettent de diminuer la fréquence des poussées inflammatoires.
Dans certains cas, les applications locales de cortisone (bains de bouche, pommade ou crème) au moment des poussées peuvent être suffisantes.
En cas de poussées fréquentes, d'atteinte diffuse ou plus marquée, un traitement général par dapsons (en comprimés) peut être proposé.
Une surveillance régulière est toujours nécessaire.

Diagnostic et prise en charge

Diagnostic : si bulle (rare), ou si signe de la pince positif, ou si autres diagnostics écartés :

- biopsie => IFD (IgG, A, C3)
- examen sérique pour IFI : recherche d'Ac spécifiques de la PM

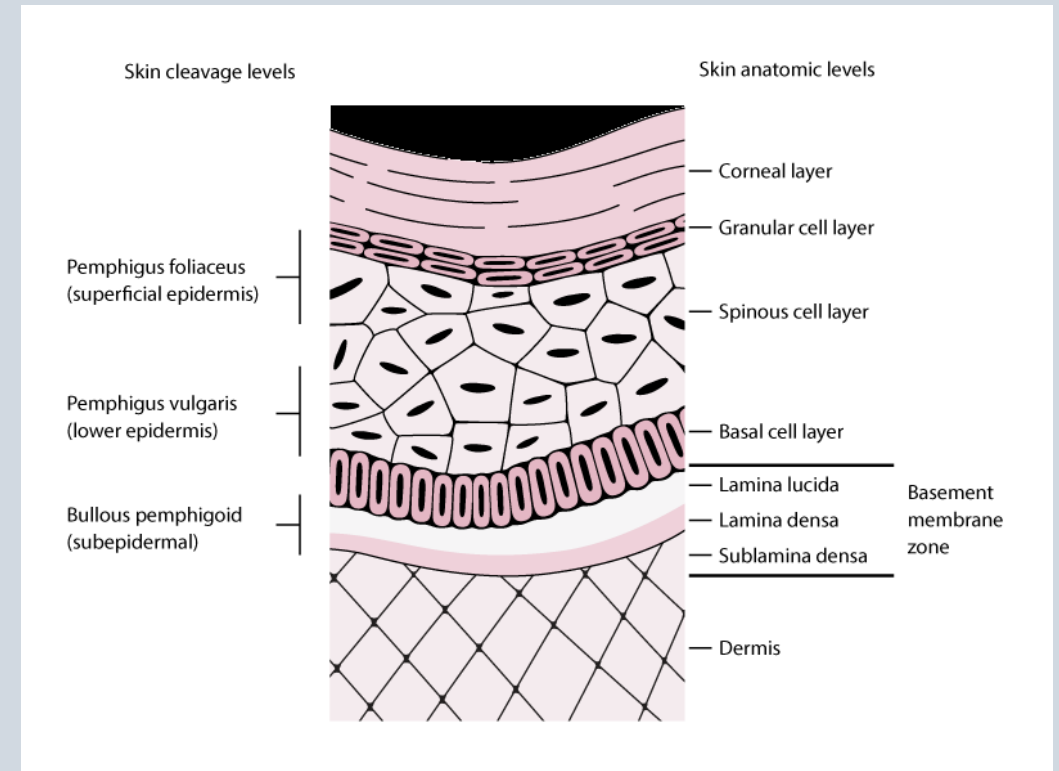
Prise en charge :

- Si atteinte buccale isolée = **corticothérapie locale après** diagnostic posé, +/- doxycycline 100mg 2X/j
- Sinon => adresser
 - Corticothérapie par voie générale
 - Disulone (Dapsone®) = antibiotique anti bacillaire (lèpre) ; risque anémie +++ => surveillance
 - Immunomodulateur pour formes graves

Dans la même famille...

Dermatose bulleuse à IgA linéaires

Pemphigus



Pathologies bulleuses non auto-immunes

Épidermolyse bulleuse : génétique ; tout frottement peut provoquer un décollement épidermique ou dermo- épidermique!

Erythème polymorphe : souvent suite à infection virale (p ex : HSV)

- Atteinte orale et périorale
- Cutanée (non systématique)
- Mains
- Formation rapide d'ulcérations
- Puis croûtes post bulleuses



Madame D, 54 ans, se présente avec une ligne blanchâtre dans la joue



Lésion traumatique?

Si vous êtes d'accord, levez la main!



Et si ce n'était pas une ligne de morsure?

Antécédent de morsure, tic?

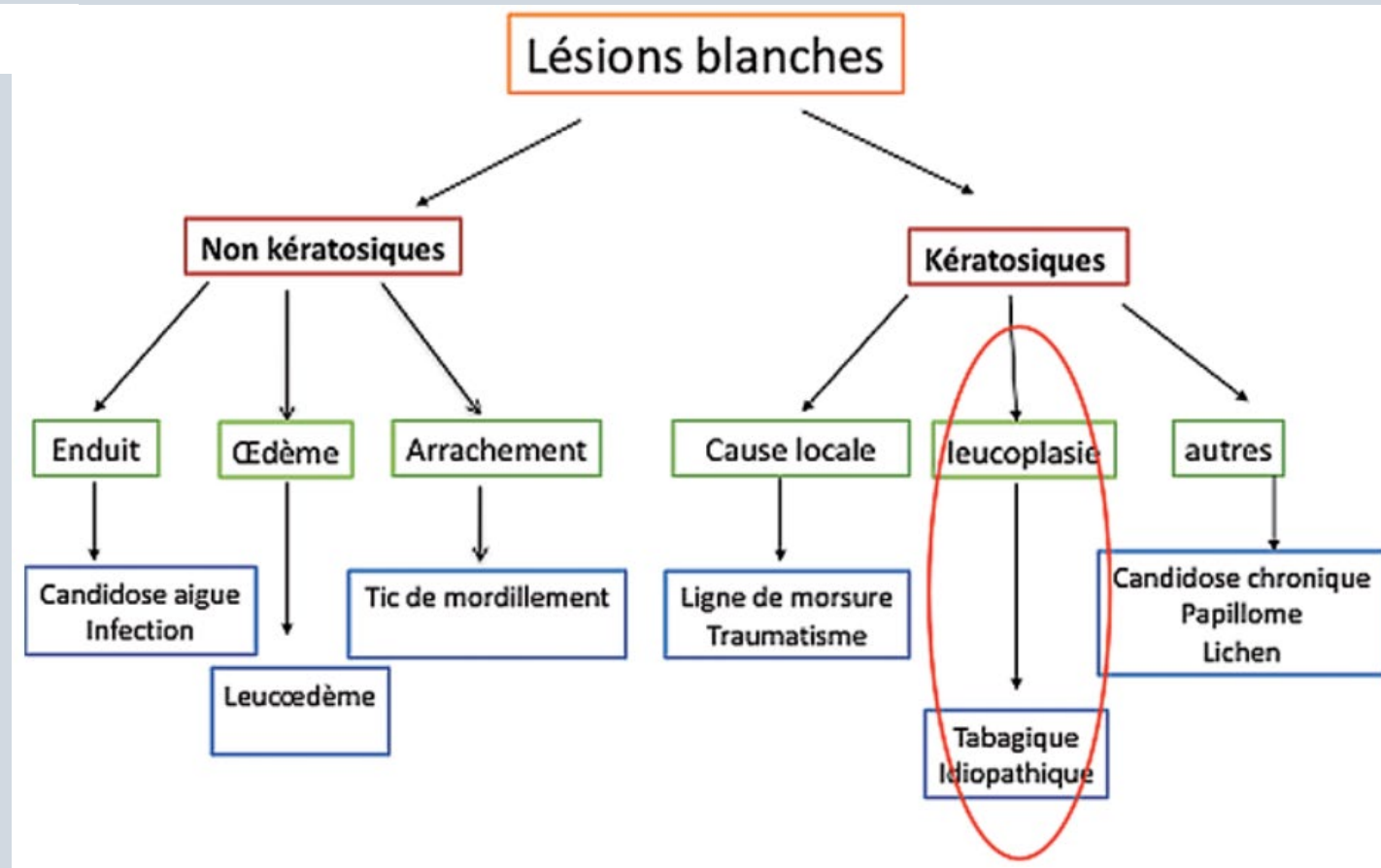
Réseau?

Bilatéral?

Evolution? Symptômes?



Autre lésion blanche de la muqueuse buccale?



Autre lésion traumatique?

Ulcération chronique

Diapneusie



≠



≠



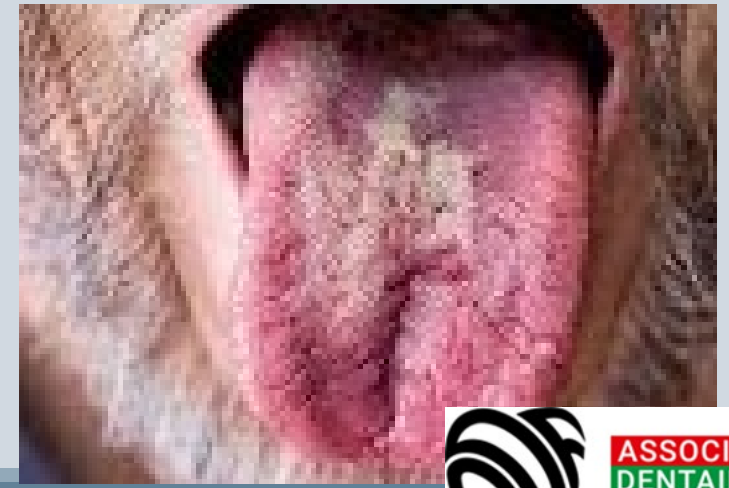
Candidose?



Aigue :
enduit pultacé
détachable
Symptomatique
Traitement
antifongique



Chronique :
Kératinisée
Ne se détache pas
Traitement pas ou
peu efficace



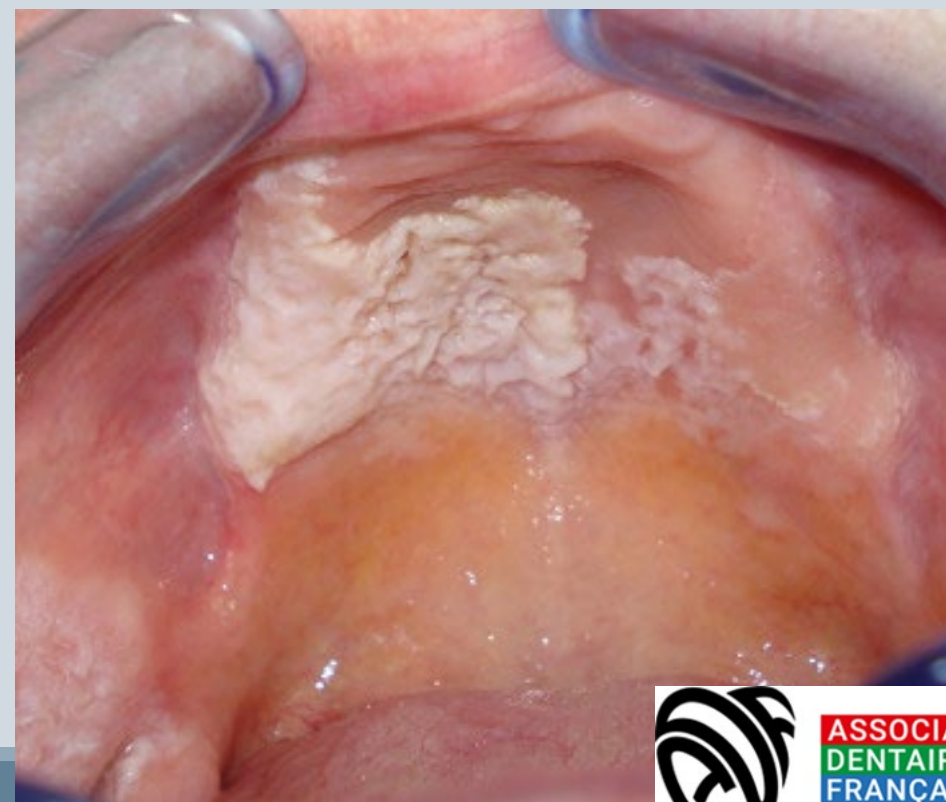
Lichen plan?



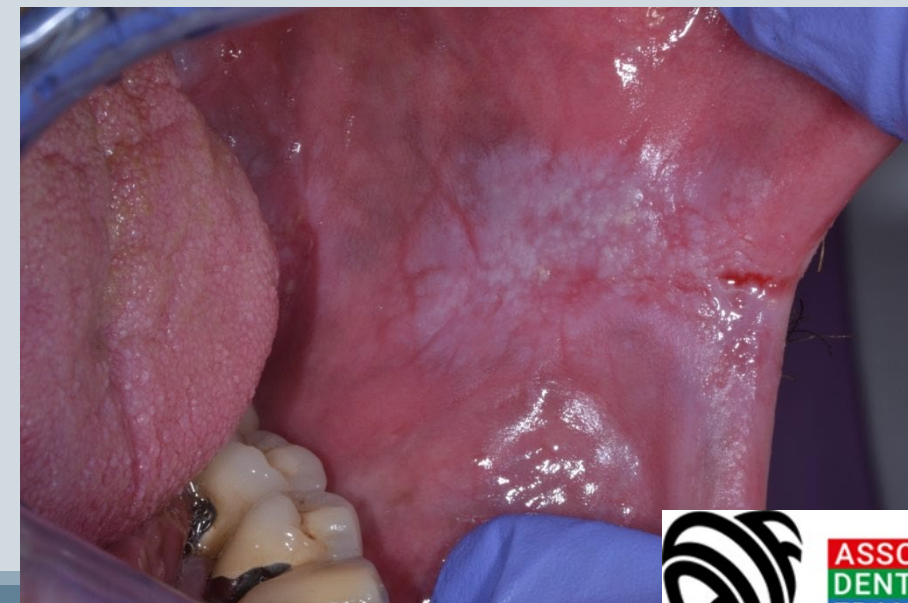
Lésion homogène ou inhomogène?



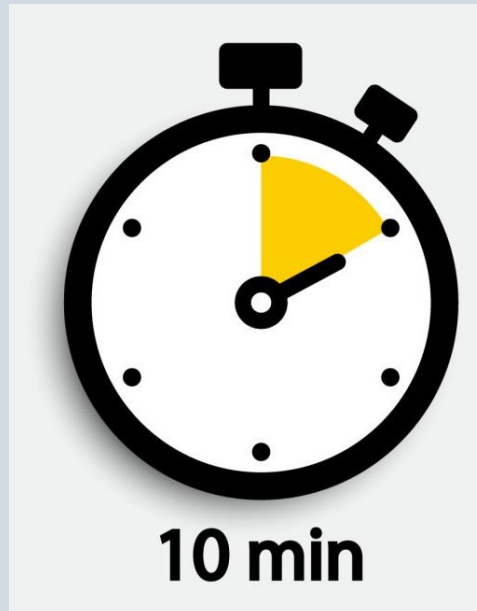
Lésion étendue ou bien localisée?



ASSOCIATION
DENTAIRE
FRANÇAISE



Une petite pause ...
avant la suite?



Madame F, 61 ans, se présente avec cette lésion crouteuse de la lèvre



Est-ce un herpès?



Lésion herpétique?

Récurrence? Antécédents de lésion au même endroit? « bouton de fièvre »?

Asthénie? Élément déclencheur (stress, soleil, fatigue)?

Primo infection : souvent pendant enfance ou jeunesse ; si symptomatique : stomatite herpétique, fièvre, fatigue

Récurrence : toujours même territoire. Erythème, prurit puis vésicule et enfin croûte. Guérison en 10 jours environ





Utile si appliqué dès les prodromes

Ne traiter (par antiviral par voie orale type aciclovir ou valaciclovir) **QUE** les poussées ou récurrences sévères et/ou fréquentes

Posologie usuelle :

Comprimé à 200 mg :

- Adulte et enfant de plus de 6 ans :

- Traitement d'une poussée d'herpès : 5 ou 10 comprimés par jour, selon les cas, à répartir dans la journée, pendant 5 à 10 jours.
- En cas de nouvelle poussée d'herpès génital : 5 comprimés par jour, répartis dans la journée, pendant 5 jours. Le traitement doit être débuté dans les 2 premiers jours qui suivent l'apparition des symptômes.
- Traitement préventif chez les personnes souffrant de récurrences fréquentes : 2 comprimés, 2 fois par jour, en traitement continu pendant plusieurs mois.

ViDAL



ASSOCIATION
DENTAIRE
FRANÇAISE

Et si ce n'était pas de l'herpès?

Age?

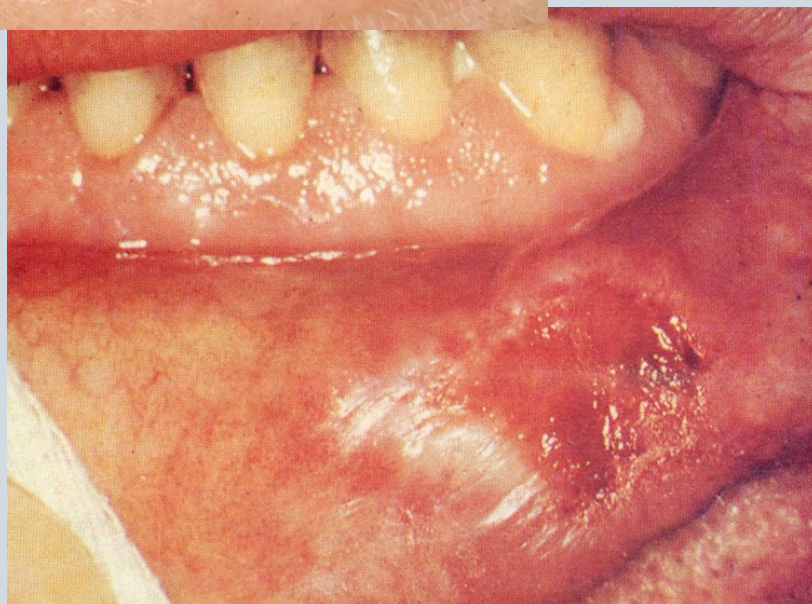
Ancienneté de la lésion?

Médicaments?

Exposition solaire?



Chéilite actinique



ASSOCIATION
DENTAIRE
FRANÇAISE

Rappel : la règle d'or

Toute ulcération* isolée persistante de la cavité orale est,
en l'absence de preuve,
possiblement une lésion maligne

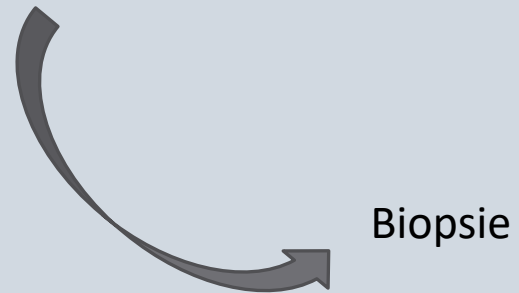
- Quel que soit l'âge
 - Quel que soit le terrain (tabac/alcool/autre)
- * Au niveau cutané, les lésions « croûtent » rapidement

Ça diminue ou ça grossit?

Si évolution favorable = a priori lésion bénigne

Si grossit ou persiste = autre étiologie

Si grossit + douleur = attention



Autres lésions fréquemment rencontrées



Lésions pigmentées

Mélanique vs vasculaire

Macule mélanique
/naevus/mélanome

Si pas vasculaire => biopsie



Lésions verruqueuses, végétantes

Verrue (peau), condylome,
papillome, si étendue : LVP,
carcinome verruqueux

Biospie /exérèse si doute



Signes d'alerte et démarche diagnostique

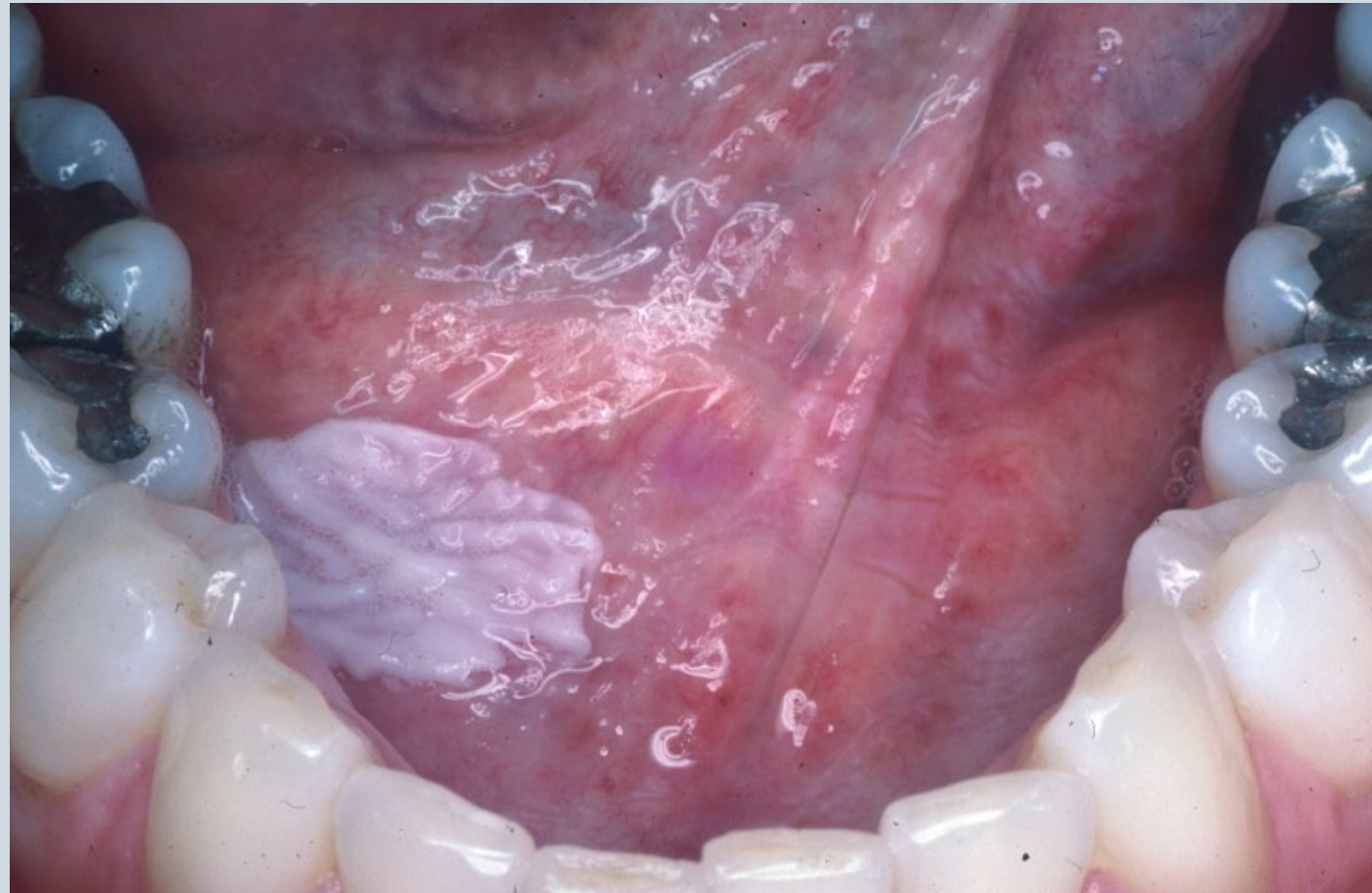
Inspection

- Localisation
- Aspect, homogénéité : « Rouge sur blanc, tout fout le camp! »
- Symptomatologie : douleur, dysphagie, dysphonie, parfois odeur...
- Tuméfaction

Palpation

- Douleur, troubles de la sensibilité
- Induration
- Mobilité par rapport aux plans sous jacents
- Rapports avec les organes avoisinants (dents)
- Saignotement/saignement à la palpation
- Présence d'une adénopathie

Patiente de 58 ans, non fumeuse, aucune symptomatologie



Patient de 43 ans, non fumeur, gêne intermittente

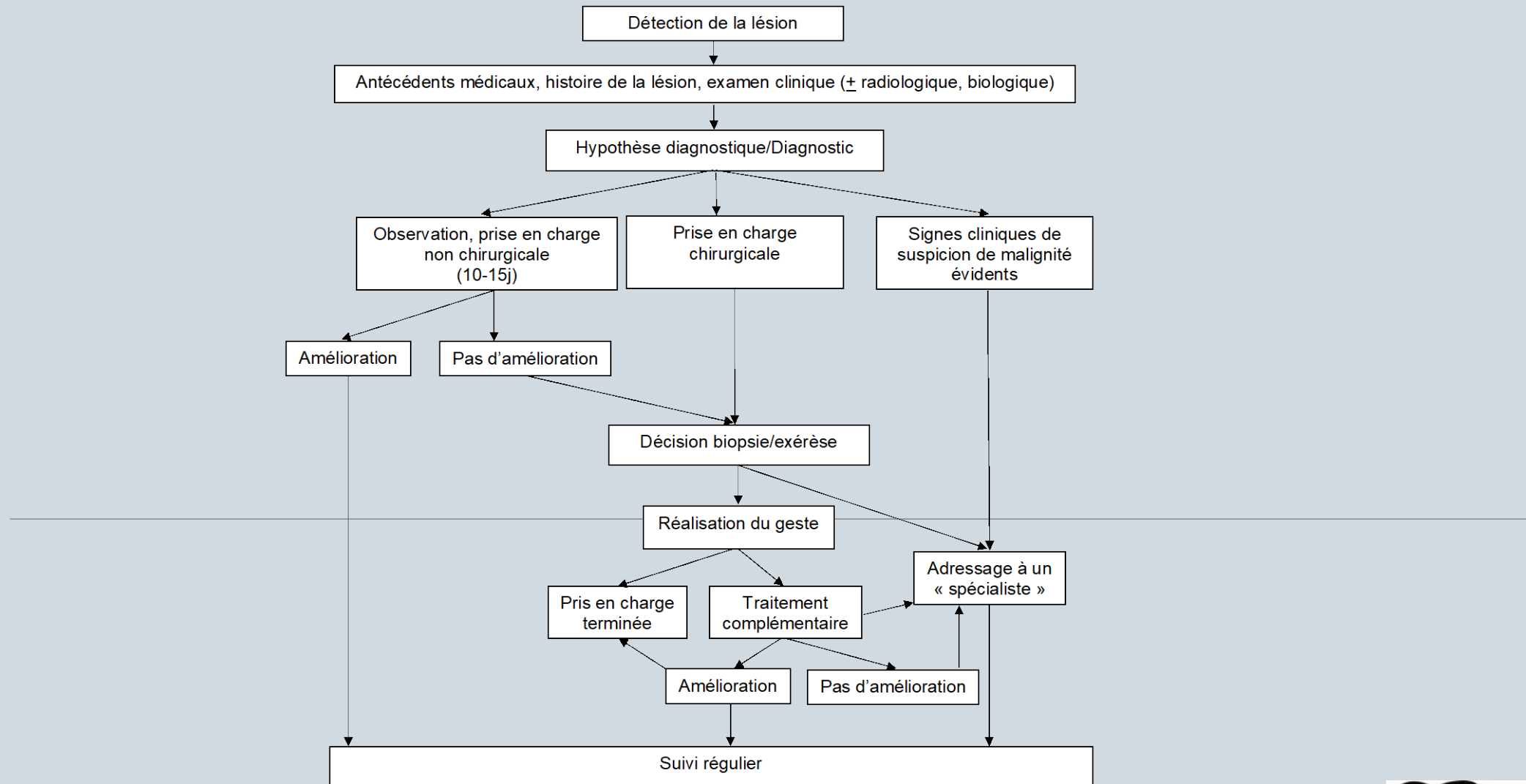


Patient 55 ans, fumeur (45PA), consulte pour gêne à protraction linguale



La biopsie : qui, quoi, quand, comment?

Prise en charge d'un patient atteint d'une lésion de la muqueuse orale



PLUS LE DIAGNOSTIC EST PRÉCOCE, MEILLEUR SERA LE PRONOSTIC

Biopsie/exérèse: Contre-indications

- LÉSIONS MANIFESTEMENT D'ORIGINE VASCULAIRE



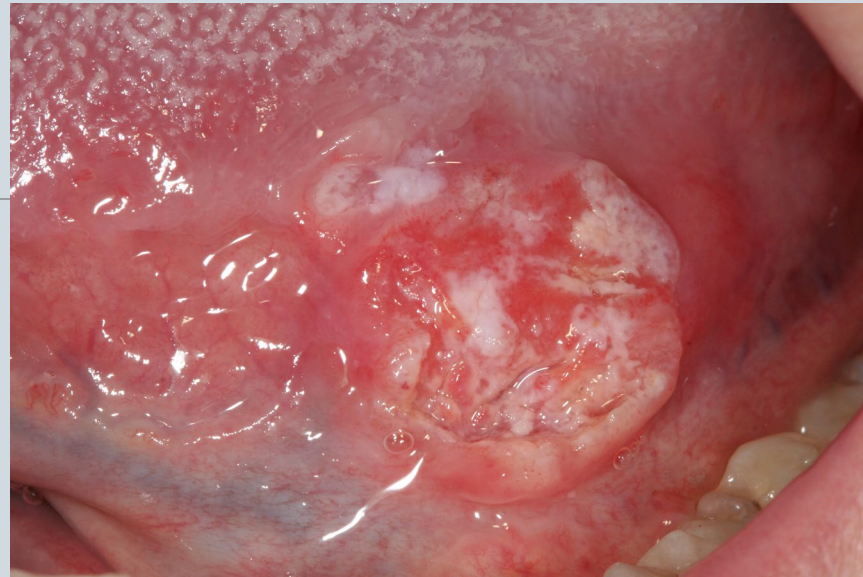
Biopsie/exérèse: Contre-indications

- LÉSIONS MANIFESTEMENT D'ORIGINE VASCULAIRE



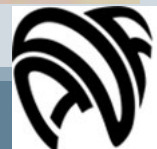
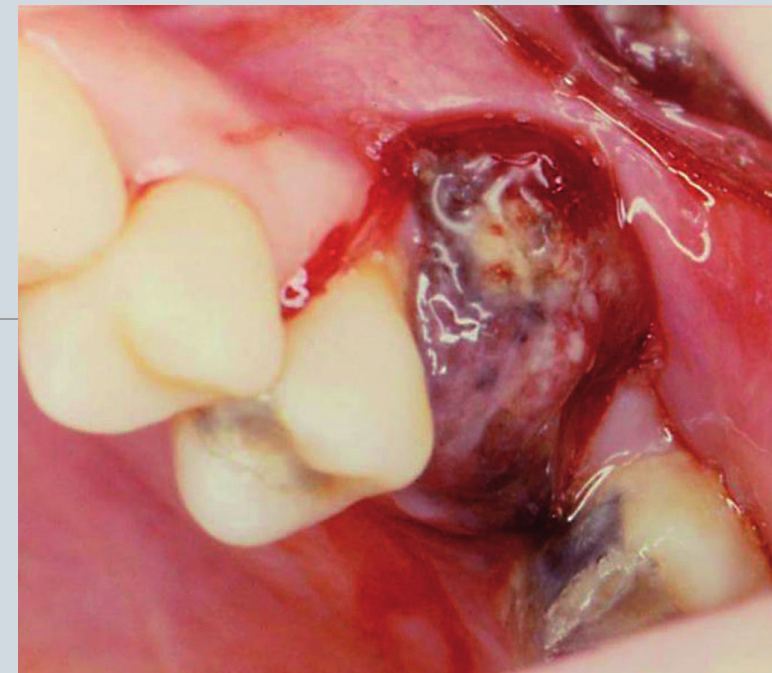
Biopsie/exérèse: Contre-indications

- LOCALE: LÉSIONS MANIFESTEMENT MALIGNNE
(SAUF DANS UN CADRE HOSPITALIER PLURIDISCIPLINAIRE)



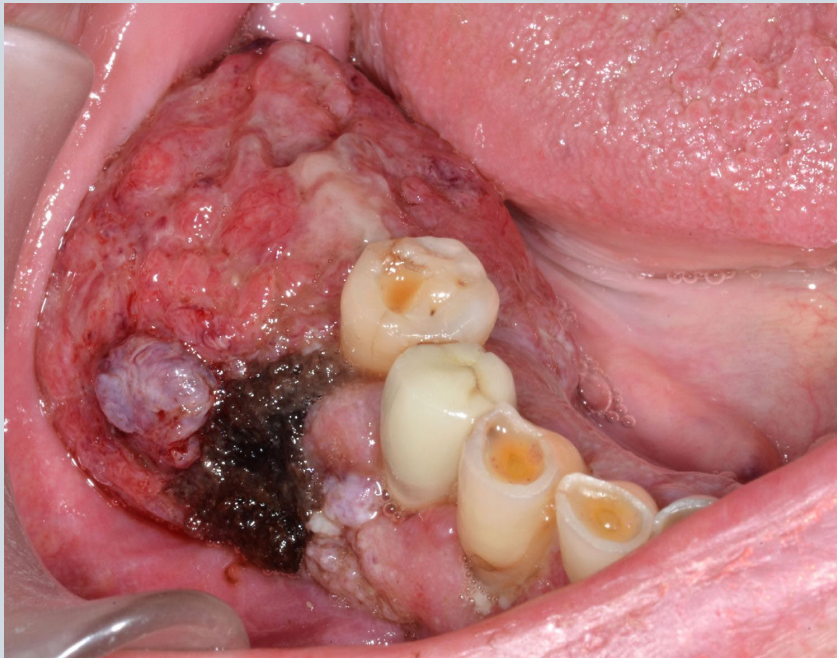
Biopsie/exérèse: Contre-indications

- LOCALE: LÉSIONS MANIFESTEMENT MALIGNNE
(SAUF DANS UN CADRE HOSPITALIER PLURIDISCIPLINAIRE)



Biopsie/exérèse: Contre-indications

- LOCALE: LÉSIONS MANIFESTEMENT MALIGNNE
(SAUF DANS UN CADRE HOSPITALIER PLURIDISCIPLINAIRE)



Biopsie/exérèse: communication préalable avec le patient



Feuille d'information patient

Biopsie endobuccale

Pourquoi réaliser une biopsie de la muqueuse buccale ?

La biopsie permet une analyse anatomopathologique (au microscope) d'une lésion de la cavité buccale, afin de préciser le diagnostic.

En quoi consiste une biopsie de la muqueuse buccale ?

Les biopsies sont réalisées après une anesthésie locale. La biopsie consiste à réaliser un prélèvement muqueux de quelques millimètres de la zone concernée (avec un bistouri ou un emporte-pièce). Parfois une biopsie supplémentaire est réalisée en zone saine.

L'incision est ensuite refermée par un ou plusieurs points de suture ou laissée en « cicatrisation dirigée » (cicatrisation sans points de suture).

Le geste dure environ 10 à 15 minutes, en fonction de la localisation.

Peut-il y avoir des complications ?

Un saignement localisé est fréquent pendant le geste, surtout si vous avez des médicaments qui fluidifient le sang (anticoagulants, antiagrégants). Ces médicaments doivent être poursuivis dans la grande majorité des cas mais vous devez informer au préalable les équipes médicales de votre traitement. Une simple compression et des points de suture permettent d'arrêter le saignement.

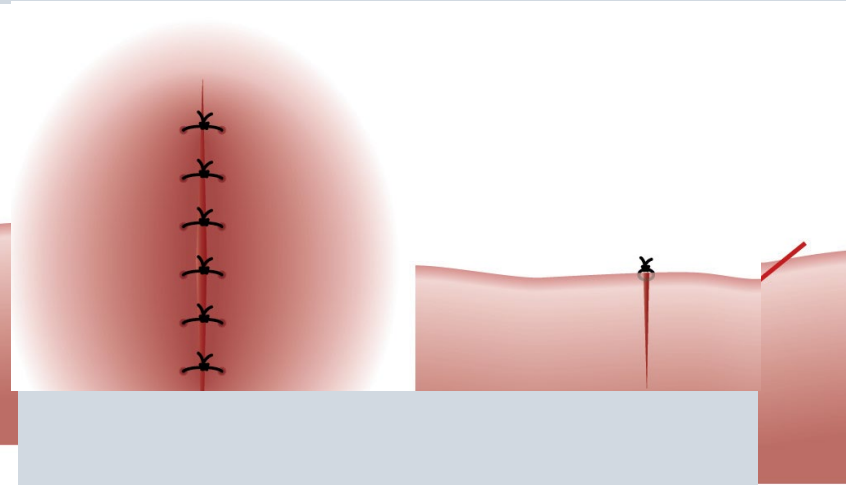
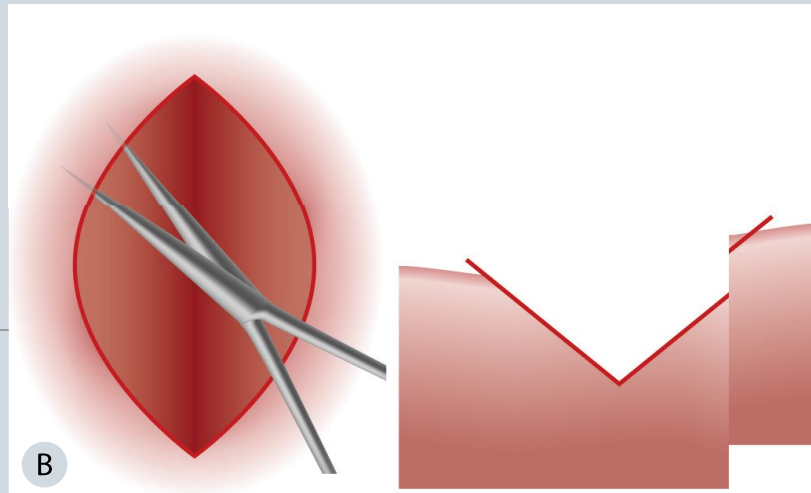
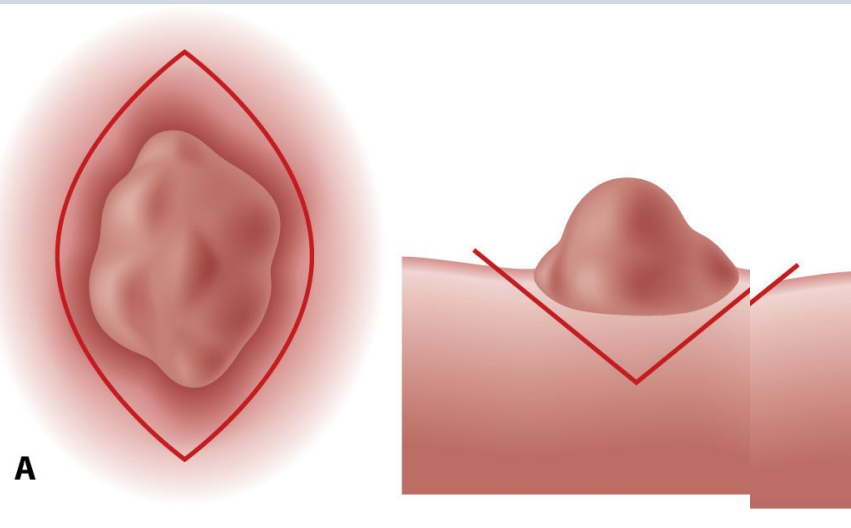
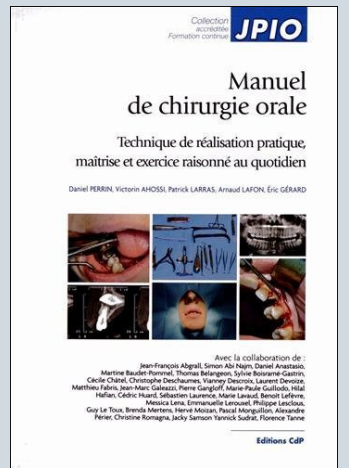
Une infection locale ou un retard de cicatrisation sont possibles mais rares.

Que dois-je faire après une biopsie de la muqueuse buccale ?

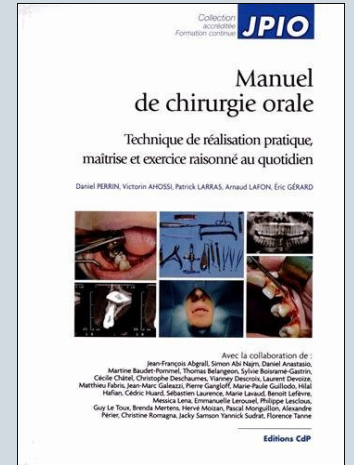
Privilégiez une alimentation tiède ou froide, plutôt molle.

En cas de saignement sur le site de la biopsie, faire un bain de bouche avec de l'eau glacée puis comprimer le point de saignement avec des compresses, pendant 10 minutes.

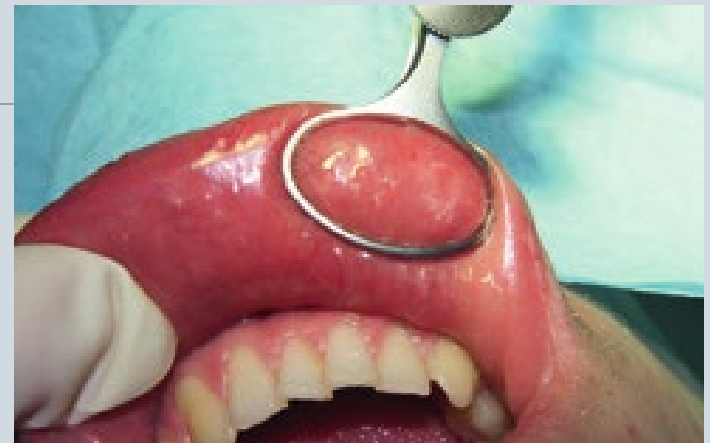
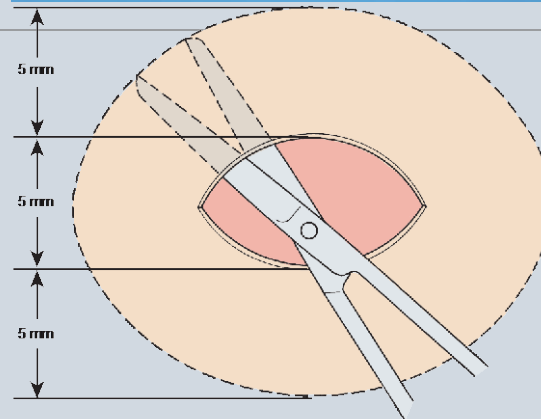
Exérèse: Technique



Biopsie: Technique



Biopsie/exérèse: Matériel



PRÉLÈVEMENT

Biopsie/exérèse: technique

Biopsie des glandes salivaires accessoires



Biopsie/exérèse: communication avec le laboratoire

Définir une procédure:

- Identification du patient
 - Flacon
-
- Fixateur: type, volume (10 à 20 fois le volume du prélèvement)
 - État frais si immunofluorescence
 - Bon de laboratoire
 - Circuit d'envoi

Transport



DOCUMENT DE TRANSFERT (BON DE LABORATOIRE)



ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DEMANDE D'EXAMEN : Prélèvement Standard

Histodiagnostic n°

Réservé
ACP

Réservé ACP

cassette(s)
relance(s)
extempo(s)
lame(s)



Etiquette UF séjour

Date :
Heure du prélèvement :

Nom du médecin préleveur :

Tel :

N° salle : Tél salle :

☐ PTI ☐ PTMC ☐ HGRL ☐ HME

Nom du médecin prescripteur : Pr Lesclous Philippe

Le compte-rendu ne sera adressé qu'aux deux seuls praticiens précisés ci-dessus.

PRELEVEMENT :

Nature : (Greffon "réfusé pour la greffe" : n°Cristal :)

Siège : Latéralité :

PROTOCOLE :

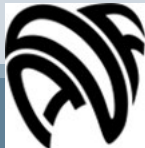
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Références histologiques antérieures (CHU ou autre laboratoire) :

Réservé Laboratoire d'Anatomie Pathologique

Reçu le : Heure : Réceptionné par :

☐ Frais ☐ Tissue safe : Heure de la mise sous vide : ☐ Fixé ☐ RNA later
☐ Congélation ☐ Cyto/Empreintes ☐ Extemporane ☐ Scan PMOT ☐ Photo ☐ Electronique



ASSOCIATION
DENTAIRE
FRANÇAISE

Informations nécessaires

Informations devant accompagner le prélèvement
• Identité du patient (avec date de naissance)
• Antécédents médicaux
• Traitements médicamenteux en cours
• Description clinique et consistance de la lésion prélevée
• Site anatomique exact et latéralité si pertinent
• Tabac (paquet/année), alcool, autres habitudes nocives
• Hypothèses diagnostiques

Compte rendu

Informations figurant dans un compte-rendu anatomopathologique
Aspect macroscopique (taille, topographie de surface....)
Aspect microscopique de l'épithélium
Aspect microscopique du conjonctif (chorion) sous-jacent
Aspect microscopique des berges (en particulier en cas d'exérèse)
Aspect microscopique des structures intra-conjonctives (vascularisation, innervation, acini glandulaires)
Aspect microscopique cellulaire (atypie cellulaire, infiltrat ...)
Présence éventuelle d'un corps étranger non organique
Conclusion: Confirmation ou infirmation d'une hypothèse diagnostique voire «à confronter avec la clinique »

ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Prélevé par :
CENTRE DE SOINS DENTAIRES

CENTRE DE SOINS DENTAIRES

CSD CHIRURGIE BUCCALE - 9023
HÔTEL-DIEU

[Chef de Service](#)
[Praticien Hospitalier](#)

Dr Elisabeth CASSAGNAU
elisabeth.cassagnau@chu-nantes.fr

[Professeur des Universités](#)
[Praticien Hospitalier](#)

Pr Jean-François MOSNIER

[Maîtres de Conférences des Universités](#)
[Praticiens Hospitaliers](#)

Dr Karine RENAUDIN-AUTAIN
Dr Claire TOQUET

[Praticiens Hospitaliers](#)

Dr Marie DENIS-MUSQUER
Dr Juliette EUGENE-LAMER
Dr Louise GALMICHE-ROLLAND

Dr Madeleine JOUBERT
Dr Christine KANDEL-AZNAR
Dr Delphine LOUSSOUARN
Dr Anne MOREAU
Dr Christine SAGAN

[Assistant Hospitalo-Universitaire](#)

Dr Eric LAGRUE

[Médecin Attaché](#)

Dr Yvette DUCOURNAU

Examen N° **21U10473**
Prélevé le : 06/12/2021
Enregistré le : 06/12/2021
CASS / LEFE

Renseignements cliniques : présence de plusieurs lésions pigmentées labiale inférieure.

Biopsie d'une lésion pigmentée labiale inférieure droite

L'examen microscopique concerne un lambeau de muqueuse mesurant environ 5 mm de grand axe. Une lame colorée à l'HES, après coloration spéciale du Fontana et après une étude immunohistochimique (*technique polymère révélation Diaminobenzidine (kit envision flex-Dako) automate OMNIS*) avec les anticorps PS100 et Melan A.

Ce lambeau de muqueuse présente, au niveau de l'assise basale de l'épithélium malpighien, une hyperpigmentation mélanocytaire, soulignée par la coloration du Fontana, sans prolifération mélanocytaire identifiable sur les données de l'étude immunohistochimique.

Les données morphologiques et immunohistochimiques plaident en faveur d'une macule mélanique labiale.

Conclusion :

Biopsie d'une lésion pigmentée labiale inférieure droite : les données morphologiques et immunohistochimiques plaident en faveur d'une lésion bénigne correspondant à une macule mélanique labiale. Ces lésions peuvent être multiples.



Prélevé par :
Dr LESCLOUS Philippe
Transmis à :
STOMATOLOGIE - 3611

HOTEL-DIEU

*Chef de Service
Praticien Hospitalier*

Dr Elisabeth CASSAGNAU
Tél. 02 40 08 73 96
elisabeth.cassagneu@chu-nantes.fr

*Professeurs des Universités
Praticiens Hospitaliers*

Pr Céline BOSSARD
Tél. 02 40 08 73 91
Pr Jean-François MOSNIER
Tél. 02 40 08 73 92

*Maîtres de Conférences des Universités
Praticiens Hospitaliers*

Dr Karine RENAUDIN-AUTAIN
Tél. 02 40 08 73 95
Dr Claire TOQUET
Tél. 02 44 76 82 33

Praticiens Hospitaliers

Dr Marie DENIS-MUSQUER
Tél. 02 44 76 80 39
Dr Madeleine JOUBERT
Tél. 02 40 08 74 02
Dr Christine KANDEL-AZNAR
Tél. 02 40 08 79 32
Dr Delphine LOUSSOUARN
Tél. 02 44 76 82 31
Dr Anne MOREAU
Tél. 02 40 08 73 93
Dr Christine SAGAN
Tél. 02 44 76 82 30

Assistants Hospitalo-Universitaires

Dr Eva OTT
Tél. 02 40 08 73 94
Dr Charles LIDDELL
Tél. 02 44 76 80 40

Médecins Attachés

Dr Yvette DUCOURNAU
Tél. 02 44 76 82 32
Dr Frédérique JOSSIC
Tél. 02 40 08 73 96

Renseignements cliniques :

Insuffisance rénale dialysée. Lésion de l'angle mandibulaire gauche suite à une avulsion dans cette zone. Lésion bien limitée, ostéolytique, homogène. Tentative d'exérèse sous anesthésie locale il y a six mois. Récidive à un mois. Nouvelle reprise ce jour sous anesthésie générale. Granulome réparateur à cellules géantes récidivant ?

EXERESE D'UNE LESION DE L'ANGLE MANDIBULAIRE GAUCHE

Deux fragments non orientés mesurant 2,5 x 1,5 x 1 cm et 1,3 x 1 x 0,4 cm. Inclusion en totalité en deux blocs.

L'examen microscopique montre que ces prélèvements ont intéressé exclusivement la lésion, sans revêtement épithélial en surface ni structure osseuse. Cette lésion est constituée d'un contingent de cellules fusiformes ou ovoïdes, au noyau non atypique, avec quelques images de mitose non atypiques. Le second contingent correspond à de multiples cellules géantes dispersées. Le stroma est légèrement fibreux. On note de multiples foyers de suffusion hémorragique ainsi que de rares sidérophages.

Conclusion :

Exérèse d'une lésion de l'angle mandibulaire gauche : aspect morphologique de PROLIFERATION TUMORALE A CELLULES GEANTES dont l'aspect fait discuter soit un granulome réparateur à cellules géantes, soit une tumeur brune des os, s'il existe un contexte d'hyperparathyroïdie, comme précédemment diagnostiqué. Absence de signe histologique de malignité.



Biopsie/exérèse: sources d'échecs

- Non renseignement du type de prélèvement (biopsie ou exérèse)
- Mauvais choix de la zone à prélever
- Prélèvement trop superficiel
- Prélèvement non orienté
- Prélèvement traumatisé
- Prélèvement réalisé au bistouri électrique
- Si aspect polymorphe, plusieurs prélèvements nécessaires (plusieurs flacons)
- Fixation défectueuse
- Renseignements insuffisants sur le bon de laboratoire

Consultation d'annonce



GUIDE PARCOURS DE SOINS

**Annonce et accompagnement
du diagnostic d'un patient
ayant une maladie chronique**

Je fais la biopsie
=
j'annonce les résultats



Février 2014

- L'information à la personne incombe à **tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences** et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables (loyale, claire et appropriée)
 - L'information doit être normalement délivrée lors d'un **entretien individuel** (en partie singulier, en partie partagée après accord du patient)
 - Le mineur a le droit d'être informé mais ce droit est exercé par ses parents ou les titulaires de l'autorité parentale
 - Idem pour un majeur protégé avec une personne avec autorité de tutelle
-
- 3 temps:
 - La préparation de la consultation d'annonce
 - Le temps de l'annonce
 - Son accompagnement

La préparation

- **Éléments de vie du patient:**
 - Histoire de vie (situation familiale, activité professionnelle, ...)
 - Antécédents familiaux (en particulier en cas de cancer)
 - Capacités de compréhension
- **Ressenti du praticien:**
 - Expérience antérieure
 - Relation avec le patient (ambivalence)
- **Éléments liés à la maladie et au contexte**

 - Notion d'urgence
 - Gravité, incertitude du pronostic
 - Contacter un praticien spécialisé pour la prise en charge

PENSER AU PROJET DE SOIN À VENIR

L'annonce proprement dite

- **Processus d'annonce:**
 - Lieu approprié (calme, confidentialité, ...)
 - Clarté (absence d'ambiguïté, nommer la maladie)
 - Pas d'alarmisme (absence de pronostic à ce stade, ne pas outrepasser le résultat)
 - Évaluer la compréhension du patient (adapter son propos)
 - Être à l'écoute du patient (souhaite t'il partager cette information avec un accompagnant?, secret médical)
 - L'informer de la suite de sa prise en charge
- **Aide au partage de l'annonce par le patient:**
 - Faut-il le dire? (entourage familial, aidant, ...)
 - A qui le dire?

PENSER AU PROJET DE SOIN À VENIR

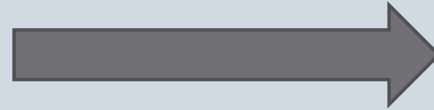
L'accompagnement

- **Accompagnement, suivi:**
 - Choc psychique (insister sur la notion d'interception, puis de prise en charge pluridisciplinaire)
 - Réceptivité du praticien traitant (participation au suivi,...)
 - Donner le rendez-vous avec un praticien spécialisé

- Proposer un temps de repos au calme avant le retour au domicile

Concrètement...

J'annonce la
(mauvaise) nouvelle



Je propose une solution

Lors de la biopsie, ouvrir
aux différentes
possibilités diagnostiques

Pas au téléphone

Choix des mots (cancer
/cellules transformées –
cancéreuses)

Rendez vous déjà pris

Ouvrir à la possibilité d'en
rediscuter ensemble

Choix des mots (ne pas
répondre à toutes les questions)

Adresser : à qui, quand, comment?

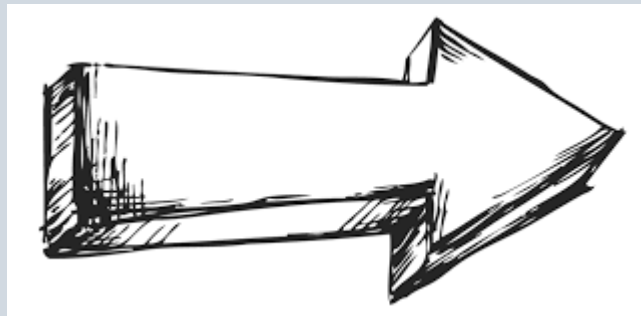
A qui?

Confrère expérimenté (libéral ou hospitalier)
Chirurgien oral, maxillo, dermato, certains ORL

Quand?

Avant qu'il ne soit trop tard...
Avec ou sans biopsie
Si doute
Si plus de doute

GP/Omni



Spécialiste

Comment?

Courrier (âge, antécédents, traitements déjà proposés et leur effet), photo, anapath si la biopsie a été faite

Appeler soi même si suspicion urgence, ça ira plus vite pour le rendez vous!

Expliquer au patient pourquoi :

- « Je ne suis pas certain(e) de ce que c'est, je préfère vous adresser à un confrère qui a plus l'habitude »
- « Je préfère que vous voyiez quelqu'un de spécialisé car les résultats du prélèvement montrent qu'il faut prendre en charge cette lésion »
- « ... Afin de ne pas passer à côté de quelque chose de grave »



GROUPE D'ÉTUDE DE LA MUQUEUSE BUCCALE

Accueil Qui sommes-nous? Réseau GEMUB Documents pratiques Congrès et formations Recherche Contact

Search...

Bienvenue sur le site du GEMUB

Le Groupe d'Etude de la Muqueuse Buccale

Meilleurs vœux
pour l'année 2024
À très bientôt pour

Recommandations
du GEMUB

Fiches infos
patients

RCP trimestrielle
"pathologies de la

Pour donner
aux patients,
pour
s'informer

Pour donner aux
patients, pour
s'informer, pour
voir des cas rigolos



SFCO CONGRÈS WEBINARS LITTÉRATURE & JOMOS POUR LE PRATICIEN LIENS UTILES

CONGRÈS

ADHÉRER

SE CONNECTER

Sondage

D'après vous, pourquoi le piment irrite-t-il nos muqueuses buccales ?

Pour répondre à la question, veuillez [vous connecter](#) à votre compte (réservé aux adhérents).

2024

Nantes, ville située en bord de Loire et à seulement 50 km de l'océan atlantique attire de nombreux nouveaux arrivants de par son attractivité culturelle et son pôle d'affaire.

Après 2003 et 2011, c'est à nouveau à Nantes que se déroulera le prochain congrès de la SFCO les 5, 6 et 7 juin 2024. L'équipe de Chirurgie Orale, dynamique et enthousiaste, est en charge du programme scientifique de ce 71ème congrès de la SFCO qui regroupera de nombreuses disciplines médicales et chirurgicales avec lesquelles notre spécialité collabore tous les jours. De nombreux workshops et des symposiums seront organisés en parallèle par nos partenaires.

Nous espérons vous retrouver nombreux à la cité des congrès de Nantes, internes, confrères et collègues pour échanger et débattre autour d'un programme scientifique de haut vol et d'une soirée de gala qui s'annonce mémorable.

Recommandations SFCO, GEMUB

Formation DPC (DPC-SFCO)

Fiches pédagogiques

Cas cliniques

Quizz diagnostic

Pour nos patients

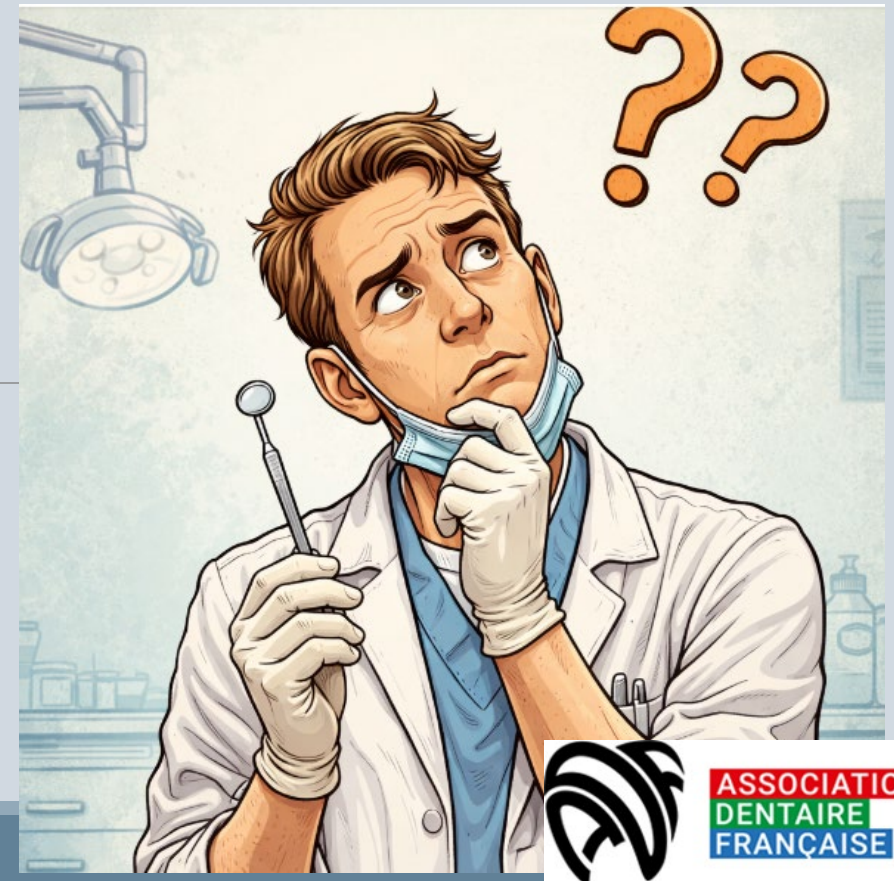
Forum-annonces



ASSOCIATION
DENTAIRE
FRANÇAISE

Merci pour votre attention

Des questions?





Répondez aux sondages et courez la chance
de gagner l'un des 3 prix suivants :

RABAIS DE 500\$

applicable sur l'achat d'un cours en précongrès
JDIQ 2026.

2 CARTES CADEAUX DE 250\$

chez Strom Spa Nordique.



Scannez le code QR ou
visitez le jdiq.ca/sondages





Answer the surveys and get the chance to win one of the following 3 prizes:

\$500 DISCOUNT

applicable on the purchase of a pre-conference course for JDIQ 2027.

2 x \$250 GIFT CARDS

for Strom Spa Nordique.



Scan the QR code or visit
jdiq.ca/sondages

