



HAL
open science

Pathologies de la muqueuse buccale : identification, diagnostic et prise en charge des lésions en cabinet. État des lieux, enquête nationale auprès des praticiens

Maud Roume

► To cite this version:

Maud Roume. Pathologies de la muqueuse buccale : identification, diagnostic et prise en charge des lésions en cabinet. État des lieux, enquête nationale auprès des praticiens. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-02080234

HAL Id: dumas-02080234

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02080234v1>

Submitted on 26 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE PARIS DIDEROT- PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

2017

Thèse N° : 5159

N° attribué par la bibliothèque : 2017PA07G057

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2017

par ROUME Maud

**PATHOLOGIES DE LA MUQUEUSE BUCCALE :
IDENTIFICATION, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE
DES LESIONS EN CABINET. ETAT DES LIEUX, ENQUETE
NATIONALE AUPRES DES PRATICIENS**

Directeur de thèse : Docteur ROCHEFORT Juliette

JURY

M. le Professeur Yvon ROCHE	Président
M. le Docteur Aleksandar DAKIC	Assesseur
Mme le Docteur Géraldine LESCAILLE	Assesseur
Mme le Docteur Juliette ROCHEFORT	Assesseur
M. le Docteur Hervé TARRAGANO	Assesseur
Mme le Docteur Sylvie AZOGUI-LEVY	Membre invité

UNIVERSITE PARIS DIDEROT- PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

2017

Thèse N° :

N° attribué par la bibliothèque :

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement

par ROUME Maud

née le 08/10/1991

**PATHOLOGIES DE LA MUQUEUSE BUCCALE :
IDENTIFICATION, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE
DES LESIONS EN CABINET. ETAT DES LIEUX, ENQUETE
NATIONALE AUPRES DES PRATICIENS**

Directeur de thèse : Docteur ROCHEFORT Juliette

JURY

M. le Professeur Yvon ROCHE	Président
M. le Docteur Aleksandar DAKIC	Assesseur
Mme le Docteur Géraldine LESCAILLE	Assesseur
Mme le Docteur Juliette ROCHEFORT	Assesseur
M. le Docteur Hervé TARRAGANO	Assesseur
Mme le Docteur Sylvie AZOGUI-LEVY	Membre invité

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

Présidente de l'Université : Mme la Professeure Christine CLERICI
Doyen de l'U.F.R. d'Odontologie : Mme la Professeure Ariane BERDAL
Directrice Générale des Services : Mme Pascale SAINT-CYR

JURY

M. le Professeur Yvon ROCHE	Président
M. le Docteur Aleksandar DAKIC	Assesseur
Mme le Docteur Géraldine LESCAILLE	Assesseur
Mme le Docteur Juliette ROCHEFORT	Assesseur
M. le Docteur Hervé TARRAGANO	Assesseur
Mme le Docteur Sylvie AZOGUI-LEVY	Membre invité

M. le Professeur Yvon ROCHE

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Vous me faites un grand honneur en présidant ce jury, soyez assuré de ma reconnaissance la plus sincère et de mon profond respect.

M. le Docteur Aleksandar DAKIC

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant Hospitalo-Universitaire

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de participer au jury de cette thèse, veuillez trouver ici mes remerciements les plus sincères.

Mme le Docteur Géraldine LESCAILLE

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de participer au jury de cette thèse, pour les conseils apportés en cours magistraux et à l'hôpital, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

Mme le Docteur Juliette ROCHEFORT

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de diriger ce travail, je vous remercie du temps et du soutien que vous m'avez accordés lors de l'élaboration de cette thèse. Je tenais également à vous remercier pour vos nombreux conseils lors de ma formation en chirurgie à l'hôpital. Veuillez recevoir l'expression de mes remerciements les plus sincères ainsi que mon plus profond respect.

M. le Docteur Hervé TARRAGANO

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant Hospitalo-Universitaire

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de participer au jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

Mme le Docteur Sylvie AZOGUI-LEVY

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Je vous remercie pour le temps et les conseils précieux que vous m'avez accordés, veuillez recevoir l'expression de mes remerciements les plus sincères.

Table des matières

Introduction	1
1. Etats des lieux des Pathologies de la muqueuse buccale.....	3
1.1. Rappels sur les principales pathologies de la muqueuse buccale.....	3
1.1.1. Aftose.....	3
1.1.2. Candidose	4
1.1.3. Carcinome épidermoïde.....	6
1.1.4. Epulis.....	9
1.1.5. Glossodynie	10
1.1.6. Herpès.....	12
1.1.7. Zona.....	14
1.1.8. Pemphigus	16
1.1.9. Leucoplasie.....	18
1.1.10. Lichen plan	20
1.1.11. Les manifestations buccales de maladies systémiques.....	22
1.2. Diagnostic et prise en charge de ces pathologies en cabinet - données actuelles.....	27
1.2.1. Etudes sur les lésions cancéreuses et précancéreuses de la muqueuse buccale.....	27
1.2.2. Etudes portant sur l'ensemble des lésions de la muqueuse buccale	28
1.3. Les différentes formations existantes proposées au chirurgien-dentiste	30
1.3.1. Les formations initiales	30
1.3.2. Les formations continues.....	32
2. L'étude : enquête nationale	36
2.1. Objectifs principal et secondaires.....	36
2.2. Population et méthode.....	36
2.2.1. La population.....	36
2.2.2. Recueil des données	37
2.2.3. Description des variables d'étude et critères de jugement.....	39
2.2.4. Déroulement de l'étude	39
2.2.5. Analyses statistiques.....	39
2.3. Résultats	41
2.3.1. Analyse descriptive de notre échantillon.....	41
2.3.2. L'identification de lésions	44
2.3.3. La démarche suivie face à des lésions de la muqueuse orale	44
2.3.4. Le diagnostic et la prise en charge.....	47
2.3.5. Causes des difficultés de diagnostic et de prise en charge	52
2.4. Discussion	54

Conclusion.....	62
Bibliographie.....	64
Annexes 1 : Questionnaire en ligne.....	72
Annexe 2 : Caractéristiques du panel de praticiens.....	77
Annexe 3 : Répartition de l'échantillon par ville d'obtention du diplôme	78
Annexe 4 : Répartition de l'échantillon en fonction du mode d'exercice	79
Annexe 5 : Tableaux des calculs du t de Student	80
Annexe 6 : Données démographiques sur les chirurgiens-dentistes en 2017.....	85
Table des illustrations.....	86

Introduction

Au cours de sa pratique quotidienne, le chirurgien-dentiste doit faire face à de nombreuses pathologies orales parmi lesquelles les lésions de la muqueuse buccale. Cette muqueuse est exposée à toute sorte d'agressions et peut être le siège de maladies extrêmement variées, fréquentes, bénignes ou malignes.

Aujourd'hui, l'ensemble de ces lésions affecte jusqu'à 61 % de la population générale, selon une étude réalisée à Marseille en 2015 (Massereau et al. 2016).

De nombreux travaux s'intéressent à la prévalence de ces lésions dans la population générale, notamment à Marseille (Massereau et al. 2016), en Chine (Feng et al. 2015) ou encore en Inde (Byakodi et al. 2011). Par ailleurs, plusieurs analyses concernent la perception et les connaissances des chirurgiens-dentistes sur les lésions cancéreuses et précancéreuses de la sphère orale que ce soit pour le diagnostic ou la prise en charge de ces dernières en cabinet. (Clovis et al. 2002 ; Seoane et al. 2006 ; Allen et Farah 2015).

Certaines de ces études internationales ont porté sur les capacités de diagnostic et de prise en charge de l'ensemble des pathologies de la muqueuse orale par les praticiens (Sardella et al. 2007 ; Ergun et al. 2009). En revanche, à ce jour en France, aucune étude n'a été réalisée sur ce sujet.

Nous cherchons donc, à travers ce travail, à faire un état des lieux, grâce à une enquête nationale, sur la capacité des chirurgiens-dentistes, exerçant en France, à identifier, diagnostiquer et prendre en charge les pathologies de la muqueuse buccale qu'elles soient bénignes ou malignes.

Cette enquête tente de mettre en évidence d'éventuelles lacunes d'identification de lésions au cours de l'examen clinique des muqueuses. En effet, il existe aujourd'hui en France un retard important de diagnostic des lésions cancéreuses orales. De nombreux cancers sont diagnostiqués chez des patients ayant déjà été vus par des spécialistes (chirurgien-dentiste, stomatologue ou médecin généraliste) sans diagnostic cancéreux évoqué (Union Internationale contre le Cancer, Genève 1997). Par ailleurs, l'errance diagnostique concernant certaines pathologies orales est notable, notamment pour des patients atteints de pemphigoïde cicatriciel, de pemphigus (Scully et al. 1999) ou de lichen plan, pour lesquels le diagnostic positif n'est parfois établi que très tardivement. Plus grave, certains cas de leucémie s'exprimant entre autres, par des gingivorragies, des ulcérations et une hypertrophie gingivale, sont confondus

avec des parodontopathies (Albisetti et al. 2016) (Wu et al. 2002). Si cela est dû à des difficultés de diagnostic, ces pertes de chance sont également en lien avec des anomalies d'identification et d'orientation. C'est ce que nous avons voulu mettre en évidence dans ce travail.

Outre les problèmes d'identification des lésions, les praticiens se prononcent également sur leurs difficultés à diagnostiquer puis à prendre en charge un certain nombre de pathologies de la muqueuse orale. Nous avons souhaité sonder parallèlement les causes de ces freins empêchant une bonne pratique, attribuées dans les travaux internationaux, à une formation initiale ou continue insuffisante sur ce sujet.

Pour cela nous avons réalisé une enquête nationale portant sur un échantillon de chirurgiens-dentistes exerçant en France.

Notre travail est divisé en 2 parties.

La première fait l'état des lieux actuel de ces pathologies en France et à l'étranger. Nous rappelons les caractéristiques des principales pathologies de la muqueuse buccale. Puis nous présentons les différentes études menées à ce jour dans les autres pays sur les connaissances et pratiques des chirurgiens-dentistes au regard des lésions cancéreuses, précancéreuses et bénignes ainsi qu'un bilan des formations initiales et continues existantes en France ou à l'étranger.

La deuxième partie définit les objectifs et les méthodes d'étude de notre enquête puis expose les résultats de l'enquête qui sont discutés ensuite.

1. Etats des lieux des Pathologies de la muqueuse buccale.

1.1. Rappels sur les principales pathologies de la muqueuse buccale

1.1.1. Aphtose

Les aphtes sont des lésions très fréquentes : 1 patient sur 5 a déjà eu au moins un aphte au cours de sa vie (Natah et al. 2004). Les femmes sont légèrement plus touchées que les hommes (Tarakji et al. 2015) et on retrouve une prédominance des aphtoses entre 20 et 40 ans, mais les ulcérations peuvent apparaître dès le plus jeune âge (Massereau et al. 2016) quelles que soient l'origine ethnique et la situation géographique des individus.

L'étiopathogénie est indéterminée même si certains facteurs déclenchants ont pu être mis en évidence comme : les traumatismes locaux, des soins dentaires, le stress, la fatigue, les drogues, le tabac, les carences nutritionnelles, les changements hormonaux ou encore la consommation de certains aliments (noix, gruyère, fraises, tomates...) (Tarakji et al. 2015).

Les aphtes peuvent se retrouver dans toute la cavité buccale mais le plus souvent dans la partie antérieure de la bouche (Tarakji et al. 2015). La lésion élémentaire est une ulcération arrondie, à fond jaunâtre et cerclée d'un halo érythémateux bien délimité. Elle repose sur une muqueuse saine, sa palpation reste souple.



Figure 1: Photographie illustrant un aphte au niveau du bord antérieur de la langue (Akintoye et Greenberg 2014).

On retrouve différents types d'aphtose. L'aphte banal est la forme la plus fréquente. Le plus souvent l'ulcération est unique mais peut aller jusqu'à 5 unités, avec généralement un diamètre de 4 à 5 mm (Tarakji et al. 2015). On retrouve également l'aphte géant qui est moins fréquent. C'est une lésion unique de grande taille (5 mm en moyenne), creusante, irrégulière avec un œdème périphérique important. L'aphte géant est extrêmement douloureux avec des

symptômes fonctionnels associés comme la dysphagie. Il est fréquemment retrouvé chez les patients porteurs du VIH (Tarakji et al. 2015). Enfin on retrouve l'aphte miliaire, moins fréquent, pouvant présenter de 10 à 100 éléments dans la cavité buccale. Egalement très douloureux, il faut le différencier de l'infection primo herpétique (Tarakji et al. 2015).

La guérison est spontanée et dure entre 10 et 14 jours sauf pour l'aphte géant pour lequel il faut compter 1 mois environ (Tarakji et al. 2015).

Il n'y a pas de thérapie curative de fond pour les aphtes communs, mais il est néanmoins possible de soulager les douleurs à l'aide d'anesthésiques ou analgésiques locaux (Natah et al. 2004). Dans les formes les plus graves, après avoir éliminé les autres diagnostics comme l'herpès, ces lésions peuvent être traitées avec des bains de bouche de corticoïdes (Tarakji et al. 2015) ou encore des thérapies plus invasives comme la colchicine ou le thalidomide (Vaillant et Bernez 2009).

1.1.2. Candidose

Le *Candida albicans* est le pathogène le plus souvent identifié dans la candidose orale. En effet il profite des modifications de la flore commensale buccale pour se multiplier et devenir pathogène. D'autres *Candida* comme le *C. krusei*, *C. parakrusei*, *C. Guillermondii*, *C. pseudotropicalis* (Akpan 2002) sont également présents dans certaines candidoses.

30 à 45 % de la population générale adulte a déjà développé une candidose (Akpan 2002). La fréquence augmente aux âges extrêmes de la vie ainsi que chez certains types de patients (les patients diabétiques ou atteints du sida par exemple) (Akpan 2002). De nombreux facteurs prédisposants ont été étudiés. Le risque de développer une candidose augmente avec des facteurs locaux comme l'hyposialie, le port de prothèses dentaires amovibles, le tabac, ou les médications locales à base de corticoïdes par exemple (Patil et al. 2015). De nombreux facteurs systémiques sont également à l'origine de l'apparition de ces lésions : les âges extrêmes, les carences nutritionnelles (Jenkins et al. 1977), les désordres endocrinologiques, les personnes immunodéprimées (diabète, sida) et la prise de traitements systémiques comme les antibiotiques, les immunosuppresseurs, les traitements entraînant des hyposialies (psychotropes), ou encore les patients sous chimiothérapie ou radiothérapie (Patil et al. 2015).

Les lésions se situent le plus souvent sur la langue et le palais et plus rarement sur les joues (Akpan 2002). On peut classer les candidoses selon différents types : aiguës ou chroniques. La forme aiguë, la plus fréquemment rencontrée, est la « Pseudomembraneuse » dite muguet. Elle touche les enfants et les personnes âgées, les patients sous chimio/radiothérapie et les patients immunodéprimés (Williams et Lewis 2011). Elle se présente sous forme de stomatite érythémateuse avec apparition rapide de plaques blanches confluentes détachables à l'abaisse langue (pseudo-membranes) et laisse découvrir une muqueuse érythémateuse (Akpan 2002). La phase initiale, qui dure 2 à 3 jours, est caractérisée par un érythème diffus, suivi d'une phase d'état avec apparitions de granulations blanchâtres qui confluent (Akpan 2002). Classée également dans les formes aiguës, figure la forme érythémateuse qui se présente sous forme de plages rouges situées au niveau de la face dorsale de la langue avec une lésion identique en miroir au niveau du palais (Williams et Lewis 2011).



Figure 2 : Photographie illustrant une candidose orale de type pseudo-membraneuse (Service Odontologie du Pr Descroix - Hôpital Pitié Salpêtrière, Dr Rochefort)

La candidose est asymptomatique. Le patient peut cependant ressentir une sensation de sécheresse buccale dans les stades initiaux des candidoses aiguës suivie de douleurs de type cuisson associées à un goût métallique et à une gêne à la mastication voire à une dysphagie. Les symptômes diminuent en 2 ou 3 jours (Patil et al. 2015).

Le diagnostic est clinique et peut être confirmé par des tests laboratoires après prélèvements des dépôts blanchâtres (Patil et al. 2015).

La forme aiguë -si elle n'est pas traitée- peut devenir chronique (Akpan 2002). La forme chronique peut apparaître comme une plaque blanche homogène ou sous forme de lésions nodulaires. Les plaques blanches ne disparaissent pas après grattage avec l'abaisse langue. Cette forme est souvent constatée chez les hommes fumeurs d'âge moyen dans les régions commissurales bilatéralement. Le *C. Albicans* pénètre dans l'épithélium et se détecte après analyse de la lésion soit par biopsie soit par prélèvement avec écouvillon (Williams et Lewis 2011). Certains auteurs notent que la forme chronique a un potentiel de transformation maligne (Gayathri et al. 2015).

Le traitement de fond des candidoses comprend différentes approches : une amélioration ou un maintien d'une bonne hygiène orale, la prise en charge des facteurs prédisposant à la formation de la candidose et le choix d'un antifongique adapté (Akpan 2002). Pour le cas des mycoses chez les patients en déficits immunitaires congénitaux ou acquis on peut avoir recours à un traitement antifongique systémique (Williams et Lewis 2011). Les deux traitements topiques les plus prescrits en France sont l'Amphotéricine B (fungizone) et le Miconazole (daktarin). Ce dernier présente de nombreuses interactions médicamenteuses notamment avec les AVK et les sulfamides, ce qui amène le chirurgien-dentiste à prescrire plus fréquemment le premier pré cité (Vidal 2017) .

1.1.3. Carcinome épidermoïde

Le carcinome épidermoïde (CE) de la cavité buccale représente 20 à 25 % des cancers des voies aérodigestives supérieures en 2008 en France (Haute Autorité de Santé et Institut National du Cancer 2009).

12 270 nouveaux cas en 2005 ont été diagnostiqués en France, et 4000 décès consécutifs à ce type de cancer ont été enregistrés cette même année. Ce cancer place la France au premier rang européen et s'inscrit au troisième rang mondial (Institut National du Cancer 2007).

L'âge moyen de diagnostic se situe à 60.3 ans chez l'homme et 64.1 chez la femme (Paré et Joly 2017). Le carcinome épidermoïde oral reste rare avant l'âge de 40 ans même sa fréquence tend à augmenter (Barthélémy et al. 2005). Il constitue la forme la plus fréquente des cancers de la cavité buccale (95 %) (Paré et Joly 2017).

Histologiquement, au niveau du site cancéreux, des cellules tumorales de l'épithélium de revêtement prolifèrent, se propagent et finissent par envahir les tissus sous-jacents. Le chorion, les muscles et les os sont donc remplacés progressivement par du tissu épithélial tumoral. Ces cellules peuvent se propager grâce à l'apport de nutriments fournis par le stroma conjonctif réactionnel. Elles prolifèrent anormalement et rapidement car elles possèdent des mutations génétiques qui engendrent l'apparition d'atypies nucléotiques et de mitoses anormales. (Rivera et Venegas 2014).

Les facteurs de risques du CE sont nombreux ; le plus important étant l'association de la consommation de tabac et d'alcool (Barthélémy et al. 2005).

Il est à noter que le risque de développer un cancer de la cavité orale augmente avec la durée d'exposition notamment lorsque la consommation dépasse 20 paquets/année (Paré et Joly 2017). Les fumeurs de pipe ou les chiqueurs de Bétel présentent également un risque élevé (Paré et Joly 2017).

L'alcool quant à lui agit en synergie avec le tabac en favorisant la pénétration et la solubilisation des métabolites carcinogènes de la nicotine (Paré et Joly 2017).

La marijuana, ainsi que certaines carences en vitamines A et C ont également été mises en cause dans l'apparition des CE. C'est également le cas lorsque la présence du virus HPV 16 et 18 est mise en évidence. Cependant si ce facteur de risque est bien identifié pour les cancers de l'oropharynx, il n'est aujourd'hui plus considéré comme un facteur impliqué dans le développement des cancers au niveau de la cavité orale.

Le mauvais état buccodentaire, bien qu'il soit un facteur difficile à isoler pour être étudié, est également souvent observé chez les patients présentant un cancer buccal (Barthélémy et al. 2005).

Enfin parmi les facteurs de risque, l'apparition d'un cancer sur une lésion précancéreuse survient dans 17 % des cas selon le Dr Szpirglas (Barthélémy et al. 2005).

Les lésions précancéreuses sont définies comme « des maladies chroniques de la muqueuse buccale pouvant être régressives avec une surveillance importante » (Barnes Leon 2005).

L'organisation mondiale de la santé les a définies et en cite 5 : la leucoplasie, le lichen plan, la leucoplasie proliférative verruqueuse, l'érythroplasie, et la kératose actinique labiale. La prise en charge de ces lésions précancéreuses comprend l'éviction des facteurs de risque, l'exérèse de la lésion dans les cas indiqués et une surveillance à vie (Barthélémy et al. 2005).

Le CE se manifeste à différents endroits de la cavité buccale. Le site le plus fréquemment observé est celui de la langue mobile (20 à 30 % des cas), suivi du plancher buccal. D'autres localisations moins fréquentes touchent les lèvres, la face interne des joues, les commissures labiales, la gencive et le palais dur (Paré et Joly 2017).

Cliniquement, le CE est une lésion ulcérée bourgeonnante, avec une induration péri-lésionnelle correspondant à l'infiltration sous muqueuse (Lecavalier et Main 1988). Il existe différentes formes de CE : ulcéreuse, végétante, ulcérovégétante, ou encore plus atypiques telles que les formes ulcéreuses atypiques, fissuraires, en nappe superficielle et non ulcérée (Kuffer et al. 2009).

- La forme ulcéreuse : c'est la forme la plus fréquente. Les bords de la lésion sont irréguliers, indurés, surélevés. Cette ulcération peut saigner. L'induration peut être plus ou moins profonde et plus ou moins large (Mortazavi et al. 2016),
- La forme végétante : elle est plus rare. La lésion prend un aspect de bourgeon plus ou moins épais en saillie sur une muqueuse saine (Barthélémy et al. 2005),
- La forme ulcérovégétante : elle représente la combinaison des deux. La zone périphérique est normale ou légèrement kératosique ou érythémateuse (Kuffer et al. 2009).



Figure 3: Photographie illustrant un carcinome épidermoïde de stade 2 au niveau de la face interne de la joue droite (Service Odontologie du Pr Descroix, - Hôpital Pitié Salpêtrière, Dr Rochefort)

Le CE peut rester longtemps asymptomatique pour le patient, ou bien se caractériser par une simple gêne. En revanche, quand il atteint les muscles ou les zones osseuses, il peut alors être associé à un trismus, ou des otalgies réflexes (Paré et Joly 2017). Quand la lésion se situe près de zones dentaires, elle peut conduire à une mobilité des dents (Paré et Joly 2017).

Le diagnostic de lésion cancéreuse ne peut se faire qu'histologiquement grâce à l'analyse par l'anatomopathologiste de la biopsie. Si le diagnostic est confirmé, s'ensuivront un certain nombre d'analyses complémentaires sur l'état de santé générale du patient, et d'autres examens radiologiques comme l'IRM, le PET SCANN, la panendoscopie constituant le bilan d'extension (Paré et Joly 2017). Les médecins codifient la lésion selon la classification TNM.

À la suite de tous ces examens, un comité pluridisciplinaire se réunit et prend les décisions de traitement en fonction de la lésion et de l'état de santé général du patient.

Le traitement pour les cancers buccaux est majoritairement chirurgical. Cela consiste en une exérèse complète de la lésion et à distance avec 1 cm de marge. En fonction du TNM, un curetage des aires ganglionnaires est pratiqué. La chirurgie est souvent associée à des traitements complémentaires comme la radiothérapie ou la chimiothérapie (Paré et Joly 2017). Ces derniers traitements sont parfois administrés seuls quand la lésion est inopérable (Rivera 2015).

Le pronostic des CE de la cavité buccale est réservé notamment du fait de l'existence de récurrences locorégionales. Le pronostic dépend des particularités histologiques de la lésion, de son siège, sa taille, de l'envahissement plus ou moins important des tissus adjacents, de la présence et localisation de métastases et enfin de l'état général du patient et de son âge (Rivera 2015).

1.1.4. Epulis

L'épulis est une pseudo tumeur bénigne hyperplasique circonscrite à la gencive. Cette tumeur a tendance à plus toucher les femmes que les hommes et notamment les femmes pendant la grossesse (troisième trimestre) (Rabinerson et al. 2002). Cette tumeur apparaît à la suite d'une irritation locale chronique comme les micro traumatismes, ou à la suite d'une perturbation hormonale chez la femme enceinte par exemple (Akazane et Hassam 2014). Le tabac, l'alcool, certaines drogues et une mauvaise hygiène buccale sont des facteurs prédisposants car facteurs irritatifs (Verma et al. 2012).

La pseudo tumeur siège le plus souvent sur le versant vestibulaire de la gencive mais elle peut déborder en palato-lingual (Montreuil et al. 2012). Elle est le plus souvent indolore même si elle peut induire une gêne à la mastication ou au brossage quand elle est mal placée. Elle peut provoquer des halitoses lorsqu'elle est associée à une mauvaise hygiène. Elle mesure

généralement moins de 2.5 cm et peut être pédiculée ou sessile, parfois polylobée (Verma et al. 2012). Il existe différents types d'épulis : l'épulis inflammatoire, vasculaire, fibreux, gravidique, congénital, à cellules géantes (Akazane et Hassam 2014). Les formes inflammatoires et vasculaires sont rouges, saignent au moindre contact et ont une consistance assez molle. En revanche, pour les formes fibreuses, la tumeur est plutôt rose, elle ne saigne pas et sa consistance est ferme (Montreuil et al. 2012).



Figure 4: Photographie illustrant un Epulis au niveau de la papille inter incisive maxillaire (upv5.univ-paris5.fr)

Quand l'épulis se manifeste au cours de la grossesse il peut disparaître spontanément après l'accouchement (Tumini et al. 1998). En revanche, pour toutes les autres formes, l'exérèse chirurgicale est nécessaire. Les causes d'irritation locale sont également traitées car l'épulis tend à récidiver même après exérèse (Verma et al. 2012).

1.1.5. Glossodynie

La glossodynie est une pathologie chronique qui entraîne des douleurs de type brûlure et des dysesthésies au niveau de la langue (Maltsman-Tseikhin et al. 2007). Cette maladie touche le plus souvent les patients d'âge moyen entre 50 et 60 ans, et plus les femmes que les hommes surtout après la ménopause (Pinto et al. 2003).

Sa caractéristique principale réside dans le fait qu'aucune altération clinique apparente de la muqueuse orale associée à ces douleurs n'est observée (Chimenos-Küstner et al. 2017).

Les sites douloureux sont localisés surtout sur le dos de la langue mais aussi sur les bords latéraux et plus rarement sur les lèvres et le palais (Sun et al. 2013). La glossodynie provoque des douleurs spontanées et incessantes sur ces zones mais n'empêchent pas l'alimentation ni le sommeil. Des altérations de goût et une xérostomie accompagnent ces douleurs (Maltsman-Tseikhin et al. 2007).

Il existe deux formes de glossodynie décrites dans la littérature (Sun et al. 2013). La première est la forme d'origine idiopathique : toute étiogénie locale ou systémique est écartée. Elle s'expliquerait par un dysfonctionnement neurologique (Sun et al. 2013). Elle implique des voies neuropathiques périphériques et centrales (Gurvits et Tan 2013). La deuxième forme peut être expliquée par des causes locales ou systémiques comme des carences nutritives, une infection de la cavité orale, des modifications hormonales. Des facteurs psychologiques peuvent être mis en évidence (Maltzman-Tseikhin et al. 2007).

Une autre classification des glossodynies a été avancée. Elle s'appuie sur les signes cliniques. Le type 1 se caractérise par des douleurs absentes au réveil, augmentant progressivement dans la journée avec un pic en soirée ; la douleur se calme pendant les repas. Les patients atteints du type 2 présentent des douleurs continues dans la journée, exacerbées par l'alimentation. Enfin pour le type 3 les brûlures sont intermittentes et ne se déclenchent pas tous les jours (Gurvits et Tan 2013). Le type 1 est lié aux déficits nutritionnels et au diabète, le type 2 à l'anxiété chronique et le type 3 aux allergies alimentaires ou prothétiques.

Le traitement de la forme de glossodynie non idiopathique consiste, dans un premier temps, à éliminer les causes locales, systémiques ou psychologiques. Des cures de vitamines, de zinc ou des compléments hormonaux, ainsi qu'une psychothérapie sont donc prescrites au patient (Sun et al. 2013). Cette approche a généralement de bons résultats. Si le praticien est face à la première forme ou une forme résistante du deuxième type alors il peut prescrire des médicaments plus fortes comme le Clonazepame, la capsaïcine, les acides alpha lipoïque, ou encore des antidépresseurs toujours associés à une psychothérapie (Sun et al. 2013). Cette pathologie est encore mal connue, il faut donc une approche multidisciplinaire pour la traiter (Maltzman-Tseikhin et al. 2007).

1.1.6. Herpès

Cette pathologie est causée par l'herpès simplex virus de type I (Opstelten et al. 2008). 80 % des adolescents possèdent l'anticorps contre l'HSV de type I (Opstelten et al. 2008). Ce virus se transmet soit par contact direct avec la lésion soit par les fluides corporels (Arduino et Porter 2008). La première infection a souvent lieu dès le plus jeune âge et est asymptomatique (Opstelten et al. 2008). Le virus rentre alors dans une phase de latence au niveau du système nerveux plus particulièrement dans le ganglion tri germinal. Le virus se réactive et se propage le long du réseau nerveux et vient réapparaître dans les cellules épithéliales après stimulation par des facteurs comme la fatigue, le soleil, le stress, une infection pulmonaire, ou encore de la fièvre (Esmann 2001).

Les lésions provoquées par le virus sont -pour la primo infection-, situées dans toute les parties antérieures de la cavité buccale : palais, langue, gencive, muqueuse, lèvre (Mohan et al. 2013). En revanche, lors de la réactivation, les lésions se trouvent principalement sur les lèvres, mais peuvent également être réparties sur l'ensemble de la cavité orale (Mohan et al. 2013).

Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, la primo affection est la plupart du temps asymptomatique mais le patient peut parfois présenter une stomatite herpétique. Elle se caractérise par plusieurs petites vésicules et ulcérations allant de 1 à 5 mm dans la bouche du patient (Mohan et al. 2013). La muqueuse est très rouge aux abords des lésions. Fièvre, perte d'appétit et malaise sont associés à la stomatite (Mohan et al. 2013). L'individu affecté ressent des douleurs importantes ainsi qu'une dysphagie. Lorsque le virus pénètre le derme, il entre en contact avec les terminaisons nerveuses où il est pris en charge par l'axone du neurone sensitif, et transporté par voie rétrograde au niveau du ganglion de la racine nerveuse sensorielle. A cet instant l'HSV entre dans une phase latente dans laquelle il peut persister tout au long de la vie (Gupta et al. 2007). Les localisations préférentielles sont le ganglion trigéminal et les ganglions sacrés, respectivement responsables des récurrences d'herpès oral et génital qui se produisent lorsque les virus regagnent les tissus (Birkmann et Zimmermann 2016).

Lors de la réactivation du virus, le patient ressent en premier lieu des douleurs de type cuisson sur la zone de la lésion et au fur et à mesure une vésicule apparaît, va sécher puis se recouvrir d'une croûte laquelle disparaîtra spontanément en 10 jours. Chez les patients immunodéprimés les lésions sont plus étendues et plus sévères (Arduino et Porter 2008).

1. Primo infections

2. Récurrences



Figure 5 : Photographies illustrant, (1) exemples de primo-infections herpétiques et (2) exemples de récurrences herpétiques orales (Dr Rochefort, ID 2017)

Dans la plupart des cas, les lésions herpétiques récurrentes n'ont pas besoin de traitement. Elles disparaissent en 10 à 15 jours (Opstelten et al. 2008). Il peut être prescrit des antalgiques pour soulager les douleurs du patient. Des traitements antiviraux locaux sont prescrits dans les cas les plus sévères, quand les lésions ont une forte fréquence de récurrence (plus de trois fois par an), quand le patient est immunodéprimé ou lorsque les poussées herpétiques sont très invalidantes du fait de leur étendue. Ces traitements agissent sur la durée des symptômes s'ils sont appliqués rapidement. Parmi les traitements les plus connus figurent l'acyclovir, le valaciclovir et le famciclovir. Ils peuvent réduire de 70 à 80 % la récurrence du virus. Les thérapies orales sont quant à elles indiquées dans les épisodes très sévères ou lorsque le patient présente un risque élevé d'auto-inoculation (Opstelten et al. 2008).

1.1.7. Zona

Le zona et la varicelle sont des maladies provoquées par le même virus : VZV (HHV3)(Haute Autorité de Santé 2016). La varicelle correspond à la primo infection et le zona à la résurgence du virus chez un même individu.

Chaque année en France, on compte 700 000 nouveaux cas de varicelle. 90 % des personnes infectées ont moins de 10 ans (Institut National de Veille Sanitaire). Environ 99 % de la population est touchée par la varicelle au cours de sa vie, et seulement 30 % de ces personnes contracteront un zona par la suite (Haute Autorité de Santé 2016).

La varicelle est une maladie de l'enfance très contagieuse, comptant 2 à 3 semaines d'incubation (Gershon et Gershon 2013). Elle se caractérise par une atteinte d'abord muqueuse puis cutanée (Gershon et Gershon 2013). Des vésicules sont visibles sur un érythème constant, sur le palais principalement, mais aussi la langue et les piliers de la muqueuse buccale. Une fois rompues, ces lésions forment de petites érosions ovalaires, superficielles et douloureuses entourées d'un halo érythémateux inflammatoire (Coll. 1999). Puis peuvent s'ensuivre un exanthème cutané et des lésions vésiculeuses sur la face. Ces vésicules de petites tailles sont rarement intactes. Elles se manifestent par poussées successives de 2 à 4 jours. Consécutivement à cette primo infection, le virus se loge dans la racine postérieure des ganglions des nerfs spinaux et reste en phase de latence (Gershon et Gershon 2013).

Chez certains patients ce virus se réactive au sein des ganglions entraînant alors une migration du virus au sein des fibres nerveuses sensitives pour atteindre les zones cutanées (Montreuil et al. 2012). Dans 20 % des cas le nerf trijumeau est impliqué (Cohen 2013). Les branches du VI, VII, VIII, IX et X peuvent également être touchées. En fonction du nerf impliqué les zones de lésions cutanées ne seront pas les mêmes et correspondent chacune à leur territoire nerveux. Au niveau buccal ce sont les branches du V3 et V2 qui sont responsables d'atteinte des lèvres, des gencives, du versant muqueux de la joue (Cohen 2013).



Figure 6 : Photographie illustrant un zona au palais (Service Odontologie du Pr Descroix, -Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Dr Rochefort)

Les patients développant un zona sont souvent des personnes âgées ou immunodéprimées (Haute Autorité de Santé 2016).

Les lésions zostériennes sont précédées et accompagnées de douleurs fortes (Haute Autorité de Santé 2016). L'éruption est toujours unilatérale, les vésicules se forment sur un placard érythémateux (Haute Autorité de Santé 2016). Elles sont légèrement surélevées et toujours alignées sur un trajet nerveux (Bader 2013). Le liquide initialement clair devient hématiche. Les vésicules sèchent du quatrième au douzième jour (Cohen 2013).

Au niveau buccal, les éruptions peuvent s'accompagner d'anosmie et agueusie (Cohen 2013).

De nombreuses complications du zona sont possibles. La première est l'algie post-zostérienne surtout chez les patients de plus de 70 ans (Montreuil et al. 2012).

Le traitement de la varicelle est symptomatique. Les médecins ne prescrivent de l'aciclovir que si l'atteinte est grave ou chez les patients immunodéprimés. La guérison est en général obtenue en 10 à 15 jours (Haute Autorité de Santé 2016).

Pour le zona, les antiviraux préviennent ou limitent les algies post zostériennes s'ils sont pris dans les 72 heures (Bader 2013). A l'instar de la varicelle, les traitements sont donnés systématiquement dans les cas les plus sévères (ganglion géniculé) et chez les patients immunodéprimés (Montreuil et al. 2012).

1.1.8. Pemphigus

Le pemphigus est une pathologie bulleuse auto-immune. L'incidence du pemphigus est de 1 à 5 patients pour un million de personne par an. Il touche le plus souvent les patients d'âge mûr ; 80 % ont entre 40 et 50 ans (Borradori L. 2008).

L'étiologie est mal connue. Néanmoins, des chercheurs ont démontré que certains allèles HLA sont des marqueurs de susceptibilité pour développer le pemphigus vulgaire (Tamgadge et al. 2011). D'autres auteurs ont montré qu'en plus de l'allèle HLA, certains aliments, des infections ou la prise de certains médicaments comme le captopril ou la rifomipicin peuvent également jouer un rôle dans l'apparition du pemphigus (Borradori L. 2008).

Le pemphigus est une dermatose auto-immune intra épidermique pour laquelle les anticorps de l'hôte sont dirigés contre les desmogleines (des-), protéines transmembranaires situées au niveau des desmosomes, la des-1 pour le pemphigus superficiel, et la des-3 pour le type vulgaire (Tamgadge et al. 2011).

Différents types de pemphigus sont répertoriés : le superficiel, le vulgaire, le néoplasique mais également la forme végétante, érythémateuse ou foliacée (Tamgadge et al. 2011).

- La forme vulgaire se caractérise par des atteintes muqueuses et cutanées. Au niveau cutané, le patient présente de nombreuses bulles contenant un liquide clair et celles-ci sont observées sur une peau non érythémateuse. Ces bulles laissent place rapidement à des ulcérations cernées par une collerette épidermique non prurigineuse. Les lésions cutanées sont observées sur le visage, le cuir chevelu, les zones de grands plis et les extrémités du corps. Un des signes cliniques important caractérisant aussi cette maladie est le signe de Nikolsky. En exerçant une pression sur la peau, cette dernière se décolle en périphérie des zones bulleuses et même parfois au niveau des zones de peau saine. Les atteintes cutanées apparaissent souvent quelques semaines à quelques mois après l'apparition des érosions muqueuses. Les patients présentent également de nombreuses érosions au niveau de la muqueuse buccale. Le début des manifestations de cette pathologie est insidieux. Les érosions au niveau buccal sont localisées sur la face internes des joues, les trigones rétro molaires, le palais et les collets dentaires. Les lésions sont positionnées sur une muqueuse rouge vif, et aucun enduit fibrineux ne recouvre les lésions (Borradori L. 2008).

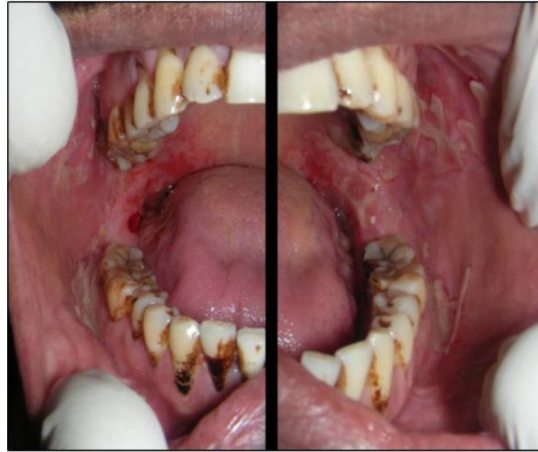


Figure 7 : Photographie illustrant un cas de pemphigus vulgaire (Arpita et al. 2015)

- La forme superficielle ne présente pas d'atteinte muqueuse, l'atteinte est uniquement cutanée (Borradori L. 2008).

- La forme paranéoplasique : forme plus rare, apparaît dans un contexte de prolifération maligne comme les hémopathies lymphoïdes. Les lésions sont d'abord muqueuses puis peuvent être conjonctives, génitales, dans le pharynx, les fosses nasales, l'œsophage, l'intestin et enfin cutanées (Tamgadge et al. 2011).

Les symptômes souvent associés sont : des dysphagies, des conjonctivites chroniques, un prurit persistant. C'est une maladie très douloureuse (Tamgadge et al. 2011).

Le diagnostic s'élabore grâce aux signes cliniques mais également par une validation histologique après biopsie par immunofluorescence. Au microscope, les coupes révèlent des bulles intra-épidermique et une acantholyse. A l'immunofluorescence directe, des dépôts en résille au niveau épidermique sont observés (Tamgadge et al. 2011).

Le pronostic de cette pathologie s'est amélioré ces dernières décennies. En effet, avant la mise en place de traitement, la mortalité était de 70 %. Elle s'établit à 21 % avec le traitement par corticothérapie et atteint 4 % avec les traitements adjuvants (Borradori L. 2008).

Le traitement a pour but la cicatrisation des bulles et la diminution de la gêne pour le patient. Il permet également de prévenir l'apparition de récurrence (Centre de référence des maladies bulleuses auto-immunes 2016). Il est fonction de la gravité et de l'étendue des lésions. La plupart du temps les médecins prescrivent une corticothérapie générale pendant une durée prolongée (2 à 3 ans en moyenne avec diminution progressive des doses) (centre de référence des maladies bulleuses auto-immunes 2016). Le Rituximab représente également une option

thérapeutique pour les formes les plus graves (centre de référence des maladies bulleuses auto-immunes 2016). La Dapsone est efficace dans les cas de pemphigus superficiel. Quelle que soit la forme, le suivi devra être régulier et réalisé sur le long terme (centre de référence des maladies bulleuses auto-immunes 2016).

1.1.9. Leucoplasie

En 1978, la leucoplasie est définie par l’OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme une lésion d’aspect blanchâtre de la muqueuse buccale et ne correspondant à aucune entité connue. C’est une lésion précancéreuse. Depuis 1986, elle est complétée par l’absence ou exclusion de tout facteur étiologique hors la consommation de tabac (Piette et Reyhler 2016).

En 2005, l’OMS recommande de classer les lésions précancéreuses en 2 items : précurseurs ou à risque. Pour les lésions précancéreuses le processus carcinogène a déjà été initié mais la malignité est limitée à l’épithélium (Renaud-Vilmer et Cavelier-Balloy 2016).

La leucoplasie est observée chez 3 à 4 % des plus de 35 ans, et 6 fois plus chez l’homme que chez la femme (Piette et Reyhler 2016). La prévalence augmente avec l’âge : elle est plus élevée chez les 50-69 ans (Piette et Reyhler 2016).

Le tabac et le bétel sont les facteurs étiologiques des leucoplasies tabagiques et l’alcool est considéré comme un cofacteur (Renaud-Vilmer et Cavelier-Balloy 2016).

La manière dont le tabac est fumé explique les localisations préférentielles (Piette et Reyhler 2016). Les leucoplasies sont plus fréquemment situées sur la muqueuse jugale et au niveau des commissures labiales. Ces atteintes sont souvent bilatérales et symétriques (Pindborg 1995).

Histologiquement, la leucoplasie se caractérise par une hyperplasie épithéliale avec hyperkératose (Renaud-Vilmer et Cavelier-Balloy 2016).

Cliniquement, c’est une lésion blanche plus ou moins verruqueuse fixée sur les muqueuses et qui ne part pas au grattage (Renaud-Vilmer et Cavelier-Balloy 2016). Ces lésions sont indolores (Paré et Joly 2017). Elles ne sont pas associées à des adénopathies (Piette et Reyhler 2016).



Figure 8 : Photographie illustrant une leucoplasie du vestibule antérieur maxillaire en lien avec une consommation de chique de Bétel - (Cabinet du Dr Chachoua, Pantin)

Il existe trois types de lésions, celles homogènes, inhomogènes et la leucoplasie verruqueuse proliférative.

- Les lésions homogènes : elles ont un aspect blanc uniforme, peu ou pas surélevé. Il n'y a pas d'adénopathies satellites ni d'inflammation péri lésionnelle (Piette et Reyhler 2016),
- Les lésions inhomogènes : elles se présentent sous forme de plage verruqueuse toujours blanche et parfois associées à des zones érythémateuses. Ses reliefs et bords sont irréguliers (Piette et Reyhler 2016). Le risque de transformation maligne est plus élevé pour cette forme (Renaud-Vilmer et Cavalier-Balloy 2016).
- La leucoplasie verruqueuse proliférative : très dégénérative, elle est multifocale plus ou moins homogène, exophytique. Elle apparaît majoritairement chez les femmes âgées et n'a pas d'étiologie. Elle se transforme quasiment systématiquement en carcinome (Piette et Reyhler 2016).

Ces lésions peuvent soit régresser, c'est le cas souvent après l'arrêt du tabac, soit perdurer. Elles deviennent malignes dans 5 à 20 % des cas (Paré et Joly 2017).

Quel que soit le type de lésion, le médecin doit conduire son patient à diminuer les facteurs de risque. Le traitement des lésions homogènes uniques et petites implique l'exérèse, l'analyse de la lésion et une surveillance régulière. Quand la lésion est étendue, des biopsies sont pratiquées régulièrement bien qu'elles ne puissent permettre d'analyser l'ensemble du tissu de manière systématique. Quand la lésion est inhomogène, l'exérèse est souvent privilégiée (Piette et Reyhler 2016). D'autres études proposent d'utiliser le traitement laser CO₂ sur les petites lésions (Renaud-Vilmer et Cavalier-Balloy 2016) mais cette méthode ne permet pas d'effectuer l'analyse anatomopathologique.

1.1.10. Lichen plan

Le lichen plan est une affection cutanéomuqueuse chronique (Olson et al. 2016).

On retrouve cette pathologie dans 0.5 à 2 % de la population générale (Edwards et Kelsch 2002). La forme orale est plus fréquente que la forme cutanée. 30 à 50 % de ceux qui présentent la forme orale ont également la forme cutanée associée (Edwards et Kelsch 2002). Le lichen plan est plus fréquent chez les femmes aux âges moyens de 30 à 60 ans et rare chez les enfants (Edwards et Kelsch 2002).

L'origine du lichen plan est inconnue même si l'hypothèse qu'une réaction auto-immune au niveau de l'interface dermo-épidermique (lymphocytes T dirigés contre les kératinocytes de la membrane basale) a été avancée. Certaines études essaient de montrer qu'il existe des prédispositions génétiques liées à un polymorphisme des cytokines inhérentes à un sous type de lymphocytes T CD4, les Thelper-1. D'autres montrent l'association du lichen plan avec certains virus comme celui de l'hépatite C (Carrozzo et Thorpe 2009).

Les lésions sont localisées le plus souvent au niveau buccal sur les joues, les lèvres, la langue et les gencives. Au niveau cutané, les lésions se situent principalement sur la face antérieure des poignets, dans la région lombaire, les crêtes tibiales et sur les chevilles. La peau du visage n'est pas touchée (Lavanya et al. 2011).

Il existe différents types de lichen plan, la forme papulaire/réticulaire- la plus fréquente-, la forme atrophique, la forme érythémateuse et la forme érosive (qui comprend les sous-types bulleux et ulcératifs) (Carrozzo et Thorpe 2009).

Certains types, comme la forme érosive, ont tendance à dégénérer et sont donc plus dangereuses (Edwards et Kelsch 2002).

- La forme réticulée aussi appelée dendritique est la plus fréquente et la plus caractéristique, elle forme des réseaux blanchâtres sous forme de stries (stries de Wickham), symétriques, bilatérales situées sur la face interne des joues et sur la langue. Elle est le plus souvent asymptomatique (Carrozzo et Thorpe 2009).



Figure 9 : Photographie illustrant un lichen plan réticulé de la face interne de la joue droite (Dr Rochefort)

- La forme érosive est douloureuse. Elle présente un aspect rouge vif vernissé, au fond œdématisé, de taille variable et légèrement en saillie. Ce sont des érosions à limites nettes qui se situent le plus souvent au niveau des gencives de la face dorsale et des bords latéraux de la langue. La forme érosive peut être précédée par le stade bulleux et le toit de la bulle finit par s'arracher (Edwards et Kelsch 2002).
- La forme atrophique est également douloureuse, c'est une forme d'évolution d'un lichen plan ancien. L'aspect est lisse et légèrement déprimé. L'atrophie se traduit par des plages dépapillées irréversiblement. On constate également une diminution de l'ouverture buccale chez les patients qui présentent cette forme de lichen plan (Edwards et Kelsch 2002).

Au niveau cutané, la lésion élémentaire caractéristique se présente comme une papule, brillante, violacée, à bords nets et polygonaux, mesurant de 1 à 3 mm de diamètre, parcourue en surface de lignes blanches et grisâtres (stries de Wickham), et cette papule est très souvent prurigineuse (Edwards et Kelsch 2002).

Le diagnostic se fait donc cliniquement mais peut être confirmé par des examens histologiques après biopsie des lésions. Avant tout traitement, une confirmation de diagnostic histologique est nécessaire. Les diagnostics différentiels à écarter sont le lupus érythémateux chronique, les réactions lichénoïdes aux médicaments, les effets secondaires à la greffe de moelle osseuse, les candidoses, les verrues (Edwards et Kelsch 2002).

Le pronostic est souvent favorable avec une disparition de la lésion en 1 an, mais la lésion peut parfois devenir chronique pour les formes érosives en atteignant aussi le cuir chevelu et les ongles. Quand le lichen plan muqueux est de forme atrophique ou érosive sévère, il y a un risque d'évolution vers le carcinome épidermoïde de 1 % sur 5 ans (Carrozzo et Thorpe 2009).

La plupart du temps, le lichen plan n'est pas traité, surtout dans les cas asymptomatiques et les formes peu sévères. Dans les formes sévères ou symptomatiques, le traitement correspond à une corticothérapie topique avec des bains de bouche de prednisolone, associés ou non à une crème à base de corticoïde (Montreuil et al. 2012). Dans les cas les plus récalcitrants, les praticiens peuvent traiter les lésions par corticothérapie administrée par voie orale ou par inhibiteurs de calcinérine (Carrozzo et Thorpe 2009).

1.1.11. Les manifestations buccales de maladies systémiques

1.1.11.1. VIH/SIDA

En 2001, 40 millions de personnes dans le monde étaient infectées par le virus du SIDA. Cette pathologie est particulièrement présente en Afrique subsaharienne et en Asie (Petersen et al 2003). Le virus connaît 3 modes de transmission : sexuelle, parentérale et périnatale. Les personnes les plus à risque d'être infectées par le virus sont les hémophiles par le biais des transfusions sanguines fréquentes dont ils bénéficient, les toxicomanes par injection veineuse ou encore les enfants de mères porteuses du virus (Petersen et al 2003).

Le virus s'infiltré et se multiplie dans les cellules de l'hôte. Les symptômes cliniques apparaissent au moment où le virus détruit les cellules sanguines des lignées de lymphocytes T CD4+. La baisse d'immunité atteignant alors un seuil limite laisse champ libre aux infections opportunistes ou tumeurs chez les patients porteurs du virus. Ils sont alors en phase SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise avéré (Petersen et al 2003).

Les lésions orales fréquentes sont souvent les prodromes de l'infection. Celles-ci sont donc à la fois des indicateurs précoces d'infection et des facteurs prédictifs de la progression du virus dans les cellules hôtes au stade SIDA (Petersen et al 2003) : 30 à 80 % des patients VIH présentent des manifestations orales (Cherry-Peppers et al. 2003) et 40 à 50 % des séropositifs sont atteints d'infection bactérienne, fongique et virale dans la bouche à un stade précoce (Petersen et al 2003).

Sept lésions sont fréquemment retrouvées chez ces patients (Petersen et al 2003) :

- La candidose orale est observée dans plus de 50 % des cas (Klein et al. 1984 ; Bajpai et Pazare 2010).
- La leucoplasie orale chevelue : ce sont des lésions blanchâtres, légèrement surélevées avec des stries verticales sur les bords latéraux ou ventraux de la langue. Ces lésions ne disparaissent pas au grattage (Bajpai et Pazare 2010).
- Le sarcome de KAPOSI (Arul et al. 2015) : une ou plusieurs macules ou zones érythémateuse œdématiées de couleur bleue-violacée sont présentes et siègent avant tout sur le palais et les gencives (Petersen et al 2003).
- Un érythème gingival linéaire.
- Des Gingivites-ulcéro-nécrotiques et parodontites-ulcéro-nécrotiques (Masouredis et al. 1992 ; Glick et al. 1994). Ces atteintes concernent les tissus parodontaux de la cavité orale. Une lyse osseuse et ligamentaire s'additionne pour la parodontite. La destruction des tissus est souvent très rapide (4 semaine au plus) et douloureuse pour les patients.
- Des lymphomes non Hodgkiniens : ils sont présents dans 4.4 % des cas. (Dodd et al. 1992) et se caractérisent par un œdème ferme, légèrement rougeâtre-violacé avec ou sans ulcération au palais ou sur les gencives (Petersen et al 2003).



Figure 10 : Photographie illustrant un sarcome de Kaposi au niveau du palais dur (Behera et al. 2016)

D'autres associations moins fréquentes sont constatées comme une atteinte des glandes salivaires (entraînant une sécheresse buccale), des ulcérations atypiques, des purpuras thrombopéniques, des infections virales (Herpès, Zona, Cytomégalovirus, Papillomavirus) (Petersen et al 2003).

Une fois les patients sous trithérapie, afin de limiter la progression du virus et la destruction massive de cellules immunitaires, si le taux de lymphocytes T CD4+ remonte, les lésions orales diminuent et passent de 47.5 à 37.5 % des cas d'après une étude (Patton et al. 2000).

1.1.11.2. La leucémie

La leucémie est une hyper prolifération maligne des cellules précurseurs des globules blancs. La production de globules blancs est incomplète, anormale et immature, et l'hyper prolifération des blastes entraîne une détérioration de la fonction hématopoïétique normale pouvant selon les types de leucémie entraîner une pan cytopénie, c'est-à-dire une altération de l'ensemble des cellules issues de la moelle osseuse (Reenesh et al. 2012).

Il existe deux classifications des leucémies : (Francisconi et al. 2016)

- Celle liée à leur caractéristique clinique : aiguë ou chronique
- Celle liée à leur caractéristique cytologique : lymphoïde ou myéloïde



Figure 11 : Photographie illustrant un patient présentant une leucémie aiguë myéloïde

Cette photo illustre un patient présentant une leucémie aiguë myéloïde, diagnostiquée à partir des symptômes cliniques oraux : gingivorragies spontanées, hypertrophie gingivale et labiale, ulcérations persistantes dont certaines déjà au stade croûteux, illustrant l'aspect avancé des lésions (Albisetti c et al, 2016).

Les symptômes de la leucémie sont associés aux effets de la prolifération néoplasique et à son influence sur les cellules hématopoïétiques non néoplasiques. Ainsi, en réduisant la production d'érythroblastes normaux, on retrouve les mêmes symptômes que l'anémie : la pâleur des muqueuses notamment (Cooper et al. 2000). Le taux de granulocytes neutrophiles et de lymphocytes diminue également et augmente le risque d'infection (Dean et al. 2003). Le taux de plaquette est lui aussi diminué et cliniquement, les patients présentent des pétéchies,

ecchymoses ou encore des hémorragies spontanées (Francisconi et al. 2016). Les symptômes oraux sont des manifestations précoces de la leucémie aiguë (Stafford et al. 1980).

Cliniquement, avant toute prise en charge de cette pathologie, les patients présentent des hyperplasies gingivales et de nombreuses infections et ulcérations des muqueuses (Hou et al. 1997 ; Francisconi et al. 2016). Plus particulièrement, pour les formes myéloïdes aiguës, un accroissement gingival est constaté chez 30 % des patients (Roche 1996; Wu et al. 2002).

1.1.11.3. Les anémies

L'anémie correspond à une baisse du taux d'hémoglobine en deçà de 13g/dl pour les hommes et 12g/dl pour les femmes (OMS).

Il existe plusieurs types d'anémie : (Conrad 1990; Moreno Chulilla et al. 2009)

- Les anémies par défaut de production des globules rouges : Anémie de Biermer, Anémie ferriprive ou encore Anémie par aplasie médullaire.
- Les anémies par excès de destruction des globules rouges : Thalassémies, Drépanocytose, Anémie de Fanconi (Mehta et Tolar 1993), Porphyries, hémolyse toxique, hémolyse infectieuse, hémolyse immunologique par exemple
- Les anémies par perte de globules rouges, post hémorragique par exemple (Moreno Chulilla et al. 2009).

Ces anémies se caractérisent toutes par un symptôme commun : la pâleur des muqueuses (Chi et al. 2010). Le reste des manifestations orales dépend des différents types d'anémie.

L'anémie ferriprive est marquée par une atrophie des muqueuses. Cette atrophie se manifeste par une dépapillation de la langue avec des papilles filiformes et fongiformes. On peut retrouver une chéilite angulaire, des ulcérations aphtoïdes et une dysphagie associées à ce type d'anémie (Wu et al. 2014).

L'anémie de Biermer est due à un déficit en vitamine B12 et/ou folate. Les symptômes principalement observés sont la glossite de Hunter et des lésions aphtoïdes. La glossite de Hunter se développe en deux phases : la phase inflammatoire au cours de laquelle la langue prend un aspect vernissé parfois ulcéré, puis une phase atrophique. La langue perd ses papilles, elle devient lisse, rouge vif à violacé. Toute la langue est affectée en quelques semaines voire

plusieurs mois. Les patients ressentent souvent une sensation de bouche sèche (Itoh et al. 2002 ; Graells et al. 2009 ; Stoopler et Kuperstein 2013).

Les patients thalassémiques présentent également des manifestations orales : des dyschromies dentaires et gingivites peuvent être observées (Wang et al. 2013).

Chez les patients drépanocytaires, les muqueuses peuvent prendre une coloration jaune due à l'hémolyse (Acharya 2015).

Les lésions de la muqueuse orale sont nombreuses et ont de multiples origines. L'observation des muqueuses à chaque consultation par le chirurgien-dentiste permet au praticien de ne pas passer à côté de certaines pathologies. Les lésions comme le carcinome épidermoïde ou encore celles conséquentes à certaines maladies systémiques telles que le VIH, les leucémies, les lymphomes, les anémies, et les pemphigus nécessitent une identification précoce. Plus elles sont diagnostiquées tôt, plus les patients bénéficient d'une prise en charge rapide et multidisciplinaire et ainsi les chances de guérison sont meilleures.

Comment les praticiens étrangers et français se positionnent par rapport à l'identification, le diagnostic et la prise en charge des pathologies de la muqueuse orale à ce jour ? C'est ce que nous allons chercher à comprendre dans cette deuxième sous-partie.

1.2. Diagnostic et prise en charge de ces pathologies en cabinet - données actuelles

Les études menées portent principalement sur les capacités des chirurgiens-dentistes à diagnostiquer ou prendre en charge les lésions précancéreuses ou cancéreuses mais très peu ont étudié leur capacité à identifier, à prendre en charge ou à diagnostiquer l'ensemble des autres lésions de la muqueuse orale qu'elles soient bénignes ou malignes.

1.2.1. Etudes sur les lésions cancéreuses et précancéreuses de la muqueuse buccale

De nombreux articles ont été publiés au sujet des lésions cancéreuses et précancéreuses de la muqueuse orale, notamment en Nouvelle Ecosse, Australie ou Espagne par exemple.

Les praticiens de ces 3 pays ont été interrogés sur différents points de leur pratique.

En premier lieu, les études portent sur l'importance donnée par les praticiens à l'examen clinique systématique. 70 % des dentistes colombiens britanniques interrogés disent pratiquer un examen initial systématique dans le but de détecter des cancers oraux au premier rendez-vous quand les patients ont plus de 40 ans (Clovis et al. 2002) . 90 % des praticiens australiens interrogés pensent qu'il est de leur responsabilité de détecter les lésions de la muqueuse orale de leurs patients (Allen et Farah 2015).

Selon les chirurgiens-dentistes australiens sondés, plusieurs raisons expliquent les barrières au dépistage : leur manque d'entraînement, leur manque de confiance en leur capacité diagnostique ou encore dans une moindre mesure, le manque de temps et de « motivation financière » (Allen et Farah 2015).

Les études réalisées en Colombie britannique et en Espagne cherchaient également à évaluer leurs praticiens dans le diagnostic des lésions cancéreuses. Chez les dentistes de Colombie britannique/ Nouvelle écose, 5 lésions sur 8 étaient bien diagnostiquées en moyenne (Clovis et al. 2002), alors que 45 % des dentistes espagnols se trompaient dans leur diagnostic et particulièrement pour les lésions blanches. En revanche, les lésions cancéreuses étaient mieux diagnostiquées que les précancéreuses (Seoane et al. 2006). Concernant leur formation et les supports qu'ils utilisent pour s'aider, 77 % des praticiens de Nouvelle écose se disent intéressés par des formations complémentaires sur le sujet (Clovis et al. 2002) et 87.5 % des dentistes espagnols utilisent des revues médicales pour s'aider dans le diagnostic des lésions. (Seoane et al. 2006). En conclusion, d'après ces études, il en ressort tout d'abord une volonté des praticiens de Colombie Britannique, de Nouvelle Ecosse et espagnols d'approfondir leurs connaissances

sur les lésions cancéreuses de la cavité buccale. Les dentistes australiens donnent une place importante au dépistage de la muqueuse buccale. Ces études soulignent le besoin d'améliorer l'éducation des chirurgiens-dentistes au regard de leur capacité à examiner et diagnostiquer les lésions cancéreuses. Et enfin, les praticiens australiens et espagnols pensent pouvoir mieux détecter et diagnostiquer ces pathologies avec un meilleur enseignement et entraînement via une formation continue des professionnels.

1.2.2. Etudes portant sur l'ensemble des lésions de la muqueuse buccale

Au sujet des capacités des chirurgiens-dentistes à diagnostiquer ou prendre en charge l'ensemble des lésions de la cavité buccale bénignes et malignes, nous avons effectué une revue de bibliographie. Nous avons utilisé Pubmed, Google et les références Encyclopédie Médico-Chirurgicales (EMC).

Les mots clés utilisés étaient :

- Pathologies de la muqueuse orale / pathologies of the oral mucosa
- Lésions de la muqueuse orale/ lesions of the oral mucosa

Ils étaient confrontés à :

- Opinions des praticiens/ dentist's opinions
- Connaissances des chirurgiens-dentistes/ knowledges of dental surgeons
- Diagnostic ou encore prise en charge en cabinet/ diagnosis and treatment at the dental office

Seuls deux articles se rapprochent de notre questionnaire principal : les dentistes se sentent-ils aptes à diagnostiquer et prendre en charge les lésions de la muqueuse buccale.

Selon l'étude menée à Istanbul, les chirurgiens-dentistes turques interrogés admettent avoir du mal à diagnostiquer les lésions de la muqueuse orale (85 %) et seulement 63 % des praticiens de cabinet privé tentent de traiter ces lésions (Ergun et al. 2009).

Pour essayer de pallier les difficultés diagnostiques, les dentistes soulignent leur manque de connaissance sur le sujet et l'inadéquation de leur enseignement aux besoins professionnels. 33 % pensent avoir une formation inadéquate (Ergun et al. 2009).

En Turquie, les auteurs de l'article indiquent que, même si de nombreux séminaires et congrès sont proposés sur place permettant ainsi un développement professionnel continu, les lacunes diagnostiques sont aussi liées à un manque d'intérêt pour ce type de lésion (Ergun et al. 2009).

Ce même phénomène est rencontré en Italie, où une étude menée en 2007 met en évidence la nécessité de mise en place d'une meilleure éducation et d'un entraînement dans le diagnostic et le traitement des lésions de la muqueuse orale (Sardella et al. 2007). En effet, d'après les auteurs, le manque d'expérience et de connaissance des chirurgiens-dentistes à ce sujet, les pousse à adresser leurs patients vers des spécialistes avec de mauvaises hypothèses diagnostiques proposées dans leur courrier (plus de 50 % de faux diagnostics annoncés par les praticiens) (Sardella et al. 2007). Et pourtant cette étude précise qu'il existe en Italie une association pour l'éducation des dentistes en Europe (ADEE = association for dental education in Europe), reconnue par différentes écoles européennes, qui présente le profil et les compétences qu'un chirurgien-dentiste diplômé doit posséder. Un des domaines de compétences que le dentiste doit acquérir pendant sa formation concerne l'établissement et le maintien de la santé orale. Le dentiste doit être à même de reconnaître les signes cliniques des lésions de la muqueuse orale dont les lésions cancéreuses. Les bases sur les pathologies (de l'identification, au diagnostic et à la prise en charge) de la muqueuse orale, des plus communes à celles moins souvent rencontrées doivent faire partie intégrante de la formation du chirurgien-dentiste en Europe. Cependant les auteurs ne précisent pas les moyens mis en œuvre pour permettre aux praticiens de se former (congrès, groupe d'étude, etc...).

Pour conclure, nous notons une difficulté globale des chirurgiens-dentistes à identifier, ou diagnostiquer les lésions orales, qu'elles soient cancéreuses ou bénignes. D'après les travaux effectués à l'étranger, la principale raison évoquée pour expliquer ces difficultés est un manque de connaissance que les praticiens attribuent à une formation insuffisante per et post universitaire. D'autres causes sont également évoquées comme le manque d'intérêt porté à ces lésions ou l'absence de motivation à dépister les lésions de la muqueuse orale.

Le sujet de l'existence de formations initiales ou continues étant régulièrement abordé dans les études et travaux étrangers, nous avons souhaité faire un point à ce propos avant d'effectuer notre enquête. Cela nous permet ensuite de confronter nos conclusions sur les formations existantes en France aux causes évoquées par les chirurgiens-dentistes interrogés.

1.3. Les différentes formations existantes proposées au chirurgien-dentiste

1.3.1. Les formations initiales

Les dentistes jouent un rôle essentiel dans le dépistage des pathologies de la muqueuse buccale. Le code de santé publique article L-373 stipule que « le chirurgien-dentiste a l'obligation de diagnostiquer et traiter les maladies de la bouche ». Ainsi, la responsabilité du praticien est engagée lorsqu'il n'identifie pas une lésion orale. L'apprentissage de l'ensemble des pathologies de la cavité orale dont celles affectant la muqueuse est donc indispensable à la formation initiale des chirurgiens-dentistes. Cette formation initiale s'avère essentielle dans le diagnostic et la prise en charge des lésions de la muqueuse orale (Sardella et al. 2007). Certaines études révèlent en outre que les chirurgiens-dentistes détectent et diagnostiquent mieux les lésions de la muqueuse orale que leurs confrères médecins généralistes (Shanks et al. 2011).

Aujourd'hui, les étudiants eux-mêmes sont une majorité à ressentir un manque de connaissance sur le sujet (Bhagavathula et al. 2015 ; Fotedar et al. 2015) : 80 % souhaitent une formation supplémentaire sur le cancer oral lors de leur formation initiale soit par des conférences ou par des packs d'informations (Carter et Ogden 2007; Lončar Brzak et al. 2012).

En France, la formation initiale se déroule pendant les 5 années de cursus universitaire qui suivent la première année commune PACES. Certains arrêtés notamment celui du 27 Septembre 1994 et celui du 8 Avril 2013 définissent un programme que chaque faculté odontologique française doit suivre. Il leur est imposé de consacrer du temps d'enseignement à la médecine et à la chirurgie orale. A ce titre, le programme de la faculté d'odontologie de l'université Paris-Diderot prévoit une unité d'enseignement (UE) de deux heures par semaine sur un semestre sur le thème de la médecine orale en DFGSO3 et 1h30 par semaine sur un semestre également en DFASO1 et DFASO2. Ces enseignements peuvent être à la fois théoriques mais également présentés lors d'ED (enseignements dirigés) interactifs avec à la clé une approche plus pratique des cas. En 2015, pour la première fois, le système d'enseignement dirigé de médecine orale a été mis en place à Garancière. Un questionnaire de satisfaction a ensuite été envoyé par mail aux étudiants de cinquième année bénéficiant de ces ED pour la première fois. Parmi les répondants plus d'un tiers ont émis des remarques très positives sur ce nouveau moyen d'enseignement.

Un travail de doctorat d'exercice, soutenu en juillet 2017 (Victoria Balaire, direction Pr Lescaille) présente un nouveau type de support d'apprentissage de médecine orale qui semblerait convenir aux étudiants et améliorerait leurs compétences théoriques et pratiques sur le sujet. Cette maquette pédagogique comprendrait un entraînement sur des modules interactifs en ligne, des EDs et TPs (travaux pratiques). Ces outils devront être évalués après application pour attester des bénéfices apportés aux étudiants (Balaire 2017).

Tous les 4 ans, l'université envoie au Ministère de l'Enseignement Supérieur et au Ministère de la Santé un dossier pédagogique sur l'organisation des enseignements mis en place. Ce dossier est alors soumis et réévalué par la commission pédagogique nationale des études odontologiques.

La formation universitaire est un élément déterminant dans l'attitude adoptée par les futurs praticiens. Ainsi, certains auteurs rapportent que les pratiques préventives face aux cancers de la cavité orale diffèrent en fonction de l'école de formation des praticiens (Colella et al. 2008). En effet, en Italie, les chirurgiens-dentistes sont soit diplômés de l'école de médecine, soit d'une école dentaire. En fonction de leur école de formation, les gestes préventifs et de dépistage ne sont pas les mêmes d'après cette étude menée en 2008 (Colella et al. 2008). De plus, certains auteurs soulignent que les chirurgiens-dentistes ne sont pas assez formés au cours de leurs études sur les pratiques de biopsie. Cela les conduit alors à adresser leurs patients à des spécialistes, dès l'identification d'une lésion orale (Wan et Savage 2010).

1.3.2. Les formations continues

1.3.2.1. Les formations post universitaires

Après l'obtention du diplôme de docteur en chirurgie dentaire, de nombreuses formations complémentaires sont proposées aux praticiens. En France, les formations inhérentes aux pathologies de la muqueuse orale sont en augmentation ces dernières années. Certains diplômes Universitaires (DU), Diplômes Interuniversitaires (DIU) et Certificats d'Enseignement Supérieur (CES) traitent de ces sujets ainsi que plusieurs sessions de formation à l'occasion de congrès nationaux ou internationaux.

1.3.2.2. La formation continue au cours de l'exercice

- **En France :**

Le DPC (développement professionnel continu) a été mis en place depuis janvier 2013. C'est une démarche individuelle, permanente, obligatoire et annuelle que chaque praticien doit effectuer. Il faut participer à au moins une action par an dispensée par un organisme agréé choisi librement dans le cadre d'un programme collectif. Les programmes des DPC sont validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et doivent comprendre une phase d'analyse partagée des pratiques et une action de renforcement des connaissances. Ces programmes se présentent soit sous forme de réunions de formation, soit par des audits cliniques, des groupes d'analyse des pratiques, des travaux en équipe pluri professionnelles ou non, ou encore des revues de mortalité/morbidité.

Chaque année, plusieurs organismes de formation vont donc aborder la problématique des pathologies de la muqueuse buccale.

En 2007, l'INCa (Institut national du Cancer) en collaboration avec le Ministère de la Santé, le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes et l'Union Française de Santé Bucco-Dentaire - UFSBD (notamment) ont instauré des groupes de travail. Les réunions ont permis la création d'outils en vue de sensibiliser et d'améliorer les compétences des professionnels de santé bucco-dentaire face aux cancers des voies aérodigestives supérieures. Une grande campagne de sensibilisation des chirurgiens-dentistes s'en est suivie en 2008/2009.

Le principal outil créé par le groupe de travail est un module de formation gratuit et accessible par tous, disponible sur le site de l'INCa. Un CD-Rom a en outre été envoyé à chaque dentiste enregistré à l'ordre en 2008 (<http://formation.e-cancer.fr/modules/accueil/index.php>).

Grâce à ce module multimédia les praticiens apprennent à pratiquer un examen visuel et clinique rigoureux dans le but de détecter d'éventuelles lésions malignes ou bénignes. L'outil apporte des informations épidémiologiques sur les facteurs de risques et sur la prévention. Il propose des rappels sur les caractéristiques des lésions élémentaires à travers plus de 200 photos. Il insiste sur les démarches diagnostiques à entreprendre face à des lésions suspectes de la muqueuse orale. De juillet 2010 à mai 2013 le module a reçu plus de 1593 visites (Institut National du Cancer 2013).

Ce projet rentre en partie dans les programmes de développement professionnel continu.

En 2009, dans un rapport, l'INCa indiquait que cette année-là, 147 formations sur les cancers buccaux ont été proposées et 4323 chirurgiens-dentistes y ont participé. Cette participation représentait une croissance de 5 % par rapport à 2008.

Il existe d'autres programmes de DPC.

En 2016, par exemple, l'ADF (Association des Dentistes de France) a organisé un DPC à distance, en ligne avec des questionnaires auxquels les praticiens doivent répondre lors des différentes étapes de la formation.

Nous pouvons également citer l'ADF OC 75, c'est une formation sur une journée organisée par le Dr Szpirglas, dont le thème est : « toutes les lésions buccales ne sont pas des aphtes ou des cancers ».

Par ailleurs, les praticiens peuvent participer à des conférences de l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes (UJCD) qui traitent des pathologies de la muqueuse buccale, du diagnostic et des traitements actuels.

L'UFSBD, l'UNAFOC (Union Nationale des Associations de Formation Odontologique Continue), la SOP (Société Odontologique de Paris) ainsi que certains centres hospitaliers et universitaires proposent des formations reconnues et validées sur ce sujet.

Il existe également d'autres formations sur internet qui ne sont pas reconnues au titre du DPC mais qui abordent ce sujet, par exemple la formation « dental care ».

- **En Europe :**

En Europe, la France n'est pas la seule à rendre le DPC obligatoire, la majorité des pays le fait aussi. D'autres, comme l'Autriche, Chypre, l'Estonie, la Finlande, la Suède ou encore l'Espagne ont choisi de faire reposer les formations continues post universitaire sur la base du volontariat (Seoane et al. 2012).

Certaines études se sont penchées sur l'intérêt de la formation continue dans la prévention des cancers oraux en Espagne. Les résultats montrent que les praticiens espagnols interrogés qui avaient suivi plus de 4 formations donnent de meilleurs conseils à leurs patients consommant de l'alcool. Ils pratiquent des examens cliniques plus rigoureux et effectuent beaucoup plus de biopsies que les dentistes ayant assisté à seulement une formation (Seoane et al. 2012). En conclusion de cet article, la formation continue améliore les attitudes préventives. Il est donc primordial de développer des initiatives appropriées pour accroître les connaissances des dentistes (Seoane et al. 2012).

- **Aux Etats-Unis :**

Aux Etats-Unis, la formation continue est obligatoire comme en France. Certaines formations payantes comme celle de la « Rutgers School Dental Medecine » proposent des cours théoriques et pratiques de médecine orale afin d'améliorer ses connaissances sur le diagnostic et la prise en charge des pathologies de la muqueuse orale (Rutgers School of Dental Medicine 2015).

1.3.2.3. La formation continue par les revues de littérature

D'autres pays mettent également l'accent sur la formation par la lecture de revues de littérature. Ainsi dans les revues scientifiques et bulletins d'informations destinés aux chirurgiens-dentistes, de nombreux articles abordent les traitements, les avancées de recherche, les attitudes préventives à adopter face à des cancers des voies aérodigestives supérieures. Ce sont les organisations telles que « The American Dental Association » et « The British Dental Association » qui sont à l'origine de ces initiatives dans leur pays (Seoane et al. 2012). La lecture de journaux scientifiques est -selon certains auteurs- un instrument au service de l'éducation continue (Seoane et al. 2012).

En conclusion de cette première partie, les lésions de la muqueuse buccale sont nombreuses et ne se limitent pas aux lésions cancéreuses. Leur identification, le dépistage et la prise en charge de celles-ci nécessitent des connaissances ainsi que certains réflexes cliniques à adopter par le praticien. La non détection de ces lésions entraîne une perte de chance non négligeable, voire parfois vitale pour le patient.

Aujourd'hui, de nombreux chirurgiens-dentistes étrangers souhaitent améliorer leur connaissance à ce sujet comme nous l'avons constaté dans les différentes études existantes. Que ce soit pour les lésions bénignes ou malignes, le manque de formation initiale ou continue est largement souligné en Nouvelle Ecosse, Australie, Espagne, Turquie et Italie.

En France, outre la formation initiale universitaire sur les pathologies de la muqueuse orale imposée par le Ministère de l'Education à tous les étudiants en chirurgie dentaire, des outils de formation postuniversitaire sont proposés aux chirurgiens-dentistes au cours de leur carrière. Par ailleurs, la France impose à ses praticiens de suivre une formation continue chaque année.

Nous avons donc réalisé une étude afin de connaître le ressenti des praticiens exerçant en France face à leur capacité d'identification, de diagnostic et de prise en charge de l'ensemble des lésions de la muqueuse orale.

Nous cherchons également à comprendre quelles sont les raisons de leurs éventuelles difficultés à diagnostiquer ou prendre en charge ces lésions et si leurs lacunes découlent de leur formation. Ces résultats seront confrontés à ceux existant à l'étranger et les réponses apportées par les praticiens permettront de faire le bilan et de d'identifier les axes d'amélioration pour pallier ces difficultés.

2. L'étude : enquête nationale

2.1. Objectifs principal et secondaires

Objectif principal :

- Evaluer la capacité d'identification, de diagnostic et de prise en charge des lésions de la muqueuse orale lors de consultations assurées par des chirurgiens-dentistes.

Objectifs secondaires :

- Description des circonstances de réalisation par les praticiens d'un examen complet de la cavité buccale des patients. Et si aucun examen complet n'est réalisé, nous en évaluons les raisons.
- Description des examens complémentaires prescrits en fonction du type de lésions observées.
- Description des spécialistes vers lesquels les chirurgiens-dentistes adressent leurs patients présentant des lésions orales.
- Analyse des raisons avancées par les praticiens pour expliquer leurs difficultés soit à diagnostiquer soit à adresser ou prendre en charge certaines lésions pouvant se manifester au niveau de la cavité orale.

2.2. Population et méthode

2.2.1. La population

La population cible du questionnaire est l'ensemble des chirurgiens-dentistes diplômés exerçant en France dans un cabinet et adhérents à L'UFSBD.

La diffusion du questionnaire s'est faite en collaboration avec l'UFSBD qui s'est chargée de l'envoi en ligne à ses adhérents. Cette collaboration a été préférée à d'autres sociétés pour éviter le biais de spécialisation de certaines associations de praticiens. En effet, l'UFSBD est le regroupement de chirurgiens-dentistes ayant le plus grand nombre d'adhérents et n'impliquant aucune orientation ou spécialité professionnelle (chirurgicale ou autre). Ainsi cette collaboration permet de cibler une large population d'omnipraticiens.

L'association compte 15 000 adhérents en 2017 (Site UFSBD). Le nombre de dentistes actifs en France recensés en janvier 2015 s'élève à plus de 40 000 dont 9 sur 10 exercent en libéral (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2016).

Il n'a pas de critères d'exclusion.

2.2.2. Recueil des données

2.2.2.1. La construction du questionnaire à partir de sources bibliographiques

Pour créer le questionnaire, nous nous sommes inspirées de deux sources principales :

- Le questionnaire d'une étude faite à Istanbul (Ergun et al. 2009) qui traite du même sujet
- Le questionnaire tiré de la thèse d'exercice de Johanna Villemer -supervisée par les directeurs de thèse G. Lescaille et S. Levy Azoguy- intitulée : Evaluation des pratiques et connaissance de la prise en charge des patients ayant été traités pour un cancer des voies aérodigestives supérieures : enquête auprès des chirurgiens-dentistes d'Ile de France. Cette thèse ayant pour objectif de faire un état des lieux des pratiques et connaissances des chirurgiens-dentistes sur la prise en charge des patients ayant été traités pour un cancer des VADS. Le questionnaire avait également été diffusé sur internet.

Pour réaliser notre questionnaire nous nous sommes inspirées de ces deux travaux et nous avons découpé le questionnaire en trois parties principales. La première est consacrée à l'identification des lésions, la deuxième aux éléments de recherche diagnostique, aux difficultés diagnostiques, de prise en charge et aux raisons de ces difficultés. Et enfin la troisième et dernière partie porte sur l'identification du praticien. Ce questionnaire comprend 22 ou 16 questions selon les réponses des praticiens.

Ainsi notre questionnaire se divise en 3 parties résumées ci-dessous :

- Première partie : identification de lésions :
Nous cherchons à connaître la fréquence d'observation de lésions de la muqueuse buccale et les conditions de réalisation d'un examen complet des muqueuses de la cavité orale. Si les praticiens admettent ne jamais réaliser d'examen clinique en vue de dépister des lésions, alors la deuxième partie du questionnaire ne leur est pas présentée et ils répondent à des questions portant sur les raisons de la non réalisation systématique de cet examen. Nous leur demandons également, à défaut de le réaliser systématiquement, à quel moment ils sont amenés à le réaliser.
- Deuxième partie : diagnostic et prise en charge
Dans cette partie, les praticiens sont interrogés sur les examens complémentaires prescrits en fonction des lésions identifiées. Des scores de difficultés diagnostiques et de prise en charge leur sont proposés en fonction d'un certain nombre de lésions énoncées sous forme de tableaux. Enfin des propositions pour expliquer leurs difficultés leur ont été soumises.
- Troisième partie : L'identification du praticien
L'identification du praticien permet de caractériser notre échantillon. Les critères suivants ont été abordés : l'année et la ville d'obtention du diplôme, le sexe du praticien, le type de cabinet d'exercice, son mode d'exercice, la proximité d'un centre d'urgence, la participation à une formation continue en rapport ou non avec notre sujet.

Des impressions écrans du questionnaire sont disponibles en Annexe 1.

2.2.2.2. Procédure de validation du questionnaire

Préalablement à sa soumission, le questionnaire a été transmis à 20 praticiens hospitalo-universitaires apportant leurs remarques et corrections éventuelles quant à la compréhension du questionnaire. Après validation, le questionnaire a été transmis à l'UFSDB qui s'est alors chargé de la diffusion en ligne.

L'UFSDB est un organisme officiel à but non lucratif de la profession dentaire depuis 1966 et qui collabore avec l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Il regroupe 100 antennes départementales et mobilise 15 000 membres (Site UFSDB).

2.2.3. Description des variables d'étude et critères de jugement

Les différentes variables sont :

- Les variables démographiques : sexe, année et ville d'obtention du diplôme, le code postal d'exercice, le mode d'exercice, la proximité d'un centre d'urgence, l'exercice d'une fonction hospitalière, les formations suivies ces 5 dernières années.
- Une moyenne du nombre de lésions observées au cours d'un trimestre.
- La réalisation d'examen clinique : différentes propositions et une réponse possible.
- La pratique d'examen complémentaire : différents examens en fonction de différentes lésions.
- Un score allant de 0 à 5 pour évaluer les difficultés de diagnostic et de prise en charge de différentes lésions (0 minimum de difficulté, 5 maximum de difficulté).
- Les raisons des difficultés de diagnostic et de prise en charge : différentes propositions et plusieurs réponses possibles.

2.2.4. Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été envoyé par mail, de façon systématique par « le courrier du dentiste » à tous les adhérents de l'UFSBD. Le lien était anonyme et accessible par smartphone ou ordinateur. Plusieurs (trois) relances par mail ont été réalisées.

Le questionnaire était accessible du 19 mai au 13 juillet 2017.

2.2.5. Analyses statistiques

L'UFSBD nous a fait parvenir les résultats d'exploitation immédiate sous forme de tableau descriptif au format Excel.

Nous avons choisi de faire :

- Une analyse descriptive des résultats (fréquence, pourcentages, moyennes, écart type)
- Puis une analyse bivariée pour comparer différentes variables entre elles (test Chi2, Fisher et T du student)

Le test de T student a été réalisé pour comparer les différences de moyenne de difficulté de diagnostic et de prise en charge en fonction :

- des différentes pathologies,
- du genre (féminin/masculin),
- des années d'obtention du diplôme,
- de l'exercice dans la région Nord et Paris,
- de l'exercice ou non d'une fonction hospitalière,
- de la participation à aucune ou au moins une ou 4 formations dans les 5 dernières années,
- du thème de la formation (pathologies de la muqueuse orale ou non).

Le test de Chi2 a été réalisé pour comparer :

- en fonction de l'année d'obtention du diplôme : les raisons expliquant les difficultés de diagnostic.

Le test de Fisher a été réalisé :

- en fonction de l'année d'obtention du diplôme : les résultats liés à la participation ou non d'une formation sur le thème,
- en fonction du lieu d'exercice (Paris/Région Nord) : les résultats liés à la participation ou non d'une formation sur le thème.

Le test de Fisher remplace le test de Chi2 quand les effectifs d'une variable sont inférieurs à 5.

*Le degré de significativité choisi pour ces trois tests est **p < 0.05** comme dans la majorité des études.*

2.3. Résultats

2.3.1. Analyse descriptive de notre échantillon

⇒ **Le taux de réponse obtenue est de 3.8 %, majoritairement issus de praticiens libéraux, basés sur l’Ile de France, ayant en moyenne 20 ans d’exercice et avec une prédominance de réponses féminines.**

En effet, cette enquête a recueilli 560 réponses sur les 15 000 mails envoyés aux praticiens par l’UFSBD. L’année moyenne d’obtention du diplôme de chirurgie dentaire de notre échantillon est 1996 ; les années extrêmes indiquées par les chirurgiens-dentistes sont 1970 et 2017. 1/3 (33 %) des participants est diplômé d’une des facultés parisiennes, les villes de Bordeaux et Toulouse arrivant juste après avec respectivement 9 % des participants pour chacune (*voir Annexe 3*). Les femmes représentent 61 % des répondants (441). Les praticiens de notre échantillon travaillent autant en cabinet de groupe qu’en cabinet individuel. Le mode d’exercice principal constaté est celui de titulaire libéral (78 %) (*voir Annexe 4*). Les lieux d’exercice des praticiens sont assez bien répartis sur la France avec une majorité de réponse pour les grandes villes telles que Paris, Toulouse, Bordeaux ou Lyon. (Illustré dans la Figure 1). La plupart des Chirurgiens-dentistes déclarent travailler près d’un centre d’urgence dentaire ou centre hospitalier (70 %).

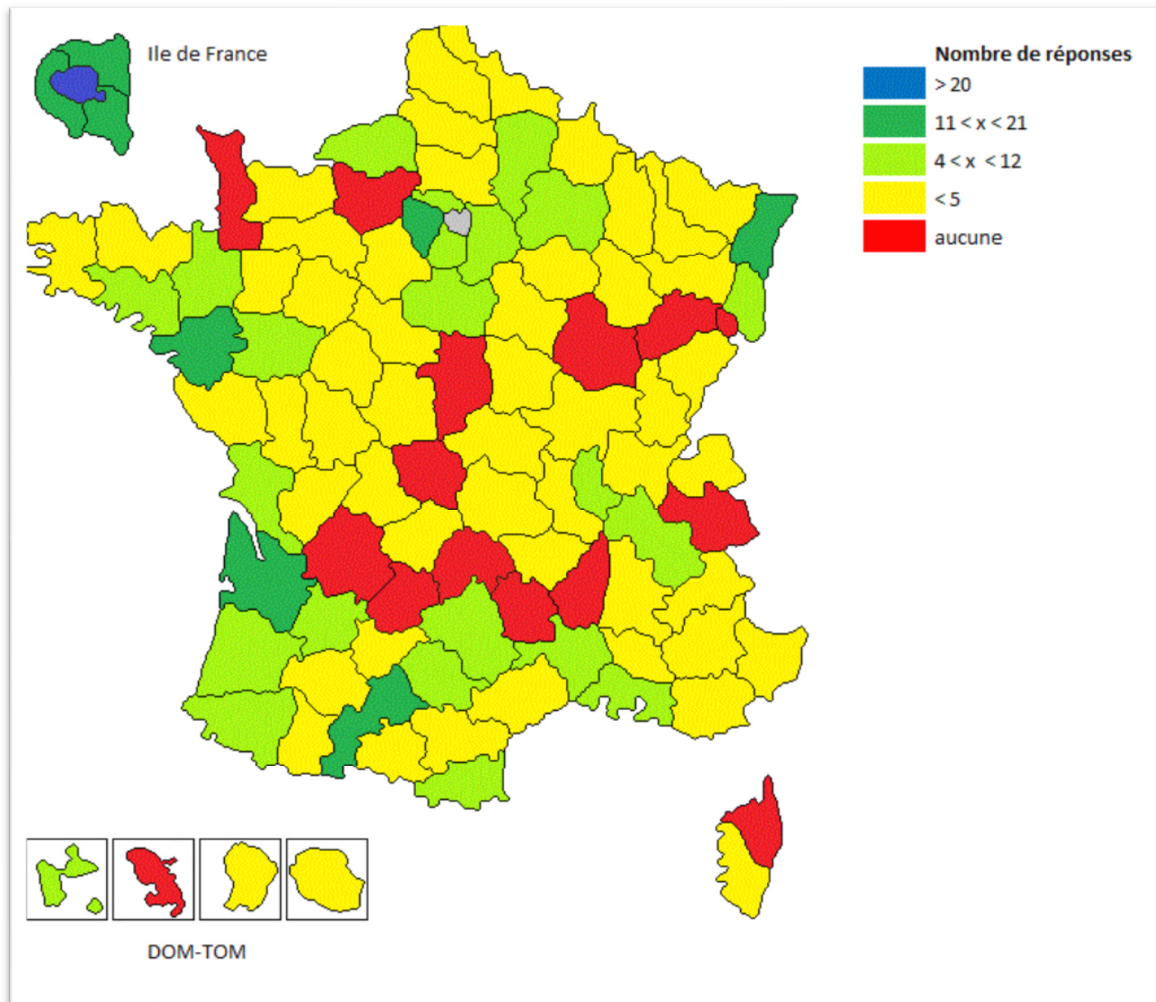


Figure 12 : Répartition de l'échantillon par département

Une réponse ne figure pas sur la carte : un chirurgien-dentiste interrogé exerce à Monaco.
 Les zones bleues représentent 10 % des réponses données, vertes foncées 28 %, vertes claires 37 % et jaunes 25 %.

⇒ **La presque totalité des praticiens est abonnée à des revues et participe à des congrès professionnels, (chiffre à la baisse chez les jeunes diplômés qui ne le sont qu'à 35 %) et 1/3 suivent une formation continue universitaire, 1/6 avec présence hospitalière.**

Une mineure partie de notre échantillon exerce une fonction Hospitalo-universitaire. En effet seulement 15 % des chirurgiens-dentistes interrogées répondent en exercer. L'abonnement à des revues scientifiques et la participation à des congrès fait quasiment l'unanimité. 80 % et 87 % des sondés répondent s'y abonner ou y participer. Les cursus de formation comme les

CES et DU ou encore les cursus de formations continues avec présence hospitalière sont plus rarement retrouvés ; respectivement 33 % et 16 % déclarent s'y être inscrit. 5 % ne se sont inscrits à aucune formation. Les praticiens diplômés après 2012 sont quant à eux beaucoup moins nombreux à souscrire à ce type de formation, 35 % ne sont inscrits à aucune formation et moins de la moitié sont abonnés ou participent à des congrès.

⇒ **Presque la moitié de ces formations concernent les pathologies de la muqueuse orale.**

41 % des praticiens déclarent qu'une de ces formations abordent notre sujet, 25 % trouvent difficile de trouver des formations sur ce thème, 20 % considèrent que ça n'est pas leur spécialité, et 16 % et 8 % ne s'y intéressent pas ou ne trouvent pas le temps d'y participer.

⇒ **Quasiment aucun des praticiens diplômés après 2012 n'a suivi de formations sur ce thème et la moitié d'entre eux déclare penser qu'il ne s'agit pas de leur spécialité, il s'agit notamment de dentistes parisiens.**

En effet, 3 % des jeunes diplômés signalent avoir suivi une formation sur le thème des pathologies de la muqueuse buccale. 47 % déclarent qu'ils considèrent que « ça n'est pas leur spécialité ». *D'après le test de Fisher il existe une différence statistique entre les jeunes diplômés et les autres catégories pour cette question ($p=1.32 \times 10^{-7}$).*

Les chirurgiens-dentistes exerçant à Paris sont très nombreux à penser que les pathologies de la muqueuse orale ne relèvent pas de leur spécialité puisque 43 % ont coché cette proposition. Par comparaison, ceux exerçant dans des zones sous dotées comme par exemple, la région du nord (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2016), sont seulement 3 % à le déclarer. *Selon le test statistique de Fisher, il y a bien une différence significative selon le lieu d'exercice : Paris ou la région Nord ($p=2.43 \times 10^{-5}$).* Ainsi, 66 % des praticiens de la région nord ayant suivi une formation l'a effectuée sur un thème en rapport avec la pathologie de la muqueuse orale, contre 25 % des praticiens parisiens.

2.3.2. L'identification de lésions

⇒ **La quasi-totalité de notre échantillon dit observer des lésions de la muqueuse orale.**

95 % des praticiens avouent avoir déjà observé ce type de lésion dans leur pratique quotidienne, et en moyenne ils observent 5.41 lésions par trimestre. 5 % d'entre eux examinent plus de 20 lésions par trimestre. En revanche, les chirurgiens-dentistes diplômés depuis 2012 disent en observer que 1.92 en moyenne par trimestre.

⇒ **L'examen clinique complet de la muqueuse orale n'est pas systématiquement réalisé à chaque rendez-vous mais une majorité de praticiens le fait lors de chaque première consultation.**

65.5 % déclarent pratiquer un examen complet des muqueuses orales à chaque première consultation, 27 % à chaque rendez-vous avant tout acte clinique et lors de contrôle et 7 % ne le font jamais. Les chirurgiens-dentistes diplômés depuis 2012 sont 23 % à répondre ne jamais en pratiquer. Les dentistes parisiens ou diplômés d'universités parisiennes sont quant à eux 14 % à ne jamais le faire non plus.

⇒ **Les praticiens ayant répondu ne jamais pratiquer d'examen clinique complet des muqueuses conviennent le faire uniquement quand le patient est gêné et car ils n'y pensent pas pour la majorité d'entre eux.**

Sur les 37 chirurgiens-dentistes ayant répondu jamais, 78 % pratiquent cet examen quand le patient se plaint, et 86 % ne pensent pas à le faire.

2.3.3. La démarche suivie face à des lésions de la muqueuse orale

⇒ **Lorsque notre enquête s'intéresse aux connaissances théoriques fondamentales, une grande partie des praticiens ne répond pas.**

Sur la question portant sur les examens complémentaires que prescrivent les chirurgiens-dentistes en fonction de certains types de lésions proposées, jusqu'à 1/3 des praticiens n'ont pas répondu. Plus généralement il y a eu 20 % des praticiens qui n'ont pas répondu au-delà de la

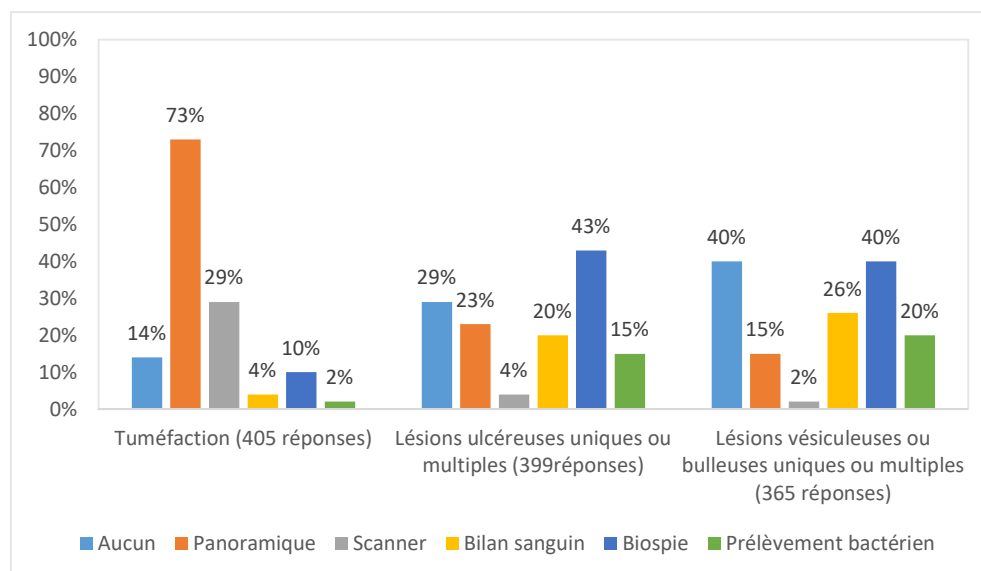
deuxième question. Seulement 350 questionnaires sur les 560 ont été remplis entièrement par les praticiens.

	Nombre de praticiens sollicités	Nombre de réponses
Partie I du questionnaire	15.000	560 réponses
Partie I bis : du questionnaire		37 réponses
II : examens complémentaires		Entre 365 et 405 réponses
II bis : Diagnostic et prise en charge		Entre 421 et 428 réponses
III : identification praticien		441 réponses

Tableau 1: Effectifs de praticiens n'ayant pas répondu en fonction des différentes parties du questionnaire

⇒ **Un septième de notre échantillon admet réaliser des biopsies au cabinet et pourtant c'est l'examen que les praticiens disent le plus prescrire pour les lésions ulcéreuses et bulleuses uniques ou multiples.**

Pour les tuméfactions de la muqueuse orale, les examens les plus prescrits par les praticiens de notre échantillon sont la panoramique et le scanner. En revanche pour les lésions ulcéreuses et bulleuses, les plus prescrits restent la biopsie et le bilan sanguin. Seulement 14 % des praticiens de l'enquête réalisent des biopsies dans leur cabinet.



Graphique 1 : Graphique illustrant la proportion de chaque examen complémentaire prescrit en fonction de différentes lésions de la muqueuse orale dans notre échantillon

⇒ **Les praticiens ne diagnostiquent pas et ne traitent pas eux-mêmes leurs patients présentant des lésions de la muqueuse orale ; pour plus de la moitié d'entre eux, leur spécialiste référent est un stomatologue, les chirurgiens-dentistes spécialisés étant leur second choix.**

Les stomatologues sont les premiers spécialistes auprès desquels les chirurgiens-dentistes adressent leurs patients (55 %), *les chirurgiens-dentistes spécialistes* de chirurgie orale sont leur second choix (29 %), 10 % tentent de diagnostiquer et traiter eux-mêmes ces lésions et moins de 6 % les dirigent vers des médecins généralistes ou dermatologues.

Globalement les chirurgiens-dentistes sont donc peu nombreux à diagnostiquer ou prendre en charge ces pathologies. Mais des différences apparaissent en fonction des caractéristiques de l'échantillon. Les hommes sont plus nombreux à tenter de diagnostiquer et traiter eux-mêmes leurs patients que les femmes (12 % vs 9 %). Les dentistes exerçant dans le département 31 (Toulouse et environ) sont 31 % à diagnostiquer et traiter eux-mêmes, un résultat presque aussi élevé que celui donné par les salariés de centre hospitalier (35 %). En revanche les chirurgiens-dentistes diplômés après 2012 sont moins de 1 % à donner cette réponse.

Il n'existe pas de différence significative entre les chirurgiens-dentistes exerçant à Paris par rapport à la Région Nord selon le test de Fisher entre diagnostiquer et traiter soit même ou adresser à un spécialiste ($p=0.65$).

⇒ **La distance séparant un lieu d'exercice d'un centre hospitalier n'influence pas le nombre de patients qu'un praticien leur adresse.**

30 % soulignent qu'ils ne sont pas à proximité d'un centre et 56 % de ces dentistes adressent quand même leurs patients à ces centres.

En conclusion de cette première partie, la quasi-totalité des praticiens déclare observer des lésions et effectuer un examen complet de la cavité orale lors de la première consultation, examen qu'ils ne réitère qu'en cas de gêne évoquée par le patient. Lorsqu'ils adressent des patients, les spécialistes référents sont avant tout des stomatologues et si une orientation hospitalière est nécessaire la distance séparant le cabinet d'un service n'est pas un paramètre discriminant. Les plus jeunes diplômés sont nombreux à considérer qu'il ne s'agit pas de leur spécialité.

2.3.4. Le diagnostic et la prise en charge

⇒ **Toutes lésions confondues, les praticiens interrogés déclarent ne pas avoir de difficultés majeures à diagnostiquer et prendre en charge les pathologies de la muqueuse orale.**

Le score moyen attribué par les praticiens pour évaluer leur difficulté à diagnostiquer l'ensemble des pathologies est de 1.97 et de 2.28 pour la prise en charge. (Rappel : 0-pas de difficulté / 5- beaucoup de difficultés).

Ce score varie en fonction :

- ✓ **Des pathologies proposées :** Les lésions les plus dures à diagnostiquer et à prendre en charge par les praticiens interrogés sont le carcinome, le pemphigus et les manifestations orales de maladies systémiques. Le carcinome, les manifestations orales de maladies systémiques (leucémie, anémie), et les pemphigus obtiennent des scores supérieurs à 3 alors que les aphtoses, les lésions traumatiques et les herpès moins de 1 pour le diagnostic et la prise en charge.

Le test T student nous permet de dire que la moyenne obtenue pour le diagnostic du carcinome épidermoïde est statistiquement inférieure au pemphigus et maladies systémiques mais supérieure aux lésions traumatiques et aphtoïdes ($p < 0.05$). Les détails des calculs sont présentés en Annexe 5.

PATHOLOGIES	MOYENNES de score de diagnostic		MOYENNES de score prise en charge	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Carcinome épidermoïde	3.079	1.37	3.898	1.60
Epulis	1.254	1.48	1.7858	1.71
Manifestations orales de maladies systémiques	3.471	1.23	3.5539	1.49
Aphthose	0.78	1.01	1.098	1.39
Lésion traumatique	0.588	0.95	0.462	0.93
Herpès	0.934	1.09	1.044	1.28
Zona	2.392	1.42	2.439	1.69
Pemphigus	3.364	1.43	3.473	1.44
Glossodynie	2.24	1.52	3.011	1.64
Candidose	1.406	1.09	1.406	1.28
Lichen Plan	1.896	1.24	2.254	1.57
Leucoplasie	2.306	1.43	2.990	1.61
TOTAL	1.97	1.60	2.28	1.83

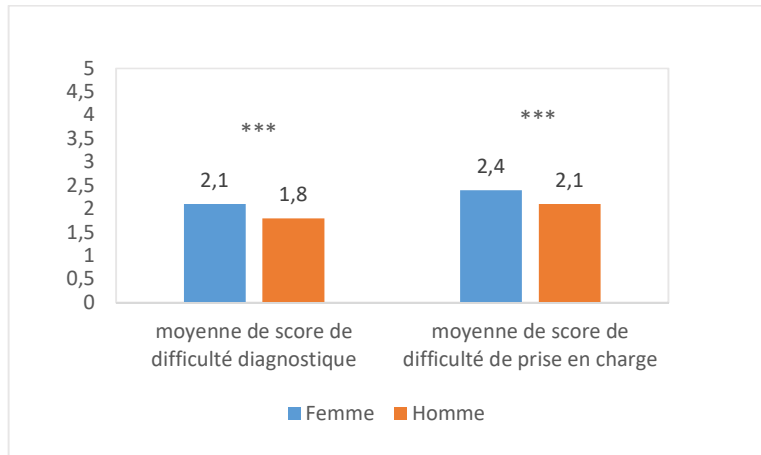
Tableau 2: Moyennes des scores de difficultés de diagnostic et de prise en charge pour différentes pathologies de la muqueuse orale

Remarque : en rouge apparaissent les moyennes des scores supérieures à 2,5.

- ✓ **Du sexe** des praticiens interrogés : Les hommes interrogés disent avoir moins de difficultés que les femmes. Les hommes se donnent un score moyen toutes pathologies confondues inférieur à celui des femmes que ce soit pour évaluer leur difficulté diagnostique ou de prise en charge.

Le test *T* student nous permet de dire qu'il y a bien une différence statistique des moyennes diagnostiques et de prise en charge entre les hommes et les femmes ($p < 0.05$).

Les détails des calculs sont présentés en Annexe 5.

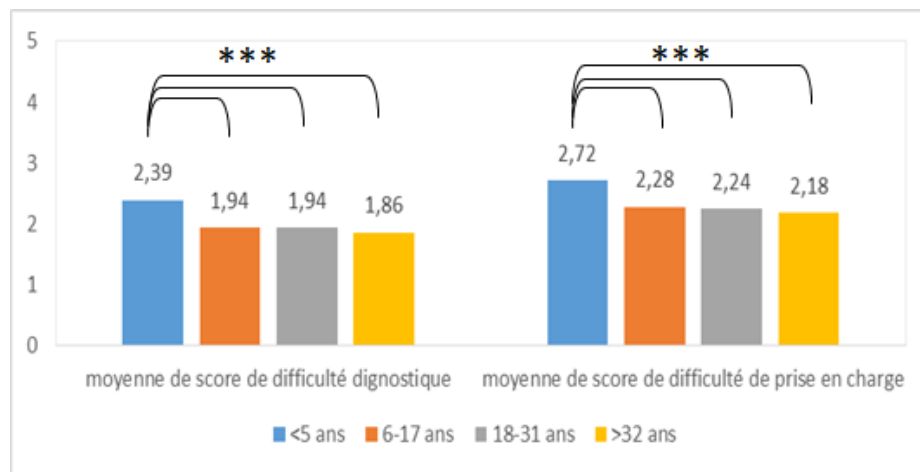


***= significativité < 0.001

Graphique 2 : Moyennes des scores de difficulté diagnostique et de prise en charge en fonction du sexe du praticien

- ✓ **De l'année d'obtention du diplôme** des praticiens : les praticiens plus expérimentés (diplômés entre 1970 et 1985) considèrent qu'ils ont moins de difficulté que ceux diplômés après 2012.

Le test de T student confirme que les plus jeunes diplômés ont des moyennes de score diagnostic et de prise en charge statistiquement inférieures à toutes les autres tranches d'années d'obtention de diplôme et notamment avant 1985 ($p < 0.05$). Les détails des calculs sont présentés en Annexe 5.



1* = significativité < 0,05 ; **= significativité < 0,005 ; ***= significativité < 0,001

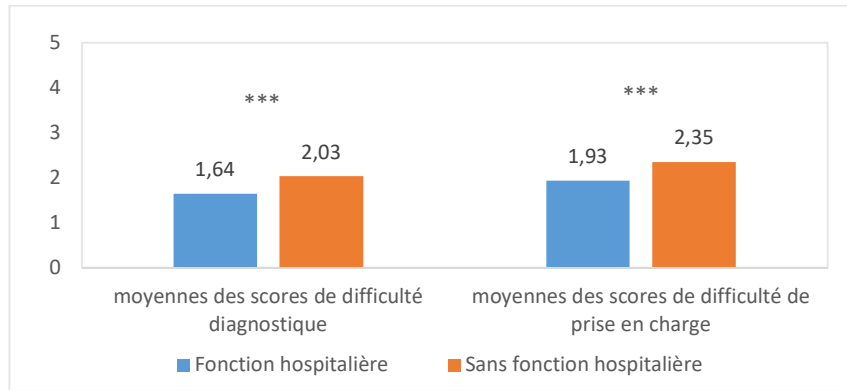
Graphique 3 : Moyennes des scores de difficulté de diagnostic et de prise en charge en fonction de l'année d'obtention du diplôme

- ✓ **Du lieu d'exercice** : Les praticiens de zone isolée pensent avoir moins de difficultés de prise en charge. Si l'on compare une zone très sous dotée en chirurgien-dentiste comme la région nord et une grande ville comme Paris, le niveau de difficulté souligné par les praticiens dans cette enquête est inférieur dans les zones de désert en chirurgien-dentiste que celui du département parisien notamment dans la prise en charge des lésions (2.16 de moyenne de difficulté de prise en charge pour le 75, 1.90 de moyenne pour la région Nord).

Le test de T student confirme une différence statistique de moyenne entre les prises en charge de la région Nord et Paris ($p < 0.05$) en revanche il n'y a pas de différence significative pour la moyenne de difficulté diagnostique. Les détails des calculs sont présentés en Annexe 5.

- ✓ **Du mode d'exercice** : Les salariés de centre hospitalier observent certes plus de lésions en moyenne par trimestre que les praticiens exerçant sous d'autres modes d'exercice, mais surtout leur score moyen de diagnostic et de prise en charge est bien meilleur que ceux ne travaillant pas dans un centre hospitalier : moyenne diagnostic= 1.45 et moyenne de prise en charge=1.77. Les praticiens disant exercer une fonction hospitalo-universitaire éprouvent également moins de difficultés que les autres à identifier les lésions. Leur score moyen de difficulté diagnostique est de 1.64 contre 2.03 dans le groupe incluant les praticiens n'ayant pas de formation hospitalière. Et les résultats concernant la prise en charge sont respectivement de 1.93 vs 2.35. Quand les praticiens ont à la fois une fonction hospitalo-universitaire et ont participé à une formation sur le sujet alors leur score moyen, toutes pathologies confondues, pour le diagnostic ou la prise en charge est inférieur à 1.5.

Le test de T student montre une différence statistique significative pour les moyennes de difficulté de diagnostic et de prise en charge entre l'exercice ou non d'une fonction hospitalière ($p < 0.05$). Les détails des calculs sont présentés en Annexe 5.

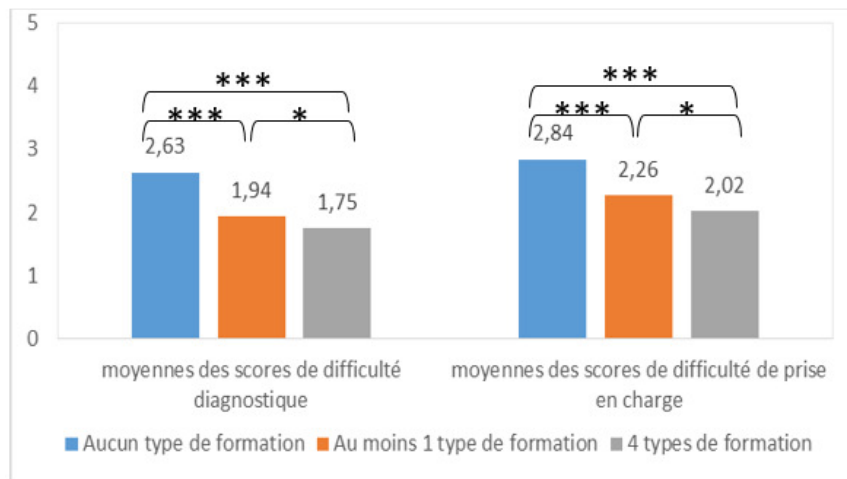


***= significativité < 0.001

Graphique 4 : Moyennes des scores de difficulté diagnostique et de prise en charge en fonction de l'exercice ou non d'une fonction hospitalière

✓ **De leur formation** : Les praticiens participant à au moins une des quatre formations proposées par l'étude ont des scores moyens de difficulté de diagnostic et de prise en charge inférieurs à ceux n'ayant participé à aucune formation. Le score obtenu quand les praticiens disent avoir participé aux 4 types de formation est encore meilleur.

Le test de T student confirme que la pratique d'aucune, ou d'au moins 1 ou de 4 formations au cours des 5 dernières années engendre des moyennes statistiquement différentes ($p < 0.05$). Les détails des calculs sont présentés en Annexe 5.

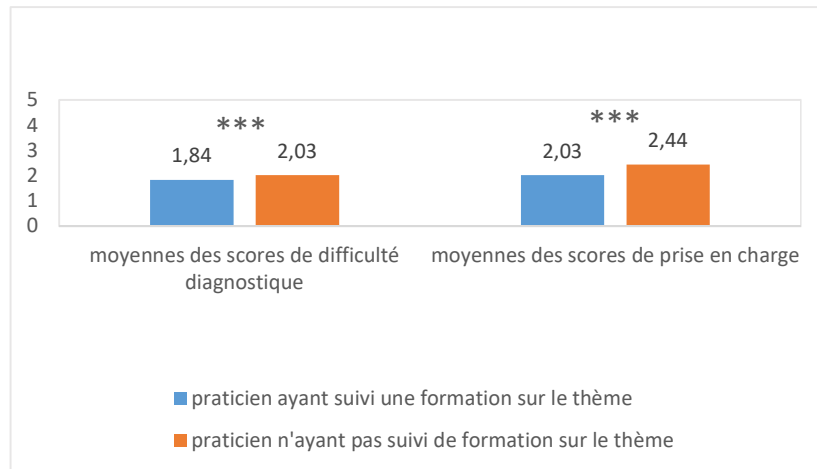


1* = significativité < 0,05 ; **= significativité < 0,005 ; ***= significativité < 0,001

Graphique 5 : Moyennes des scores de difficulté diagnostique et de prise en charge en fonction du nombre de type de formations suivies au cours des 5 dernières années

- ✓ **De leur type de formation** : Quand les praticiens avancent avoir participé à des formations sur le thème des pathologies de la muqueuse orale, leurs scores de difficultés sont inférieurs à ceux n'ayant pas participé à des formations sur le sujet.

Le test de T student met en évidence une différence statistique pour les moyennes de difficultés de diagnostic et de prise en charge selon que la formation concerne ou non les pathologies de la muqueuse orale ($p < 0.05$). Les détails des calculs sont présentés en Annexe 5.



***= significativité < 0.001

Graphique 6 : Moyennes des scores de difficulté diagnostique et de prise en charge en fonction de la participation ou non à une formation sur les pathologies de la muqueuse orale

2.3.5. Causes des difficultés de diagnostic et de prise en charge

⇒ **Les praticiens expliquent ces difficultés par un manque d'expérience professionnelle sur ce sujet.**

Quand les chirurgiens-dentistes s'expriment sur leur difficulté à diagnostiquer les lésions de la muqueuse orale, la première raison indiquée est le manque de patients ayant ce type de lésions dans leur cabinet (77 %). La formation initiale insuffisante apparaît en deuxième choix avec 52 % de réponses et la rareté des formations continues arrive en troisième position avec 36 % des réponses. Seulement 10 % ont coché le manque d'information sur les pathologies de la muqueuse orale dans la littérature.

Les praticiens diplômés après 2012 sont 93 % à avoir coché le manque de patients présentant ce type de pathologies alors que les dentistes diplômés avant cette date rentrent dans la moyenne

générale pour cette proposition. *Selon le test de Chi2 il n'existe pas de différence significative entre les différentes catégories d'année d'obtention de diplôme et les réponses à cette question ($p=0.92$).*

Les dentistes de notre enquête ayant obtenu leur diplôme à Clermont-Ferrand sont 80 % à mentionner un manque de formation initiale, ce qui est bien supérieur à la moyenne des autres villes.

⇒ **Les praticiens expliquent ne pas tenter de prendre en charge les lésions de la muqueuse orale car ils ne sont pas sûrs de leur diagnostic et considèrent qu'ils ne connaissent pas assez ces lésions.**

En effet 70 % et 67 % des chirurgiens-dentistes cochent les propositions : « je ne suis pas sûr de mon diagnostic » et « je n'ai pas assez de connaissances sur ces lésions » pour expliquer leur difficulté. Uniquement 8 % admettent qu'ils n'ont pas le temps de les prendre en charge.

L'indication d'un manque de connaissance sur ces pathologies est très élevée chez les jeunes diplômés puisqu'ils ont coché cette réponse pour 88 % d'entre eux.

2.4. Discussion

Peu d'enquêtes sur les opinions et les attitudes des chirurgiens-dentistes face aux pathologies des muqueuses orales ont été menées (Sardella et al. 2007 ; Ergun et al. 2009). **C'est la première enquête réalisée en France sur ce thème** parmi un échantillon de chirurgiens-dentistes sélectionnés : les adhérents à l'UFSBD. Le taux de réponse de notre enquête est de 3.8 % sur les 15 000 mails envoyés aux adhérents de l'UFSBD (soit 570 réponses). Ce taux est à peu près similaire à celui d'autres enquêtes menées par l'UFSBD sur la prise en charge des cellulites en cabinet par exemple où sur les 15 000 adhérents contactés en 2015, 670 avaient répondu au questionnaire et 507 étaient remplis entièrement (Rochefort et al, travaux en cours de publication). Ce sont sûrement les mêmes dentistes qui acceptent de répondre aux études envoyées par l'UFSBD. Les cellulites d'origine dentaire sont des pathologies fréquemment rencontrées par les chirurgiens-dentistes dans leur pratique quotidienne (Arbab-Chirani et al. 2010) comparées à certaines lésions de la muqueuse orale. Le taux de réponse quasiment similaire entre les deux enquêtes est donc plutôt encourageant pour notre sondage.

Envoyer un questionnaire par mail est le moyen le plus simple d'obtenir un maximum de réponse. Néanmoins il entraîne **un biais de sélection** puisque la liste d'envoi ne comprend pas tous les dentistes de France mais uniquement les adhérents à l'UFSBD. Les réponses se font sur la base du volontariat (biais de volontariat), les résultats se basent donc uniquement sur une population qui a accepté et pris le temps de répondre. En revanche, le questionnaire est anonyme et aucune personne n'est présente pour interroger et recueillir les résultats des praticiens. Les **biais de mesure** sont ainsi diminués en utilisant un système informatisé non susceptible d'influencer les répondants.

Les chirurgiens-dentistes de notre échantillon représentent assez bien la population générale de chirurgiens-dentistes au regard de certaines caractéristiques démographiques. L'exercice libéral est le plus représenté dans la population générale à l'instar de notre échantillon. Dans la population générale, les praticiens sont inégalement répartis sur le territoire avec une concentration massive dans les gros pôles urbains, comme dans notre étude. Les réponses recueillies dans notre enquête émanent de chirurgiens exerçant sur l'ensemble du territoire jusque dans les DOM-TOM, avec une concentration élevée de réponses dans les grandes villes comme Paris, Bordeaux ou Toulouse et de plus faibles taux de retour en Picardie, Normandie ou dans le Nord de la France par exemple.

En revanche, pour d'autres critères démographiques, notre population est sensiblement différente de la population générale de chirurgiens-dentistes. Les femmes sont sur représentées dans notre étude (61 % face à 44 % dans la population générale de chirurgiens-dentistes), ainsi que le nombre de ressortissants des facultés parisiennes (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2016). Par ailleurs, même si notre échantillon est plutôt bien réparti entre les différentes années d'obtention du diplôme (en moyenne l'année d'obtention est 1996), peu de rapports nationaux font état des années d'expérience des chirurgiens-dentistes mais plutôt de leur âge (moyenne d'âge de 50 ans). Il est donc difficile de comparer notre échantillon avec la population générale. De même, pour le nombre de praticiens exerçant une fonction hospitalière, il est difficile de trouver cette proportion dans les rapports nationaux (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2016) (voir Annexe 6). Notre échantillon représentant moins de 20 % de la population générale des chirurgiens-dentistes exerçant en France, et n'ayant pu obtenir toutes les informations de la démographie (nombre de praticiens par département, par année et ville d'obtention du diplôme, par mode d'exercice, par fonction hospitalière ou non), **il est donc difficile de rapporter nos conclusions à l'ensemble des chirurgiens-dentistes exerçant en France. Cependant, notre échantillon représente une estimation acceptable car nous avons obtenu 560 réponses de chirurgiens-dentistes répartis sur tout le territoire (y compris DOM-TOM), femme et homme, de différentes tranches d'âge avec des modes et fonction d'exercice hétérogènes.**

De nombreux questionnaires n'ont pas été entièrement complétés notamment quand il s'agit de questions théoriques comme la prescription d'examen complémentaires en fonction de différentes lésions. Peu d'études illustrent ce sujet. Concernant les pathologies orales, ce manquement peut s'expliquer soit par un manque de connaissance, soit par la crainte de fournir de mauvaises réponses, soit par un manque d'intérêt pour la question. Les enquêtes publiques sont souvent confrontées à cette insuffisance de participation complète. Il est possible parfois de créer un questionnaire à choix obligatoire, empêchant l'interrogé de passer à la question suivante tant qu'il n'a pas répondu à la question précédente. Mais ce mode d'enquête entraîne une déperdition importante des réponses. Compte tenu de l'effectif limité de la population de chirurgiens-dentistes qui accepte de répondre aux questionnaires, nous avons choisi de ne pas appliquer ce système afin de récupérer le maximum de données.

La quasi-totalité de notre échantillon dit observer des lésions muqueuses et une majorité des praticiens effectue un examen clinique lors de chaque première consultation. Ces résultats sont conformes aux différentes études déjà menées. En effet les études internationales

sur le dépistage des lésions cancéreuses et autres lésions des muqueuses orales montrent que plus des trois quarts des praticiens Ecossais, Australiens et Turcs pratiquent un examen clinique initial pour chaque patient (78 % des praticiens turcs pratiquent un examen clinique initial systématique, 70 % des Ecossais interrogés le réalisent également. 87 % des chirurgiens-dentistes effectuent un examen clinique de routine pour chaque patient (Clovis et al. 2002 ; Seoane et al. 2006 ; Ergun et al. 2009). Si autant de praticiens observent les muqueuses de leur patient, on peut s'étonner de la détection aussi tardive de nombreuses maladies comme les carcinomes épidermoïdes oraux (Neville et Day 2002). Cela peut s'expliquer par le fait que même si la majorité des praticiens fait un examen à chaque première consultation. Ils sont beaucoup moins nombreux à l'effectuer à chaque rendez-vous, avant tout acte clinique et lors de contrôles. Or la détection de pathologies de la muqueuse orale passe aussi par un suivi régulier des patients lors de chaque consultation et peut être identifiée par un examen visuel et la palpation (Seoane-Romero et al. 2012). De plus pour dépister ces lésions, l'examen clinique de la cavité orale doit suivre un protocole minutieux : les chirurgiens-dentistes sont-ils assez formés pour le réaliser ? Une étude menée en 2006 avec le concours de l'UFSBD révèlent que 60 % des dentistes interrogés ne se sentent pas assez formés dans la pratique de l'examen clinique (Cohen 2008). La thèse d'exercice de J. Villemer dirigé par le docteur Lescaille révèle que 32 % ne se sentent pas assez formés pour réaliser un examen approfondi de la cavité buccale (Villemer 2015).

Les praticiens de notre enquête ne diagnostiquent pas et ne traitent pas eux-mêmes leurs patients présentant des lésions de la muqueuse orale. La plupart les adressent à des spécialistes. L'étude italienne corrobore ces résultats et montre que beaucoup de chirurgiens-dentistes envoient leurs patients auprès de services spécialisés pour diagnostiquer leur lésion et les prendre en charge (Sardella et al. 2007). Ce nombre est en augmentation au cours des années (de 1998 à 2005, 25 % de patients en plus) (Sardella et al. 2007). Les thèses d'exercice du Docteur en Chirurgien-dentaire E. Droneau et celle de J. Villemer ont également montré qu'une majorité de praticiens envoie leurs patients vers des spécialistes quand ils ont des doutes sur une lésion (Droneau 2011; Villemer 2015).

Notre étude révèle que -quelle que soit la région d'exercice (grande ville/zone de désert médical) - ou qu'il y ait ou non une proximité avec un centre dentaire, les chirurgiens-dentistes envoient leurs patients présentant des lésions de la muqueuse orale à des spécialistes ou à des centres hospitaliers et d'urgence dentaire. Ainsi malgré la baisse du nombre de stomatologues (une baisse de plus de 24 % de cette spécialité en 2002 selon un rapport DRESS), et le maillage

disparate des spécialistes sur le territoire, les chirurgiens-dentistes de notre étude continuent de leur adresser des patients et ne tentent pas plus de les traiter et de diagnostiquer seuls. Ceci peut être expliqué aussi en partie par le fait que les praticiens ne se sentent pas concernés et sont désintéressés par ces pathologies.

En effet notre étude révèle que **seulement 41 % des praticiens de notre enquête ont participé à une formation sur le thème des pathologies de la muqueuse orale au cours de ces 5 dernières années et quasiment 1/3 des praticiens de notre échantillon considèrent que les pathologies de la muqueuse orale n'entrent pas dans le périmètre d'intervention de leur spécialité.** Ce sentiment augmente fortement chez les jeunes diplômés de notre étude. Ces chiffres sont largement supérieurs à ceux retrouvés dans les autres pays. Les dentistes turcs sont eux seulement 10 % à penser que les lésions de la muqueuse orale ne correspondent pas à leur spécialité, et 90 % des dentistes Australiens pensent que c'est leur rôle de détecter les lésions de la muqueuse orale. L'étude turque stipule également que les jeunes diplômés sont plus à même que les anciens à s'intéresser aux pathologies de la muqueuse orale-(Ergun et al. 2009 ; Allen et Farah 2015). Nos résultats paraissent étonnants au vu du nombre croissant des formations recensées sur ce thème (143 en 2009), de l'effort politique et des moyens mis en place pour inculquer aux chirurgiens-dentistes les bonnes pratiques dans le dépistage des lésions orales (Institut National du Cancer 2007). Des modules d'information et de formation en ligne, envoyés par le Conseil de l'Ordre en collaboration avec l'INCA ont été développés depuis 2009 (Institut National du Cancer 2013). Le site du gouvernement publie un catalogue de ressource pour l'autoformation sur les pathologies de la muqueuse orale (<http://www.sup-numerique.gouv.fr>). L'ADF a organisé des DPC en ligne en 2016 sur ce thème. La formation initiale a également mis l'accent sur le rôle que doit jouer le praticien dans le dépistage des lésions (Seoane et al. 2012). Des travaux dirigés ont été instaurés pour une meilleure approche des étudiants face aux lésions. Les travaux dirigés ainsi que les formations en ligne ont montré leur efficacité (Carter et Ogden 2007; Balaire 2017). Ainsi malgré tous ces efforts déployés - notamment ces dernières années- pour conférer un rôle indispensable aux chirurgiens-dentistes dans le dépistage et la prévention des pathologies de la muqueuse orale, les praticiens de notre étude et étonnamment les plus jeunes sont encore nombreux à penser qu'il ne s'agit pas de leur spécialité.

Nous constatons donc que la majorité des praticiens adressent leurs patients présentant des lésions de la muqueuse à des spécialistes mais pourtant **-toutes pathologies confondues-, ils ne déclarent pas de difficultés majeures dans la prise en charge ou le diagnostic de celles-**

ci. Les résultats sont donc meilleurs que ceux attendus, puisque les études déjà réalisées ont montré que les chirurgiens-dentistes éprouvent des difficultés à diagnostiquer ou prendre en charge ces lésions (Seoane et al. 2006 ; Sardella et al. 2007 ; Ergun et al. 2009). Il faut néanmoins considérer que notre étude repose sur une auto évaluation alors que dans certaines études menées à l'étranger, les praticiens sont évalués à partir de diagnostics avancés en fonction de cas cliniques réels ou de photos (85 % des dentistes turcs de l'étude de Ergun disent avoir du mal à diagnostiquer les pathologies de la muqueuse orale et 65 % ne tentent pas de les traiter. Les dentistes de l'étude de Sardella ont donné plus de 50 % de diagnostics erronés, et en Espagne 45 % étaient faux après l'inspection de photos).

Les scores de difficulté attribués par les praticiens diffèrent en fonction de différentes variables.

Ces scores fluctuent entre les différentes pathologies de la muqueuse orale proposées et celui accordé au diagnostic du carcinome épidermoïde reste élevé. Comme pour l'étude menée en Turquie, en Italie et en Espagne, les lésions considérées comme moins difficile à diagnostiquer sont les lésions traumatiques et aphtoïdes. Celles perçues comme plus dures à diagnostiquer sont le pemphigus, les manifestations orales de maladies systémiques, ou encore le carcinome épidermoïde (Ergun et al. 2009). Ces différences s'expliquent certainement par la fréquence de ces pathologies dans la population générale. Les lésions aphteuses sont beaucoup plus courantes que les lésions pemphigoides (Massereau et al. 2016). Comme le fait remarquer l'étude menée en Turquie : les lésions que les chirurgiens-dentistes ont le plus de mal à diagnostiquer sont celles qu'ils déclarent voir le plus rarement.

Par ailleurs, le score attribué pour le diagnostic ou la prise en charge du carcinome épidermoïde paraît particulièrement élevé étant donné que ces lésions ont des caractéristiques cliniques souvent reconnaissables. L'étude espagnole montre que plus de la moitié des praticiens diagnostiquent bien les lésions cancéreuses (Seoane et al. 2006). Dans la thèse d'exercice du Dr J. Villemer environ 1/3 affirment éprouver des difficultés à établir un bon diagnostic (Villemer 2015). Les praticiens ressentent peut-être plus de difficultés à prescrire, pratiquer les bons examens complémentaires et poser un diagnostic sûr plutôt qu'à identifier les lésions. Ceci expliquerait en outre les absences de réponse pour la question sur les examens complémentaires.

Les difficultés rencontrées dans le diagnostic et la prise en charge des pathologies comme le pemphigus ou les manifestations orales de maladies systémiques sont en accord avec l'errance diagnostique rapportée dans de nombreux documents. En effet les rapports de B. Barataud ainsi

que de l'association pemphigus/pemphigoïde de France montrent une errance diagnostique considérable pour les maladies rares comme les leucémies ou le pemphigus notamment. Cette errance résulte des erreurs ou de l'absence de diagnostic du corps médical en général (Conseil économique et social et Barataud B. 2001; L'Association Pemphigus Pemphigoïdes France 2015). Or ces retards de diagnostics peuvent avoir des conséquences graves sur la santé et la prise en charge des patients (Gómez et al. 2009).

Ces scores élevés attribués au carcinome épidermoïde ou encore aux manifestations orales de maladies systémiques sont inquiétants et à prendre en compte pour tenter de les améliorer. Ainsi les patients affectés seront plus rapidement diagnostiqués et leur chance de survie se verra augmentée.

Le questionnaire précise -pour la question de la prise en charge- que cela implique le traitement et le suivi des patients. Les réponses ont pu être mal interprétées et différer entre ceux qui ne connaissent et ne savent pas traiter eux-mêmes les lésions cancéreuses et ont donc indiqué un score maximal et ceux qui considèrent que s'adresser à un spécialiste pour le traitement est la démarche à suivre.

Les scores attribués aux difficultés diagnostics et de prise en charge des pathologies de la muqueuse orale varient également en fonction des caractéristiques démographiques des praticiens.

Les femmes admettent avoir plus de difficultés que les hommes à diagnostiquer et prendre en charge les lésions. En effet le test de T Student révèle des différences significatives entre les scores de difficultés que s'attribuent les femmes par rapport aux hommes. Certaines études ont déjà cherché à mettre en avant des différences de pratique entre les hommes et les femmes médecins. Il apparaît alors qu'en fonction de son genre, le médecin a une approche différente de sa pratique (Bertakis 2009) ; les femmes étant plus portées sur le dialogue et la prévention notamment (Bertakis 2009). Dans notre étude, nous supposons que les femmes mettent plus en avant leur difficulté que les hommes mais une évaluation directe serait nécessaire pour montrer une réelle différence dans la pose d'un diagnostic ou la prise en charge des patients.

En fonction de l'année d'obtention du diplôme, les scores moyens sont différents (validé par le test de T Student). **Les plus jeunes (moins de 5 ans d'exercice) disent rencontrer plus de difficultés que les plus anciens.** Ces résultats sont en désaccord avec l'étude Australienne qui stipule que les plus jeunes sont plus à même de cibler le dépistage des cancers oraux quand ils sont diplômés depuis moins de 10 ans (Allen et Farah 2015) aidés en outre (comme vu plus

haut) par les moyens mis en œuvre pour améliorer la formation initiale ces dernières années (Seoane et al. 2012). L'étude espagnole de Seoane déclare que les dentistes les moins expérimentés (moins de 10 ans) sont ceux qui ont le plus bénéficié des améliorations de la formation continue et surtout du renforcement de la formation du premier cycle. Il serait utile de réinterroger des praticiens dans quelques années pour avoir plus de recul sur l'efficacité des nouvelles techniques d'apprentissage mises en place lors de la formation initiale. Il pourrait également être intéressant de comparer les résultats pour les mêmes praticiens ayant suivi les nouvelles formations avec plus ou moins d'expérience acquise en cabinet. En effet, les jeunes diplômés de notre étude sont les plus nombreux à justifier leur difficulté par un manque de patients présentant ce type de pathologie. Ce sont eux aussi qui observent le moins de lésions en moyenne par trimestre. Le manque d'expérience peut expliquer la difficulté à poser un diagnostic surtout pour les plus jeunes praticiens. Très peu d'études ont comparé les performances selon les années d'expérience du praticien. Nous pouvons tout de même citer un article qui indique que les performances augmentent avec les années d'expérience des praticiens pour culminer et diminuer ensuite (Choudhry et al. 2005).

La zone d'exercice influence peu les réponses des praticiens sur l'attribution des scores de difficulté. Néanmoins une différence statistique (test de T Student) sur les difficultés de prise en charge s'observe entre la région Nord et Paris. A ce jour, aucune étude n'a différencié les pratiques des praticiens en fonction de la zone d'exercice.

Les praticiens exerçant une fonction hospitalière indiquent avoir moins de difficultés que les autres. Cependant, le questionnaire ne recueillant pas la spécialité des praticiens et aucune autre étude ne discutant de ce sujet, il est difficile d'en tirer des conclusions.

Le nombre de formations continues suivies au cours des 5 dernières années influe également sur les scores donnés par les praticiens (validé par le test de T Student). **Plus ils ont suivi de formation, plus ils se sentent capable de diagnostiquer et prendre en charge les lésions. De même quand ces formations portent sur le thème des pathologies de la muqueuse orale les difficultés exprimées sont également plus faibles.** Ainsi, comme dans pratiquement chaque étude de notre analyse bibliographique, on constate que la formation continue joue un rôle primordial dans les capacités à diagnostiquer et prendre en charge les lésions de la muqueuse orale. L'article de Seoane publié en 2012 montre que plus les chirurgiens-dentistes ont suivi de formation, plus leurs démarches diagnostiques s'améliorent (Seoane et al. 2012). Le nombre et la qualité des formations sur le thème des pathologies de la muqueuse orale et notamment sur les lésions cancéreuses augmentent au fil des années (Institut National du Cancer 2009),

notamment dans le cadre du DPC et de la formation initiale. Le nombre d'aides au diagnostic par des supports numériques s'accroît également. Il existe par exemple la plateforme en ligne de l'INCa (<http://formation.e-cancer.fr/modules/accueil/index.php>), une page d'aide à la formation du gouvernement (<http://www.sup-numerique.gouv.fr>), et bientôt des enseignements en ligne dispensés par certaines facultés (Balairé 2017). En parallèle, des sites moins officiels mais très populaires sont souvent consultés comme de nombreux groupes Facebook partageant les expériences des praticiens sur les lésions rencontrées (« Pathologie et dermatologie des muqueuses buccales »). Il serait donc logique que le diagnostic et à la prise en charge des pathologies de la muqueuse orale s'améliorent au fur et à mesure des années chez les chirurgiens-dentistes.

Les praticiens de notre enquête expliquent majoritairement leurs difficultés par un manque de patients présentant ce genre de lésions. Contrairement aux autres études où la raison principale s'explique toujours par une formation initiale ou continue insuffisante, notre étude met en avant le manque d'expérience face à ce genre de lésion (Clovis et al. 2002 ; Seoane et al. 2006 ; Sardella et al. 2007 ; Ergun et al. 2009 ; Allen et Farah 2015). Néanmoins la formation initiale insuffisante apparaît en seconde position dans notre étude avec un peu plus de la moitié des réponses soulignant ce problème. Les praticiens les plus anciennement diplômés sont nombreux à souligner la formation initiale insuffisante, les plus jeunes mettant en avant le manque de patients. Ce manque d'expérience peut s'expliquer par la rareté de certaines lésions (comme vu précédemment dans les différences entre pathologies) mais aussi par le manque d'expérience clinique en début de carrière. Il paraît donc indispensable de multiplier les formations continues avec photos et images des lésions à l'appui pour confronter les praticiens à ce type de pathologie et d'insister encore une fois sur l'importance de l'examen clinique visuel et de la palpation à chaque consultation. Il serait également utile de construire des réseaux d'échanges entre les villes et les hôpitaux permettant d'établir des aides au diagnostic et une orientation pour limiter les errances diagnostiques.

Les praticiens justifient ensuite ne pas tenter prendre en charge les lésions de la muqueuse orale car ils ne sont pas sûrs de leur diagnostic et considèrent qu'ils ne connaissent pas assez ces lésions. Sur ce point, les résultats semblent en accord avec les études déjà menées notamment celle d'Ergun dans laquelle les praticiens sont nombreux à ne pas prendre en charge leurs patients par manque de connaissance. Ce manque de connaissance admis par la majorité des praticiens de notre étude corrobore avec l'envoi des patients atteints de pathologies de la muqueuse orale auprès de spécialistes et vers des centres d'urgence dentaire ou hospitaliers.

Conclusion

Notre enquête, menée en partenariat avec l'UFSBD, nous permet de mettre en relief certains problèmes reconnus dans d'autres études réalisées à l'étranger. Tout d'abord, les chirurgiens-dentistes sont encore trop peu nombreux à réaliser un examen clinique complet pour chaque patient et à chaque rendez-vous. De plus, quand ils sont face à des lésions de la muqueuse orale, la majorité adresse leurs patients à des spécialistes en vue de fixer le diagnostic et de prendre en charge le patient. De plus, si notre étude révèle que pour l'ensemble des pathologies de la muqueuse orale, les praticiens admettent avoir peu de difficultés à les diagnostiquer ou les prendre en charge, certaines pathologies comme le carcinome épidermoïde, le pemphigus ou les manifestations orales de maladies systémiques enregistrent des scores de difficulté diagnostique élevés. Ces résultats sont inquiétants car dans ses missions, le chirurgien-dentiste, professionnel de santé, doit dépister les lésions précancéreuses, cancéreuses, et révélatrice de maladies systémiques graves. Les difficultés admises pour ces pathologies expliquent alors l'errance diagnostique encore trop fréquente avant une prise en charge effective. La mise en place de réseaux de soins facilitant la communication entre les différents acteurs de santé permettrait d'accélérer la prise en charge multidisciplinaire des patients et ainsi améliorerait le pronostic de certaines pathologies.

Ce qui semble encore plus préoccupant ce sont les scores élevés de difficultés diagnostiques et de prise en charge indiquées par les plus jeunes diplômés. Ce résultat est étonnant au vu de l'augmentation du nombre de formations postuniversitaires et du renforcement de la qualité de la formation initiale ces dernières années sur le thème des pathologies de la muqueuse orale. Des organismes nationaux comme l'INCa ont mis en place des supports pour encourager les chirurgiens-dentistes à dépister ce type de lésions et pour insister sur leur rôle à jouer dans leur identification.

Le manque de patients présentant ce type de pathologie apparaît comme la première raison donnée par les chirurgiens-dentistes de notre enquête pour expliquer leurs difficultés. Nous convenons donc que l'expérience acquise au cours de leur carrière et la fréquence de lésions observées par trimestre les rendent plus à l'aise pour poser un diagnostic. Les praticiens justifient également leur difficulté par une formation initiale insuffisante pour le diagnostic et un manque de connaissances pour la prise en charge. Comme pour les études déjà réalisées, il en ressort qu'il reste encore à renforcer l'enseignement universitaire sur ces problématiques par le biais d'ED, de supports numériques et photographiques ou encore de travaux pratiques. Il est

également indispensable de développer et mettre à jour ses connaissances tout au long de la carrière des chirurgiens-dentistes par le développement professionnel continu, la participation à des congrès ou encore la lecture de revues scientifiques.

Bibliographie

- Acharya S. Oral and Dental Considerations in Management of Sickle Cell Anemia. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2015;8(2):141-4.
- Akazane A, Hassam B. Epulis: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J [Internet].* 2014 [cité 15 juin 2017];17. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4048698/>
- Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent Aphthous Stomatitis. *Dent Clin North Am.* 2014;58(2):281-97.
- Akpan A. Oral candidiasis. *Postgrad Med J.* 2002;78(922):455-9.
- Albisetti C, Khonsari RH, Goudot P, Razouk O. [Macrocheilia revealing an acute promyelocytic leukemia]. *Rev Stomatol Chir Maxillo-Faciale Chir Orale.* 2016;117(3):161-3.
- Allen K, Farah CS. Screening and referral of oral mucosal pathology: a check-up of Australian dentists. *Aust Dent J.* 2015;60(1):52-8.
- Arbab-Chirani R, Chevalier V, Roux M, Boisramé-Gastrin S, L'Azou D, Colemard F. Astreinte odontologique au sein d'un CHU : mise en place et résultats préliminaires d'activité. *Rev Epidémiol Sante Publique.* 2010;58(3):217-24.
- Arduino PG, Porter SR. Herpes Simplex Virus Type 1 infection: overview on relevant clinico-pathological features. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol.* 2008;37(2):107-21.
- Arpita R, Monica A, Venkatesh N, Atul S, Varun M. Oral Pemphigus Vulgaris: Case Report. *Ethiop J Health Sci.* 2015;25(4):367-72.
- Arul ASKJ, Kumar AR, Verma S, Arul ASSJ. Oral Kaposi's sarcoma: Sole presentation in HIV seropositive patient. *J Nat Sci Biol Med.* 2015;6(2):459-61.
- Bader MS. Herpes zoster: diagnostic, therapeutic, and preventive approaches. *Postgrad Med.* 2013;125(5):78-91.
- Bajpai S, Pazare AR. Oral manifestations of HIV. *Contemp Clin Dent.* 2010;1(1):1-5.
- Balaire V. Outils pédagogiques dans l'enseignement du cancer oral et proposition d'une formation en ligne [Thèse d'exercice: chirurgie dentaire]. [Paris]: = Université Paris Diderot - Paris 7. UFR d'Odontologieparis 7 diderot; 2017.
- Barnes Leon. World Health Organization Classification of Tumors Pathology and Genetics Head and Neck Tumors Whats's New [Internet]. 2005 [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Lester_Thompson/publication/7200778_World_Health_Organization_classification_of_tumours_Pathology_and_genetics_of_head_and_neck_tumours/links/09e415102df86bd4a2000000.pdf
- Barthélémy I, Sannajust J-P, Revol P, Mondié J-M. Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique. *EMC - Stomatol.* 2005;1(4):277-94.
- Behera B, Chandrashekar L, Thappa DM, Toi PC, Vinod KV. Disseminated Kaposi's Sarcoma in an HIV-Positive Patient: A Rare Entity in an Indian Patient. *Indian J Dermatol.* 2016;61(3):348.

- Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns*. 2009;76(3):356-60.
- Bhagavathula AS, Bin Zakaria N, Jamshed SQ. Knowledge of Future Dental Practitioners towards Oral Cancer: Exploratory Findings from a Public University in Malaysia [Internet]. *Int J Dent*. 2015 [cité 17 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/ijd/2015/218065/>
- Birkmann A, Zimmermann H. HSV antivirals - current and future treatment options. *Curr Opin Virol*. 2016;18:9-13.
- Borradori L. Pemphigus. In: *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles* [Internet]. 5^{ème} Ed. Paris: Masson; 2008 [cité 23 mars 2017]. p. 297-305. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/195512>
- Byakodi R, Shipurkar A, Byakodi S, Marathe K. Prevalence of oral soft tissue lesions in Sangli, India. *J Community Health*. 2011;36(5):756-9.
- Carrozzo M, Thorpe R. Oral lichen planus: a review. *Minerva Stomatol*. 2009;58(10):519-37.
- Carter LM, Ogden GR. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC Med Educ*. 2007;7:44.
- Centre de référence des maladies bulleuses auto-immunes. Protocole National de Diagnostic et de Soins, Pemphigoïde bulleuse [Internet]. 2016 [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-06/pnds_-_pemphigoide_bulleuse_pb.pdf
- Cherry-Peppers G, Daniels CO, Meeks V, Sanders CF, Reznik D. Oral manifestations in the era of HAART. *J Natl Med Assoc*. 2003;95(2 Suppl 2):21S-32S.
- Chi AC, Neville BW, Krayner JW, Gonsalves WC. Oral manifestations of systemic disease. *Am Fam Physician*. 2010;82(11):1381-8.
- Chimenos-Küstner E, de Luca-Monasterios F, Schemel-Suárez M, Rodríguez de Rivera-Campillo ME, Pérez-Pérez AM, López-López J. Burning mouth syndrome and associated factors: A case-control retrospective study. *Med Clin (Barc)*. 2017;148(4):153-7.
- Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med*. 2005;142(4):260-73.
- Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: practices and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc*. 2002;68(7):421-5.
- Cohen. Focus : Le chirurgien-dentiste au coeur de la prochaine campagne de L'INCa. *Courr Addict*. 2008;10(4):24-6.
- Cohen JI. Herpes Zoster. *N Engl J Med*. 2013;369(3):255-63.
- Colella G, Gaeta GM, Moscariello A, Angelillo IF. Oral cancer and dentists: knowledge, attitudes, and practices in Italy. *Oral Oncol*. 2008;44(4):393-9.
- Coll. La varicelle. *Paediatr Child Health*. 1999;4(8):572-4.

- Conrad ME. Anemia. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, éditeurs. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations* [Internet]. 3^e ed. Boston: Butterworths; 1990 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK254/>
- Conseil économique et social, Barataud B. Cinq mille maladies rares, le choc de la génétique: constat, perspectives et possibilités d'évolution (rapport public) [Internet]. 2001 [cité 23 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000706.pdf>
- Cooper CL, Loewen R, Shore T. Gingival hyperplasia complicating acute myelomonocytic leukemia. *J Can Dent Assoc.* 2000;66(2):78-9.
- Dean AK, Ferguson JW, Marvan ES. Acute leukaemia presenting as oral ulceration to a dental emergency service. *Aust Dent J.* 2003;48(3):195-7.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Portrait des professionnels de santé - édition 2016 [Internet]. 2016 [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/portrait-pro-2016-010716.pdf>
- Dodd CL, Greenspan D, Schiødt M, Daniels TE, Beckstead JH, MacPhail LA, et al. Unusual oral presentation of non-Hodgkin's lymphoma in association with HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;73(5):603-8.
- Droneau. Le role du chirurgien dentiste dans le depistage des lesions precancereuses et cancreuses de la muqueuse buccale [thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Nantes]: Université de Nantes; 2011.
- Edwards PC, Kelsch R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. *J Can Dent Assoc.* 2002;68(8):494-9.
- Ergun S, Ozel S, Koray M, Kürklü E, Ak G, Tanyeri H. Dentists' knowledge and opinions about oral mucosal lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009;38(12):1283-8.
- Esmann J. The many challenges of facial herpes simplex virus infection. *J Antimicrob Chemother.* 2001;47 Suppl T1:17-27.
- Feng J, Zhou Z, Shen X, Wang Y, Shi L, Wang Y, et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: a cross-sectional study in Shanghai, China. *J Oral Pathol Med.* 2015;44(7):490-4.
- Fotedar S, Bhardwaj V, Manchanda K, Fotedar V, Sarkar AD, Sood N. Knowledge, attitude and practices about oral cancers among dental students in H.P Government Dental College, Shimla-Himachal Pradesh. *South Asian J Cancer.* 2015;4(2):65-7.
- Francisconi CF, Caldas RJ, Oliveira Martins LJ, Fischer Rubira CM, da Silva Santos PS. Leukemic Oral Manifestations and their Management. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(3):911-5.
- Gayathri K, Balachander N, Malathi L, Sankari SI. Candida in potentially malignant oral disorders. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015;7(5):164.
- Gershon AA, Gershon MD. Pathogenesis and current approaches to control of varicella-zoster virus infections. *Clin Microbiol Rev.* 2013;26(4):728-43.

- Glick M, Muzyka BC, Salkin LM, Lurie D. Necrotizing ulcerative periodontitis: a marker for immune deterioration and a predictor for the diagnosis of AIDS. *J Periodontol.* 1994;65(5):393-7.
- Gómez I, Seoane J, Varela-Centelles P, Diz P, Takkouche B. Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis. *Eur J Oral Sci.* oct 2009;117(5):541-6.
- Graells J, Ojeda RM, Muniesa C, Gonzalez J, Saavedra J. Glossitis with linear lesions: an early sign of vitamin B12 deficiency. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(3):498-500.
- Gupta R, Warren T, Wald A. Genital herpes. *The Lancet.* 2007;370(9605):2127-37.
- Gurvits GE, Tan A. Burning mouth syndrome. *World J Gastroenterol.* 2013;19(5):665-72.
- Haute Autorité de Santé. Évaluation de l'amplification génique des Herpesviridae (virus herpès simplex et varicelle-zona) devant des manifestations cutanéomuqueuses et oculaires [Internet]. 2016 [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2598252/fr/evaluation-de-l-amplification-genique-des-herpesviridae-virus-herpes-simplex-et-varicelle-zona-devant-des-manifestations-cutaneomuqueuses-et-oculaires
- Haute Autorité de Santé, Institut National du Cancer. ALD 30-Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer du poumon et Mésothéliome pleural malin. 2009;12.
- Hou GL, Huang JS, Tsai CC. Analysis of oral manifestations of leukemia: a retrospective study. *Oral Dis.* 1997;3(1):31-8.
- Institut National du Cancer. Rapport d'activité 2007/Support de présentation INCa / Paris Diderot [Internet]. 2007 [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: www.e-cancer.fr/content/download/63342/570045/file/RAPACTFR07.pdf
- Institut National du Cancer. Rapport d'activité 2009 / Support de présentation INCa / Paris Diderot [Internet]. 2009 [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: www.e-cancer.fr/content/download/59426/.../RAPPORT_ACTIVITE_ASSEMBLE.pdf
- Institut National du Cancer. Outils de formation e-learning Expérience de l'INCa Colloque e-learning et DPC, Faculté de médecine Paris Diderot, 4 juin 2013 [Internet]. 2013 [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: www.e-cancer.fr
- Itoh I, Ikui A, Ikeda M, Tomita H, Souhei E. Taste disorder involving Hunter's glossitis following total gastrectomy. *Acta Oto-Laryngol Suppl.* 2002;(546):159-63.
- Jenkins WMM, Macfarlane TW, Ferguson MM, Mason DK. Nutritional deficiency in oral candidosis. *Int J Oral Surg.* 1977;6(4):204-10.
- Klein RS, Harris CA, Small CB, Moll B, Lesser M, Friedland GH. Oral candidiasis in high-risk patients as the initial manifestation of the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med.* 1984;311(6):354-8.
- Kuffer R, Lombardi T, Husson-Bui C. La muqueuse buccale: de la clinique au traitement. Vol. 1. Paris: Editions : Med'com; 2009.

- L'Association Pemphigus Pemphigoïdes France. Le fardeau médico-socio-économique des maladies bulleuses autoimmunes (mbai) en France [Internet]. 2015 [cité 23 sept 2017]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/32676922-Le-fardeau-medico-socio-economique-des-maladies-bulleuses-autoimmunes-mbai-en-france.html>
- Lavanya N, Jayanthi P, Rao UK, Ranganathan K. Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2011;15(2):127-32.
- Lecavalier DR, Main JHP. Oral Tumours. *Can Fam Physician.* 1988;34:1377-82.
- Lončar Brzak B, Canjuga I, Baričević M, Mravak-Stipetić M. Dental Students' Awareness of Oral Cancer. *Acta Stomatol Croat.* 2012;46(1):50-8.
- Maltsman-Tseikhin A, Moricca P, Niv D. Burning mouth syndrome: will better understanding yield better management? *Pain Pract Off J World Inst Pain.* 2007;7(2):151-62.
- Masouedis CM, Katz MH, Greenspan D, Herrera C, Hollander H, Greenspan JS, et al. Prevalence of HIV-associated periodontitis and gingivitis in HIV-infected patients attending an AIDS clinic. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1992;5(5):479-83.
- Massereau, Laurans, Foletti, Gallucci, Chossegros. [Epidemiology of oral diseases in a university hospital specialized consultation]. *Rev Stomatol Chir Maxillo-Faciale Chir Orale.* 2016;117(3):136-41.
- Mehta PA, Tolar J. Fanconi Anemia. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, Wallace SE, Amemiya A, Bean LJ, et al., éditeurs. *GeneReviews*(®) [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1401/>
- Mohan RPS, Verma S, Singh U, Agarwal N. Acute primary herpetic gingivostomatitis. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2013 [cité 15 juin 2017];2013. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3736476/>
- Montreuil CB de, Tessier M-H, Billet J. Pathologie bénigne de la muqueuse buccale. *Encycl Med Chir-Oto-Rhino-Laryngol.* 2012;[20-624-A-10]:1-12.
- Moreno Chulilla JA, Romero Colás MS, Gutiérrez Martín M. Classification of anemia for gastroenterologists. *World J Gastroenterol.* 2009;15(37):4627-37.
- Mortazavi H, Safi Y, Baharvand M, Rahmani S. Diagnostic Features of Common Oral Ulcerative Lesions: An Updated Decision Tree [Internet]. *Int J Dent.* 2016 [cité 3 août 2017]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/ijd/2016/7278925/>
- Natah SS, Konttinen YT, Enattah NS, Ashammakhi N, Sharkey KA, Häyrinen-Immonen R. Recurrent aphthous ulcers today: a review of the growing knowledge. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004;33(3):221-34.
- Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin.* 2002;52(4):195-215.
- Olson MA, Rogers RS, Bruce AJ. Oral lichen planus. *Clin Dermatol.* 2016;34(4):495-504.
- Opstelten W, Neven AK, Eekhof J. Treatment and prevention of herpes labialis. *Can Fam Physician.* 2008;54(12):1683-7.

- Paré A, Joly A. Cancers de la cavité buccale : facteurs de risque et prise en charge. *Presse Médicale*. 2017;46(3):320-30.
- Patil S, Rao RS, Majumdar B, Anil S. Clinical Appearance of Oral Candida Infection and Therapeutic Strategies. *Front Microbiol* [Internet]. 2015 [cité 3 août 2017];6. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2015.01391/full>
- Patton LL, McKaig R, Strauss R, Rogers D, Eron JJ. Changing prevalence of oral manifestations of human immuno-deficiency virus in the era of protease inhibitor therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000;89(3):299-304.
- Petersen PE, al. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003: poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle-l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire [Internet]. 2003 [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: http://wwwlive.who.int/entity/oral_health/media/en/orh_report03_fr.pdf
- Piette É, Reyhler H. Lésions blanches de la muqueuse buccale et des lèvres. *Encycl Med Chir*. 2016;
- Pindborg. Atlas des maladies de la muqueuse buccale. Vol. 1. Paris: Masson; 1995.
- Pinto A, Stoopler ET, DeRossi SS, Sollecito TP, Popovic R. Burning mouth syndrome: a guide for the general practitioner. *Gen Dent*. 2003;51(5):458-461; quiz 462.
- Reenesh M, Munishwar S, Rath SK. Generalised Leukaemic Gingival Enlargement: a Case Report. *J Oral Maxillofac Res* [Internet]. 2012 [cité 15 sept 2017];3(3). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3886083/>
- Renaud-Vilmer C, Cavelier-Balloy B. Les lésions précancéreuses épithéliales buccales. [Httpwwwem-Premiumcomdatarevues01519638/unassign0151963816311632](http://www.em-premium.com/data/revues/01519638/unassign/0151963816311632) [Internet]. 2016 [cité 24 mars 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.rproxy.sc.univ-paris-diderot.fr/article/1097474/resultatrecherche/3>
- Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015;8(9):11884-94.
- Rivera C, Venegas B. Histological and molecular aspects of oral squamous cell carcinoma (Review). *Oncol Lett* [Internet]. 2014 [cité 3 août 2017]; Disponible sur: <http://www.spandidos-publications.com/10.3892/ol.2014.2103>
- Roche Y. Chirurgie dentaire et patients à risque : évaluation et précautions à prendre en pratique quotidienne. Paris: Flammarion médecine-sciences; 1996.
- Rutgers School of Dental Medicine. Oral Medicine Advanced Education Program [Internet]. 2015 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://sdm.rutgers.edu/students/prospective/postdoctoral/other/omf.html>
- Sardella A, Demarosi F, Lodi G, Canegallo L, Rimondini L, Carrassi A. Accuracy of referrals to a specialist oral medicine unit by general medical and dental practitioners and the educational implications. *J Dent Educ*. 2007;71(4):487-91.
- Scully C, Paes De Almeida O, Porter SR, Gilkes JJ. Pemphigus vulgaris: the manifestations and long-term management of 55 patients with oral lesions. *Br J Dermatol*. 1999;140(1):84-9.

- Seoane J, Varela-Centelles P, Tomás I, Seoane-Romero J, Diz P, Takkouche B. Continuing Education in Oral Cancer Prevention for Dentists in Spain. *J Dent Educ.* 2012;76(9):1234-40.
- Seoane J, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles P, Esparza G, Dios PD. Oral cancer: experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain. *Oral Dis.* 2006;12(5):487-92.
- Seoane-Romero J-M, Vázquez-Mahía I, Seoane J, Varela-Centelles P, Tomás I, López-Cedrún J-L. Factors related to late stage diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal.* 2012;17(1):e35-40.
- Shanks LA, Walker TWM, McCann PJ, Kerin MJ. Oral cavity examination: beyond the core curriculum? *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2011;49(8):640-2.
- Site UFSBD. UFSBD - Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire [Internet]. UFSBD. [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/>
- Stafford R, Sonis S, Lockhart P, Sonis A. Oral pathoses as diagnostic indicators in leukemia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1980;50(2):134-9.
- Stoopler ET, Kuperstein AS. Glossitis secondary to vitamin B12 deficiency anemia. *Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 2013;185(12):E582.
- Sun A, Wu K-M, Wang Y-P, Lin H-P, Chen H-M, Chiang C-P. Burning mouth syndrome: a review and update. *J Oral Pathol Med.* 2013;42(9):649-55.
- Tamgadge S, Tamgadge A, Bhatt DM, Bhalerao S, Pereira T. Pemphigus vulgaris. *Contemp Clin Dent.* 2011;2(2):134-7.
- Tarakji B, Gazal G, Al-Maweri SA, Azzeghaiby SN, Alaizari N. Guideline for the diagnosis and treatment of recurrent aphthous stomatitis for dental practitioners. *J Int Oral Health.* 2015;7(5):74-80.
- Tumini V, Di Placido G, D'Archivio D, Del Giglio Matarazzo A. [Hyperplastic gingival lesions in pregnancy. I. Epidemiology, pathology and clinical aspects]. *Minerva Stomatol.* 1998;47(4):159-67.
- Vaillant L, Bernez A. Aphtes et aphtoses. *EMC - Traité Médecine AKOS Traité Médecine.* 2009;4(3):1-7.
- Verma PK, Srivastava R, Baranwal H, Chaturvedi T, Gautam A, Singh A. « Pyogenic Granuloma - Hyperplastic Lesion of the Gingiva: Case Reports ». *Open Dent J.* 2012;6:153-6.
- Vidal. Vidal 2017 : le dictionnaire. 93ème. Issy-les-Moulineaux: Vidal; 2017.
- Villemer J. Evaluation des pratiques et connaissances de la prise en charge des patients ayant été traités pour un cancer des voies aérodigestives supérieures [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Paris]: Université Paris Diderot-Paris 7. UFR d'Odontologie; 2015.
- Wan A, Savage NW. Biopsy and diagnostic histopathology in dental practice in Brisbane: usage patterns and perceptions of usefulness. *Aust Dent J.* 2010;55(2):162-9.
- Wang Y-P, Yu-Fong Chang J, Wu Y-C, Cheng S-J, Chen H-M, Sun A. Oral manifestations and blood profile in patients with thalassemia trait. *J Formos Med Assoc.* 2013;112(12):761-5.

Williams D, Lewis M. Pathogenesis and treatment of oral candidosis. *J Oral Microbiol.* 2011;3(1):5771.

Wu J, Fantasia JE, Kaplan R. Oral manifestations of acute myelomonocytic leukemia: a case report and review of the classification of leukemias. *J Periodontol.* 2002;73(6):664-8.

Wu Y-C, Wang Y-P, Chang JY-F, Cheng S-J, Chen H-M, Sun A. Oral manifestations and blood profile in patients with iron deficiency anemia. *J Formos Med Assoc Taiwan Yi Zhi.* 2014;113(2):83-7.

Annexes 1 : Questionnaire en ligne



Enquête sur le diagnostic et la prise en charge des pathologies de la muqueuse orale

Contexte de l'enquête

Cette enquête, dans le cadre d'un travail de recherche cherche à évaluer la capacité d'identification, de diagnostic et de prise en charge (traitements) des lésions de la cavité orale lors de consultations assurées par des chirurgiens-dentistes.

Le traitement est anonyme. Ce travail fera l'objet d'une publication d'une thèse et d'un article à destination des chirurgiens-dentistes.

Ce serveur est sécurisé

17%

Suiv.

Présentation de l'enquête



Enquête sur le diagnostic et la prise en charge des pathologies de la muqueuse orale

Concrètement dans votre pratique quotidienne :

1. Au cours de votre pratique quotidienne vous arrive-t-il d'observer ou avez-vous déjà observé des lésions de la muqueuse orale chez des patients?

Oui

Non

Si oui, En moyenne combien de ces lésions observez-vous par trimestre?

 33%

Enquête sur le diagnostic et la prise en charge des pathologies de la muqueuse orale

3. Si non, à quel moment faites-vous un examen complet des muqueuses ?

- Lors du premier rendez-vous
- Lors d'un rendez-vous de suivi
- Lorsque le patient se plaint
- Jamais d'examen clinique complet de la muqueuse

4. Si non, pourquoi ?

- Vous n'y pensez pas
- Vous n'en voyez pas l'intérêt
- Vous n'avez pas le temps
- Vous n'avez pas parmi vos patients des sujets présentant ce type de pathologie



Préc.

Suiv.

Page 3 : Si les praticiens ne répondent jamais à la question 2, (après cette page le questionnaire passe directement à la partie caractéristique du praticien page 6)

Concrètement dans votre pratique :

3. Dans quels cas prescrivez-vous des examens complémentaires et lesquels ? (choix multiple)

	Aucun	Panoramique	Scanner, cône beam	Bilan sanguin	Biopsie	Prélèvement bactérien, virologique
Tuméfaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lésions ulcéreuses ou érosives uniques ou multiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lésions bulleuses ou vésiculaires uniques ou multiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Réalisez-vous des biopsies au sein de votre cabinet ?

- Oui
- Non

5. Lorsque vous observez une lésion de la muqueuse buccale que faites-vous ?

- Vous diagnostiquez et traitez vous-même le patient
- Vous adressez à un Dermatologue
- Vous adressez à Stomatologue
- Vous adressez à Chirurgien-dentiste spécialiste en chirurgie orale
- Vous adressez à un Médecin généraliste

Page 3 : Quand les praticiens répondent pratiquer un examen clinique à la question 2

6. Évaluez entre 0 et 5 vos difficultés à diagnostiquer les lésions et pathologies ci-dessous :

0 : pas de difficulté

5 : beaucoup de difficultés

	0	1	2	3	4	5
Carcinome épidermoïde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Épulis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manifestations orales de maladies systémiques (Anémie, leucémie, lymphome)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aphthose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lésion traumatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herpes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pemphigus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glossodynie/ Stomatodynie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Candidose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lichen plan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leucoplasie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. A quoi attribuez-vous ces difficultés à diagnostiquer ces lésions ?

- Formation initiale universitaire insuffisante sur ce point
- Rareté des formations continues sur ce point
- Trop peu d'informations à ce sujet dans la littérature
- Pas assez de patients présentant ce type de pathologie

Page 4

8. Évaluez entre 0 et 5 vos difficultés à prendre en charge (pour traiter et faire le suivi) des lésions et pathologies ci-dessous :

0 : pas de difficulté

5 : beaucoup de difficultés

	0	1	2	3	4	5
Carcinome épidermoïde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Épulis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manifestations orales de maladies systémiques (Anémie, leucémie, lymphome)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aphthose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lésion traumatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herpes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pemphigus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glossodynie/ Stomatodynie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Candidose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lichen plan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leucoplasie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Pourquoi rencontrez-vous des difficultés à prendre en charge ces lésions ?

- Vous n'êtes pas sûr du diagnostic
- Vous ne connaissez pas assez ces lésions
- Vous n'avez pas le temps

Page 5

Contexte de votre exercice :

10. Année d'obtention de votre diplôme de chirurgien-dentiste ?

11. Ville d'obtention de votre diplôme ?

- Bordeaux
- Brest
- Clermont-ferrand
- Lille
- Lyon
- Marseille
- Montpellier
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Paris
- Reims
- Rennes
- Strasbourg
- Toulouse
- Autre (veuillez préciser)

Page 6 : Caractéristiques démographiques du praticien

12. Votre sexe :

- Féminin
- Masculin

13. Vous exercez :

- En cabinet individuel
- En cabinet de groupe

14. Votre mode d'exercice est :
Plusieurs choix possibles

- Titulaire libéral
- Salarié d'un centre de santé
- Salarié d'un centre hospitalier
- Collaborateur libéral
- Collaborateur salarié
- Autre (veuillez préciser)

15. Code postal de votre cabinet ?

16. Êtes-vous proche d'un centre hospitalier ou d'un centre d'urgence dentaire ?

- Oui
- non

17. Y adressez-vous les patients atteints de lésions de la muqueuse buccale ?

- Oui
- Non

Page 7 : Suite des caractéristiques démographiques

18. Exercez-vous ou avez-vous exercé une fonction hospitalière ou hospitalo-universitaire?

- Non
 Oui : laquelle et à quelle date ?

19. Avez-vous suivi une formation continue au cours des cinq dernières années ?

	Oui	Non
Abonnement à une revue professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participation à des congrès ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cursus de formation continue théorique ? (CES, DU etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cursus de formation continue avec présence hospitalière ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Une de ces formations concernait-elle les pathologies de la muqueuse buccale ?




- Oui
 Non, difficile de trouver des formations sur ce sujet
 Non, Pas d'intérêt particulier pour ces lésions
 Non, ce n'est pas ma spécialité
 Non, Manque de temps

21. Souhaitez-vous recevoir les résultats de cette enquête ?

- Oui
 Non



Page 8 : Suite des caractéristiques démographiques



Enquête sur le diagnostic et la prise en charge des pathologies de la muqueuse orale

Merci de votre participation, vos réponses sont bien enregistrées.

Si vous souhaitez recevoir la publication de cette enquête merci de laisser vos coordonnées ci-dessous.

Sinon veuillez cliquer sur terminé.

22. Vos coordonnées

Nom

Prénom

Adresse

Adresse 2

Ville/Localité

Code postal

Adresse email



Préc. Terminé

Page 9 : Recueil des coordonnées (non obligatoire)

Annexe 2 : Caractéristiques du panel de praticiens

Question partie III du questionnaire	Résultats /nombres de réponses
Nombre total de réponses à cette partie	441
Année d'obtention du diplôme	Moyenne : 1996 Ecart type : 13 Extrême : 1970-2017
Hommes	39 % (170)
Femmes	61 %(271)
A proximité d'un centre d'urgence ou hospitalier	70 % (307)
Envoie des patients vers ce genre de centre	66 %(291)
Cabinet de groupe	51 %(228)
Cabinet individuel	49 % (213)
Exercice d'une fonction hospitalière	15 % (70)
Abonnement à des revues scientifiques	80 % (356)
Participation à des congrès	87 %(386)
Cursus de formation (CES/DU)	33 % (145)
Cursus de formation avec présence hospitalière	83 % (369)
Participation à une formation sur le thème des pathologies de la muqueuse orale	41 % (183)
Difficulté à trouver ce genre de formation	25 %(111)
Pas d'intérêt pour des formations sur ce thème	8 %(34)
Pas le temps pour participer à des formations sur ce sujet	16 %(71)
Non car considère que ça n'est pas leur spécialité	20 % (91)

Annexe 3 : Répartition de l'échantillon par ville d'obtention du diplôme

Ville d'obtention du diplôme	Proportions de dentistes (441 réponses)
Bordeaux	9 % (40)
Brest	1.6 % (7)
Clermont- Ferrand	4 % (17)
Lille	3 % (14)
Marseille	4 % (29)
Lyon	6.5 % (19)
Montpellier	3 % (15)
Nancy	2 % (10)
Nantes	6 % (27)
Nice	1 % (4)
Paris	33 % (144)
Reims	5 % (24)
Rennes	4 % (19)
Strasbourg	5 % (24)
Toulouse	9 % (39)
Autres	2 % (9)

Les personnes de la catégorie « AUTRES » ont noté avoir obtenu leur diplôme soit à Barcelone, Bucarest, Oradea, Lisbonne ou encore au Liban.

Annexe 4 : Répartition de l'échantillon en fonction du mode d'exercice

Mode d'exercice	Proportions de dentistes (441 réponses)
Titulaire libéral	78 % (344)
Salarié d'un centre de santé	7 %(31)
Salarié Hospitalier	4 %(17)
Collaborateur libéral	9 %(39)
Collaborateur salarié	5 %(20)
Autres	1.6 %(8)

Les « AUTRES » sont soit des retraités, remplaçant libéral, ou des salariés hospitalo-universitaire.

Annexe 5 : Tableaux des calculs du t de Student

Test du T de student

difficulté diagnostique entre carcinome et lésions traumatiques

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>carcinome</i>	<i>lésions traumatiques</i>
Moyenne	3,079439252	0,588785047
Variance	1,871894767	0,89842194
Observations	428	428
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	760	
Statistique t	30,95783703	
P(T<=t) unilatéral	4,4651E-137	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646861047	
P(T<=t) bilatéral	8,9301E-137	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,963090286	

difficulté diagnostique entre carcinome et aphtes

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>carcinome</i>	<i>aphtes</i>
Moyenne	3,079439252	0,780373832
Variance	1,871894767	1,024250914
Observations	428	428
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	787	
Statistique t	27,9487901	
P(T<=t) unilatéral	3,0637E-120	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646792096	
P(T<=t) bilatéral	6,1274E-120	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,962982869	

difficulté diagnostique entre carcinome et pemphigus

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>carcinome</i>	<i>pemphigus</i>
Moyenne	3,079439252	3,364485981
Variance	1,871894767	2,030773271
Observations	428	428
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	853	
Statistique t	-2,985088012	
P(T<=t) unilatéral	0,001457965	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646641945	
P(T<=t) bilatéral	0,002915931	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,96274896	

difficulté diagnostique entre carcinome et manifestations orales de maladie systémique (MS)

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>carcinome</i>	<i>manifestations orales de MS</i>
Moyenne	3,079439252	3,471962617
Variance	1,871894767	1,514434547
Observations	428	428
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	845	
Statistique t	-4,412886954	
P(T<=t) unilatéral	5,76E-06	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646658895	
P(T<=t) bilatéral	1,152E-05	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,962775363	

difficulté diagnostique entre manifestations orales de maladies systémiques et pemphigus

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>manifestions orales de MS</i>	<i>pemphigus</i>
Moyenne	3,364485981	3,471962617
Variance	2,030773271	1,514434547
Observations	428	428
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	836	
Statistique t	-1,180905371	
P(T<=t) unilatéral	0,118988086	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646678351	
P(T<=t) bilatéral	0,237976172	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,962805672	

difficulté diagnostique entre carcinome et lichen plan

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>carcinome</i>	<i>lichen plan</i>
Moyenne	3,079439252	1,696261682
Variance	1,871894767	1,542187397
Observations	428	428
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	846	
Statistique t	15,48684094	
P(T<=t) unilatéral	4,0885E-48	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646656758	
P(T<=t) bilatéral	8,17701E-48	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,962772035	

Test du T student

difficulté diagnostique entre Paris et Région Nord

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	Paris	Région Nord
Moyenne	1,942982456	1,87654321
Variance	2,43190669	2,411955815
Observations	456	324
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	697	
Statistique t	0,587763789	
P(T<=t) unilatéral	0,278440612	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,647042736	
P(T<=t) bilatéral	0,56881224	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,963373348	

difficulté diagnostique entre exerçant une fonction hospitalière ou non

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	Fonction hospitalière	pas de fonction hospitalière
Moyenne	1,646825397	2,032746823
Variance	2,345301167	2,642779742
Observations	756	4092
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	1093	
Statistique t	-6,30367535	
P(T<=t) unilatéral	2,10469E-10	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646248933	
P(T<=t) bilatéral	4,20938E-10	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,962136771	

difficulté diagnostique entre formation sur le thème ou non

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	Formation sur le thème	pas de formation sur le thème
Moyenne	1,847149018	2,036101083
Variance	2,657833431	2,503620775
Observations	2087	3047
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	4394	
Statistique t	-4,128006181	
P(T<=t) unilatéral	1,86354E-05	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,645200485	
P(T<=t) bilatéral	3,72708E-05	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,96050402	

difficulté diagnostique entre homme et femme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	Homme	Femme
Moyenne	1,85738255	2,037760417
Variance	2,35290014	2,752725429
Observations	1788	3072
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	3976	
Statistique t	-3,835215622	
P(T<=t) unilatéral	6,36991E-05	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,645236959	
P(T<=t) bilatéral	0,000127398	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,960560811	

difficulté de prise en charge entre Paris et Région Nord

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	Paris	Région Nord
Moyenne	2,164835165	1,871875
Variance	3,005809169	2,676322492
Observations	455	320
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	710	
Statistique t	2,394430782	
P(T<=t) unilatéral	0,008452273	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,647002601	
P(T<=t) bilatéral	0,016904545	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,963310818	

difficulté prise en charge entre exerçant une fonction hospitalière ou non

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	Fonction hospitalière	pas de fonction hospitalière
Moyenne	1,9375	2,353346457
Variance	3,235768975	3,380899456
Observations	752	4064
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	1062	
Statistique t	-5,803250294	
P(T<=t) unilatéral	4,2896E-09	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646289698	
P(T<=t) bilatéral	8,57921E-09	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,962200266	

difficulté prise en charge entre formation sur le thème ou non

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	Formation sur le thème	pas de formation sur le thème
Moyenne	2,036256659	2,447637925
Variance	3,343981455	3,311450962
Observations	2065	3027
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	4419	
Statistique t	-7,859165585	
P(T<=t) unilatéral	2,41107E-15	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,645198522	
P(T<=t) bilatéral	4,82213E-15	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,960500964	

difficulté de prise en charge entre homme et femme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	Homme	Femme
Moyenne	2,12507664	2,348425197
Variance	3,232198997	3,45256726
Observations	1631	3048
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	3427	
Statistique t	-4,002135072	
P(T<=t) unilatéral	3,20509E-05	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,645298384	
P(T<=t) bilatéral	6,41018E-05	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,960656455	

Test du T student

difficulté diagnostique entre au moins 1 formation et 4 formations

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>Au moins 1 formation</i>	<i>4 formations</i>
Moyenne	1,944301628	1,752777778
Variance	2,599853958	2,637875271
Observations	4668	360
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	415	
Statistique t	2,156944583	
P(T<=t) unilatéral	0,015791784	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,64853362	
P(T<=t) bilatéral	0,031583568	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,965696725	

difficulté diagnostique entre au moins 1 formation et aucune formation

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>Au moins 1 formation</i>	<i>Aucune formation</i>
Moyenne	1,944301628	2,630208333
Variance	2,599853958	2,485574825
Observations	4668	192
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	208	
Statistique t	-5,902764659	
P(T<=t) unilatéral	7,1809E-09	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,652212376	
P(T<=t) bilatéral	1,43618E-08	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,971434659	

difficulté diagnostique entre 4 formations et aucune formation

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>4 formations</i>	<i>Aucune formation</i>
Moyenne	1,752777778	2,630208333
Variance	2,637875271	2,485574825
Observations	360	192
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	400	
Statistique t	-6,162434465	
P(T<=t) unilatéral	8,74738E-10	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,648671941	
P(T<=t) bilatéral	1,74948E-09	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,965912343	

difficulté de prise en charge entre au moins 1 formation et 4 formations

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>Au moins 1 formation</i>	<i>4 formations</i>
Moyenne	2,263373598	2,027932961
Variance	3,394912802	3,646276388
Observations	4636	358
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	410	
Statistique t	2,253312123	
P(T<=t) unilatéral	0,012383604	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,6485786	
P(T<=t) bilatéral	0,024767209	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,96576684	

difficulté de prise en charge entre au moins 1 formation et aucune formation

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>Au moins 1 formation</i>	<i>Aucune formation</i>
Moyenne	2,263373598	2,848958333
Variance	3,394912802	2,610574825
Observations	4636	192
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	212	
Statistique t	-4,891941321	
P(T<=t) unilatéral	9,86475E-07	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,65207292	
P(T<=t) bilatéral	1,97295E-06	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,971217013	

difficulté de prise en charge entre 4 formations et aucune formation

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>4 formations</i>	<i>Aucune formation</i>
Moyenne	2,027932961	2,848958333
Variance	3,646276388	2,610574825
Observations	358	192
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	449	
Statistique t	-5,323944832	
P(T<=t) unilatéral	8,03859E-08	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,648254378	
P(T<=t) bilatéral	1,60772E-07	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,965261468	

Test du T student

difficulté diagnostique entre < 5 ans et 6 à 17 ans d'obtention du diplôme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<5 ans	6-17 ans
Moyenne	2,394927536	1,94199346
Variance	2,177687472	2,5272948
Observations	552	1224
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	1138	
Statistique t	5,842550531	
P(T<=t) unilatéral	3,35224E-09	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646193713	
P(T<=t) bilatéral	6,70447E-09	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,962050763	

difficulté diagnostique entre < 5 ans et 18 à 31 ans d'obtention du diplôme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<5 ans	18-31 ans
Moyenne	2,394927536	1,94807692
Variance	2,177687472	2,80230547
Observations	552	1560
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	1087	
Statistique t	5,897284869	
P(T<=t) unilatéral	2,46418E-09	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646256641	
P(T<=t) bilatéral	4,92836E-09	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,962148778	

difficulté diagnostique entre < 5 ans et >32ans d'obtention du diplôme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<5 ans	>32 ans
Moyenne	2,394927536	1,86933333
Variance	2,177687472	2,59265466
Observations	552	1500
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	1064	
Statistique t	6,97789095	
P(T<=t) unilatéral	2,63022E-12	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646286996	
P(T<=t) bilatéral	5,26045E-12	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,962196058	

difficulté diagnostique entre 6 à 17 ans et 18 à 31 ans d'obtention du diplôme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	6-17 ans	18-31 ans
Moyenne	1,94199346	1,94807692
Variance	2,5272948	2,80230547
Observations	1224	1560
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	2683	
Statistique t	-0,09790237	
P(T<=t) unilatéral	0,46100857	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,64542176	
P(T<=t) bilatéral	0,92201713	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,96084856	

difficulté diagnostique entre 6 à 17 ans et >32 ans d'obtention du diplôme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	6-17 ans	>32 ans
Moyenne	1,94199346	1,86933333
Variance	2,5272948	2,59265466
Observations	1224	1500
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	2626	
Statistique t	1,17975594	
P(T<=t) unilatéral	0,11910208	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,6454341	
P(T<=t) bilatéral	0,23820416	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,96086777	

difficulté diagnostique entre 18 à 31 ans et >32 ans d'obtention du diplôme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	18-31 ans	> 32 ans
Moyenne	1,94807692	1,86933333
Variance	2,80230547	2,59265466
Observations	1560	1500
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	3058	
Statistique t	1,32632155	
P(T<=t) unilatéral	0,09241613	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,64535207	
P(T<=t) bilatéral	0,18483226	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,96074005	

Test du T student

difficulté prise en charge < 5 ans et entre 6 et 17 ans d'otention du diplôme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<5ans	6-17ans
Moyenne	2,717391304	2,26184093
Variance	2,972618954	3,26858731
Observations	552	1119
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	1145	
Statistique t	4,998457821	
P(T<=t) unilatéral	3,34032E-07	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646185514	
P(T<=t) bilatéral	6,68064E-07	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,962037992	

difficulté prise en charge < 5 ans et entre 18 et 31 ans d'otention du diplôme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<5ans	18-31ans
Moyenne	2,717391304	2,23849644
Variance	2,972618954	3,55008645
Observations	552	1543
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	1054	
Statistique t	5,462500094	
P(T<=t) unilatéral	2,9281E-08	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646300607	
P(T<=t) bilatéral	5,8562E-08	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,962217259	

difficulté prise en charge < 5 ans et >32 ans d'otention du diplôme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<5ans	>32ans
Moyenne	2,717391304	2,18682796
Variance	2,972618954	3,4243859
Observations	552	1488
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	1051	
Statistique t	6,051632365	
P(T<=t) unilatéral	9,95962E-10	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,646304741	
P(T<=t) bilatéral	1,99192E-09	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,962223698	

difficulté prise en charge entre 6 et 17 ans et entre 18 et 31 ans d'otention du diplôme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	6-17ans	18-31ans
Moyenne	2,26184093	2,23849644
Variance	3,26858731	3,55008645
Observations	1119	1543
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	2464	
Statistique t	0,32305471	
P(T<=t) unilatéral	0,37334061	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,64547227	
P(T<=t) bilatéral	0,74668122	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,96092722	

difficulté prise en charge 6 et 17 ans et > 32 ans d'otention du diplôme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	6-17ans	>32ans
Moyenne	2,26184093	2,18682796
Variance	3,26858731	3,4243859
Observations	1119	1488
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	2437	
Statistique t	1,03801699	
P(T<=t) unilatéral	0,14968256	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,64547913	
P(T<=t) bilatéral	0,29936512	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,9609379	

difficulté prise en charge 18 et 31 ans et > 32 ans d'otention du diplôme

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	18-31ans	>32ans
Moyenne	2,23849644	2,18682796
Variance	3,55008645	3,4243859
Observations	1543	1488
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	3028	
Statistique t	0,76163603	
P(T<=t) unilatéral	0,22316829	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,64535701	
P(T<=t) bilatéral	0,44633658	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,96074774	

Annexe 6 : Données démographiques sur les chirurgiens-dentistes en 2017



Chirurgiens-dentistes...

données chiffrées

DÉMOGRAPHIE

Au 1^{er} janvier 2017,

87,8 % des 42 589 chirurgiens-dentistes français (Métropole + DOM), exercent en libéral.

43,8 % sont des femmes.

7,6 % ont moins de 30 ans dont **59,7 %** de femmes.

49,9 % ont plus de 50 ans.

6,5 % ont plus de 65 ans.

50 % exercent dans des agglomérations de plus de 200 000 habitants.

18,8 % exercent en zone rurale ou dans des communes de moins de 10 000 habitants.

Source : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

99 % des patients sont à moins de 10 km d'un cabinet dentaire. Source : CNSD/CartoSanté

20 278 chirurgiens-dentistes emploient du personnel représentant **45 106** salariés.

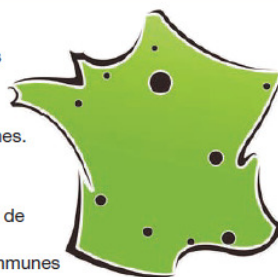
Source : AG2R-La Mondiale (2013)

Le numerus clausus est fixé à 1199 en 2017. Sur 1 695 nouvelles inscriptions au tableau de l'Ordre en 2016, il y a 631 diplômés étrangers (dont 284 Roumains soit 5 fois plus qu'en 2010) et environ 1 060 praticiens passés par le numerus clausus français. Le nombre de diplômés étrangers s'installant en France est en croissance exponentielle : leur moyenne d'âge se situe dans la tranche 30-42 ans.

En résumé :

Inscription au tableau de l'Ordre 2016 : 6 diplômés étrangers pour 10 diplômés français.

Source : Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (CNO)



Répartition des chirurgiens-dentistes par type d'exercice

Source : DREES (au 01.01.2017)

Cabinet individuel	16 307	39 %
Cabinet de groupe	12 371	29,6 %
Exercice en société	7 771	18,6 %
Centre de santé	3 595	8,6 %
Établissement public de santé	909	2,18 %
Sécurité sociale	250	0,6 %
Autres	170	0,4 %
Établissement de soins et prévention	72	0,17 %
Établissement privé	44	0,1 %

Table des illustrations

- **Tableaux:**

Tableau 1: Effectifs de praticiens n'ayant pas répondu en fonction des différentes parties du questionnaire	45
Tableau 2: Moyennes des scores de difficultés de diagnostic et de prise en charge pour différentes pathologies de la muqueuse orale	48

- **Figures :**

Figure 1: Photographie illustrant un aphte au niveau du bord antérieur de la langue (Akintoye et Greenberg 2014).	3
Figure 2 : Photographie illustrant une candidose orale de type pseudo-membraneuse (Service Odontologie du Pr Descroix - Hôpital Pitié Salpêtrière, Dr Rochefort)	5
Figure 3: Photographie illustrant un carcinome épidermoïde de stade 2 au niveau de la face interne de la joue droite (Service Odontologie du Pr Descroix, - Hôpital Pitié Salpêtrière, Dr Rochefort)	8
Figure 4: Photographie illustrant un Epulis au niveau de la papille inter incisive maxillaire (upv5.univ-paris5.fr)	10
Figure 5 : Photographies illustrant, (1) exemples de primo-infections herpétiques et (2) exemples de récurrences herpétiques orales (Dr Rochefort, ID 2017)	13
Figure 6 : Photographie illustrant un zona au palais (Service Odontologie du Pr Descroix, -Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Dr Rochefort)	15
Figure 7 : Photographie illustrant un cas de pemphigus vulgaire (Arpita et al. 2015).....	17
Figure 8 : Photographie illustrant une leucoplasie du vestibule antérieur maxillaire en lien avec une consommation de chique de Bétel - (Cabinet du Dr Chachoua, Pantin).....	19
Figure 9 : Photographie illustrant un lichen plan réticulé de la face interne de la joue droite (Dr Rochefort).....	21
Figure 10 : Photographie illustrant un sarcome de Kaposi au niveau du palais dur (Behera et al. 2016)	23
Figure 11 : Photographie illustrant un patient présentant une leucémie aigüe myéloïde	24
Figure 12 : Répartition de l'échantillon par département	42

- **Graphique :**

Graphique 1 : Graphique illustrant la proportion de chaque examen complémentaire prescrit en fonction de différentes lésions de la muqueuse orale dans notre échantillon	45
Graphique 2 : Moyennes des scores de difficulté diagnostique et de prise en charge en fonction du sexe du praticien	49
Graphique 3 : Moyennes des scores de difficulté de diagnostic et de prise en charge en fonction de l'année d'obtention du diplôme.....	49
Graphique 4 : Moyennes des scores de difficulté diagnostique et de prise en charge en fonction de l'exercice ou non d'une fonction hospitalière	51
Graphique 5 : Moyennes des scores de difficulté diagnostique et de prise en charge en fonction du nombre de type de formations suivies au cours des 5 dernières années.....	51
Graphique 7 : Moyennes des scores de difficulté diagnostique et de prise en charge en fonction de la participation ou non à une formation sur les pathologies de la muqueuse orale	52

**Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation
ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.**

ROUME Maud. Pathologies de la muqueuse orale : identification, diagnostic et prise en charge des lésions en cabinet. Etat des lieux, enquête nationale auprès des praticiens. 2017. 87 p. : ill., graph., tab. Références bibliographiques : 64 -71.

Sous la direction du : *Docteur Juliette Rochefort*

Th : Chir Dent. : Paris 7 : 2017

RESUME en français :

Les Chirurgiens-dentistes (CD) ont pour rôle d'identifier les pathologies de la muqueuse orale (PMO), de les diagnostiquer, les prendre en charge ou orienter les patients vers les spécialistes adéquats. Aujourd'hui, l'errance diagnostique des patients atteints de PMO est importante. Peu d'études ont cherché à analyser et expliquer le comportement des CD face à ces pathologies. Nous avons réalisé une enquête nationale auprès des praticiens afin d'étudier leurs démarches face à ces lésions. D'après notre étude, les CD n'ont pas de difficultés importantes à diagnostiquer et prendre en charge l'ensemble des lésions. Néanmoins des différences ressortent : d'abord entre les différentes pathologies mais aussi selon les caractéristiques démographiques du praticien : sexe, année de diplôme, mode d'exercice ou encore formations continues suivies ces 5 dernières années. En majorité les CD justifient leurs difficultés diagnostiques par un manque de patients présentant ce type de pathologies et la moitié par une formation initiale insuffisante. Plus de 2/3 des praticiens répondants expliquent ne pas prendre en charge ces lésions par un manque de connaissance sur ce thème. L'accompagnement des praticiens pour le diagnostic de ces lésions permettrait d'améliorer la prise en charge des patients atteints de ce type de pathologies.

TITRE en anglais: Oral mucosal diseases: identification, diagnosis and medical care of lesions in dental office. State of play, national Survey of Dental Surgeons.

DISCIPLINE: Chirurgie orale

MOTS-CLES français : Maladie (FMeSH) ; Muqueuse de la bouche (FMeSH) ; Diagnostic (FMeSH) ; Gestion des soins aux patients (FMeSH) ; Enquêtes de santé (FMeSH) ; Dentistes (FMeSH).

MOTS-CLES anglais: Disease (MeSH) ; Mouth mucosa (MeSH) ; Diagnosis (MeSH) ; Patient care management (MeSH) ; Health surveys (MeSH) ; Dentists (MeSH).