

P. 16
Se préparer à une visite
d'inspection professionnelle

P. 22
Loi modifiant le Code des professions et d'autres
dispositions dans le domaine buccodentaire (Loi 15)
Ce qu'il faut savoir

Journal

de l'Ordre
des dentistes
du Québec

Vol. 60 n° 1 • Juillet 2023

P. 4
ÉDITORIAL
ACCÈS AUX SOINS BUCCODENTAIRES

P. 38
**HYPERPLASIES DE
LA GENCIVE D'ORIGINE
RÉACTIONNELLE :**
REVUE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL



P. 30
LIEN POSSIBLE
ENTRE L'UTILISATION DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE
ET LE DÉVELOPPEMENT DU CANCER DE LA BOUCHE

 Ordre des dentistes
du Québec

Services aux professionnels
de la santé RBC^{MC}

Vos finances.
Vos objectifs.
Notre engagement.

Planifiez pour l'avenir avec l'aide de spécialistes de RBC

Les spécialistes, Services aux professionnels de la santé RBC sont versés dans l'art de concevoir des solutions sur mesure pour les dentistes.

L'équipe de RBC peut vous aider à combler vos besoins financiers personnels et professionnels immédiats tout en vous offrant des conseils qui vous permettront d'atteindre vos objectifs à plus long terme.

Communiquez avec un spécialiste,
Services aux professionnels de la santé RBC.

rbc.com/sante



127795 (02_2022)

- 4** **Éditorial**
- 8** **Portrait**
L'exercice de la médecine
dentaire en milieu hospitalier
- 12** **Tournée de l'Ordre**
Les incrustations en céramique
- 20** **Actualités**
- 28** **Des nouvelles
de votre Fonds**
- 30** **Médecine dentaire**
Lien possible entre l'utilisation
de la cigarette électronique
et le développement du cancer
de la bouche
- 38** **Médecine dentaire**
Hyperplasies de la gencive
d'origine réactionnelle :
revue et diagnostic différentiel
- 57** **À l'agenda**



16 Chronique

Se préparer à une visite
d'inspection professionnelle



22 Chronique

Loi modifiant le Code
des professions et d'autres
dispositions dans le domaine
buccodentaire (Loi 15)
Ce qu'il faut savoir



Accès aux soins buccodentaires

Resserrer les mailles du filet, une étape à la fois

La question de l'accès aux soins buccodentaires a fait couler beaucoup d'encre cette année, les différents ordres de gouvernement ayant exprimé la volonté de mettre en place des mesures destinées aux clientèles les plus vulnérables.

En avril dernier, le gouvernement du Québec a dévoilé le Programme de soins dentaires médicalement requis. Ce nouveau programme accroît la couverture publique

des soins buccodentaires pour des patients en attente d'une chirurgie cardiaque, d'une greffe d'organe ou d'une greffe hématopoïétique allogénique. Il s'ajoute au Programme de radio-oncologie buccodentaire, qui prévoyait déjà le remboursement des soins buccodentaires pour les patients atteints d'un cancer de la sphère oto-rhino-laryngologique qui nécessitent de la radiothérapie couvrant le maxillaire ou la mandibule.

D'ailleurs, dans cette édition du *Journal*, vous aurez l'occasion de découvrir le quotidien de dentistes qui œuvrent auprès de cette clientèle au Département de stomatologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Une demande de longue date

Je ne peux passer sous silence le fait que le Programme de soins dentaires médicalement requis vient répondre en partie à une demande de longue date de l'Ordre des dentistes du Québec. La bouche, nous le savons, peut être un foyer important d'infections susceptibles de réduire le pronostic de chirurgies vitales. Ce programme vise donc à éviter que des patients aient à reporter une chirurgie cardiaque, une greffe d'organe ou une greffe hématopoïétique allogénique, faute de pouvoir se permettre les soins buccodentaires requis au préalable. Accueilli très favorablement par l'Ordre, le programme vient ainsi corriger une incohérence dans un système de santé qualifié d'universel, et qui devrait par conséquent couvrir l'ensemble des soins de santé essentiels. La prochaine étape consiste maintenant à élargir ce programme aux patients qui reçoivent des traitements de chimiothérapie pour soigner un cancer, actuellement non couverts.

Une réflexion globale s'impose

Le nouveau programme est un pas dans la bonne direction, mais encore trop de personnes vulnérables sont toujours privées de soins buccodentaires de base, faute de moyens financiers ou d'une incapacité à se déplacer pour recevoir de tels soins. La couverture publique des soins buccodentaires au Québec tend à répondre davantage à des besoins curatifs et précis, laissant notamment en plan tout le volet préventif, pourtant très important pour maintenir une bonne santé buccodentaire.

L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021 publiée par l'Institut de la statistique du Québec révèle que la dernière visite chez le dentiste remonte à cinq ans ou plus pour 10 % des Québécois. L'enquête souligne aussi que les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles qui vivent dans un ménage à faible revenu sont les plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté un dentiste pour la dernière fois il y a cinq ans ou plus.

Avec une population vieillissante, un coût de la vie en hausse et un système de santé de plus en plus sous pression, le temps est venu d'entamer une réflexion plus globale sur la couverture publique actuelle en matière de soins buccodentaires tant préventifs que curatifs. Il en va non seulement de l'état de santé buccodentaire de la population québécoise, mais aussi de sa santé générale. Avec l'élargissement récent de la couverture publique aux soins buccodentaires médicalement requis, le gouvernement québécois vient reconnaître cet état de fait et, du même coup, l'importance de la santé buccodentaire. Il faut poursuivre nos efforts pour que les plus vulnérables de notre société aient accès à des soins essentiels à leur santé et à leur bien-être. L'Ordre compte bien veiller à ce que tous les efforts et ressources soient déployés en ce sens.

D'ici là, bonne lecture de cette nouvelle édition du *Journal de l'Ordre!* ▶

D^{re} Liliane Malczewski

Présidente



VOS BESOINS DEVIENNENT NOTRE FOCUS.

Depuis plus de 40 ans,
nous offrons un service d'évaluation spécifique
à la profession de dentistes généralistes et spécialisés.

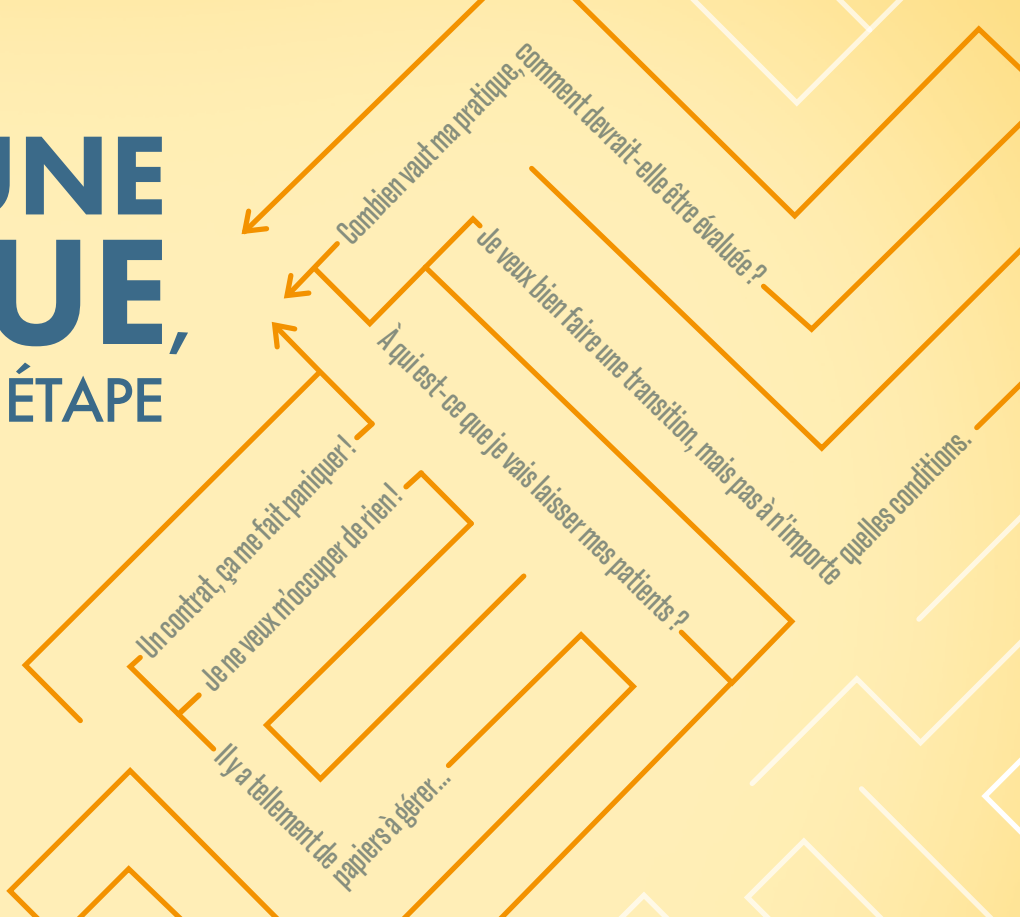
Pour plus d'informations:
GUILBERT-EVALUATION.CA
info@guilbert-evaluation.ca
514 783-0794


Services d'évaluation d'entreprises
Business Valuation Services

VENDRE UNE CLINIQUE,

C'EST UNE GROSSE ÉTAPE
DANS UNE VIE !

NOUS LE SAVONS.



SUIVEZ-NOUS, NOUS ALLONS LA TRAVERSER ENSEMBLE.

ÉVALUATION DE PRATIQUES | VENTE DE CLINIQUES COACHING POUR VENDEURS ET ACHETEURS



Dr Pierre Boyer

Anaëlle Boyer

- Plus de 20 ans d'expérience
- Large réseau de contacts (comptables, avocats, etc.)
- Banque d'acheteurs potentiels
- Accompagnement personnalisé à toutes les étapes du processus

**CLIQUEZ CI-DESSOUS ET
DÉMARREZ LE PROCESSUS!**

**ÉCRIVEZ-NOUS
DÈS MAINTENANT!**

**VISITEZ LES CLINIQUES
À VENDRE**

L'exercice de la médecine dentaire en milieu hospitalier



Quand il est question de médecine dentaire, on pense tout de suite à un cabinet établi dans un quartier résidentiel ou situé dans un complexe médical. L'exercice de la médecine

dentaire en milieu hospitalier est un volet moins connu de la profession que nous abordons dans cet article.

Situé au cœur du centre-ville de Montréal, le Département de stomatologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) regroupe 22 dentistes qui pratiquent dans trois secteurs, soit la dentisterie générale, la chirurgie buccale et maxillofaciale ainsi que la prosthodontie maxillofaciale. « Nous traitons des patients qui ont des conditions médicales très variées », explique le D^r Matthieu Schmittbuhl, chef du Département de stomatologie du CHUM et professeur titulaire en radiologie à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal.

Conjuguer soins, enseignement et recherche

L'équipe du Département de stomatologie se consacre à la fois à offrir des soins aux patients, à mener des activités d'enseignement et à développer des projets de recherche. Elle traite des milliers de patients par année, dont de très nombreux cas complexes. « En qualité de centre hospitalier universitaire, le CHUM assure l'encadrement d'étudiants de premier cycle et participe activement à la formation de résidents multidisciplinaires, précise le D^r Schmittbuhl. Nous menons aussi des projets de recherche clinique en interdisciplinarité en vue d'améliorer la prise en charge de patients traités en oncologie, notamment. C'est un milieu très stimulant pour les dentistes et les étudiants. » Parmi les sujets de recherche explorés, mentionnons la gestion des douleurs orofaciales et les troubles du sommeil chez les patients qui reçoivent des traitements d'oncologie.



**Sylvain
Arsenault**



**Éric
Dufresne**



**Matthieu
Schmittbuhl**



Une couverture de soins élargie

Le D^r Schmittbuhl et ses collègues ont accueilli favorablement la mise en place du programme gouvernemental qui vient élargir la couverture publique des soins buccodentaires à des patients en attente d'une chirurgie cardiaque ou d'une greffe d'organe. Ce nouveau programme s'ajoute au Programme de radio-oncologie buccodentaire, qui offre une prise en charge buccodentaire des patients atteints d'un cancer de la sphère oto-rhino-laryngologique et qui nécessitent de la radiothérapie au niveau des maxillaires. Selon le D^r Schmittbuhl, « c'est un pas dans la bonne direction, et il faut aller plus loin pour aider les patients qui ne sont pas couverts par un régime privé d'assurance, entre autres en l'élargissant à des personnes en attente de traitements de chimiothérapie et d'immunothérapie ».

Une pratique dynamique

Le D^r Sylvain Arsenault est chef du Service de dentisterie générale du CHUM. Son intérêt envers la pratique de la médecine dentaire en milieu hospitalier remonte à sa résidence, effectuée à l'Hôpital Notre-Dame au cœur des années 80. « J'ai tout de suite aimé ce type de pratique diversifiée, exercée en interdisciplinarité », raconte le D^r Arsenault, qui a également une pratique en cabinet privé.

En général, les patients qu'il reçoit à la clinique du CHUM sont référés par des médecins. Il peut s'agir de personnes qui doivent faire évaluer leur condition en prévision d'une greffe d'organe. « Les patients doivent avoir une bonne santé buccodentaire avant de subir une telle intervention afin de prévenir les complications », explique-t-il. Le D^r Arsenault reçoit aussi des patients admis à l'urgence pour diverses raisons et assure la prise en charge des personnes traitées pour un cancer.

La dentisterie générale en milieu hospitalier s'appuie sur la collaboration avec les médecins, les infirmières pivots et les collègues dentistes. « La préparation des patients est importante, tout comme l'attention portée aux interactions médicamenteuses et la consultation des bilans sanguins. »

Le D^r Arsenault est particulièrement ravi de faire partie d'une équipe qui contribue à la formation de la relève. « C'est beau de voir la confiance des étudiants croître au cours de leur résidence. » Un sentiment que partage entièrement le D^r Matthieu Schmittbuhl : « Je suis fier de participer à la prise en charge de patients souffrant de conditions médicales complexes tout en formant des étudiants et des résidents. »

Rendre service

Quant au Service de prosthodontie maxillofaciale, il prend en charge plus de 400 nouveaux patients par année. Il est dirigé par le D^r Éric Dufresne, qui est également professeur adjoint au Département de dentisterie de restauration de l'Université de Montréal. Les 11 dentistes qui y œuvrent s'emploient à réhabiliter des patients atteints d'un cancer de la tête ou du cou. Parmi ces patients, certains nécessitent des reconstructions combinant chirurgie plastique et usage d'épithèses, des prothèses faciales conçues pour remplacer une zone anatomique du visage.

Les dentistes, membres de l'équipe, sont appelés à intervenir lors de l'étape de planification qui précède les traitements de radiothérapie et, par la suite, pour pallier les conséquences des traitements et des chirurgies. « On accompagne les patients qui subissent des chirurgies ablatives débilantes au niveau de la cavité orale, de la tête et du cou afin de leur permettre de s'en remettre le mieux possible. Pour ma part, c'est le sentiment de rendre service qui m'anime. »

Ces dernières années, la prosthodontie maxillofaciale a pu bénéficier des avancées les plus récentes en matière de technologies numériques, comme en témoigne le projet AUDACE, en cours au CHUM (voir l'encadré). « Il s'agit d'une pratique à la fois stimulante et exigeante, observe le D^r Dufresne. Le fait d'être en contact avec les étudiants nous pousse à ne rien tenir pour acquis et à viser constamment l'excellence. »

Le Département de stomatologie du CHUM comprend également le Service de chirurgie buccale et maxillofaciale, dirigé par le D^r Nimatt Pertick, qui assure la prise en charge chirurgicale de nombreux patients hospitalisés et de patients traités pour des cancers ou souffrant de pathologies complexes. Son équipe regroupe des chirurgiens et des dentistes provenant d'autres spécialités, comme la médecine buccale. Elle joue aussi un rôle très important dans la formation des étudiants et des résidents inscrits au programme de dentisterie multidisciplinaire de l'Université de Montréal. ▶

Le D^r Schmittbuhl et ses collègues ont accueilli favorablement la mise en place du programme gouvernemental qui vient élargir la couverture publique des soins buccodentaires à des patients en attente d'une chirurgie cardiaque ou d'une greffe d'organe.

À PROPOS DU PROJET AUDACE

Le projet AUDACE, entrepris en 2019 par Jacques de Guise (Centre de recherche du CHUM et École de technologie supérieure), la D^{re} Marie-Pascale Pomey (École de santé publique de l'Université de Montréal et Centre de recherche du CHUM) et le D^r Matthieu Schmittbuhl, mise sur les technologies numériques pour aider les patients qui subiront des chirurgies du visage à apprivoiser leur future identité. À partir d'une modélisation 3D préchirurgicale du visage, l'équipe s'attache à créer des modèles numériques du visage des patients, à simuler les impacts délabrants de la chirurgie et à représenter, de façon virtuelle, la nouvelle apparence physique des patients, et ce, avant même de fabriquer l'épithèse par impression 3D. Interdisciplinaire, l'équipe réunit notamment des dentistes, des médecins de plusieurs spécialités, des ingénieurs, des psychologues et des artistes.





TOURNÉE DE L'ORDRE

Les incrustations en céramique

Tournée de l'Ordre 2023-2024



Les incrustations en céramique

La dentisterie conservatrice est de plus en plus prédominante alors que la science des biomatériaux évolue à un rythme effréné. Dans ce contexte, il devient primordial de comprendre les fondements rationnels et actuels des incrustations en céramique, les principes de préparation dentaire fondés sur les données probantes et la cimentation adhésive afin d'incorporer un protocole contemporain à sa pratique.

Offerte dans le cadre de la tournée de l'Ordre 2023-2024, la formation « Les incrustations en céramique » vous permettra notamment de :

- comprendre les principes rationnels de la prosthodontie conservatrice;
- comprendre les différences conceptuelles entre une rétention prothétique basée sur une friction mécanique et une rétention prothétique basée sur une adhésion tissulaire;
- connaître les indications d'incrustations en céramique;
- connaître les éléments nécessaires à la planification et à la tenue des dossiers;
- connaître les astuces d'utilisation de la digue dentaire propres aux incrustations;
- comprendre les principes de préparation guidée par le défaut et reconnaître les indications de recouvrement cuspidien;
- connaître les protocoles cliniques optimaux de scellement dentinaire immédiat et de cimentation adhésive (prétraitement, décontamination). **D**

TOURNÉE DE L'ORDRE

DATES	SOCIÉTÉS DENTAIRES	POUR VOUS INSCRIRE
27 octobre 2023 de 8 h 30 à 12 h	Haut-Saint-Laurent	Courriel : clinique.yvantheoret@hotmail.ca
	Lanaudière	Site Web : https://www.sdlananaudiere.com/ Courriel : sdlananaudiere.admin@gmail.com
	Québec	Site Web : https://www.sdq.ca/ Courriel : info@sdq.ca
10 novembre 2023 de 8 h 30 à 12 h	Alpha-Omega	Site Web : www.aomontreal.org Courriel : admin@aomontreal.org
	Laval	Site Web : https://sdlaaval.com Courriel : info@sdlaaval.com
1 ^{er} décembre 2023 de 8 h 30 à 12 h	Estrie	Site Web : http://www.sdestrie.org Courriel : sde.muriel@outlook.com
	Montréal	Site Web : https://sdmtl.ca Courriel : info@sdmtl.ca
	Outaouais	Site Web : http://www.societedentaireoutaouais.ca
12 janvier 2024 de 8 h 30 à 12 h	Abitibi-Témiscamingue	Courriel : sdabitibi@gmail.com
	Laurentides	Site Web : http://www.sdlaurentides.ca Courriel : isafortin@videotron.ca
	Mauricie-Bois-Francis	Site Web : www.sdmbf.com Courriel : contact@sdmbf.com
	Nord Sud	Page Facebook : https://www.facebook.com/groups/589999767845324/
15 mars 2024 de 8 h 30 à 12 h	Montreal Dental Club	Site Web : http://www.montrealdentalclub.ca Courriel : info@montrealdentalclub.ca
	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Information à venir
	Vallée-du-Richelieu	Site Web : https://www.societedentaire.com/
	Yamaska	Courriel : sdyamaska@hotmail.com

LES CONFÉRENCIERS



Adrien Pollini

Le D^r Adrien Pollini a obtenu un doctorat en médecine dentaire de l'Université de Lyon en 2009. Il a ensuite reçu une bourse ITI de l'Université de Louisville, aux États-Unis, où il a suivi une formation chirurgicale et prothétique pendant cinq ans. Durant cette période, le D^r Pollini a obtenu un certificat en prothodontie et une maîtrise en sciences dentaires. Il est actuellement professeur agrégé au Département de prothèses et directeur du programme de dentisterie multidisciplinaire de l'Université Laval.



Annik Pelletier

La D^{re} Annik Pelletier est professeure titulaire en prothodontie à la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval, où elle a été diplômée en 2013. Elle a fait des études postdoctorales à l'University of Texas Health Science Center de Houston, obtenant un certificat en prothodontie et une maîtrise en sciences dentaires en 2016. Vice-doyenne aux études de premier cycle et aux affaires académiques, la D^{re} Pelletier a également été codirectrice du programme de dentisterie multidisciplinaire de l'Université Laval. Ses travaux de recherche portent sur le bruxisme du sommeil et le microbiome.

VOUS AVEZ MANQUÉ LA TOURNÉE 2022-2023 ?

Faites comme plus de 1 600 membres de l'Ordre : suivez la formation « Une pratique tournée vers l'avenir : les nouveautés en pharmacothérapie dentaire » et découvrez tous les changements importants pour votre pratique.

À suivre sur Dentoform.ca!





CHRONIQUE

SE PRÉPARER À UNE VISITE D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

Vous recevrez prochainement la visite d'un inspecteur de l'Ordre? Voici des informations utiles pour vous y préparer adéquatement.

Chaque année, les inspecteurs de l'Ordre visitent quelque 320 cabinets partout au Québec en vertu des lois et règlements applicables, dont le Code des professions et le Règlement sur le comité d'inspection professionnelle.

En plus des inspections dites « régulières », qui reviennent une fois tous les sept ans environ, l'Ordre peut planifier une inspection dans un cabinet pour différentes raisons, entre autres :

- lors d'une nouvelle inscription au tableau ;
- à la suite d'un signalement du syndic ou du Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec ;
- à la demande du comité d'inspection professionnelle ou du comité exécutif ;
- lors d'une requête pour devenir maître de stage dans le cadre de l'Entente France-Québec.

Axée sur les conseils et le soutien, la visite d'inspection vise l'amélioration continue de la qualité de l'exercice de la médecine dentaire. Pour le dentiste, c'est une occasion d'échanger avec un représentant de l'Ordre à propos de deux volets principaux : la tenue de cabinet et la qualité de l'acte.

Les principales étapes de l'inspection

Un employé de l'Ordre communiquera avec vous de six à huit semaines avant l'inspection pour fixer une date de visite. Par la suite, vous recevrez un questionnaire prévisite qui vous aidera, ainsi que l'inspecteur, à vous préparer à l'inspection.

Quant à la visite, il faut prévoir environ 2,5 heures ; en général, elle se déroule à votre cabinet, mais elle

pourrait également avoir lieu en mode virtuel, dans certaines circonstances. Vous recevrez le rapport d'inspection régulière dans un délai d'environ six à huit semaines après la visite.

Se préparer à une inspection

La plupart des sujets abordés lors de la visite se trouvent dans le questionnaire prévisite. L'inspecteur portera une attention particulière aux éléments suivants :

- La formation continue – registre à jour
- Aménagement et propreté générale du cabinet, affichage des permis
- Salles de traitement : contenu, protocoles d'asepsie, gestion des matériaux
- Unité de retraitement des dispositifs médicaux
- Salles et unités de radiologie
- Trousse et protocoles d'urgence, protocole en cas de blessure du personnel, médicaments contrôlés
- Gestion des déchets biomédicaux
- Personnel du cabinet – délégation d'activités
- Tenue des dossiers dentaires
- Résultats cliniques évalués par une sélection aléatoire de dossiers par l'inspecteur

L'inspection professionnelle, tout en étant une obligation légale, vous permet de profiter d'une rétroaction éclairée. C'est l'occasion d'échanger sur des moyens adaptés au contexte de votre pratique pour favoriser l'atteinte des normes de la profession et bénéficier de conseils judicieux. Avant tout, l'inspection se veut un processus constructif et positif! ■

DES RÉPONSES À VOS QUESTIONS

1. **Dois-je reporter les rendez-vous des patients prévus pendant l'inspection?**

Oui, car c'est un moment privilégié d'échanger avec l'inspecteur.

2. **Mes collègues peuvent-ils continuer à travailler pendant l'inspection?**

Oui. L'inspecteur aura besoin d'accéder brièvement à une salle opératoire et à une salle d'hygiène, mais cela peut se faire entre deux patients.

3. **Devrais-je prévoir la présence de membres du personnel du bureau pendant l'inspection?**

Oui. Il devra y avoir au moins une autre personne présente avec vous pendant la visite. Il est recommandé que cette personne connaisse bien le système informatique (agenda, module de recherche par procédure) et le système de classement de dossiers et de modèles.

4. **Dois-je préparer des dossiers patients pour l'inspection?**

Non, car l'inspecteur sélectionnera lui-même des dossiers qui reflètent les domaines de votre pratique. De façon générale, de 15 à 20 dossiers feront l'objet d'une discussion avec l'inspecteur.

5. **Dois-je prévoir une salle fermée pour discuter avec l'inspecteur?**

Il est préférable de minimiser les distractions pendant l'inspection. Lors de l'étude de vos dossiers, vous devrez discuter de vos radiographies et modèles; il faut donc prévoir un accès aux images numériques. Si vous n'avez accès à vos radiographies numériques que dans les salles opératoires, l'étude des dossiers devra avoir lieu dans l'une d'entre elles.





Actualités

Balado sur la santé buccodentaire



BALADOS Écoutez les épisodes

maboucheensante.com



Ma bouche en santé : le balado

Dans le cadre du Mois de la santé buccodentaire, l'Ordre des dentistes du Québec a dévoilé les premiers volets du balado **Ma bouche en santé**. Nos experts ont créé des épisodes captivants pour aider la population à mieux comprendre les causes de la carie et à apprendre comment la prévenir.

Dans le premier épisode intitulé « **La carie chez les tout-petits** », l'animatrice Julie Ringuette rencontre la D^{re} Asselin, dentiste pédiatrique, afin de démystifier la carie de la petite enfance et de s'informer sur les habitudes à adopter et les moyens possibles pour la prévenir.

Dans le deuxième épisode, « **Prévenir la carie à tout âge** », Julie Ringuette rencontre le D^r Christian Caron, dentiste et professeur titulaire en gérodonologie à la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval, afin de bien saisir l'importance de prévenir la carie à tout âge.

Écoutez les deux premiers volets sur le portail maboucheensante.com et n'hésitez pas à les partager. ▶



Bienvenue à nos nouveaux membres !

Les cérémonies de remise de permis de l'Ordre ont eu lieu les 5 et 9 juin, respectivement à Montréal et à Québec. C'est avec grand plaisir que l'Ordre a accueilli dans ses rangs 123 dentistes issus de la nouvelle génération de diplômés des facultés de médecine dentaire de l'Université de Montréal, de l'Université McGill et de l'Université Laval. Félicitations à tous ceux et celles qui sont à l'aube d'une carrière professionnelle palpitante! ▶



Retour sur les JDIQ

C'est sur le thème des superhéros, symbolisant la contribution des dentistes et du personnel dentaire à la santé globale de la population, qu'ont eu lieu les Journées dentaires internationales du Québec (JDIQ) 2023. Au total, 10 875 professionnels et autres représentants du domaine dentaire ont participé à cette édition qui regroupait 105 conférences toutes plus intéressantes les unes que les autres. Une allée des étoiles avait été érigée par l'Ordre afin de mettre en valeur les témoignages de dentistes passionnés par leur profession. ▶



Vous avez manqué des conférences présentées lors des JDIQ 2023 et aimeriez les visionner en différé ?

Au cours des prochaines semaines, vous trouverez sur la plateforme Dentoform les captations audio et vidéo de certaines conférences au programme du plus récent congrès de l'Ordre, les JDIQ 2023. Le visionnement de chaque conférence vous permettra d'inscrire 2,5 unités dans votre registre de formation continue. ▶



CHRONIQUE

LOI MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS ET D'AUTRES DISPOSITIONS DANS LE DOMAINE BUCCODENTAIRE (LOI 15)

Ce qu'il faut savoir

Fruit de plus de 20 ans de travaux menés par l'Office des professions et les ordres du domaine buccodentaire, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions dans le domaine buccodentaire, ou loi 15, est venue moderniser les champs d'exercice des professionnels qui y œuvrent.

Tour d'horizon

Rappelons d'entrée de jeu que l'adoption de la loi 15 en 2022 s'est inscrite dans la réforme législative en santé physique et en santé mentale entreprise par l'Office des professions en 1999. Cette réforme visait notamment la mise à jour des champs d'exercice et l'identification d'activités réservées pour les professionnels de la santé. Elle visait aussi à donner aux ordres professionnels la place qui leur revient et les moyens d'assumer leur raison d'être.

Avant l'adoption de la loi 15, la réglementation et la législation faisaient référence à des concepts de surveillance et de direction du dentiste. Ces concepts ne sont plus utilisés pour les professionnels du domaine buccodentaire. Au sens des lois professionnelles, c'est uniquement l'ordonnance ou l'absence de cette dernière qui guide dorénavant le dentiste lorsqu'il traite avec d'autres professionnels, et ces lois prévoient toutes les activités réservées où elle est requise ou non.

La définition de toutes les activités réservées doit faire l'objet d'un consensus avec les ordres visés. L'Ordre des dentistes poursuit ses discussions avec les autres ordres afin d'élaborer des guides explicatifs qui permettront de clarifier les champs de pratique et les activités réservées aux professionnels de la santé buccodentaire émanant de la loi 15. Le fruit de ce travail vous est livré au fur et à mesure que des consensus sont atteints.

L'autonomie professionnelle

Les concepts de surveillance et de direction ayant été abandonnés par le législateur dans le domaine buccodentaire, les hygiénistes dentaires sont autonomes dans l'exercice de leur profession et habilités à accomplir leurs activités réservées, certaines selon une ordonnance et d'autres, sans ordonnance. Il en est de même des denturologistes qui devaient auparavant agir sous la direction d'un dentiste pour certains aspects du domaine de la réhabilitation implanto-portée.

L'autonomie professionnelle ne signifie pas que le dentiste ne peut pas voir le patient après l'intervention de l'hygiéniste dentaire. Dans le cadre de son propre contrat de soin avec son patient, il revient au dentiste de prendre cette décision.

Par ailleurs, l'autonomie des hygiénistes dentaires n'est ainsi pas nécessairement synonyme de travail autonome. Les règles en matière de travail et de fiscalité sont indépendantes du concept d'autonomie professionnelle.

L'hygiéniste dentaire et le denturologiste peuvent décider d'être des travailleurs autonomes, mais ils peuvent également choisir d'être salariés. L'autonomie professionnelle est entière dans les deux cas. Il en serait d'ailleurs de même pour un dentiste salarié.

La notion d'ordonnance

Une ordonnance est une prescription individuelle ou collective faite par un professionnel habilité par la loi; elle a notamment pour objet les médicaments, les examens diagnostiques et les soins requis (traitements). Écrite ou verbale, elle doit toujours être consignée au dossier du patient. Dans le domaine buccodentaire, les prothèses et les appareils dentaires sont inclus dans les soins requis.

Les champs d'exercice

Dans le cadre de la réforme législative, les champs d'exercice des dentistes, des hygiénistes dentaires, des denturologistes et des technologues en prothèses et appareils dentaires ont été revus et modernisés en fonction du cadre établi en santé physique et en santé mentale.

Les champs d'exercice précisés par la loi 15 pour chacune des professions sont les suivants :

- Dentistes : évaluer et diagnostiquer toute déficience des dents, de la bouche, des maxillaires et des tissus avoisinants ainsi qu'à en prévenir et à en traiter les maladies dans le but de maintenir ou de rétablir la santé buccodentaire chez l'être humain.
- Hygiénistes dentaires : évaluer l'état de santé buccodentaire, enseigner les principes d'hygiène buccale, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins d'hygiène dentaire et prodiguer des soins et des traitements dans le but de prévenir la maladie buccodentaire et de maintenir et rétablir la santé buccodentaire chez l'être humain.
- Denturologistes : évaluer les besoins prothétiques ainsi que concevoir, fabriquer, installer, ajuster et réparer des prothèses dentaires dans le but de suppléer à la perte des dents d'une personne.
- Technologues en prothèses et appareils dentaires : produire des prothèses dentaires ou des appareils dentaires dans le but de suppléer à la perte des dents d'une personne ou de corriger une anomalie buccodentaire et conseiller le dentiste, le denturologiste et le médecin, notamment sur les aspects techniques.

Les activités réservées

Une activité réservée signifie que seuls les professionnels visés peuvent l'exercer. Elle peut être exclusive à un professionnel ou partagée parmi plusieurs professionnels qui peuvent l'exercer de façon indépendante.

À titre d'exemple, sceller les puits et les sillons est une activité réservée que se partagent les dentistes et les hygiénistes dentaires.

Les activités réservées aux dentistes

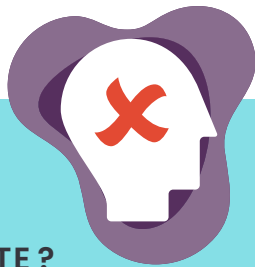
Dans le cadre de l'exercice de la médecine dentaire, les activités réservées aux dentistes sont les suivantes :

- Diagnostiquer les déficiences et les maladies.
- Prescrire les examens diagnostiques.
- Utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice.
- Déterminer le plan de traitement.
- Prescrire des médicaments ou autres substances.
- Prescrire les interventions ou les traitements.
- Utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques.
- Prescrire la fabrication ou la réparation d'une prothèse dentaire ou d'un appareil dentaire.
- Vendre des prothèses dentaires ou des appareils dentaires.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques.

Il importe de souligner que les changements de paradigme amenés par la loi n'ont pas modifié le droit de gérance du dentiste employeur, qui doit toujours être exercé de façon raisonnable. En effet, ce dernier conserve ses droits en fonction :

- de l'organisation du travail;
- de l'évaluation de son personnel professionnel;
- des normes de service aux patients.

Au chapitre de la responsabilité, le dentiste est responsable des fautes commises par son personnel, y compris par son personnel professionnel. Il bénéficie néanmoins, en cas de réclamation, d'un recours notamment à l'encontre des professionnels impliqués. Advenant qu'une faute soit commise, il appartiendra généralement aux assureurs ou aux tribunaux, le cas échéant, de répartir les responsabilités.



QUOI FAIRE SI UN PATIENT REFUSE L'EXAMEN DU DENTISTE ?

Rappelons qu'un patient a le droit de refuser un examen du dentiste ainsi que tout traitement. Cependant, si, selon l'opinion du dentiste, il est essentiel qu'un patient subisse un examen de sa part avant d'être vu par l'hygiéniste dentaire et que le patient refuse l'examen, il est possible de mettre fin à la relation avec le patient à certaines conditions.

La sensibilisation du patient à l'examen buccodentaire, faite par le dentiste, est une pratique souhaitable en partenariat avec les autres professionnels.

Les activités réservées aux hygiénistes dentaires

Voici les activités réservées aux hygiénistes dentaires :

Activités sans ordonnance

- Évaluer la condition buccodentaire d'une personne.
- Appliquer topiquement un agent anesthésiant, anticariogène ou désensibilisant.
- Sceller les puits et les sillons.
- Polir les dents.
- Poser une obturation temporaire sans préparation de cavité.
- Concevoir, fabriquer et vendre des protecteurs buccaux.
- Procéder à un détartrage supra et sous-gingival.
- Effectuer un débridement parodontal non chirurgical, suivant les conditions et les modalités prévues dans un règlement adopté par le conseil d'administration de l'Ordre des hygiénistes dentaires après consultation avec l'Office des professions et l'Ordre des dentistes*.

Activités sous ordonnance

- Effectuer des examens diagnostiques, y compris la prise de radiographies.
- Effectuer un débridement parodontal non chirurgical (dans l'attente du règlement* ou, éventuellement, dans des situations qui ne respectent pas les conditions et les modalités prévues au règlement pour l'exercice autonome de l'activité).
- Insérer et sculpter des matériaux obturateurs.

- Fabriquer, cimenter et retirer des restaurations provisoires sur dents naturelles.
- Poser et enlever des pansements parodontaux.
- Enlever des points de suture.
- Contribuer aux traitements et aux suivis orthodontiques.
- Appliquer des techniques de blanchiment de dents.

*Au moment d'écrire ces lignes, le règlement permettant à l'hygiéniste dentaire d'effectuer un débridement parodontal non chirurgical sans ordonnance n'est pas adopté. Jusqu'à avis contraire, cette activité réservée doit se faire selon une ordonnance du dentiste.

Les activités réservées aux denturologistes

Voici les activités réservées aux denturologistes :

- Déterminer le type de prothèses dentaires appropriées, sauf à l'égard des prothèses dentaires sur implant et des ponts et couronnes sur dents naturelles.
- Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses dentaires, à l'exception des prothèses dentaires sur implant et des ponts et couronnes sur dents naturelles.
- Contribuer à la détermination d'un plan de traitement en implantologie.
- Effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses dentaires sur implant, à l'exception des prothèses dentaires scellées, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).
- Retirer et replacer un bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant, selon une ordonnance et lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions.
- Prescrire la fabrication et la réparation des prothèses dentaires, à l'exception des prothèses dentaires scellées.
- Vendre des prothèses dentaires, à l'exception des prothèses dentaires scellées.

VRAI OU FAUX?

L'hygiéniste dentaire qui applique un agent anticariogène en présence de signes cliniques d'une lésion carieuse doit diriger le patient vers le dentiste pour un diagnostic et un plan de traitement approprié.

Vrai.

L'hygiéniste dentaire peut décider de la nécessité de prendre des radiographies.

Faux.

Le dentiste doit toujours produire une ordonnance avant que l'hygiéniste dentaire puisse procéder à la prise de radiographies. Le dentiste est responsable de déterminer si cet examen diagnostique s'avère nécessaire.

- Concevoir, fabriquer et vendre des protecteurs buccaux.

Quelques précisions à propos des activités sous ordonnance

Depuis l'entrée en vigueur de la loi 15, l'Ordre des dentistes poursuit des discussions avec l'Ordre des denturologistes sur l'encadrement légal de la pratique dans le domaine de la réhabilitation implanto-portée. Parmi les changements apportés par la loi 15, notons l'obligation d'une ordonnance du dentiste au denturologiste ainsi que l'abolition du concept de direction du dentiste.

La prothèse dentaire sur implants est soumise à une ordonnance du dentiste dans tous les cas et à une attestation de formation délivrée par l'Ordre des denturologistes selon un règlement. Ce dernier est en toujours en voie d'élaboration.

Des procédures intérimaires ont toutefois été adoptées et mises en place afin de prévoir des mécanismes dans l'attente de ce règlement, dont les documents [Proposition de plan de traitement prothétique implanto-porté](#) et [Ordonnance visant une prothèse implanto-portée](#). Si vous œuvrez dans ce domaine, nous vous invitons à consulter ces documents dont l'application est obligatoire.

De façon intérimaire, il a été convenu qu'un denturologiste peut, selon une ordonnance, effectuer les interventions non invasives nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses dentaires :

1. sur des piliers intermédiaires (placés par le dentiste) avec une marge située au niveau gingival (± 1 mm) ou au-dessus du niveau gingival ;
2. sur des implants avec piliers intermédiaires intégrés placés par le dentiste, avec une marge située au niveau gingival (± 1 mm) ou au-dessus du niveau gingival.

De plus, toujours selon l'entente intérimaire, un denturologiste détenant une attestation d'études collégiales (AEC) en pratique avancée de la denturologie et dont le nom apparaît sur la liste publiée par l'Ordre des denturologistes du Québec peut, selon une ordonnance :

- effectuer les interventions nécessaires à la conception, à l'installation et à l'ajustement des prothèses dentaires ;
- retirer et replacer un bouchon de guérison et placer un pilier sur la tête d'un implant.


Le suivi en réhabilitation implanto-portée

Une fois la phase prothétique complétée auprès du denturologiste, le dentiste doit assurer un suivi de son patient. Il doit notamment voir le patient pour un contrôle radiologique et clinique et pour évaluer l'état des implants et de la prothèse implanto-portée. L'ajustement et les paramètres fonctionnels de la prothèse implanto-portée doivent notamment être vérifiés par le dentiste (adaptation, occlusion, hygiène).

Les activités réservées aux technologues en prothèses et appareils dentaires

Les activités réservées aux technologues en prothèses et appareils dentaires sont les suivantes : concevoir, fabriquer et réparer des prothèses dentaires et des appareils dentaires selon une ordonnance.

Pour obtenir plus d'information

Pour en savoir plus sur les champs de pratique et les activités réservées, consultez [la section](#) et la [foire aux questions](#) qui y sont consacrées sur le site Web de l'Ordre des dentistes. 

DES NOUVELLES DE VOTRE FONDS

Par Caroline Vermette, directrice du FARPODQ

La protection que vous offre votre Fonds d'assurance lorsque vous cessez de pratiquer constitue un avantage indéniable.

En effet, la protection offerte par le Fonds va bien au-delà de ce qui est prévu au Code des professions. Mentionnons que ce dernier stipule qu'il incombe au conseil d'administration de voir à ce que la protection d'assurance s'étende à toute réclamation présentée contre un membre ou sa société pendant les cinq années qui suivent celles où il n'a plus l'obligation de maintenir une garantie contre sa responsabilité ou qu'il cesse d'être membre de son ordre.

Pour sa part, la protection que procure le Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec reste en vigueur indéfiniment, sans coût additionnel.

Voici ce que dit votre contrat-cadre d'assurance à ce sujet :

CHAPITRE V – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

5.05 – PROLONGATION :

Si l'Assuré désigné décède, est radié, cesse de façon définitive ou pour une période limitée d'exercer sa profession ou poursuit l'exercice de sa profession tout en bénéficiant d'une exemption de souscrire au Fonds d'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec, la garantie restera en vigueur indéfiniment et sans coût additionnel pour l'Assuré tant que le Fonds existera, mais elle ne s'appliquera qu'aux seuls Services professionnels rendus avant le décès, la radiation, la cessation d'exercice ou le moment de l'exemption, selon le contrat en vigueur lorsque la Réclamation est présentée.



Ainsi, à la retraite, vous serez protégé contre d'éventuelles réclamations qui pourraient découler des services rendus pendant vos années de pratique, et ce, à hauteur des limites de garantie d'assurance que vous déteniez au moment de cesser votre pratique. Cette protection s'étend également à vos héritiers et ayants droit. Vous pouvez ainsi dormir sur vos deux oreilles!

Avez-vous déjà pris le temps de lire votre contrat-cadre qui expose l'ensemble des garanties qui vous sont offertes? Si ce n'est pas le cas, nous vous invitons à le faire en consultant la section réservée aux membres du site Web du Fonds, au www.farpodq.org. Vous pourriez trouver cette lecture plus intéressante que vous ne l'auriez pensé!



MÉDECINE DENTAIRE

Lien possible entre l'utilisation de la cigarette électronique et le développement du cancer de la bouche

Madeline Laperrière, DMD

Mahmoud Rouabhia, Ph. D.

La cigarette électronique (*e-cigarette*), souvent présentée comme une solution de rechange plus sécuritaire à la cigarette traditionnelle, suscite actuellement un fort engouement auprès du public. La clientèle plus jeune est particulièrement touchée par ce phénomène, et l'usage de la cigarette électronique chez celle-ci représente un enjeu de santé publique au Québec et ailleurs. La communauté scientifique s'y intéresse de plus en plus et s'interroge sur ses effets potentiellement nocifs sur le plan de la santé buccodentaire. Cette revue de la littérature est consacrée au potentiel carcinogène de la cigarette électronique. Peu de cas sont actuellement recensés dans la littérature, étant donné le peu de recul clinique dont nous disposons. Cependant, certains articles de recherche montrent plusieurs mécanismes cellulaires associés directement ou indirectement au cancer qui sont activés par la cigarette électronique. De ce fait, on constate un lien possible et inquiétant entre le cancer de la sphère orofaciale et la cigarette électronique.

Introduction

La cigarette électronique (*e-cigarette*) a fait son entrée sur le marché québécois des produits de consommation de nicotine à la fin des années 2000¹. Présenté comme une solution de rechange plus sécuritaire à la cigarette traditionnelle, ce produit a rapidement offert un nombre croissant d'options variées au public². Bien qu'ayant comme clientèle cible les adultes en processus de cessation tabagique, la cigarette électronique a

aussitôt capté l'attention des plus jeunes³, comme en témoignent les premières données en matière de prévalence de consommation chez les jeunes Québécois dévoilées en 2013⁴. Depuis, sa popularité n'a cessé d'augmenter au Canada comme ailleurs².

Globalement, l'émergence de la cigarette électronique et l'engouement du public pour cette dernière représentent un enjeu de santé publique¹. À ce sujet, au Canada, le Règlement sur la concentration en nicotine dans les produits de vapotage, entré en vigueur en juillet 2021, fixe la quantité maximale de nicotine à 20 mg/mL pour les produits vendus. La haute teneur en nicotine de certains de ces produits les rendait hautement addictifs. Par ailleurs, une consultation est toujours en cours quant à l'interdiction potentielle des arômes autres que la menthe dans les liquides de vapotage⁵. Cette mesure constitue une réponse aux nombreuses études qui montrent que les saveurs sont l'un des principaux facteurs incitant les adolescents et les jeunes adultes à consommer ces produits, car elles les rendent plus attrayants⁶. Cette réglementation s'avérerait également justifiée par les effets toxiques des saveurs rapportées dans certaines des études qui seront présentées dans cette revue de la littérature.

De plus, les effets à long terme de la cigarette électronique demeurent méconnus. Par conséquent, il s'avère important d'étudier ces effets à long terme afin de protéger le public et de pouvoir l'informer correctement des risques associés à la consommation de ces produits. Ainsi, nous pouvons voir émerger

certaines recherches consacrées aux effets de ceux-ci sur la santé buccodentaire. Les recherches actuelles tentent notamment d'évaluer si la cigarette électronique pourrait être ajoutée aux facteurs de risque du cancer buccal bien connus, soit la cigarette, l'alcool et le virus du papillome humain (VPH)⁷⁻⁸. Cette revue de la littérature s'intéresse plus précisément aux changements cellulaires que la cigarette électronique pourrait engendrer sur le plan des cellules de la sphère orofaciale, car de tels changements pourraient favoriser le développement du cancer à l'échelle de la bouche.

Méthode

Une première sélection d'articles a été effectuée en utilisant la base de données PubMed avec les termes MESH suivants : « mouth neoplasm » et « electronic nicotine delivery systems ». Ainsi, 11 articles ont été obtenus, desquels ont été exclues les revues de la littérature. En utilisant des termes semblables dans la base de recherche Google Scholar, un rapport de cas s'est ajouté.

Discussion

En ce qui concerne les lésions buccales dites bénignes, un article de recherche publié en 2017 par Bardellini et collab.⁹, qui était alors le premier à étudier la prévalence des lésions orales associées à l'usage de la cigarette électronique, rapportait une prévalence plus élevée de lésions telles que la stomatite nicotinique, la langue chevelue et la chéilite angulaire. Cependant, cette étude ne montrait pas de différence statistiquement significative ni avec les consommateurs de cigarettes traditionnelles, ni sur le plan des lésions potentiellement malignes détectées. Il convient d'ajouter que même s'il n'y a pas de différence significative, les observations cliniques suggèrent des effets négatifs de la cigarette électronique sur la santé buccale. Ces observations sont consolidées par deux rapports de cas qui relient l'utilisation de la cigarette électronique et le

cancer de la bouche. Un premier article publié en 2017 par Nguyen et collab.¹⁰ rapporte le cas d'un homme de 66 ans ayant développé un carcinome épidermoïde de la langue, ainsi qu'un second patient, un homme de 59 ans présentant un carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure. Dans les deux cas, le seul facteur de risque identifiable était la consommation quotidienne importante de cigarettes électroniques depuis plus de 10 ans. Il est important de souligner que dans ce rapport, la consommation quotidienne de cigarettes électroniques est de 20 pour le premier patient et de 30 pour le second, ce qui porte à croire qu'il s'agissait d'utilisateurs de cigarettes électroniques de première génération, les seules qui sont jetables et qui peuvent être quantifiées de la sorte, ce qui s'avère plus difficile à effectuer avec les générations subséquentes²⁻¹¹.

Un second article rédigé par Klawinski et collab.¹² publié en 2020 rapporte le cas d'un jeune homme de 19 ans qui présente une ulcération du bord latéral de la langue ne guérissant pas et ayant été diagnostiquée plus tard comme un carcinome épidermoïde. Le patient n'était pas porteur du VPH, mais présentait comme facteur de risque la consommation quotidienne d'un demi-paquet de cigarettes pendant un an, quatre ans avant son diagnostic, qui a ensuite été remplacée par l'usage quotidien d'une cigarette électronique de quatrième génération. Il est à noter que dans le présent cas, la quantité consommée par jour n'est pas précisée. Cependant, il est rapporté que les cigarettes électroniques de quatrième génération, telles que la JUUL, soit celle utilisée par le patient, contiennent une concentration de nicotine de 59 mg/mL selon le fabricant, bien que cette concentration de nicotine varie selon la saveur. À titre comparatif, une dosette de JUUL contient entre 14,4 mg et 32,8 mg de nicotine selon diverses études, ce qui équivaut à entre 13 et 30 cigarettes¹³.

La présence d'une forte concentration de nicotine dans la cigarette électronique est aussi associée à des perturbations cellulaires pouvant mener au cancer de la bouche.

Ces deux cas suggèrent un lien entre la cigarette électronique et le développement du cancer de la sphère orale. Ce lien pourrait s'expliquer par les modifications moléculaires qui surviennent lors de l'exposition des cellules et des tissus buccaux à la cigarette électronique.

Une première étude a été effectuée par Rouabhia et collab.¹⁴ au sujet des cellules épithéliales saines exposées in vitro aux aérosols de la cigarette électronique. Cette étude rapporte notamment d'importants changements morphologiques dans les cellules, un taux plus élevé de lactate déshydrogénase (LDH), de l'apoptose et un dommage significatif à l'ADN de ces cellules. Il s'avère intéressant de mentionner que la LDH peut être mesurée sur le plan salivaire et que son augmentation est notée chez les patients présentant des lésions malignes ou potentiellement malignes de la cavité orale¹⁵. Les changements observés par cette étude appuient l'hypothèse selon laquelle la cigarette électronique peut engendrer des changements sur le plan cellulaire qui peuvent être associés à une transformation potentiellement maligne des cellules de la cavité buccale.

La présence d'une forte concentration de nicotine dans la cigarette électronique est aussi associée à des perturbations cellulaires pouvant mener au cancer de la

bouche. Une seconde étude de Wisniewski et collab.¹⁶ rapporte que la nicotine peut affecter la croissance des cellules épithéliales dysplasiques de la cavité buccale. En effet, la nicotine n'est pas considérée comme un agent carcinogène. Cette étude rapporte que la nicotine augmente l'expression du gène FASN, duquel découle l'enzyme FAS (*fatty acid synthase*) responsable de la lipogenèse au sein des tissus hépatiques. L'intérêt de ce gène repose sur le fait qu'il est surexprimé dans les tissus hyperkératinisés et dysplasiques, et également dans le carcinome épidermoïde. Il existerait également un lien avec l'EGFR (*epidermal growth factor receptor*) qui serait activé par le gène FASN, contribuant au processus néoplasique¹⁷. En effet, les kératinocytes dysplasiques exposés in vitro à la nicotine expriment fortement l'enzyme FAS et montrent une migration cellulaire plus importante. Une telle migration est expliquée par l'activation du gène FASN par la nicotine, qui à son tour activerait l'EGFR, ce qui mène à la migration cellulaire des kératinocytes dysplasiques de la cavité buccale.

La pertinence de cette étude peut s'appliquer au cas des patients qui remplacent la cigarette traditionnelle par la cigarette électronique en considérant cette dernière comme une solution de rechange sans danger. En effet, il n'est pas rare que les utilisateurs de la cigarette électronique présentent, en bouche, une ou plusieurs lésions potentiellement malignes. La nicotine pourrait donc agir comme promoteur de la progression de ces lésions. Néanmoins, davantage de recherches sont nécessaires, précise l'auteur, et il aurait pu être intéressant d'exposer les cellules à de la nicotine transportée par l'aérosol de la cigarette électronique, comme dans l'étude de Rouabhia et collab.¹³ présentée plus haut, plutôt qu'à de la nicotine en solution liquide. En effet, la réponse cellulaire peut être différente de celle observée dans l'étude, comme le remarque l'auteur.

Les méfaits de la cigarette électronique peuvent venir aussi des arômes qui sont ajoutés aux liquides à vapoter. En effet, il avait été démontré au préalable que la cigarette électronique, particulièrement lorsqu'elle contient des arômes, peut augmenter l'expression du facteur RAGE (*receptor for advanced glycation endproducts*)¹⁸. Ce dernier a été montré comme étant en lien avec le cancer et d'autres états inflammatoires pathologiques¹⁹. Il peut agir comme promoteur ou comme inhibiteur de la progression néoplasique. Cependant, dans le cas des kératinocytes, il a été rapporté qu'il peut contribuer à la transformation et à la progression des cellules épithéliales malignes²⁰.

Une troisième étude de Tsai et collab.²¹ a analysé l'effet de deux saveurs de liquide à vapoter sur des cellules dysplasiques associées à un carcinome épidermoïde. En exposant des cellules malignes de la langue et de la gencive, l'auteur a montré que la nicotine à concentration de 6 mg et les deux saveurs, soit cannelle « Red Hot » et pomme verte, influençaient de façon différente l'invasion cellulaire et l'inflammation. En effet, des cellules dysplasiques ont été exposées à chacune des saveurs en présence et en l'absence de nicotine afin d'en observer les effets. L'étude a montré ainsi une diminution de l'invasion cellulaire avec la saveur de pomme verte, mais une augmentation avec la saveur de cannelle, accentuée en présence de nicotine. Toutefois, une augmentation de l'expression du facteur RAGE a été notée dans le cas des deux saveurs, ainsi qu'une potentialisation de son expression lorsque la nicotine était présente. Enfin, il est intéressant de mentionner que bien que l'expression de certaines cytokines inflammatoires, telles que IL-1 α et IL-8, soit augmentée lors de l'exposition aux deux saveurs, la nicotine semble agir comme régulateur de l'expression des cytokines et avoir ainsi un effet protecteur. À cet effet, l'auteur mentionne que bien que cet effet protecteur ait été montré dans d'autres

Des cellules dysplasiques ont été exposées à chacune des saveurs en présence et en l'absence de nicotine afin d'en observer les effets.

maladies, il s'agit d'une première dans la recherche associée à la progression du carcinome épidermoïde oral. Il conclut qu'il est plausible que le facteur RAGE joue un rôle dans l'invasion et dans l'inflammation médiée par la cigarette électronique. Ce résultat ressemble à ce qui a été observé dans l'article de Sundar et collab.¹⁸. Il montre ainsi que le rôle de la cigarette électronique dans la médiation du facteur RAGE et que son effet sur les cellules dysplasiques associées au carcinome épidermoïde représentent une avenue de recherche intéressante. Cette étude démontre aussi que les saveurs ajoutées au liquide à vapoter ne sont pas aussi sécuritaires que l'on pense, corroborant une précédente étude en lien avec le danger potentiel que posent les saveurs utilisées avec la cigarette électronique².



Une étude de Yu et collab.²² a évalué les effets des cigarettes électroniques avec et sans nicotine sur des cellules saines de l'oropharynx ainsi que sur d'autres provenant d'un carcinome épidermoïde du larynx et d'un ganglion métastatique. Ces cultures cellulaires ont ensuite été traitées durant une semaine avec de la vapeur de liquide de cigarette électronique avec et sans nicotine, un extrait de fumée de cigarette traditionnelle et de la nicotine liquide à concentration de 12 mg/mL identique à celle du liquide contenu dans une cigarette électronique. Certains marqueurs associés au marqueur γ -H2AX lié au bris de doubles brins d'ADN ont été mesurés. Les résultats ont alors montré des dommages cellulaires significatifs dans l'ensemble des colonies. Ils ont notamment observé une augmentation de la mort cellulaire par nécrose et apoptose, de même qu'une diminution du nombre de colonies ainsi que de la survie de celles-ci en lien avec l'augmentation de la dose de cigarette électronique auxquelles elles étaient soumises, indépendamment de la présence de nicotine. Ces dommages sont corroborés par des bris à l'ADN. Par ailleurs, les effets nocifs observés étaient plus importants dans le cas de l'exposition au liquide contenant de la nicotine que de la nicotine seule. Cette étude démontre la cytotoxicité de la cigarette électronique et sa possible implication dans le développement du cancer par des dommages à l'ADN.

Le potentiel cancérigène de la cigarette électronique a été rapporté par Ganapathy et collab.²³, qui ont mesuré les dommages géniques causés par l'aérosol de cigarette électronique aux cellules épithéliales gingivales et bronchiques saines, pré-malignes et d'autres provenant d'un carcinome épidermoïde, en comparant les effets de la fumée de cigarette traditionnelle et ceux de la vapeur de la cigarette électronique.

Cette étude a montré des variations dans les brins transcrits du gène p53, fréquemment muté dans le cas de cancers associés à la cigarette²⁴⁻²⁵. L'étude a démontré que la cigarette électronique cause des dommages à l'ADN, indépendamment de la présence de nicotine et proportionnelle à la dose. Les auteurs ont également constaté que les aérosols augmentaient les réactifs dérivés de l'oxygène et diminuaient la capacité cellulaire antioxydante, ainsi que les niveaux de protéines ERCC1 (*excision repair cross-complementation group 1*) et OGG1 (*8-oxoguanine-DNA glycosylase*) pouvant réparer l'ADN. Néanmoins, les dommages causés à l'ADN par la cigarette électronique demeurent moindres que dans le cas de la fumée de cigarette traditionnelle.

Conclusion

Bien que la cigarette électronique soit promue pour ses effets moins nocifs sur les utilisateurs, elle demeure néanmoins dangereuse pour la santé générale, y compris la santé buccodentaire. Ses effets négatifs peuvent impliquer le développement du cancer dans la sphère orofaciale. Cependant, le lien direct entre l'utilisation de la cigarette électronique et le développement du cancer buccal reste à démontrer. Ainsi, comme rapporté dans cette revue, les études réalisées jusqu'à ce jour ont montré plusieurs mécanismes activés par la cigarette électronique, lesquels sont associés directement ou indirectement au développement du cancer. Par conséquent, ladite sécurité de la cigarette électronique est de plus en plus mise en doute au sein de la communauté médicale et scientifique. ■

Références bibliographiques

1. Lasnier B. L'usage de la cigarette électronique chez les élèves québécois du secondaire [...]. Montréal, INSPQ, 2014, 1 ressource en ligne (19 pages) : illustrations, Collections de BAnQ.
2. Snoderly HT, Nurkiewicz TR, Bowdridge EC, Bennewitz MF. E-cigarette use: device market, study design, and emerging evidence of biological consequences. *Int J Mol Sci.* 2021;22(22):12452. <https://doi.org/10.3390/ijms222212452>
3. Yoong SL, Hall A, Leonard A et collab. Prevalence of electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2021;6(9):e661-e673. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00106-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00106-7)
4. Poirier H. La cigarette électronique : état de la situation. Institut national de santé publique, Direction du développement des individus et des communautés. 2013. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1691>
5. Santé Canada. Produits de vapotage – Nouvelles limites de concentration en nicotine et consultation sur les restrictions relatives aux arômes (document d'information). 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2021/06/document-dinformation--produits-de-vapotage-nouvelles-limites-de-concentration-en-nicotine-et-consultation-sur-les-restrictions-relatives-aux-aromes.html#shr-pg0>
6. Ebersole J, Samburova V, Son Y et collab. Harmful chemicals emitted from electronic cigarettes and potential deleterious effects in the oral cavity. *Tob Induc Dis.* 2020;18(410). <https://doi.org/10.18332/tid/116988>
7. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM et collab. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res.* 1988;48(11):3282-3287.
8. Chaturvedi AK, Freedman ND, Abnet CC. The Evolving Epidemiology of Oral Cavity and Oropharyngeal Cancers. *Cancer Res.* 2022;82(16):2821-2823. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1158/0008-5472.CAN-22-2124>
9. Bardellini E, Amadori F, Conti G, Majorana A. Oral mucosal lesions in electronic cigarettes consumers versus former smokers. *Acta Odontol Scand.* 2018;76(3):226-228. <https://doi.org/10.1080/00016357.2017.1406613>
10. Nguyen H, Kitzmiller JP, Nguyen KT et collab. Oral carcinoma associated with chronic use of electronic cigarettes. *Otolaryngol (Sunnyvale).* 2017;7:304. doi:10.4172/2161-119X.1000304
11. Soule E, Bansal-Travers M, Grana R et collab. Electronic cigarette use intensity measurement challenges and regulatory implications. *Tob Control.* 2021. tobaccocontrol-2021-056483. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056483>
12. Klawinski D, Hanna I, Breslin NK et collab. Vaping the venom: oral cavity cancer in a young adult with extensive electronic cigarette use. *Pediatrics.* 2021;147(5):e2020022301. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-022301>
13. Prochaska JJ, Vogel EA, Benowitz N. Nicotine delivery and cigarette equivalents from vaping a JUULpod. *Tobacco control.* 2022;31(e1):e88-e93. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056367>
14. Rouabhia M, Park HJ, Semlali A et collab. E-cigarette vapor induces an apoptotic response in human gingival epithelial cells through the caspase-3 pathway. *J Cell Physiol.* 2017;232(6):1539-1547. <https://doi.org/10.1002/jcp.25677>
15. Iglesias-Velázquez Ó, López-Pintor RM, González-Serrano J et collab. Salivary LDH in oral cancer and potentially malignant disorders: a systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2022;28(1):44-56. <https://doi.org/10.1111/odi.13630>
16. Wisniewski DJ, Ma T, Schneider A. Nicotine induces oral dysplastic keratinocyte migration via fatty acid synthase-dependent epidermal growth factor receptor activation. *Exp Cell Res.* 2018;370(2):343-352. <https://doi.org/10.1016/j.yexcr.2018.06.036>
17. Todd R, Wong DT. Epidermal growth factor receptor (EGFR) biology and human oral cancer. *Histol Histopathol.* 1999;14(2):491-500. <https://doi.org/10.14670/HH-14.491>
18. Sundar IK, Javed F, Romanos GE, Rahman I. E-cigarettes and flavorings induce inflammatory and pro-senescence responses in oral epithelial cells and periodontal fibroblasts. *Oncotarget.* 2016;7(47):77196-77204. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.12857>
19. Sparvero LJ, Asafu-Adjei D, Kang R et collab. RAGE (Receptor for Advanced Glycation End products), RAGE ligands, and their role in cancer and inflammation. *J Transl Med.* 2009;7:17. <https://doi.org/10.1186/1479-5876-7-17>
20. Riehl A, Németh J, Angel P, Hess J. The receptor RAGE: bridging inflammation and cancer. *J Cell Commun Signal.* 2009;7:12. <https://doi.org/10.1186/1478-811X-7-12>
21. Tsai K, Hirschi Budge KM, Lepre AP et collab. Cell invasion, RAGE expression, and inflammation in oral squamous cell carcinoma (OSCC) cells exposed to e-cigarette flavoring. *Clin Exp Dent Res.* 2020;6(6):618-625. <https://doi.org/10.1002/cre2.314>
22. Yu V, Rahimy M, Korrapati A et collab. Electronic cigarettes induce DNA strand breaks and cell death independently of nicotine in cell lines. *Oral Oncol.* 2016;52:58-65. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2015.10.018>
23. Ganapathy V, Manyanga J, Brame L et collab. Electronic cigarette aerosols suppress cellular antioxidant defenses and induce significant oxidative DNA damage. *PLoS one.* 2017;12(5):e0177780. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177780>
24. Rowley H, Sherrington P, Helliwell TR et collab. p53 expression and p53 gene mutation in oral cancer and dysplasia. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998;118(1):115-123. [https://doi.org/10.1016/S0194-5998\(98\)70387-0](https://doi.org/10.1016/S0194-5998(98)70387-0)
25. Brennan JA, Boyle JO, Koch WM et collab. Association between cigarette smoking and mutation of the p53 gene in squamous-cell carcinoma of the head and neck. *NEJM.* 1995;332(11):712-717. <https://doi.org/10.1056/NEJM199503163321104>





MÉDECINE DENTAIRE

Hyperplasies de la gencive d'origine réactionnelle : revue et diagnostic différentiel

Luisa Bakhbukh

Étudiante

Faculté de médecine dentaire
de l'Université de Montréal**Romeissa Hennous**

Étudiante

Faculté de médecine dentaire
de l'Université de Montréal**Katrina Luisa Kontaxis,
DMD, M. Sc., FRCD(C)**Spécialiste en chirurgie
buccale et maxillo-faciale
Professeure adjointeDépartement de stomatologie
Faculté de médecine dentaire
de l'Université de Montréal**Adel Kauzman,
DMD, M. Sc., FRCD(C)**Spécialiste en médecine
buccale et en pathologie
buccale et maxillo-faciale
Professeur agrégéDépartement de stomatologie
Faculté de médecine dentaire
de l'Université de Montréal

Les hyperplasies d'origine réactionnelle sont des lésions très communes en bouche. La gencive représente leur site de prédilection, mais certaines lésions peuvent être détectées ailleurs dans la bouche. Ces lésions se présentent sous la forme de masses exophytiques qui, en général, ont tendance à saigner au moindre traumatisme. Dans la plus grande majorité des cas, elles se développent en réponse à des irritants locaux. Rarement, elles peuvent s'avérer secondaires à des conditions systémiques sous-jacentes.

Le polype fibro-épithélial, le granulome pyogène, le granulome périphérique à cellules géantes et le fibrome périphérique ossifiant représentent plus de 90 % des masses gingivales rencontrées en clinique, ce qui signifie que dans 10 % des cas, le diagnostic d'une masse gingivale est autre que ces quatre entités. Dans ce contexte, la notion de diagnostic différentiel clinique prend toute son importance et l'examen histopathologique de ces lésions (et de toute lésion provenant de la cavité buccale) devient primordial non seulement d'un point de vue diagnostique et pronostique, mais aussi pour des considérations médico-légales.

L'objectif de cet article est de passer en revue les lésions hyperplasiques d'origine réactionnelle, de discuter de leur diagnostic différentiel et de souligner l'importance de réaliser une analyse histopathologique de tout tissu prélevé dans la cavité buccale. Un accent particulier sera mis sur l'importance de la corrélation entre la présentation clinique, radiologique et histopathologique

des lésions buccales. Un cas est présenté afin d'illustrer ces propos et de concrétiser ces notions pour le dentiste généraliste.

Introduction

Les masses affectant les tissus mous de la cavité buccale peuvent être d'origines diverses. Certaines lésions sont plus fréquemment rencontrées en clinique, à l'instar des hyperplasies focales de la gencive¹. Ces dernières sont souvent d'origine réactionnelle et surviennent à la suite de phénomènes traumatiques ou d'une irritation causée par les facteurs locaux tels que la plaque, le tartre ou le port de prothèses mal ajustées. Parfois, elles peuvent être secondaires à des facteurs systémiques comme les changements hormonaux associés à la grossesse et à la puberté ou à la prise de certains médicaments²⁻³. Certaines masses gingivales peuvent aussi être d'origine néoplasique⁴.

Les hyperplasies de la gencive d'origine réactionnelle demeurent parmi les lésions les plus couramment diagnostiquées en bouche²⁻⁴. Elles se présentent sous forme de masses nodulaires, sessiles ou pédiculées et se formeraient à la suite d'une prolifération tissulaire provoquée par une irritation chronique ou un trauma récurrent³. Les hyperplasies de la gencive d'origine réactionnelle sont habituellement asymptomatiques, sauf en cas d'ulcération et de saignement. Elles sont plus fréquentes au maxillaire et mesurent en général entre 0,5 et 1,5 cm¹. Certaines lésions touchent la gencive de façon exclusive tandis que d'autres peuvent se voir ailleurs en bouche⁵.

Le granulome pyogène, le polype fibro-épithélial, le fibrome périphérique ossifiant et le granulome périphérique à cellules géantes représentent les quatre lésions principales d'origine réactionnelle rencontrées sur les gencives. Puisque ces lésions peuvent se ressembler cliniquement, le diagnostic final doit être basé sur le résultat de l'analyse histopathologique du tissu excisé. Ceci s'avère encore plus important puisque des tumeurs bénignes et malignes peuvent avoir une apparence clinique très similaire aux hyperplasies réactionnelles de la gencive. Un diagnostic erroné basé uniquement sur l'impression clinique, sans analyse histopathologique du tissu excisé, pourrait avoir de graves conséquences sur le pronostic et la qualité de vie du patient, sans parler des répercussions médico-légales.

L'objectif de cet article est de passer en revue les lésions hyperplasiques d'origine réactionnelle, de discuter de leur diagnostic différentiel et de souligner l'importance d'une analyse histopathologique de tout tissu prélevé dans la cavité buccale. Un cas est présenté afin d'illustrer ces propos et de concrétiser ces notions pour le dentiste généraliste.

Le Granulome pyogène

Le granulome pyogène (GP) représente une prolifération d'un tissu de granulation qui, dans les premiers stades de la lésion, est richement vascularisé⁵⁻⁶. Il se développe souvent en réponse à une irritation chronique causée par le tartre, les restaurations défectueuses, les corps étrangers dans la gencive ou le port de prothèses mal ajustées⁵⁻⁶. Les autres facteurs étiologiques possibles comprennent le trauma, les changements hormonaux durant la grossesse et la puberté, la prise de certains médicaments comme les contraceptifs oraux et certaines interventions chirurgicales, telles que la régénération tissulaire guidée²⁻⁵⁻⁷. Le terme « granulome pyogène » n'est pas adéquat, puisque la lésion ne démontre aucune inflammation granulomateuse à l'histologie et ne représente pas une infection pyogène¹⁻⁶.

Le GP peut se voir à tous les âges, mais il affecte surtout les femmes dans les deuxième et troisième décennies de vie⁵⁻⁸. La gencive, qui représente son site de prédilection, est touchée dans 75 % des cas. La surface buccale de la région antérieure du maxillaire constitue le site de prédilection du GP. Les autres sites fréquemment affectés sont les lèvres, la langue et la muqueuse jugale⁶⁻⁷. Le GP peut aussi être localisé au site d'extraction d'une dent. Dans ce cas, le terme « épulis granulomateux » est utilisé⁵.

Le GP se présente comme une lésion exophytique non douloureuse pouvant varier de quelques millimètres à plusieurs centimètres⁵⁻⁶ (Figure 1). Sa base peut être pédiculée ou sessile alors que sa surface, généralement lisse, peut être ulcérée et recouverte de membrane fibrinopurulente de couleur jaune pâle²⁻⁵⁻⁷. En général, la lésion augmente rapidement de dimension durant les premières semaines ou les premiers mois. Elle reste stable par la suite et ne démontre pas de tendance à la régression spontanée¹⁻⁶.

Les lésions débutantes sont très bien vascularisées et de couleur rouge vif (Figure 2). Les traumatismes mineurs provoquent des saignements prononcés, motif principal de la consultation dans bon nombre de cas (Figure 2). Avec le temps s'installe une maturation progressive de la lésion qui se manifeste par l'apparition d'une composante fibreuse proéminente et d'une diminution de l'érythème⁶ (Figure 1). La déposition continue de collagène au sein d'un GP peut le transformer en fibrome d'irritation tandis que la déposition de tissu minéralisé se solde par la formation d'un fibrome périphérique ossifiant¹⁻³⁻⁶.

À l'histologie, le GP présente une prolifération d'un tissu de granulation qui peut être partiellement ou complètement ulcéré (Figure 3). La base de l'ulcère est recouverte par une membrane fibrinopurulente. Une prolifération de cellules endothéliales formant des vaisseaux sanguins de calibres très variables est



Fig. 1.
Nodule sessile sur la gencive antérieure supérieure présentant une surface partiellement ulcérée. L'examen histopathologique de cette lésion a confirmé un diagnostic de granulome pyogène.



Fig. 2.
Présentation clinique d'un granulome pyogène sur la gencive palatine antérieure présentant une couleur rouge vif. Le saignement durant les procédures d'hygiène dentaire et à la suite de traumatismes mineurs représentait la plainte principale dans ce cas.

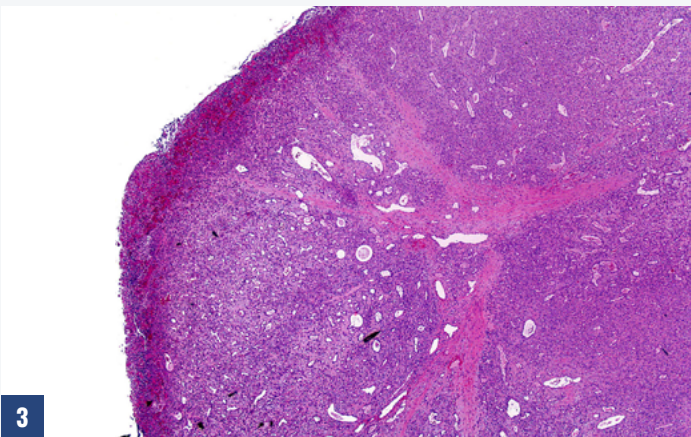


Fig. 3.
Apparence histologique du granulome pyogène mettant en évidence un tissu de granulation richement vascularisé et totalement ulcéré. Ces deux éléments expliquent la tendance de ces lésions à saigner facilement. Notez la présence d'un infiltrat inflammatoire dense et mixte au sein de ce tissu de granulation. Magnification originale 10X, coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.

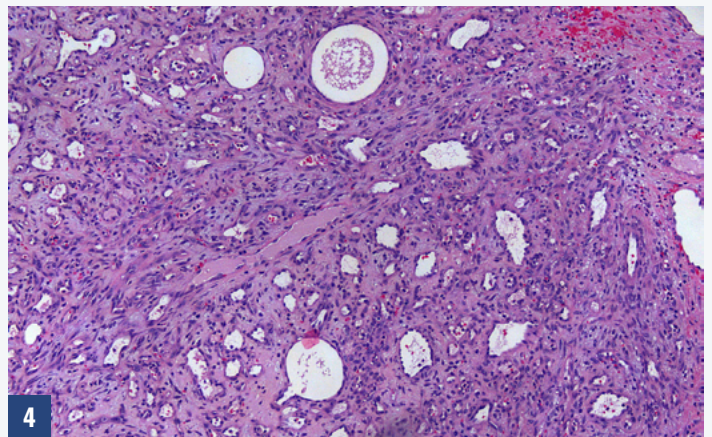


Fig. 4.
La présence d'un riche réseau de vaisseaux sanguins tapissés de cellules endothéliales est visible sur cette photomicrographie. La proximité de ces vaisseaux de la surface explique la tendance du granulome pyogène à saigner facilement. Magnification originale 20X, coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.

présente au sein de ce tissu de granulation⁶⁻⁹ (Figure 4). Les vaisseaux sanguins s'étendent souvent très près de la surface ulcérée (Figure 3), ce qui explique la tendance du GP à saigner au moindre contact. Le tissu de granulation contient aussi un infiltrat inflammatoire qui est souvent composé de lymphocytes et de plasmocytes. Dans les sites ulcérés, l'infiltrat est plutôt riche en neutrophiles⁶⁻⁸⁻⁹. Dans certains cas, les cellules endothéliales forment un arrangement lobulaire caractéristique. Le terme « hémangiome capillaire lobulé » est utilisé par certains pathologistes pour désigner ces lésions⁶⁻⁸⁻⁹.

Le traitement du GP est la biopsie excisionnelle (ablation chirurgicale et analyse histopathologique du tissu prélevé) dans un but diagnostique et curatif. La chirurgie doit être suivie par l'élimination des irritants locaux ou du facteur étiologique principal. En raison du risque d'hémorragie élevé, certains cliniciens préconisent l'utilisation de l'électrocautère ou du laser Nd : YAG³⁻⁵⁻⁶. Cependant, les artefacts de thermocoagulation provoqués par ces instruments compliquent parfois l'analyse histopathologique du tissu prélevé. Le clinicien doit donc évaluer les avantages et les inconvénients liés à l'utilisation du laser ou de l'électrocautère¹⁰. Le taux de récurrence est estimé à environ 16 %³⁻⁶. La récurrence est plus fréquente dans les cas d'excision incomplète ou trop conservatrice et de persistance des irritants locaux, des changements hormonaux et des mauvaises habitudes d'hygiène buccale³⁻⁶.

Le terme « tumeur de grossesse » est utilisé lorsqu'un granulome pyogène se développe chez une femme enceinte. La tumeur de grossesse n'est donc pas d'origine néoplasique puisqu'elle est identique au GP sur le plan histologique. Elle se distingue de ce dernier par sa pathogenèse, son évolution clinique et sa prise en charge particulière¹¹. Cette lésion semble être secondaire à un déséquilibre hormonal qui rend les tissus plus sensibles à l'irritation chronique. Cependant, le

facteur étiologique principal demeure la plaque dentaire³⁻⁶. La lésion se développe chez 5 % des femmes enceintes et apparaît en général durant le premier ou le deuxième trimestre de gestation¹⁻⁶. Elle peut être laissée sans traitement jusqu'à l'accouchement, sauf dans les cas où elle cause des problèmes esthétiques ou fonctionnels¹⁻⁹. L'objectif principal de la chirurgie est de donner à la gencive un contour normal et de faciliter les procédures d'hygiène dentaire. Le renforcement de l'hygiène buccale pendant la grossesse peut prévenir le développement de cette lésion⁵⁻⁶.

Le Polype fibro-épithélial

Le polype fibro-épithélial (PFE) est la lésion réactionnelle la plus commune en bouche¹². Plusieurs autres termes sont utilisés pour décrire cette lésion, tels que l'hyperplasie fibreuse focale ou le fibrome d'irritation⁵⁻¹². Le PFE forme une masse de tissu fibreux et représente une réponse tissulaire possible à l'irritation chronique causée par les dents ou les prothèses³⁻⁵.

Le PFE se voit surtout chez les femmes adultes¹⁻⁹⁻¹². Son site de prédilection est la muqueuse jugale sur le plan occlusal (Figure 5), puisque beaucoup de ces lésions sont causées par des morsures accidentelles des joues⁹. La langue, la lèvre inférieure et la gencive représentent les autres sites fréquemment atteints⁵⁻⁹.

Le PFE peut être décrit comme une masse ferme avec une base sessile et une surface lisse⁵⁻⁹⁻¹² (Figure 5). Sa dimension peut atteindre plusieurs centimètres⁵ (Figure 6). La lésion est généralement asymptomatique, sauf dans les cas où elle est traumatisée durant la mastication ou les procédures d'hygiène dentaire¹. Sa couleur peut être rose pâle, semblable à celle du tissu environnant (Figure 6), ou blanche si la lésion est exposée à un phénomène de friction répétitif avec kératinisation de surface¹⁻²⁻⁵. Dans les cas où la lésion subit des traumatismes importants ou sévères, la surface peut être partiellement ulcérée¹⁻⁵.

L'examen histopathologique met en évidence une masse de tissu fibreux dense non encapsulée et recouverte d'un épithélium pluristratifié pavimenteux¹⁻⁹⁻¹² (Figure 7). De nombreux fibroblastes ayant des noyaux fusiformes sont dispersés au sein du tissu fibreux²⁻⁵. Certaines lésions contiennent un infiltrat inflammatoire chronique de densité légère à modérée, souvent localisé près de la jonction épithélio-conjonctive⁵⁻⁹⁻¹². En cas de traumatisme répétitif ou de friction chronique, l'épithélium devient hyperplasique et démontre une hyperkératose de surface (Figure 7) qui explique la couleur blanche observée cliniquement¹⁻⁵.

Le traitement du PFE est la biopsie excisionnelle dans un but diagnostique et curatif. L'élimination des facteurs étiologiques constitue une partie intégrante du traitement, sinon le risque de récurrence est augmenté. En général, les récurrences sont rares³⁻⁵.

Le Fibrome périphérique ossifiant

Le fibrome périphérique ossifiant (FPO) est une lésion d'origine réactionnelle. Sa caractéristique principale est la présence de tissu minéralisé formé par des cellules provenant du ligament parodontal ou du périoste, d'où l'atteinte exclusive de la gencive¹²⁻¹⁴. Les irritants locaux, notamment la plaque, le tartre, les restaurations défectueuses et les prothèses mal ajustées, représentent les facteurs de risque principaux pour le développement du FPO¹³⁻¹⁵. Le terme « fibrome » n'est pas adéquat puisqu'il ne s'agit pas d'un vrai néoplasme¹²⁻¹⁵.

Le FPO touche surtout les femmes et les jeunes adultes dans les deuxième et troisième décennies de vie⁵⁻¹³⁻¹⁵⁻¹⁶. La gencive antérieure supérieure représente son site de prédilection. La lésion débute souvent sur la papille interdentaire pour ensuite s'étendre latéralement sur la gencive marginale des dents adjacentes (Figure 8), causant même, dans certains cas, la migration de ces dents¹³⁻¹⁴. La lésion est nodulaire, bien circonscrite, de consistance ferme, et démontre une base sessile ou



Fig. 5. Présentation clinique typique du polype fibro-épithélial sur la muqueuse jugale au niveau du plan occlusal. Notez la surface lisse, la base sessile et la couleur rose pâle de la lésion.



Fig. 6. Polype fibro-épithélial gingival de dimension importante présentant une couleur rose pâle et une surface lisse et non ulcérée. Un torus mandibulaire est visible sous le polype. Notez la présence de tartre sur la surface linguale des dents inférieures.

pédiculée. Sa couleur varie de rouge à rose pâle (Figure 8). La lésion est souvent non douloureuse, mais la surface ulcérée peut causer des saignements faciles et récidivants, ce qui amène le patient à consulter⁵⁻¹²⁻¹⁶. En général, la croissance de la lésion est lente et sa taille est inférieure à 2 cm, mais des lésions qui mesurent jusqu'à 9 cm ont été rapportées⁵⁻¹⁵.

L'examen radiologique peut démontrer du tissu calcifié au sein de certaines lésions. Toutefois, l'absence d'une telle observation ne permet pas d'exclure le FPO du diagnostic différentiel clinique¹³.

Le FPO se caractérise lui aussi par la formation d'un tissu de granulation richement vascularisé recouvert par un épithélium stratifié pavimenteux partiellement ou totalement ulcéré⁹⁻¹³ (Figure 9). Une prolifération de cellules mésenchymateuses rondes ou ovales est souvent notée au sein du tissu lésionnel. Ces cellules sont responsables de la formation du tissu minéralisé qui peut se présenter sous forme d'os, d'ostéoïde, de ciment, de calcifications dystrophiques ou encore d'une combinaison de ces éléments (Figure 10). La quantité du tissu minéralisé varie d'une lésion à une autre et au sein d'une même lésion⁹⁻¹⁴⁻¹⁵.

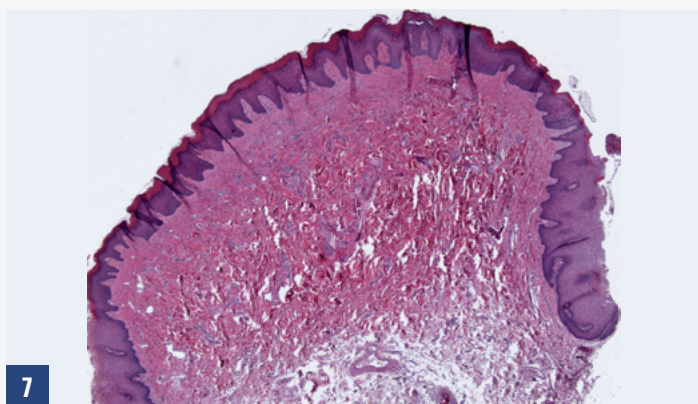
La biopsie excisionnelle représente le traitement de choix du FPO et doit être suivie par l'élimination des facteurs étiologiques locaux¹⁴⁻¹⁵. Le taux de récurrence rapporté est de 20 %, surtout si l'excision chirurgicale est trop conservatrice ou si les facteurs étiologiques ne sont pas complètement éliminés³⁻¹³⁻¹⁴. Dans le cas de récurrences multiples, l'excision de la lésion incluant le ligament parodontal et le périoste sous-jacents s'avère nécessaire afin de contrôler la lésion. Le suivi à court et à long terme est essentiel en raison du risque élevé de récurrence¹⁴.

Granulome périphérique à cellules géantes

Le granulome périphérique à cellules géantes (GPCG) est une lésion bénigne de nature réactionnelle⁵⁻¹⁷. Son origine est incertaine, mais il semble provenir du ligament parodontal ou du périoste, d'où l'atteinte exclusive de la gencive et des crêtes édentées²⁻¹²⁻¹⁶⁻¹⁸. Le GPCG peut apparaître à la suite d'une extraction dentaire ou en réponse à des irritants locaux, à l'instar des autres lésions hyperplasiques de la gencive¹⁷⁻¹⁹⁻²⁰.

Le GPCG peut apparaître à tout âge, mais il touche surtout les individus dans les cinq premières décennies de vie¹⁷⁻¹⁹⁻²¹. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes¹⁹⁻²¹. La mandibule, surtout la région antérieure aux molaires, constitue son site de prédilection²⁻⁵⁻¹⁶⁻¹⁸. La lésion débute dans la région interdentaire pour ensuite s'étendre latéralement vers les dents adjacentes et causer leur déplacement¹⁻¹⁸. Elle varie en dimension d'un cas à un autre, mais mesure moins de 2 cm dans la grande majorité des cas.

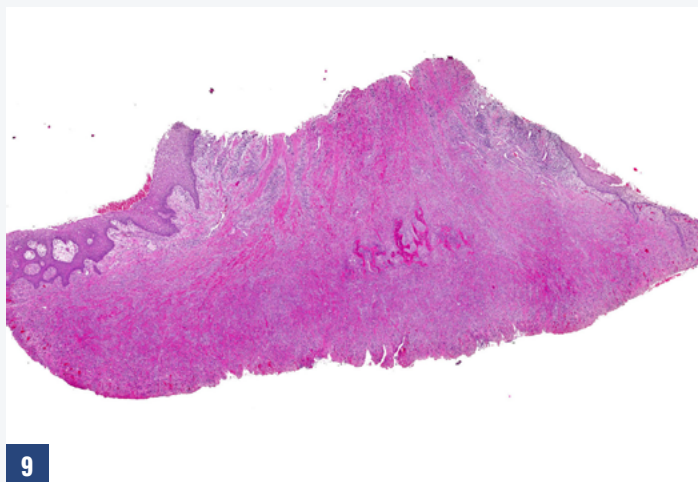
Le GPCG forme une masse exophytique, lobulée et de consistance ferme. La base de la lésion peut être sessile ou pédiculée et sa surface est lisse, partiellement ou totalement ulcérée⁵⁻¹⁹⁻²². La lésion est souvent de couleur rouge-mauve. Cette couleur est très caractéristique, faisant souvent évoquer le diagnostic lors de l'examen clinique. Elle est causée par la vascularisation importante de la lésion et par la présence de globules rouges extravasés dans le stroma². L'examen radiologique confirme l'absence d'une composante centrale. Cependant, dans un tiers des cas, le GPCG cause une érosion de la surface de l'os cortical, sans le perforer¹⁷⁻²¹.

**Fig. 7.**

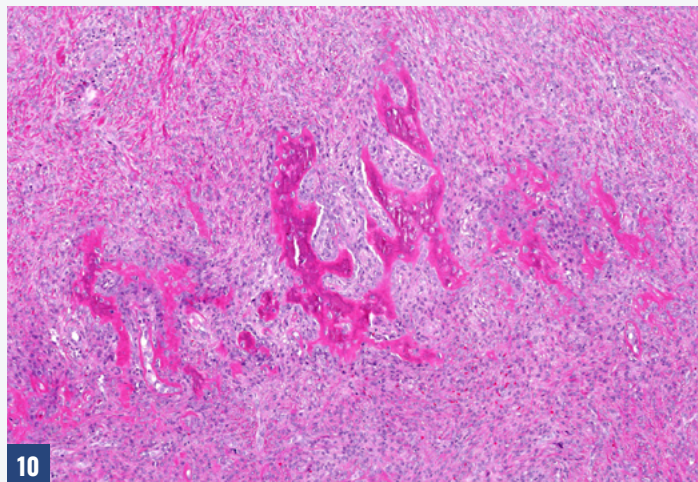
Photomicrographie d'un polype fibro-épithélial présentant une masse de tissu fibreux dense recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié. Notez la présence d'une hyperorthokératose de surface qui serait secondaire à des traumatismes répétitifs. Magnification originale 2,5X, coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.

**Fig. 8.**

Un fibrome périphérique ossifiant localisé sur la gencive antérieure inférieure. La lésion se présente comme une masse nodulaire bien circonscrite ayant une base sessile et une surface lobulée et érythémateuse. Photographie courtoisie du D^r Mazen Abiad, parodontiste.

**Fig. 9.**

Photomicrographie d'un fibrome périphérique ossifiant démontrant un tissu de granulation richement vascularisé. La surface de la lésion est partiellement ulcérée. Même à ce faible grossissement, on peut noter la présence de calcifications au centre de la lésion. Magnification originale 2,5X, coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.

**Fig. 10.**

À plus fort grossissement, on peut identifier une prolifération de cellules mésenchymateuses rondes ou ovales et la formation d'ostéoïde et de trabécules osseuses. Magnification originale 25X, coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.

L'examen histopathologique met en évidence une masse non encapsulée composée d'un stroma fibreux richement vascularisé dans lequel sont présentes des cellules de formes ovoïdes et fusiformes ainsi que des cellules géantes multinucléées à caractère ostéoclastique¹⁸ (Figure 11). Les cellules géantes sont disséminées autour de vaisseaux sanguins et des globules rouges extravasés¹⁻²⁻¹⁹⁻²² (Figure 12). Des dépôts d'hémosidérine peuvent être notés au sein du tissu lésionnel²⁻¹⁸. Des vaisseaux sanguins ayant des parois très minces peuvent entourer ce dernier (Figure 12). Près de 35 % des GPCG peuvent présenter du tissu minéralisé, sous forme d'os lamellaire ou de calcifications dystrophiques¹⁸. Il est impossible de distinguer histologiquement entre un granulome central à cellules géantes, une tumeur brune d'hyperparathyroïdie et le GPCG sans une corrélation clinique et radiologique adéquate.

Le traitement du GPCG est la biopsie excisionnelle suivie de l'élimination des facteurs étiologiques locaux¹⁻⁵⁻¹⁹⁻²¹. Le taux de récurrence du GPCG varie entre 15 % et 20 %¹⁷⁻²⁰. Les récurrences peuvent être multiples dans certains cas, nécessitant même l'extraction des dents associées à la lésion pour assurer un contrôle adéquat¹⁷⁻¹⁹. Évidemment, dans ces cas, les examens appropriés doivent être effectués afin d'exclure la possibilité d'un granulome central à cellules géantes ou d'une tumeur brune d'hyperparathyroïdie²⁻¹⁸. Le suivi clinique est essentiel pour s'assurer du contrôle adéquat des facteurs locaux ainsi que pour identifier et prendre en charge les récurrences de façon précoce¹⁸.

Hyperplasies gingivales d'origine réactionnelle associées aux implants

Les lésions hyperplasiques de la gencive peuvent se développer autour des implants. Le GPCG et le GP sont les plus fréquemment rencontrés en pratique²⁰⁻²³. Bien que la présentation clinique et l'apparence histologique de ces lésions soient similaires à leurs contreparties se développant autour des dents naturelles, il semblerait que les lésions péri-implantaires démontrent un comportement clinique plus agressif.

La prévalence du GPCG et du GP associés aux implants serait sous-estimée, notamment en raison de l'excision systématique de tout tissu péri-implantaire inflammé. La mandibule postérieure représente le site de prédilection de ces lésions, possiblement en raison d'un manque d'accès pour assurer un contrôle adéquat de la plaque dentaire. Une mauvaise adaptation marginale prothétique, la proximité excessive entre deux implants, un pilier de guérison mal vissé, l'exposition de la portion rugueuse du collet de l'implant, un manque de gencive attachée exposant la surface de l'implant et des forces occlusales traumatiques représentent les facteurs qui prédisposent au développement de ces lésions²⁰⁻²²⁻²³.

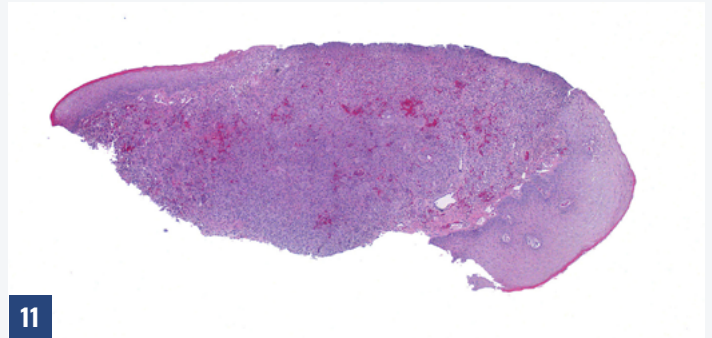
Le traitement est similaire à celui préconisé pour les lésions qui se développent autour des dents naturelles, mais il peut nécessiter un curetage parodontal supplémentaire et le remplacement des pièces prothétiques défectueuses²⁰⁻²²⁻²³. La récurrence des lésions péri-implantaires semble plus fréquente, nécessitant parfois le retrait de l'implant²⁰⁻²². La prise en charge des irritants locaux et le maintien des mesures strictes d'hygiène dentaire demeurent essentiels pour prévenir le développement de telles lésions et réduire leur risque de récurrence²⁰⁻²³.

Diagnostic différentiel

Il est manifeste que le diagnostic différentiel des masses gingivales doit inclure les hyperplasies réactionnelles discutées plus haut, puisqu'elles représentent plus de 90 % des masses gingivales rencontrées en clinique. Cependant, dans sa démarche diagnostique, le dentiste doit considérer d'autres entités de nature différente, et évidemment de pronostic différent. Ces entités comprennent des lésions bénignes comme la parulie, le fibrome à cellules géantes, les tumeurs d'origine mésenchymateuse et les tumeurs odontogènes périphériques. Elles comportent aussi des tumeurs malignes, surtout le carcinome épidermoïde de la gencive. Les autres tumeurs malignes à considérer dans cette liste sont le mélanome, certains sarcomes, certains types de lymphome et les métastases aux tissus mous de la cavité buccale (Tableau 1). Une brève discussion de certaines de ces pathologies est présentée plus bas.

Parulie

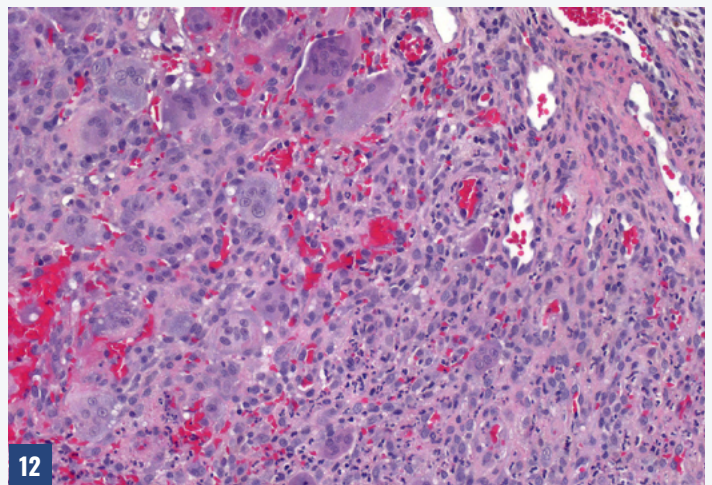
La parulie représente un tissu de granulation qui recouvre l'ouverture d'un trajet fistuleux drainant sur la gencive. Dans la majorité des cas, elle est le résultat du drainage d'une lésion apicale chronique⁹. Rarement, elle peut être secondaire à une infection parodontale. La parulie apparaît comme une papule rouge asymptomatique qui présente souvent un point jaune sur son sommet (Figure 13). Elle est localisée le plus fréquemment sur la gencive buccale. Rarement, des parulies situées sur la gencive palatine ou linguale peuvent être rencontrées en pratique⁹. Dans la majorité des cas, l'histoire ainsi que l'examen clinique et radiologique permettent au clinicien de poser un diagnostic précis. Un examen radiologique effectué avec une tige de gutta-percha utilisée pour tracer le trajet fistuleux permet d'identifier la source d'infection avec une grande certitude. Le traitement consiste principalement à éliminer cette source⁹. La biopsie n'est pas nécessaire, sauf dans les cas où la lésion persiste à la suite d'un traitement adéquat.



11

Fig. 11.

Un granulome périphérique à cellules géantes se présentant comme une masse lobulée, partiellement ulcérée, composée d'un stroma fibreux richement vascularisé dans lequel sont présentes des cellules mononucléées et des cellules géantes multinucléées. Magnification originale 2,5X, coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.



12

Fig. 12.

Photomicrographie à fort grossissement d'un granulome périphérique à cellules géantes démontrant la présence de cellules mononucléées et de cellules géantes multinucléées, de quelques cellules inflammatoires, de globules rouges extravasés et de vaisseaux sanguins de petit calibre. Magnification originale 40X, coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.

Fibrome à cellules géantes

Le fibrome à cellules géantes (FCG) est une tumeur bénigne des fibroblastes²⁴. Il touche surtout les jeunes adultes sans prédilection pour le sexe. Près de la moitié des cas se localisent à la gencive, la mandibule étant davantage affectée que le maxillaire²⁵. Les autres sites fréquemment atteints sont, en ordre décroissant : la langue, le palais, la muqueuse jugale et les lèvres²⁴⁻²⁶. Le FCG se présente comme un nodule asymptomatique de couleur rose pâle et de taille inférieure à 1 cm (Figure 14). La base de la lésion peut être sessile ou pédiculée, et sa surface varie de lisse à bosselée²⁴⁻²⁶ (Figure 14). Sur le plan histopathologique, la présence de fibroblastes géants multinucléés ou bien de fibroblastes ayant des noyaux triangulaires (Figure 15) et de rete pegs allongés et étroits est caractéristique de cette lésion²⁴⁻²⁶. La biopsie excisionnelle dans un but diagnostique et curatif représente le traitement de choix²⁴⁻²⁵.

Tumeurs odontogènes périphériques

Les tumeurs odontogènes périphériques sont des néoplasies rares qui surviennent sur la gencive et la muqueuse alvéolaire. Tout comme les formes centrales, la plus grande majorité de ces tumeurs sont bénignes et démontrent une apparence histopathologique identique à leurs contreparties intraosseuses²⁷⁻²⁸. Le fibrome odontogène périphérique et l'améloblastome périphérique représentent les tumeurs odontogènes périphériques les plus fréquemment rencontrées en pratique²⁷. D'autres tumeurs peuvent aussi être décelées, mais elles sont extrêmement rares²⁷⁻²⁹.

En général, ces tumeurs se présentent comme des masses fermes asymptomatiques de couleur rouge ou rose pâle²⁷. L'examen radiologique confirme l'absence de lésion centrale. Cependant, dans certains cas, une érosion superficielle de la corticale buccale peut être observée²⁸. Cliniquement, il est impossible de distinguer les tumeurs odontogènes périphériques des lésions hyperplasiques de la gencive.

L'examen histopathologique représente le seul moyen pour poser un diagnostic définitif²⁷.

Lésions centrales ayant perforé la corticale osseuse

Les formes avancées des tumeurs odontogènes centrales, les kystes odontogènes, certaines lésions osseuses comme le granulome central à cellules géantes et le fibrome ossifiant ainsi que des tumeurs malignes intraosseuses d'origine primaire ou métastatique peuvent souffler et perforer la corticale osseuse, pour se présenter comme une masse gingivale « périphérique » (Figure 16)³⁰⁻³¹. Dans ces cas, seul l'examen radiologique permet de confirmer la présence d'une lésion centrale et ainsi de mieux orienter la démarche diagnostique et thérapeutique.

Carcinome épidermoïde

Le carcinome épidermoïde (CE) représente 90 % de toutes les néoplasies malignes qui touchent la cavité buccale. Le diagnostic du CE, souvent posé à un stade avancé de la maladie, explique son pronostic plutôt sombre. Les sites les plus fréquemment atteints sont la langue, la lèvre inférieure, le plancher buccal et le palais mou. Le CE peut aussi se voir sur la gencive dans 10 % à 30 % des cas³². Ces tumeurs gingivales touchent surtout les personnes âgées sans prédilection pour le sexe. L'âge moyen au moment du diagnostic se situe autour de 70 ans. La région postérieure de la mandibule est le site de prédilection du CE gingival³²⁻³³.

Dans sa forme débutante, le CE de la gencive se présente comme une masse exophytique asymptomatique avec une surface partiellement ulcérée (Figure 17). La douleur n'est pas caractéristique, mais la lésion peut causer de l'inconfort ou du saignement au brossage. Dans un tel contexte, un diagnostic clinique d'une lésion de nature réactionnelle comme le GP ou le FPO peut facilement être envisagé. L'absence de facteurs locaux pouvant expliquer le développement d'une lésion réactionnelle, la présence de facteurs de risque



13

Fig. 13.

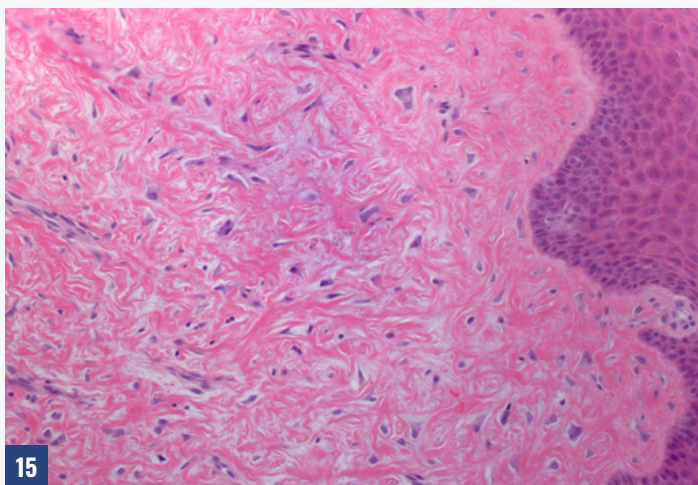
Présentation clinique typique d'une parulie au niveau du quadrant 1 postérieur. Notez la présence de la carie occlusale profonde au niveau de la dent 1.6.



14

Fig. 14.

Apparence clinique du fibrome à cellules géantes qui se présente comme un nodule sessile de couleur rose pâle et ayant une surface bosselée.



15

Fig. 15.

Photomicrographie à fort grossissement d'un fibrome à cellules géantes mettant en évidence les fibroblastes géants et multinucléés ainsi que des fibroblastes ayant des noyaux triangulaires caractéristiques de cette lésion. Magnification originale 40X, coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.



16

Fig. 16.

Un kératokyste odontogène ayant perforé la plaque osseuse buccale entre les dents 4.2 et 4.3 pour se présenter comme une masse gingivale. La radiographie pérapicale du site a confirmé la présence d'une petite lésion radioclaire multiloculaire entre les deux racines. L'examen histopathologique du tissu excisé a confirmé le diagnostic de kératokyste odontogène. La couleur jaune est possiblement secondaire à la présence de kératine au sein de la lésion.

comme une histoire de tabagisme ou de consommation abusive d'alcool ainsi qu'un examen minutieux et détaillé de la lésion doivent amener le clinicien à considérer un diagnostic de CE. Le diagnostic de malignité est évidemment plus manifeste dans les cas avancés qui sont souvent accompagnés de douleur, de mobilité dentaire ou de paresthésie³².

Le traitement du CE dépend du stade clinique de la maladie et comprend une prise en charge complexe et multidisciplinaire. Les options thérapeutiques comprennent la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et une combinaison de ces modalités. Le taux de survie à cinq ans du CE gingival est de 47%³³.

Métastases aux tissus mous de la cavité buccale

Les métastases à la cavité buccale sont rares et ne représentent que 1% de toutes les néoplasies malignes de la

bouche. Les métastases osseuses sont plus fréquentes que celles aux tissus mous³⁴⁻³⁵. Les poumons, les reins et la peau sont les principaux sites des tumeurs primaires pouvant envoyer des métastases aux tissus mous de la cavité buccale³⁶.

Les hommes âgés de 40 à 60 ans sont les plus à risque de présenter des métastases dans les tissus mous de la bouche³⁴⁻³⁶. La gencive, qui est atteinte dans près de la moitié des cas, représente le site de prédilection ; la langue est le second site le plus fréquemment affecté. L'apparence clinique des métastases gingivales débutantes se révèle très similaire à celle des hyperplasies d'origine réactionnelle, mais l'examen histopathologique permet de distinguer ces deux processus⁹⁻³⁴⁻³⁶. Le pronostic des patients présentant des métastases au sein de la cavité buccale est souvent très sombre et le traitement est généralement palliatif⁹⁻³⁴.

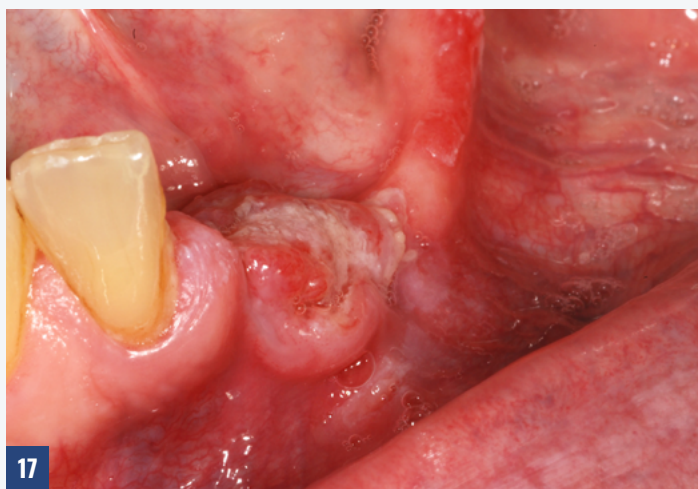


Fig. 17. Présentation clinique d'un carcinome épidermoïde au niveau de la crête alvéolaire édentée dans la région postérieure du quadrant 3. La lésion se présente comme une masse exophytique avec une surface partiellement ulcérée pouvant être facilement confondue cliniquement avec une lésion hyperplasique d'origine réactionnelle.



Fig. 18. Photographie intraorale du quadrant 3 montrant une masse exophytique localisée au site d'extraction de la dent 3.7. Notez la surface partiellement ulcérée et lobulée de la lésion ainsi que son extension buccale et linguale.

Démarche diagnostique

Étant donné l'impact possible sur le pronostic vital du patient, le dentiste doit poser un diagnostic précis de toute pathologie buccale. Ce diagnostic doit être basé sur une corrélation entre l'histoire, la présentation clinique, les changements radiologiques et le résultat de l'analyse histopathologique du tissu lésionnel. Pour illustrer ces propos, nous présentons le cas d'une patiente âgée de 28 ans qui consulte pour une douleur au quadrant 3 qui est référée à l'oreille et qui la réveille la nuit. La patiente se plaint aussi d'une masse gingivale apparue il y a environ un mois au site d'extraction de la dent 3.7. Cette dent aurait été extraite deux ans auparavant.

Le dentiste consulté procède à l'anamnèse et révisé l'histoire médicale et personnelle de la patiente ainsi que l'histoire de la plainte principale (Diagramme).



Fig. 19.

Le cliché panoramique obtenu au moment de la consultation confirme l'absence de lésion intra-osseuse. Une pointe osseuse est visible sur le sommet de la crête édentée au distal de la dent 3.6 et des calcifications dans la partie mésiale de la lésion.

La patiente est en bonne santé et ne prend aucun médicament de façon régulière. Elle n'a jamais fumé ni consommé d'alcool. La douleur est sévère et réveille la patiente; elle survient de façon spontanée, mais aussi lors de changements de température. Pour ce qui est de la masse gingivale, la patiente indique qu'elle s'est développée rapidement au cours du dernier mois; elle est sensible et saigne facilement au brossage. La patiente indique aussi que la lésion touche la surface occlusale des dents postérieures supérieures, aggravant ainsi l'inconfort causé par cette lésion durant la mastication.

Une fois l'anamnèse effectuée, le dentiste procède à l'examen clinique intraoral et extraoral (Diagramme). Cet examen confirme l'absence de lymphadénopathie cervicale ou sous-mandibulaire. L'examen intraoral démontre une carie extensive touchant la dent 3.8. Cette dent réagit de façon exagérée au test au froid. Il n'y a pas de douleur à la percussion et il n'y a pas de poches parodontales. Une masse gingivale exophytique et bourgeonnante ayant une base sessile et une surface lobulée, partiellement ulcérée, est visible sur la crête édentée au site d'extraction de la dent 3.7 (Figure 18). La lésion mesure 2,0 cm sur 1,5 cm. Elle est de couleur rouge avec des zones bleutées. Sa surface semble être en contact avec les dents antagonistes.

Avec ces données en main, le diagnostic principal de la douleur dentaire est celui d'une pulpite irréversible affectant la dent 3.8. Le diagnostic différentiel de la masse gingivale comprend les hyperplasies réactionnelles de la gencive, une lésion centrale qui a perforé les corticales, une tumeur odontogène périphérique ainsi qu'une tumeur maligne d'origine primaire ou métastatique (Tableau).

Afin de pousser la démarche diagnostique, un examen radiologique doit être effectué (Diagramme). Une radiographie panoramique a été obtenue dans ce cas (Figure 19) et démontre nettement la carie

profonde touchant la dent 3.8. Elle confirme l'absence d'une pathologie intraosseuse, ce qui élimine la possibilité d'une lésion centrale ayant perforé la corticale. Cependant, on peut identifier une pointe osseuse sur le sommet de la crête édentée au distal de la dent 3.6 et des calcifications dans la partie mésiale de la lésion (Figure 19). Le diagnostic le plus probable dans ce cas serait donc des lésions hyperplasiques et réactionnelles de la gencive, notamment un GP, un FPO et un GPCG. Un carcinome épidermoïde est moins probable étant donné l'âge de la patiente et l'absence de facteurs de risque (tabac et alcool). Une métastase aux tissus mous de la bouche et une autre tumeur maligne primaire sont possibles, mais moins probables. Elles doivent être quand même éliminées par les tests diagnostiques appropriés (Diagramme).

Le dentiste décide de procéder à l'extraction de la dent 3.8, suivie d'une biopsie excisionnelle de la lésion. Le choix de la biopsie excisionnelle est basé sur le fait que le diagnostic le plus probable dans ce cas est celui d'une lésion hyperplasique réactionnelle de la gencive. Le dentiste procède aussi à l'ablation de la pointe osseuse visible au distal de la dent 3.6 et au détartrage de cette dent au moment de la chirurgie.

Le résultat de l'analyse histopathologique du tissu excisé confirme un diagnostic de granulome périphérique à cellules géantes avec formation abondante de tissu minéralisé. La patiente a été informée de ce résultat et rassurée sur la nature bénigne de la lésion. Elle a été aussi informée du risque de récurrence ainsi que de l'importance du suivi clinique du site (Diagramme) et du maintien d'une bonne hygiène dentaire.

Conclusion

Les hyperplasies gingivales d'origine réactionnelle sont des lésions communes en bouche. Elles peuvent aussi se développer autour des implants dentaires. Ces masses gingivales sont bénignes, mais il ne faut pas ignorer le fait que certaines tumeurs malignes peuvent leur ressembler. La revue de l'histoire médicale et personnelle de même que l'examen clinique et radiologique permettent d'élaborer un diagnostic différentiel propre à chaque situation clinique. La biopsie est non seulement curative dans la majorité des cas, mais l'analyse histopathologique du tissu excisé permet de poser un diagnostic définitif et d'écarter des pathologies graves pouvant affecter le pronostic vital du patient. Une consultation en spécialité peut s'avérer nécessaire dans certains cas. ■

Références bibliographiques

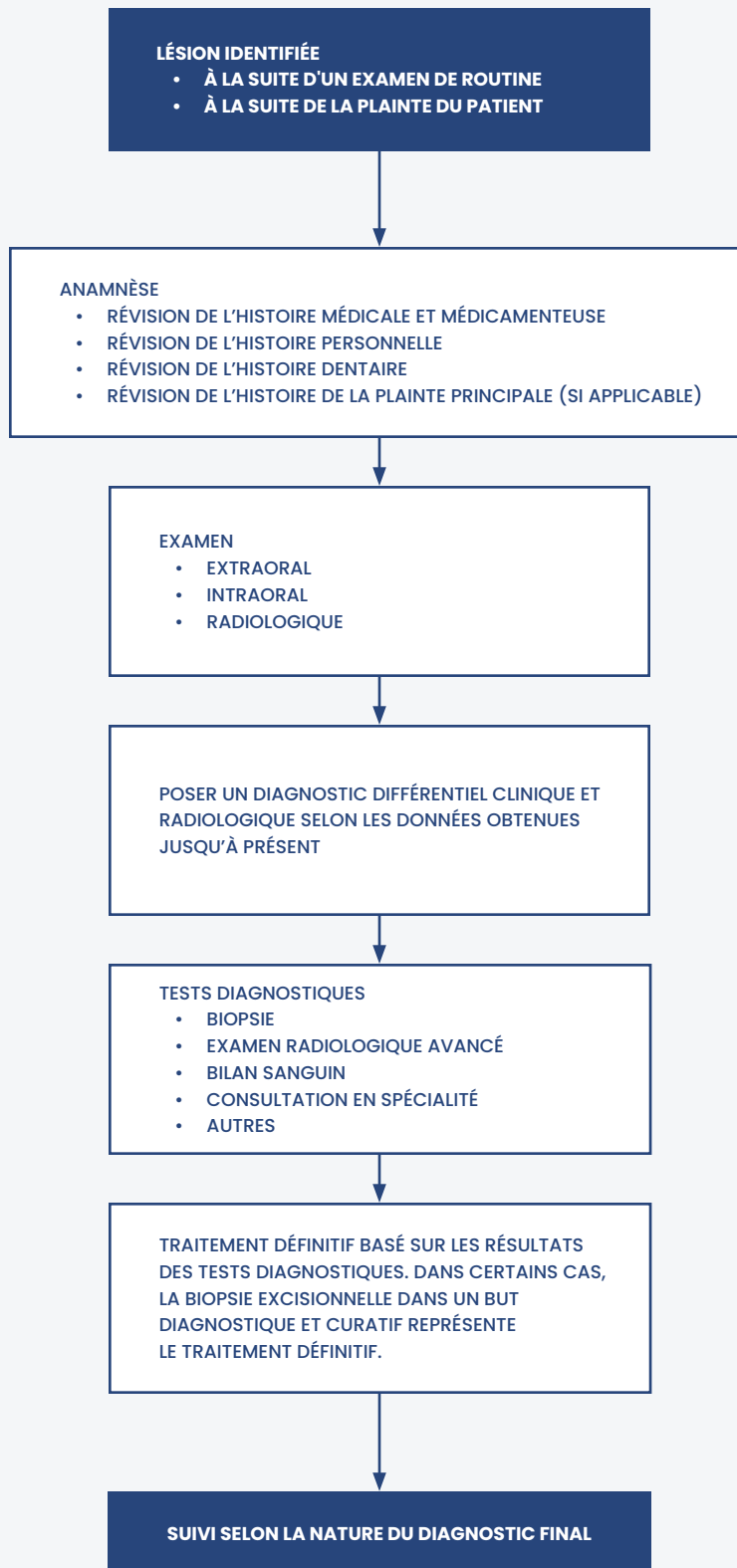
1. Savage NW, Daly CG. Gingival enlargements and localized gingival overgrowths. *Aust Dent J*. 2010;55 Suppl 1:55-60.
2. Brierley DJ, Crane H, Hunter KD. Lumps and bumps of the gingiva: a pathological miscellany. *Head Neck Pathol*. 2019;13(1):103-13.
3. Babu B, Hallikeri K. Reactive lesions of oral cavity: A retrospective study of 659 cases. *J Indian Soc Periodontol*. 2017;21(4):258-63.
4. Holmstrup P, Plemons J, Meyle J. Non-plaque-induced gingival diseases. *J Periodontol*. 2018;89 Suppl 1:S28-s45.
5. Esmelli T, Lozada-Nur F, Epstein J. Common benign oral soft tissue masses. *Dent Clin North Am*. 2005;49(1):223-40, x.
6. Jafarzadeh H, Sanatkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci*. 2006;48(4):167-75.
7. Saravana GHL. Oral pyogenic granuloma: a review of 137 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2009;47(4):318-9.
8. McNamara KK, Kalmar JR. Erythematous and vascular oral mucosal lesions: a clinicopathologic review of red entities. *Head Neck Pathol*. 2019;13(1):4-15.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 4th Edition ed. St. Louis, Missouri : Elsevier; 2016.
10. Monteiro L, Delgado ML, Garcês F, Machado M, Ferreira F, Martins M, et al. A histological evaluation of the surgical margins from human oral fibrous-epithelial lesions excised with CO2 laser, Diode laser, Er:YAG laser, Nd:YAG laser, electrosurgical scalpel and cold scalpel. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2019;24(2):e271-e80.
11. Daley TD, Nartey NO, Wysocki GP. Pregnancy tumor: an analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991;72(2):196-9.
12. Buchner A, Shnaiderman-Shapiro A, Vered M. Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 1675 cases from Israel. *J Oral Pathol Med*. 2010;39(8):631-8.
13. Walters JD, Will JK, Hatfield RD, Cacchillo DA, Raabe DA. Excision and repair of the peripheral ossifying fibroma: a report of 3 cases. *J Periodontol*. 2001;72(7):939-44.
14. Lázare H, Peteiro A, Pérez Sayáns M, Gándara-Vila P, Caneiro J, García-García A, et al. Clinicopathological features of peripheral ossifying fibroma in a series of 41 patients. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2019;57(10):1081-5.
15. Mergoni G, Meleti M, Magnolo S, Giovannacci I, Corcione L, Vescovi P. Peripheral ossifying fibroma: a clinicopathologic study of 27 cases and review of the literature with emphasis on histomorphologic features. *J Indian Soc Periodontol*. 2015;19(1):83-7.
16. Rawal YB, Mustiful-Martin D, Rosebush MS, Anderson KM, Mincer HH. Slow-growing gingival mass. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012;113(2):161-7.
17. Motamedi MH, Eshghyar N, Jafari SM, Lassemi E, Navi F, Abbas FM, et al. Peripheral and central giant cell granulomas of the jaws: a demographic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;103(6):e39-43.
18. Lester SR, Cordell KG, Rosebush MS, Palaiologou AA, Maney P. Peripheral giant cell granulomas: a series of 279 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2014;118(4):475-82.
19. Boffano P, Benech R, Rocca F, Gallesio C, Garzaro M, Pecorari G. Review of peripheral giant cell granulomas. *J Craniofac Surg*. 2013;24(6):2206-8.
20. Atarbashi-Moghadam F, Atarbashi-Moghadam S, Namdari M, Shahrabi-Farahani S. Reactive oral lesions associated with dental implants. A systematic review. *J Investig Clin Dent*. 2018;9(4):e12342.
21. Chrcanovic BR, Gomes CC, Gomez RS. Peripheral giant cell granuloma: A an updated analysis of 2824 cases reported in the literature. *J Oral Pathol Med*. 2018;47(5):454-9.
22. Chrcanovic BR, Gomes CC, Gomez RS. Peripheral giant cell granuloma associated with dental implants: a systematic review. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2019;120(5):456-61.
23. Dojcinovic I, Richter M, Lombardi T. Occurrence of a pyogenic granuloma in relation to a dental implant. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010;68(8):1874-6.
24. Mainville GN. Non-HPV papillary lesions of the oral mucosa: clinical and histopathologic features of reactive and neoplastic conditions. *Head Neck Pathol*. 2019;13(1):71-9.
25. Houston GD. The giant cell fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1982;53(6):582-7.
26. Weathers DR, Callihan MD. Giant-cell fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1974;37(3):374-84.
27. Manor Y, Mardinger O, Katz J, Taicher S, Hirshberg A. Peripheral odontogenic tumours--differential diagnosis in gingival lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004;33(3):268-73.
28. Buchner A, Sciubba JJ. Peripheral epithelial odontogenic tumors: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987;63(6):688-97.
29. Aytac-Yazicioglu D, Eren H, Görgün S. Peripheral odontogenic myxoma located on the maxillary gingiva: report of a case and review of the literature. *Oral Maxillofac Surg*. 2008;12(3):167-71.
30. Black CC, Addante RR, Mohila CA. Intraosseous ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010;110(5):585-92.
31. de Lange J, van den Akker HP, van den Berg H. Central giant cell granuloma of the jaw: a review of the literature with emphasis on therapy options. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;104(5):603-15.
32. Fitzpatrick SG, Neuman AN, Cohen DM, Bhattacharyya I. The clinical and histologic presentation of gingival squamous cell carcinoma: a study of 519 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012;114(4):509-15.
33. Lee KC, Chuang SK, Philipone EM, Peters SM. Which Clinicopathologic factors affect the prognosis of gingival squamous cell carcinoma: a population analysis of 4,345 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2019;77(5):986-93.
34. Elkhoury J, Cacchillo DA, Tatakis DN, Kalmar JR, Allen CM, Sedghizadeh PP. Undifferentiated malignant neoplasm involving the interdental gingiva: a case report. *J Periodontol*. 2004;75(9):1295-9.
35. Ramón Ramirez J, Seoane J, Montero J, Esparza Gómez GC, Cerero R. Isolated gingival metastasis from hepatocellular carcinoma mimicking a pyogenic granuloma. *J Clin Periodontol*. 2003;30(10):926-9.
36. Hirshberg A, Leibovich P, Buchner A. Metastases to the oral mucosa: analysis of 157 cases. *J Oral Pathol Med*. 1993;22(9):385-90.

Tableau – Diagnostic différentiel des masses gingivales

CATÉGORIE	EXEMPLES
Lésions réactionnelles	Fibrome périphérique ossifiant Granulome périphérique à cellules géantes Granulome pyogène <ul style="list-style-type: none"> - Tumeur de grossesse - Épulis granulomateux Polype fibro-épithélial Parulis
Lésions centrales avec perforation de la corticale osseuse	Tumeurs odontogènes Kystes odontogènes Granulome central à cellules géantes Tumeur brune d'hyperparathyroïdisme Métastases osseuses avec perforation
Néoplasies bénignes	Tumeurs odontogènes périphériques (améloblastome, fibrome odontogène périphérique) Tumeurs bénignes des tissus mous (fibrome à cellules géantes, neurofibrome, schwannome, autres)
Néoplasies malignes (d'origine primaire)	Carcinome épidermoïde Tumeur maligne d'origine mésenchymateuse (sarcome) Mélanome Lymphome Autres tumeurs malignes
Néoplasies malignes (d'origine métastatique)*	Adénocarcinome (d'origine pulmonaire, gastro-intestinale, mammaire ou autre) Carcinome (d'origine pulmonaire, rénale ou autre) Sarcome Mélanome

* Les métastases aux tissus mous de la cavité buccale sont beaucoup plus souvent d'origine épithéliale (adénocarcinome ou carcinome) que d'origine mésenchymateuse.

Diagramme : la démarche diagnostique





INDEX DES ANNONCEURS

- 2 RBC
- 6 Guilbert
- 7 Gescom Conseils
- 56 ROI Corporation



Leader canadien d'évaluation et de vente de cabinets professionnels depuis 1974

POURQUOI ROI CORPORATION?

- 🍁 Chevronné 🍁 Conscience professionnelle
- 🍁 Confidentialité et confiance 🍁 Franc succès



Pascale Guillon
Associée
pascale@roicorp.com
(514) 923-9181



Dr. John Badger
Associé
johnbadger@roicorp.com
(514) 912-4229



roicorp.com
(844) ROI-2020

Restez à l'affut des nouveaux cabinets à vendre en vous abonnant à roicorp.com





À L'AGENDA

21 et 22 septembre 2023

Vermont Dental Conference

vsds.org

Burlington



Du 21 au 23 septembre 2023

CAPD/ACDP – AAPD

conferencefr.capd-acdp.org

Montréal



4 novembre 2023

AGA – Ordre des dentistes du Québec

odq.qc.ca

Journal de l'Ordre
des dentistes
du Québec

Vol. 60 n° 1 • Juillet 2023

**Publication officielle
de l'Ordre des dentistes du Québec**

Les opinions exprimées dans cette publication sont uniquement celles des auteurs. Le fait, pour un annonceur, de présenter ses produits ou ses services dans le *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* ne signifie pas qu'ils sont endossés par l'Ordre des dentistes du Québec.

Éditeur

Ordre des dentistes du Québec

Rédacteur en chef

Olivier Meunier

Rédactrice-révisseur

Nataly Rainville

Collaborateurs

D^{re} Chantal Aubry

D^{re} Véronic Deschênes

M^c André Lavoie

Conception graphique

Maître D

Production

Direction des affaires publiques et
des communications

Publication

Publié 2 fois l'an en version numérique

Ordre des dentistes du Québec

800, boul. René-Lévesque Ouest

Bureau 1640

Montréal (Québec) H3B 1X9

514 875-8511

journal@odq.qc.ca

odq.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale

ISSN : 2291-1782 (En ligne)

© Copyright 1981

DENTACCES.ca

Accès aux soins buccodentaires

- Programmes gouvernementaux
- Cliniques communautaires
- Autres solutions

