

annuel voire semestriel en fonction du patient et des risques qu'il présente, avec un détartrage surfaçage le plus délicat possible, l'apprentissage d'une technique de brossage non agressive, préservant les tissus mous. En raison des troubles de la cicatrisation, les greffes gingivales sont à éviter car souvent vouées à l'échec.

Les prothèses, aussi bien fixes qu'amovibles, doivent être totalement atraumatique, et parfaitement équilibrées au niveau occlusal.

Les traitements chirurgicaux doivent être réalisés de la manière la moins traumatisante possible, avec réalisation d'une séparation radiculaire en cas de dilacération importante. Afin de réduire le risque hémorragique post extractionnel, mais également de guider la cicatrisation, il est fortement recommandé de réaliser une suture assez large, après suppression de la traction muco-périostée sur le site opératoire. Cette suture doit être réalisée avec une tension faible, en insérant le fil le plus bas possible afin d'éviter de déchirer la muqueuse. Les sutures doivent être gardées deux fois plus longtemps que chez un sujet sain.

Les traitements orthodontiques doivent être réalisés lentement, avec des forces plus faibles, en raison de la rapidité des mouvements dentaires. Un bilan radiologique et parodontal régulier est conseillé. Afin de permettre la cicatrisation complète du desmodonte (ligament alvéolo-dentaire, qui permet de fixer la dent à l'os. Comme toute articulation, ce ligament permet une mobilité physiologique à la dent. Il est riche en collagène, ce qui explique sa fragilité et sa dégradation rapide dans le SED), il convient de conserver la contention post-thérapeutique plus longtemps que chez les sujets sains.

La prise en charge des problèmes articulaires comprend la mise en place d'une kinésithérapie de myorelaxation et un réglage occlusale parfait. La réalisation de gouttière occlusale est à discuter au cas par cas en fonction des troubles ostéo-articulaire associés. Le patient doit trouver sa position de repos, les dents ne doivent pas être serrées mais en contact léger. L'utilisation de cales de repos peut permettre de maintenir cette position de repos.

Pour l'ensemble des traitements, il convient de faire des séances de courtes durées sans utiliser une ouverture buccale trop grande. Avant de retirer les rouleaux coton, il convient de les humidifier abondamment pour éviter de blesser la muqueuse.

Transmis par SED 1+

assosed1plus@gmail.com

Docteur Michael DELARUE -

SOINS DENTAIRES ET SYNDROME D'EHLERS DANLOS

Le syndrome d'Ehlers Danlos (SED) est l'ensemble des conséquences d'altérations du **tissu conjonctif**, d'origine **génétique**, affectant principalement les **collagènes** (ils sont 30). Ceci perturbe bon nombre de leurs caractéristiques physiques (résistance, élasticité). Il existe un grand nombre de modalités d'expression allant d'une symptomatologie discrète, et donc peu diagnostiquée, à des tableaux cliniques plus importants très handicapants. Longtemps considérée comme une maladie rare, le SED est, en fait **fréquent**, mais rarement diagnostiqué par méconnaissance. Son diagnostic est **strictement clinique** aujourd'hui, du fait de l'absence de test génétique. Il repose sur **6 signes évocateurs** par leur groupement que l'on peut considérer comme « *pathognomonique* » : **douleurs** diffuses (articulations, abdomen, thorax, peau, migraines) et rebelles aux antalgiques, **fatigue** intense, **fragilité cutanée**, troubles **proprioceptifs** (entorses, luxations, maladroites), **hypermobilité** des articulations, **hémorragies**. Cinq, au moins, de ces signes et le fait qu'un cas semblable, même incomplet, existant dans la famille, constituent un **argument formel** pour poser, avec certitude, un diagnostic. **Il n'y a pas de test génétique** du SED aujourd'hui ; les prélèvements tissulaires sont inutiles dans la pratique clinique usuelle. **D'autres manifestations** font partie du SED : troubles du sommeil, dysautonomie (sueurs, pseudo syndrome de Raynaud), dystonie avec des contractions involontaires, troubles digestifs (constipation, reflux), urinaires (dysurie, pollakiurie, urgences), auditifs (hyperacousie, hypoaousie et surdités, acouphènes, hyperosmie, vertiges), visuels (myopie, fatigue visuelle, diplopie), gynéco-obstétricaux (kystes ovariens, accouchements difficiles), cognitifs (attention, mémoire de travail, orientation). Sur le plan génétique, le SED est considéré comme une **affection autosomique** dominante. Dans la pratique, le nombre d'enfants concernés dans une fratrie, n'est pas d'un sur deux, selon les lois de Mendel, mais beaucoup plus élevé, pouvant concerner la totalité des enfants dont l'un des parents est atteint par le syndrome. La pratique sur une cohorte de 1500 personnes atteintes du SED met, aussi, en évidence, la **prédominance (85%) des femmes** et la sévérité plus importante des symptômes chez ces dernières. **L'espérance de vie n'est pas altérée** si on excepte, les très exceptionnelles formes artérielles, ou « *vasculaires* », avec plusieurs atteintes anévrysmales). Pr. Claude Hamonet, consultation Ehlers-Danlos (Service de médecine Physique, Dr. Maigne), Hôtel-Dieu de Paris).

FONDATION
DE
FRANCE

« Il n'y a pas de meilleur livre pour le médecin que le malade » (Gorgio Baglivi, 1668-1707, professeur de Chirurgie et d'Anatomie, Collège de la Sapienne, Rome, pionnier de la Médecine Clinique).

Avec le soutien de la Fondation de France