

**République Algérienne Démocratique et Populaire**  
**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

ⵜⴰⵎⴰⵎⴻⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵎⴻⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵎⴻⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵎⴻⵜ  
**UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD**  
**FACULTE DE MEDECINE**  
**DR. B.BENZERDJEB - TLEMCEM**



جامعة أبو بكر بلقايد  
كلية الطب  
د.ب.بن زرجب - تلمسان

**DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR**  
**L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE**

**Thème :**

*Conduite à tenir face aux maladies cardiovasculaires (MCV) au cabinet dentaire : Enquête auprès des médecins dentistes de la ville de Tlemcen.*

Présenté par :

*Zellal Hanane    Nehari Alaa Nedjlaa    Chadli Amira    Benahmed Amel*

Soutenu publiquement le lundi 04 Juillet 2022

**Le Jury :**

PR GHEZZAZ Kamel	Maître de conférence A en PCB	<b>Président</b>
DR BENSALDI Soufyane	Maître -assistant en parodontologie	<b>Assesseur</b>
DR GUENDOOUZ Djamel	Maître -assistant en OCE	<b>Assesseur</b>
DR ZOUAOUI Amel	Maître -assistante en parodontologie	<b>Encadreur</b>
PR CHABNI Nafissa	Professeure en épidémiologie et médecine préventive	<b>Co-Encadreur</b>

Année universitaire 2021-2022

# Résumé

## Résumé

---

### Résumé :

#### Introduction/Problématique :

Première cause de mortalité mondiale, avec de plus en plus d'études concluant du lien bidirectionnel entre les maladies cardiovasculaires(MCV) et l'état bucco-dentaire, le médecin dentiste fait ainsi partie intégrante de l'équipe médicale. Alors qu'en est-il des connaissances, attitudes et pratiques des médecins dentistes de la ville de Tlemcen de la conduite à tenir face aux MCV ?

C'est pour répondre à cette question, qu'il nous a paru opportun de mener cette étude.

#### Objectif :

Décrire l'état de connaissances, attitudes, pratiques des médecins dentistes face aux MCV.

#### Matériels/Méthodes :

Il s'est agi d'une enquête CAP (connaissances, attitudes, pratiques), incluant tous les médecins dentistes exerçant dans la ville de Tlemcen, allant du mois de février 2022 au mois de mai 2022. Un auto-questionnaire a été utilisé.

#### Résultats/Discussion :

Notre étude a permis l'enrôlement de 141 médecins-dentistes, constituant la taille de notre échantillon (n=141), reflétant un taux de participation de 82,45 %.

Le sexe féminin était le plus prédominant (64%), avec un sex-ratio de 0.56. La tranche d'âge la plus représentée était celle inférieure à 40 ans (78%).

Nos présents résultats ont permis de mettre en évidence la défaillance de la maîtrise et la gestion du risque infectieux, où les réponses justes quant à la répartition des MCV, la description correcte des classes, le protocole de l'antibioprophylaxie n'ont été respectivement retrouvées qu'à : 29,6%, 20%, 5%.

En essayant de mettre en évidence les paramètres pouvant influencer les difficultés de gestion des différents risques (infectieux, hémorragique, syncopal), à savoir : l'ancienneté, le grade, et le secteur d'exercice, il a été constaté que seulement le risque syncopal était influencé par l'ancienneté, la relation était statistiquement significative, confirmée par le test du  $X^2$  ( $p=0.002$ ).

A la grande majorité (66 %), nos participants ont manifesté leur intérêt pour une formation s'articulant autour des MCV.

#### Conclusion/Recommandations :

Il en ressort de notre étude la défaillance de la conduite à tenir face aux MCV. Prévoir des journées de formation continue, et d'autres manifestations scientifiques doit prévaloir parmi nos objectifs.

**Mots clés :** MCV, cabinet dentaire, conduit à tenir.

### **Abstract:**

### **Introduction/Problem:**

First cause of mortality worldwide, with more and more studies concluding the bidirectional link between cardiovascular diseases (CVD) and oral status, the dentist is thus an integral part of the medical team.

So what about the knowledge, attitudes and practices of dentists in the city of Tlemcen of the conduct to be held against CVD?

It is to answer this question, that it seemed appropriate to us to carry out this study.

### **Objective:**

To describe the state of knowledge, attitudes, practices of dentists facing CVD.

### **Materials/Methods:**

This was a CAP (knowledge, attitudes, practices) survey, including all dentists practicing in the city of Tlemcen going from February 2022 to May 2022. A self-questionnaire was used.

### **Results/Discussion:**

Our study enrolled 141 dentists, constituting our sample size (n=141), reflecting a participation rate of 82.45%.

The female gender was the most predominant (64%), with a sex ratio of 0.56.

The most represented age group was under 40 years (78%).

Our present results have allowed us to highlight the failure of the control and management of the infectious risk, where the correct answers regarding the distribution of CVD, the correct description of the classes, the protocol of antibiotic prophylaxis were respectively found only in: 29,6%,20%,5%.

In trying to highlight the parameters that could influence the difficulties in managing the different risks (infectious, hemorrhagic, syncopal), namely: seniority, grade, and sector of practice, it was found that only the syncopal risk was influenced by seniority, the relationship was statistically significant, confirmed by the X2 test (p=0.002).

The vast majority (66%) of our participants expressed interest in training around CVD.

### **Conclusion/Recommendations:**

Our study shows that there is a lack of knowledge about how to deal with CVD.

We must plan continuing education days and other scientific events.

**Key words:** CVD, dental office, conduct.

ملخص :

مقدمة / مشكلة:

السبب الرئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم، مع المزيد والمزيد من الدراسات التي لخصت إلى الارتباط ثنائي الاتجاه بين أمراض القلب والأوعية الدموية وصحة الفم ، فإن طبيب الأسنان هو جزء لا يتجزأ من الفريق الطبي. هل هناك معرفة ومواقف وممارسات لأطباء الأسنان في مدينة تلمسان من السلوك الواجب اتخاذه في مواجهة الأمراض القلبية الوعائية؟ للإجابة على هذا السؤال بدأ من المناسب إجراء هذه الدراسة.

هدف

وصف حالة المعرفة والمواقف والممارسات لأطباء الأسنان في مواجهة الأمراض القلبية الوعائية.

المواد / الطرق

كان هذا مسحا للمعرفة والمواقف والممارسات (المعرفة والمواقف والممارسات)، بما في ذلك جميع أطباء الأسنان. الممارسين في مدينة تلمسان، من فبراير 2022 إلى مايو 2022. تم استخدام استبيان ذاتي

النتائج / المناقشة

سمحت دراستنا بتسجيل 141 طبيب أسنان، يشكلون حجم عينتنا (ن = 141)، مما يعكس نسبة مشاركة تبلغ 82.45%. كان الجنس الأنثوي هو الأكثر انتشاراً (64%)، حيث بلغت نسبة الجنس 0.56، وكانت الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي الفئة (78%) العمرية الأقل من 40 عاماً.

جعلت نتائجنا الحالية من الممكن تسليط الضوء على فشل السيطرة وإدارة المخاطر المعدية، حيث لم يتم العثور على الإجابات الصحيحة فيما يتعلق بتوزيع الأمراض القلبية الوعائية، والوصف الصحيح للفئات، وبروتوكول العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية على التوالي. من عند: 29.6%، 20%، 5%

من خلال محاولة تسليط الضوء على العوامل التي يمكن أن تؤثر على صعوبات إدارة المخاطر المختلفة (المعدية، والنزفية، والإغماء)، أي: الأقدمية، والدرجة، وقطاع العمل، وجد أن خطر الإغماء فقط هي التي تأثرت بالأقدمية، (ع = 0.002) X2 والعلاقة كان ذا دلالة إحصائية، وأكد هذا الاختبار.

عبرت الغالبية العظمى (66%) من المشاركين لدينا عن اهتمامهم بالتدريب على أساس الأمراض القلبية الوعائية

الخلاصة / التوصيات

تظهر دراستنا فشل السلوك الواجب اتخاذه في مواجهة الأمراض القلبية الوعائية، ويجب أن يسود بين أهدافنا توفير أيام من التعليم المستمر، وأحداث علمية أخرى

الكلمات الافتتاحية: امراض القلب والاعوية، البرتوكول الصحي، عيادة الاسنان

# Remerciements

## Remerciements

---

*Ce travail est le fruit de la collaboration de plusieurs personnes à qui nous tenons, sincèrement, à témoigner notre plus haute considération, grande estime et profond respect.*

## Remerciements

---

Tout d'abord, à notre Directrice de la mémoire, Docteur Amel ZOUAOUI,

Docteur en Médecine dentaire,

Maître assistante hospitalo-universitaire en parodontologie, Département de Médecine dentaire et CHU de Tlemcen.

Très chère encadrante,

Un grand honneur pour nous est, le fait que vous ayez accepté de nous encadrer et de diriger notre travail.

Nous tenons à vous adresser nos remerciements les plus chaleureux pour votre grande professionnalité, généreuse disponibilité, et surtout votre patience.

Aussi pour la qualité de votre encadrement qui fut exceptionnel veuillez trouver ici, Chère Maître, le témoignage de notre reconnaissance.



## Remerciements

---

*Notre Co-encadrante de mémoire, Madame la Professeure Nafissa CHABNI,  
Docteur en Médecine, Professeur hospitalo-universitaire en épidémiologie et médecine  
préventive, Département de Médecine et CHU de Tlemcen.*

*Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir co-diriger ce mémoire. Nous avons pu  
apprécier à travers notre collaboration votre savoir-faire et vos compétences en plus de vos  
innombrables qualités humaines. Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre  
plus grande estime.*

## Remerciements

---

Monsieur le Professeur GHEZZAZ Kamel

Maître de conférence A hospitalo-universitaire en pathologie buccal, Département de  
Médecine dentaire et CHU de Tlemcen.

Nous vous remercions chaleureusement de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence  
du jury de notre mémoire, nous vous en sommes profondément reconnaissantes.

## Remerciements

---

Monsieur le Docteur BENSALDI Soufyane ,

Docteur en Médecine dentaire, Maître assistant hospitalo-universitaire en parodontologie,  
Département de Médecine dentaire et CHU de Tlemcen

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de mémoire. Nous avons eu la chance d'être parmi vos étudiants pendant toute la durée de notre cursus et de profiter de votre culture scientifique et vos compétences professionnelles incontestables.

## Remerciements

---

*Monsieur le Docteur GUENDOUZ Djamel,*

*Docteur en Médecine dentaire, Maître-assistant hospitalo-universitaire en Odontologie  
Conservatrice et Endodontie, Département de médecine dentaire et CHU de Tlemcen.*

*Nous vous adressons nos vifs remerciements d'avoir accepté de juger notre travail. Votre  
rigueur intellectuelle, vos qualités éminemment scientifiques et votre parfaite maîtrise de  
l'Odontologie Conservatrice et Endodontie suscitent l'admiration et forcent le respect.*

## Remerciements

---

*A messieurs :*

*Docteur DERRAR Abderrahmane*

*Docteur ABDREBBI Abdel Halim*

*Docteurs en Médecine dentaire au niveau de CHU de Tlemcen*

*Nous vous remercions chaleureusement de nous avoir aidé de trouver la liste des adresses  
des médecins dentistes exercent dans la ville de TLEMCEM*

## Remerciements

---

Enfin mais surtout, un grand merci aux médecins dentiste de la ville de Tlemcen qui nous ont accordé leurs temps pour répondre à notre questionnaire. Sans vous, ce travail n'aurait pas été possible

# Dédicaces

## Dédicaces

---

Tout d'abord je remercie le bon dieu, qui m'a aidé à mener à terme ce travail.

Je dédie cette réussite :

À ma chère mère ainsi que mon cher père, qui n'ont jamais cessé, de formuler des prières à mon égard, m'ont soutenu et épaulé pour que je puisse atteindre mes objectifs.

À ma très chère sœur, Keltoume

À mon très cher frère, Djamal Eddine

Qui ont toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'encourager et me donner des conseils précieux tout au long de mes études.

À ma très gentille sœur, Imane

Pour son soutien moral, et son aide précieuse.

Aussi je dédie ce travail : à mes autres sœurs Samia, Fatima, Asma et mon frère morad, ma famille, mes amis, Khadouj, Touria, Nor, Selma, Asma, Douaa, Manal, Zineb, Ikrame, Ibtisame, Amina, Djamila, Farah, Assalah, Amira, Widad, Aya, Halima, Houda, Soulef, ma cousine zahia, Naima, à Abdelhafid, Abdelaziz, Miloud, Tarik, Oumaima.

À mes belles : Alaa, Amira, Amel

Hanane Zellal



## Dédicaces

---

À celle qui m'a arrosé de tendresse et d'espoirs, à la source d'amour incessible, à celle qui m'a bénie par ses prières, ma source de force et d'inspiration...mon tout ...ma chère ... ma forte mère.

À mon support dans ma vie, qui m'a appris, m'a supporté et m'a dirigé vers la gloire..... mon bien-aimé père.

À mon refuge...mes chères sœurs : Moufida, Khouira et chers frères : Mohammed et Yakobe.

À mes petits trésors ; mes neveux : Adam et Dhiaa.

À mon cher beau-frère : Nassereddine.

À mes chers oncles et tantes paternelles ainsi que maternelles

À toute ma famille et tous mes amis.

À tous ceux qui m'aiment.

Alaa Nedjlaa Nehari

## Dédicaces

---

*A ma très chère mère*

*Quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai point te remercier comme il se doit.*

*Ton affection me couvre, ta bienveillance me guide et ta présence à mes côtés a toujours été  
ma source de force pour affronter les différents obstacles.*

*A la mémoire de mon père*

*Ce travail est dédié à mon père, qui m'a toujours poussé et motivé dans mes études.*

*A mes très chères sœurs IKRAM KAWTAR WASSILA*

*Puisse Dieu vous donne santé, bonheur, courage, et surtout réussite.*

*Et à toute ma famille et mes chers amis.*

*Amira Chadli*

## Dédicaces

---

Tout d'abord je tiens à remercier ALLAH le tout puissant, de m'avoir donné la volonté, le courage et la patience pour mener à terme ce travail

Je dédie ce travail à :

Ma mère qui m'a entouré d'amour, d'affection et qui fait tout pour ma réussite, que dieu la garde ; Mon père qui m'a aidé à devenir ce que je suis aujourd'hui, en faisant des grandes sacrifices pour que je puisse faire ces études, que dieu le garde et le protège ;

.A ma sœur, pour m'avoir toujours supporté, A mes frères aussi. Et je ne peux conclure sans le dédicacer à mon mari, pour sa présence et pour son soutien. A

toute ma famille

Et mes confrères .

Amel BENAHMED

# Table des matières

<b>RESUME</b> .....	<b>I</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>V</b>
<b>DEDICACES</b> .....	<b>XIII</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>XVIII</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>XXIV</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>XXVII</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION-PROBLEMATIQUE</b> .....	<b>1</b>
1. INTRODUCTION-PROBLEMATIQUE .....	1
<b>REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	<b>2</b>
2. REVUE DE LA LITTERATURE.....	3
2.1. <i>CHAPITRE I : RAPPELS ET GENERALITES</i> .....	3
2.1.1. ECOSYSTEME BUCCAL.....	3
2.1.2. APPAREIL CARDIOVASCULAIRE .....	3
2.2. <i>CHAPITRE II : MALADIE CARDIOVASCULAIRE</i> .....	5
2.2.1. DEFINITION.....	5
2.2.2. EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES .....	5
2.2.3. CLASSIFICATION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES .....	5
2.2.4. DIAGNOSTIC.....	6
2.3. <i>CHAPITRE III : MALADIE PARODONTALE/</i> .....	7
2.3.1. DEFINITION.....	7
2.3.2. EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES .....	7
2.3.3. CLASSIFICATION DE MALADIE PARODONTALE .....	8
2.3.4. ETIOPATHOGENIE .....	9
2.3.5. DIAGNOSTIC.....	10
2.4. <i>CHAPITRE IV : MALADIE ENDODONTIQUE</i> .....	11
2.4.1. DEFINITION.....	11
2.4.2. EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES .....	11
2.4.3. CLASSIFICATION .....	11
2.4.4. ETIOPATHOGENIE .....	12
2.4.5. DIAGNOSTIC.....	13
2.4.5.3. <i>TESTS DE VITALITE/ SENSIBILITE</i> .....	13
2.5. <i>CHAPITRE V : RELATION ENTRE LES FOYER INFECTIEUX BUCCODENTAIRE ET LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES</i> .....	14

## Table des matières

2.5.1. INFLUENCE DES FOYERS INFECTIEUX BUCCO-DENTAIRES SUR LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES .....	14
2.5.2. INFLUENCE DU TRAITEMENT PARODONTAL ET ENDODONTIQUE SUR LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES.....	18
2.5.3. INFLUENCE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES SUR LA CAVITE BUCCALE.....	19
2.6. <i>CHAPITRE VI : LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES.....</i>	22
2.6.1. LE RISQUE INFECTIEUX .....	22
2.6.2. RISQUE HEMORRAGIQUE .....	28
2.6.3. LE RISQUE SYNCOPAL.....	33
2.6.3.1 Les maladies cardiovasculaires prédisposant au risque syncopal.....	33
<b>MATÉRIELS / MÉTHODES .....</b>	<b>36</b>
3. MATÉRIELS / MÉTHODES.....	37
3.1. <i>TYPE D'ÉTUDE.....</i>	37
3.1.1. CADRE ET DURÉE DE L'ÉTUDE.....	37
3.2. <i>OBJECTIFS D'ÉTUDE.....</i>	37
3.2.1. OBJECTIF PRINCIPAL .....	37
3.2.2. OBJECTIFS SECONDAIRES .....	37
3.3. <i>POPULATION D'ÉTUDE.....</i>	37
3.3.1. CRITERES D'INCLUSION .....	37
3.3.2. CRITERES DE NON INCLUSION .....	37
3.4. <i>MATERIEL.....</i>	37
3.5. <i>MÉTHODOLOGIE.....</i>	39
3.5.1. RECEUIL DES DONNÉES .....	39
3.5.2. L'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES .....	39
3.5.3. ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE.....	39
<b>RESULTATS.....</b>	<b>40</b>
4. RESULTATS .....	41
4.1. <i>REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON.....</i>	41
4.1.1. LE SEXE.....	41
4.1.2. L'AGE.....	42
4.1.3. Le grade.....	43
4.1.4. L'ANCIENNETE .....	44

## Table des matières

4.1.5. LE LIEU D'EXERCISE.....	45
4.1.6. L'UNITE D'EXERCICE .....	46
4.1.7. L'ENSEIGNEMENT REÇU CONCERNANT LES MCV .....	47
4.1.8. L'ENSEIGNANT AYANT ASSURE LA FORMATION.....	48
4.1.9. L'EVALUATION DE LEUR ACQUIS CONCERNANT LES MCV .....	49
4.1.10. L'INFLUENCE DE L'ETAT BUCCO-DENATRE SUR LES MCV .....	50
4.1.11. LE NOMBRE DE PATIENTS PRESENTANT UNE MCV RECU PAR SEMAINE.....	51
4.1.12. L'EXAMEN DETAILLE DE LA CAVITE BUCCALE .....	52
4.1.13. LA QUESTION POSEE SUR LA FREQUENCE DE VISITE EN CONSULTATION DENTAIRE .....	53
4.1.14. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRESENTANT UNE MCV ....	54
4.1.15. L'ORIENTATION DES PATIENTS PRESENTANT UNE MCV .....	55
4.1.16. LA REPARTITION DES MCV EN FONCTION DU RISQUE INFECTIUX.....	56
4.1.17. DESCRIPTION DES CLASSES DES MCV EN FONCTION DU RISQUE INFECTIEUX .....	57
4.1.18. LES MCV NECESSITANT UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE .....	58
4.1.19. LES ACTES DENTAIRES NECESSITANT UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE .....	59
4.1.20. LE PROTOCOLE D'ANTIBIOPROPHYLAXIE .....	60
4.1.21. L'EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE INFECTIEUX.....	61
4.1.22. Les CAUSES DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE INFECTIEUX.....	62
4.1.23. LEUR CONFRONTATION A L'HEMORRAGIE LORS DE LAPRISE EN CHARGE .....	63
4.1.24. LE TYPE D'HEMORRAGIE .....	64
4.1.25. L'EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE HEMORRAGIQUE :	65
4.1.26. Les CAUSES DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE HEMORRAGIQUE .....	66
4.1.27. LA CONFRONTATION A UNE SYNCOPE LORS DE LA PRIS EN	

## Table des matières

CHARGE DES MCV .....	67
4.1.28. L’EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE SYNCOPAL.....	68
4.1.29. LES CAUSES DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE SYNCOPAL .....	69
4.1.30. L’EVALUATION DES MOYENS DISPONIBLE POUR LA PRISE EN CHARGE D’UNE SYNCOPE.....	70
4.1.31. LEUR INTERET POUR UNE FORMATION SUR LES MCV .....	71
4.1.32. LE TYPE DE FORMATION.....	72
4.1.33. L’INTEGRATION D’UNE CONSULTATION DENTAIRE AU PARCOURS DES SOINS HOSPITALIERS.....	73
4.1.34. LE LIEU D’INTEGRATION DE LA CONSULTATION DENTAIRE AU PARCOURS DES SOINS HOSPITALIERS.....	74
4.1.35. L’ANCIENNETE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE INFECTIEUX .....	75
4.1.36. L’ANCIENNETE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE HEMORRAGIQUE.....	76
4.1.37. L’ANCIENNETE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE SYNCOPAL.....	77
4.1.38. LE GRADE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE INFECTIEUX :	78
4.1.39. LE GRADE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE HEMORRAGIQUE.....	79
4.1.40. LE GRADE ET LES DIFFICULTES FACE DU RISQUE SYNCOPAL ....	80
4.1.41. LE LIEU D’EXERCICE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE INFECTIEUX .....	81
4.1.42. LE LIEU D’EXERCICE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE HEMORRAGIQUE.....	82
4.1.43. LE LIEU D’EXERCICE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE SYNCOPAL.....	83
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>84</b>
5. DISCUSSION .....	85
5.1. <i>LIMITES DE L’ETUDE</i> .....	85
5.2. <i>DISCUSSION</i> .....	85
<b>CONCLUSION / RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>90</b>



**Table des matières**

---

---

<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>92</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>101</b>

# Liste des abréviations

# Liste des figures

## Liste des Figures

---

FIGURE N°1 : ANATOMIE DE LA CAVITE BUCCALE .....	3
FIGURE N°2 : PHYSIOLOGIE DE L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE .....	4
FIGURE N°3: SCHEMA DE L'ATHEROSCLEROSE QUI SE DEVELOPPE DANS LES ARTERES.....	16
FIGURE N°4: MISE EN PLACE DE COLLAGENE HEMOSTATIQUE APRES ENUCLEATION D'UN KYSTE RADICULO-DENTAIRE.....	28
FIGURE N°5 : ÉPONGE GELATINEUSE, HEMOSTATIQUE ET ASEPTIQUE.....	29
FIGURE N°6 : MISE EN PLACE DU SURGICEL DANS UN ALVEOLE PAR UNE PRECELLE.....	29
FIGURE N°7: COLLE BIOLOGIQUE.....	30
FIGURE N°8 : COLLE BIOLOGIQUE.....	30
FIGURE N°9 : INTERPRETATION DE L'INR ET DECISION THERAPEUTIQUE.....	31
FIGURE N°10 : CHAISE DENTAIRE EN POSITION ASSISE ET ALLONGEE.....	35
FIGURE N°11 : LE MASSAGE CARDIAQUE.....	35
FIGURE N°12 : ORDINATEUR UTILISE.....	38
FIGURE N°13: AUTO-QUESTIONNAIRE UTILISE.....	38
FIGURE N°14 : REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE SEXE.....	41
FIGURE N°15: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'AGE.....	42
FIGURE N°16: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE GRADE.....	43
FIGURE N°17: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'ANCIENNETE ..	44
FIGURE N°18: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE LIEU D'EXERCICE.....	45
FIGURE N°19: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'UNITE D'EXERCICE.....	46
FIGURE N°20: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'ENSEIGNEMENT REÇU CONCERNANT LES MCV .....	47
FIGURE N°21: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'ENSEIGNANT AYANT ASSURE LA FORMATION.....	48
FIGURE N°22: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'EVALUATION DE LEUR ACQUIS CONCERNANT LES MCV.....	49
FIGURE N°23: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'INFLUENCE DE L'ETAT BUCCO-DENTAIRE SUR LES MCV. ....	50
FIGURE N°24: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE NOMBRE DES PATIENTS PRESENTANT UNE MCV REÇU PAR SEMAINE .....	51
FIGURE N°25: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'EXAMEN DETAILLE DE LA CAVITE BUCCALE.....	52
FIGURE N°26 : REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LA QUESTION	

## Liste des Figures

---

POSEE SUR LA FREQUENCE DE VISITE EN CONSULTATION DENTAIRE.....	53
--	----

## Liste des Figures

---

FIGURE N°27: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRESENTANT UNE MCV. ....	54
FIGURE N°28: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LA REPARTITION DES MCV EN FONCTION DU RISQUE INFECTIEUX.....	56
FIGURE N°29: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON DESCRIPTION DES CLASSES DES MCV EN FONCTION DU RISQUE INFECTIEUX	57
FIGURE N°30: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON DES ACTES DENTAIRE NECESSITANT UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE .....	59
FIGURE N°31: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE PROTOCOLE D'ANTIBIOPROPHYLAXIE .....	60
FIGURE N°32: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE INFECTIEUX.....	61
FIGURE N°33: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LEUR CONFRONTATION A L'HEMORRAGIE LORS DE LA PRISE EN CHARGE.....	63
FIGURE N°34: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE TYPE DE L'HEMORRAGIE CONFRONTEE AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE.....	64
FIGURE N°35: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE HEMORRAGIQUE .....	65
FIGURE N°36: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LA CONFRONTATION A UNE SYNCOPE LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV. ....	67
FIGURE N°37: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE SYNCOPAL .....	68
FIGURE N°38: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'EVALUATION DES MOYENS DISPONIBLES POUR LA PRISE EN CHARGE D'UNE SYNCOPE.....	70
FIGURE N°39: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LEUR INTERET POUR UNE FORMATION SUR LES MCV. ....	71
FIGURE N°40: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE TYPE DE FORMATION	72
FIGURE N°41: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'INTEGRATION D'UNE CONSULTATION DENTAIRE AU PARCOURS DES SOINS HOSPITALIERS .....	73
FIGURE N°42: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE LIEU D'INTEGRATIONS DE LA CONSULTATION AU PARCOURS DES SOINS HOSPITALIERS .....	74

## Liste des Figures

---

FIGURE N°43: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'ANCIENNETE ET LESDIFFICULTES DE RISQUE INFECTIEUX.....	75
FIGURE N°44: REPARTITION MEDECINS DENTISTES SELON L'ANCIENNETE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE HEMORRAGIQUE .....	76
FIGURE N°45: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'ANCIENNETE ET LESDIFFICULTES FACE AU RISQUE SYNCOPAL.....	77
FIGURE N°46: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE GRADE ET LES DIFFICULTESFACE AU RISQUE INFECTIEUX .....	78
FIGURE N°47: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE GRADE ET LES DIFFICULTESFACE AU RISQUE HEMORRAGIQUE .....	79
FIGURE N°48: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE GRADE ET LES DIFFICULTESFACE DU RISQUE SYNC1 OPAL.....	80
FIGURE N°49: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE LIEU D'EXERCICE ET LESDIFFICULTES DU RISQUE INFECTIEUX.....	81
FIGURE N°50: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE LIEU D'EXERCICE ET LESDIFFICULTES FACE AU RISQUE HEMORRAGIQUE.....	82
FIGURE N°51: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LE LIEU D'EXERCICE LESDIFFICULTES FACE AU RISQUE SYNCOPAL.....	83

**Liste des tableaux**

TABLEAU I: CLASSIFICATION DES CONDITIONS SAINES ET PATHOLOGIQUES DES TISSUS PARODONTAUX ET PERI-IMPLANTAIRES EN 2017.....	9
TABLEAU II: CLASSIFICATION DES CARDIOPATHIES EN FONCTION DU RISQUE INFECTIEUX	23
TABLEAU III: CLASSIFICATION DES DIFFERENTS ACTES EN FONCTION DU RISQUE INFECTIEUX :	24
TABLEAU IV : REGIMES ANTIBIOTIQUES POUR UNE INTERVENTION DENTAIRE REGIMES : DOSE UNIQUE 30 A 60 MINUTES AVANT L'INTERVENTION .....	27
TABLEAU V: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON L'ORIENTATION DES PATIENTS PRESENTANT UNE MCV. ....	55
TABLEAU VI: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LES MCV NECESSITANT UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE .....	58
TABLEAU VII : REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LES CAUSES DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE INFECTIEUX.....	62
TABLEAU VIII: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LES CAUSES DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE HEMORRAGIQUE .....	66
TABLEAU IX: REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON LES CAUSES DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE SYNCOPAL .....	69



# INTRODUCTION-PROBLEMATIQUE

### 1. INTRODUCTION-PROBLEMATIQUE :

Les maladies cardio-vasculaires (MCV), représentent la première cause de mortalité dans le monde. On estime à 17,5 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardio-vasculaires, soit 31% de la mortalité mondiale totale. Parmi ces décès, on estime que 7,4 millions sont dus à une cardiopathie coronarienne et 6,7 millions à un accident vasculaire cérébrale (AVC) « statistiques de l'organisation mondiale de la santé (OMS) 2012 ». Ce chiffre est inexorablement appelé à augmenter avec le vieillissement de la population, l'urbanisation et de nouveaux comportements alimentaires. Les pays les moins avancés d'Afrique subsaharienne, d'Asie du Sud Est et d'Amérique du Sud ne sont pas épargnés par cette évolution.(1,2)

Selon de plus en plus d'études, la présence des foyers infectieux parodontaux et endodontiques augmente le risque de développer une MCV ,ainsi que sa complication..(3-5)

Ceci devrait nous aider à prendre conscience de l'importance du traitement des poches parodontales, des foyers infectieux endodontiques et de la place du médecin dentiste dans la prise en charge des MCV ?

Alors qu'en est-il des connaissances, attitudes et pratiques des médecins dentistes de la ville de Tlemcen de la conduite à tenir face aux MCV ?

C'est pour répondre à cette question, qu'il nous a paru opportun de mener cette étude.

# REVUE DE LA LITTERATURE

## 2. REVUE DE LA LITTÉRATURE :

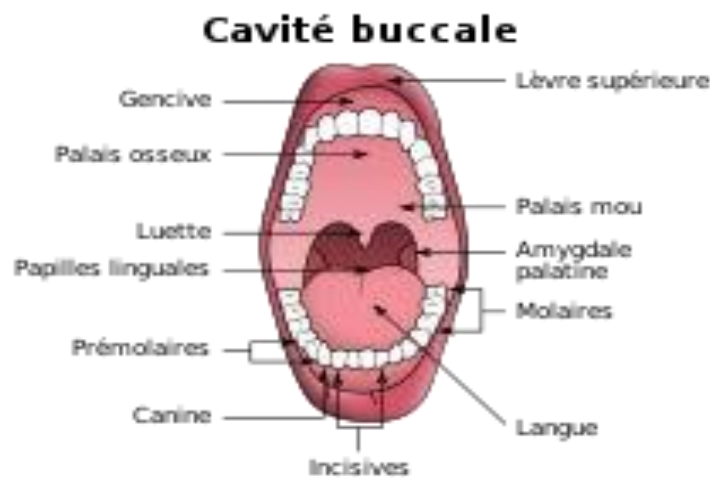
### 2.1. CHAPITRE I : RAPPELS ET GENERALITES

#### 2.1.1. ECOSYSTEME BUCCAL :

##### 2.1.1.1. Définition :

L'écosystème buccal est une cavité naturelle complexe qui forme le segment initial du tube digestif, pour le nouveau-né comme pour la personne âgée, elle est un acteur essentiel des fonctions vitales que sont la nutrition, le langage et la communication. Il est composé de : dents, le parodonte (formant les organes dentaires) , la langue, la muqueuse buccale qui tapisse de façon continue les structures osseuses et la musculature périphérique. L'ensemble est constamment hydraté et lubrifié par la salive et le fluide gingivale.(6),(7)

Comme toutes les surfaces de l'organisme il existe une flore bactérienne, dite commensale, dont le rôle est de les protéger contre des invasions par des agents pathogènes.(8)



**Figure N°1 :** Anatomie de la cavité buccale

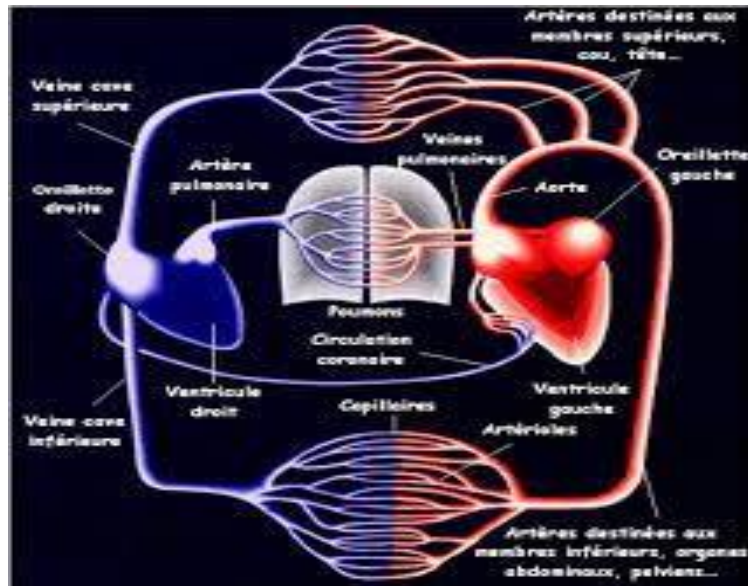
Source : [https://fr.wiktionary.org/wiki/cavit%C3%A9\\_buccale](https://fr.wiktionary.org/wiki/cavit%C3%A9_buccale)

#### 2.1.2. APPAREIL CARDIOVASCULAIRE :

##### 2.1.2.1. Définition :

L'appareil cardio-vasculaire est l'ensemble des structures anatomiques destinées à véhiculer le sang (vaisseaux sanguins) et la lymphe (vaisseaux et nœuds lymphatiques) ; ce système fermé est constitué :

- Cœur : Une pompe musculaire
- Artères : Une voie efférente depuis le cœur
- Veines : Ramènent le sang vers le cœur.
- D'une voie afférente vers les conduits lymphatiques terminaux.(9),(10)



**Figure N°2** : Physiologie de l'appareil cardiovasculaire

Source : <http://campus.cerimes.fr/semiologie-cardiologique/enseignement/cardiologie/site/html/2.html>

## 2.2. CHAPITRE II : MALADIE CARDIOVASCULAIRE

Les maladies cardiovasculaires(MCV) constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins.(1)

### 2.2.1. DEFINITION :

Les MCV constituent donc un ensemble de pathologies de système circulatoire dont le cœur et les vaisseaux sanguins. Ce système soit complexe, il existe un large éventail de troubles pouvant survenir.(11)

### 2.2.2. EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES :

#### 2.2.2.1. Epidémiologie :

Selon l'OMS, les MCV sont la première cause de mortalité dans le monde, loin devant toutes les autres causes. Les experts leur imputent 17,3 millions de morts chaque année, dont 7,3 millions par infarctus du myocarde et 6,2 millions par AVC. Au moins 80 % de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.(12)

#### 2.2.2.2. Facteurs de risques :

##### 2.2.2.2.1. Facteurs de risques non modifiables :

Représentés par : âge, sexe, hérédité.

##### 2.2.2.2.2. Facteurs de risques modifiables :

Représentés par : hypertension artérielle, tabagisme, obésité, sédentarité, déséquilibre alimentaire, anomalies des lipides sanguins : cholestérol et triglycérides, diabète. (12)

### 2.2.3. CLASSIFICATION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES :

Selon la classification internationale des maladies (CIM) les MCV sont classées en :

- Rhumatisme articulaire aigu ;
- Cardiopathies rhumatismales chroniques ;
- Maladies hypertensives ;
- Cardiopathies ischémiques ;
- Troubles de la circulation pulmonaire [petite circulation] ;
- Autres formes de cardiopathies ;
- Maladies vasculaires cérébrales ;

;

- Maladies des artères, artérioles et capillaires ;
- Maladies des veines et des vaisseaux lymphatiques et autres maladies de l'appareil circulatoire.(13)

#### 2.2.4. DIAGNOSTIC :

##### 2.2.4.1. Interrogatoire :

La première consultation chez le cardiologue débute par un interrogatoire détaillé qui a pour objet de préciser les antécédents personnels du patient ainsi que ses antécédents familiaux.

Cet interrogatoire va tenter de préciser les facteurs de risques comportementaux sur lesquels il est possible d'agir pour limiter ou retarder le développement d'une MCV. La recherche et la quantification des symptômes sont également importantes, le patient est-il essoufflé ? Pour quel effort ? Le patient se plaint-il de douleurs thoraciques au repos ? A l'effort ? Pour quel effort ? Existe-t-il des palpitations ?

##### 2.2.4.2. L'examen clinique avec prise de la tension artérielle :

Il consiste en une auscultation du cœur et des artères à la recherche de souffle, auscultation pulmonaire, recherche des pouls au niveau des jambes, recherche d'œdème au niveau des mollets. A la fin de cet examen, la mesure de la tension artérielle, c'est-à-dire de la pression avec laquelle le sang circule dans l'organisme, est un temps primordial pour le diagnostic d'MCV. La valeur normale de la tension artérielle est de 120/80. Plus la tension est élevée, plus le risque de MCV est important.

##### 2.2.4.3. Les examens complémentaires en cardiologie :

S'il le juge nécessaire, le cardiologue pourra compléter ce bilan par des examens complémentaires. Il dispose en effet d'une batterie de tests et d'examen pour confirmer son diagnostic : Electrocardiogramme (ECG) , scintigraphie myocardique, échocardiogramme, angiographie, coronarographie, échographie doppler, holter, test d'effort et les bilan sanguins.(14)

### 2.3. CHAPITRE III : MALADIE PARODONTALE

Les maladies parodontales sont des affections d'origine microbienne qui atteignent aussi bien le parodonte superficiel (gencive) que le parodonte profond (cément, ligament parodontal et os alvéolaire).(15)

#### 2.3.1. DEFINITION :

Les maladies parodontales sont définies comme « des maladies plurifactorielles, inflammatoires, généralement d'origine infectieuse, localisées au parodonte ». La majorité de ces maladies sont bactériennes. Elles atteignent le parodonte, le système d'attache de la dent, et peuvent aboutir à la perte de la dent.

Elles peuvent atteindre le parodonte superficiel : il s'agit alors de gingivites. Si elles atteignent le parodonte profond, il s'agit alors de parodontites.

Elles résultent d'un déséquilibre entre les défenses de l'hôte et le facteur bactérien. Lorsque l'hôte est « permissif », c'est-à-dire que ses systèmes de défense ne sont pas capables de résister au facteur bactérien, les maladies parodontales se développent.

Les maladies parodontales se caractérisent par une rupture de l'homéostasie entre la flore bactérienne buccale et les défenses de l'hôte. Il en résulte une réponse inflammatoire inadaptée face au biofilm.(16)

#### 2.3.2. EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES :

##### 2.3.2.1. Epidémiologie :

Les parodontites sont très répandues dans le monde. En Afrique leur prévalence est l'une des plus importantes : 30% au Sénégal, 33% au Ghana, et 27,5% au Nigeria .Au Mali les maladies parodontales ont représenté 39,47 % des cas de consultations. Les tendances actuelles de la recherche épidémiologique ont pour but l'identification du sujet à risque, et l'évolution de méthodes de prévention. Une étude réalisée au service de santé publique aux Etats Unis d'Amérique fait ressortir qu'en moyenne 70 % des adultes au-dessus de 20 ans présentaient des affections du parodonte ; les indices relatifs au tartre étaient nettement plus élevés, et presque dans tous les cas, l'hygiène buccale correspondait à la gravité de l'affection parodontale.(17)



2.3.2.2. Facteurs de risques :

Ils regroupent

2.3.2.2.1. Facteurs de risques non modifiables :  
Représentés par :âge, sexe, ethnique, facteur génétique etc.

2.3.2.2.2. Facteurs de risques modifiables :

Représentés par :diabète, tabac , statut socio-économique, stress etc.(18)

2.3.3. CLASSIFICATION DE LA MALADIE PARODONTALE :

Une nouvelle classification des conditions saines et pathologiques en parodontologie et en implantologie vient d'être publiée (Caton et al. 2018). Elle a été adoptée après la réunion mondiale organisée, en 2017, à Chicago par la Fédération européenne de parodontologie (EFP) et l'académie américaine de parodontologie (AAP). Des experts du monde entier ont travaillé depuis 2015 sur 19 publications de synthèse couvrant la parodontologie et l'implantologie. Leur but était d'actualiser, de compléter et d'étendre aux conditions péri-implantaires la classification de 1999 (Armitage 1999).

Parmi les différences les plus importantes de cette nouvelle classification, on note que les maladies péri-implantaires sont reconnues pour la première fois et que la distinction parodontite chronique/parodontite agressive a été remplacée par un modèle reposant sur le stade et l'importance de la maladie.

Les conclusions générales établies définissent les conditions saines et pathologiques parodontales et péri-implantaires

Quatre grandes catégories sont à retenir :

- le parodonte sain et les maladies gingivales ;
- les parodontites ;
- les autres atteintes parodontales ;
- les conditions péri-implantaires saines et pathologiques .(19)

**Tableau I :** Classification des conditions saines et pathologiques des tissus parodontaux et péri-implantaires en 2017.

Conditions parodontales saines et pathologiques										
Santé parodontale et maladies gingivales Chapple et al., 2018 Consensus Rept Link Trombelli et al., 2018 Case definitions link			Parodontite Papapanou et al., 2018 Consensus Rept Link Jepsen et al., 2018 Consensus Rept Link Tonetti et al., 2018 Case definitions link			Autres pathologies affectant le parodonte Jepsen et al., 2018 Consensus Rept Link Papapanou et al., 2018 Consensus Rept Link				
Santé gingivale et parodontale	Gingivite induite par la plaque	Gingivite non induite par la plaque	Maladies parodontales nécrotiques	Parodontite	Parodontite manifestation d'une maladie systémique	Maladies systémiques affectant les tissus parodontaux	Abcès parodontal et lésion endo-parodontale	Altérations muco-gingivales	Traumatisme occlusal	Facteurs liés à la dent et à la prothèse
Conditions péri-implantaires saines et pathologiques Berglundh et al. 2018 Consensus Rept Link										
Santé péri-implantaire		Mucosite péri-implantaire		Péri-implantite			Déficiences des tissus mous et durs péri-implantaires			

Source : MATTOU C, HOUVENAEGHEL B, RACHLIN G, MATTOU P. Nouvelle classification des conditions saines et pathologiques des tissus parodontaux et péri-implantaires. J Parodontal D'Implantologie Orale. 2018;37(3):1-10.

2.3.4. ETIOPATHOGENIE :

2.3.4.1. Etiologie bactérienne :

2.3.4.1.1. Agent étiologique principal :

Les bactéries présentes dans le biofilm bactérien ont un rôle incontournable dans la genèse de la maladie parodontale.

2.3.4.2. Conditions à réunir pour déclencher les pertes d'attache :

Les bactéries présentes dans le biofilm bactérien, via différents moyens dont le déclenchement d'une réaction inflammatoire avec son effet paradoxal sur les tissus parodontaux, marquent le début de la maladie parodontale, ceci va se manifester par la gingivite.

Actuellement, il est admis pour que cette dernière progresse vers la parodontite, quatre conditions doivent être réunies :

- Présence de bactéries virulentes ;
- Absence de bactéries avirulentes (protectrices) ;

- Environnement dentogingival adéquat.
- Défaillances acquises ou innées de l'hôte.(20),(21)

#### 2.3.5. Diagnostic :

Tous les patients demandant des services dentaires devraient d'abord passer par un examen de dépistage parodontal, en vue d'évaluer rapidement l'état du parodonte et d'identifier quels patients devraient ensuite faire l'objet d'une évaluation parodontale approfondie.

##### 2.3.5.1. Questionnaire médical :

Il permet d'identifier les conditions qui peuvent influencer la progression, le traitement et le pronostic de la maladie parodontale. De plus, certaines informations obtenues dans ce questionnaire peuvent influencer le type d'approche (grossesse, hypertension, diabète, abus d'alcool et de drogue). Le questionnaire dentaire permet d'identifier certaines habitudes (le tabagisme), qui peuvent avoir des répercussions néfastes sur le parodonte. Il permet également d'identifier la plainte principale ainsi les antécédents stomatologiques.

##### 2.3.5.2. Diagnostic clinique :

Les méthodes actuelles d'examen des tissus parodontaux à la recherche de signes de maladie reposent sur l'évaluation visuelle des tissus et leur examen profond, grâce au sondage qui permet de mettre en évidence la présence de poche parodontale et perte d'attache.

##### 2.3.5.3. Diagnostic radiologique :

Le bilan radiographique est un examen complémentaire à l'examen clinique et au sondage qui permet de visualiser la hauteur des crêtes osseuses inter proximales et éventuellement l'alvéolyse.(4),(22),(23)

## 2.4. CHAPITRE IV : MALADIE ENDODONTIQUE

Les phénomènes inflammatoires d'origine endodontique peuvent avoir des conséquences se manifestant à travers différentes formes de pathologies.(24)

### 2.4.1. DEFINITION :

Les foyers infectieux dentaires sont associés à une flore bactérienne spécifique. Il s'agit de pathologies infectieuses intéressant l'endodonte avec une participation du péri-apex, elles peuvent être aiguës ou chroniques, symptomatiques ou asymptomatiques, associées ou non à une lésion péri-apicale ou latéro-radulaire.(25)

### 2.4.2. EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES :

#### 2.4.2.1. Epidémiologie :

Les maladies et affections bucco-dentaires, pourtant en grande partie évitables, sont à l'origine d'une importante charge de morbidité dans de nombreux pays et font ressentir leurs effets tout au long de la vie, en provoquant une gêne, des douleurs, des préjudices esthétiques, voire la mort. On estime que près de 3,5 milliards de personnes sont touchées par des affections bucco-dentaires.(26)

#### 2.4.2.2. Facteurs de risques :

Sont cités : tabagisme, âge, diabète ....etc. (27).

### 2.4.3. CLASSIFICATION :

Il existe des classifications de l'état pulpaire couramment décrites :

#### 2.4.3.1. Classification clinique de baume (baume, 1962) :

- Stade I : atteinte pulpaire asymptomatique carie profonde ou dent lésée accidentellement, sans atteinte pulpaire inflammatoire ; susceptible d'être traitée et protégé par un coiffage, en particulier sur une pulpe jeune.
- Stade II : pulpite réversible pulpe avec symptômes cliniques, atteinte de manière réversible, dont on s'efforcera de conserver la vitalité.
- Stade III : pulpite irréversible ; pulpe vivante atteinte d'inflammation irréversible, dont on ne pourra conserver la vitalité.
- Stade IV : nécrose pulpaire ; pulpe nécrosée avec ou sans infection de la dentine radulaire, avec ou sans complications péri radiculaires.

2.4.3.2. Classification histologique de Seltzer et Bender (Seltzer et coll., 1963) :

- Stade 1 : pulpe intacte, non enflammée, état physiologique sain, cellules et vaisseaux sanguins normaux.
- Stade 2 : pulpe atrophiée suite à la sénescence, volume réduit, présence de dentine réparatrice, palissade d'odontoblastes rétrécie.
- Stade 3 : pulpe encore intacte, infiltrée de cellules inflammatoires chroniques parsemées ; stade encore réversible
- Stade 4 : pulpite aiguë caractérisée par des phénomènes vasculaires, stade encore réversible si la cause est une procédure opératoire pas trop violente, ou lors d'un processus carieux.
- Stade 5 : pulpite chronique partielle avec nécrose liquéfiante et ischémique partielle.
- Stade 6 : pulpite chronique totale.
- Stade 7 : nécrose pulpaire totale. (28), (29).

2.4.4. ETIOPATHOGENIE :

L'évolution des lésions endodontiques est tributaire de plusieurs facteurs :

- Chimique : principalement d'origine médicamenteuse, irritation due aux produits utilisés lors du traitement endodontique de la dent.
- Physique : traumatisme sur la dent, dépassement d'instruments au niveau du péri-apex ou extrusion de débris dans le péri-apex lors du traitement endodontique.
- Infectieuse : initiée par des bactéries présentes dans le canal ou au niveau parodontal.(30)

#### 2.4.5. DIAGNOSTIC :

##### 2.4.5.1. Interrogatoire :

Cette étape reste indispensable et représente le meilleur point de départ pour établir un diagnostic. Il permet de recueillir des informations sur le motif de la consultation, l'état général du patient, l'anamnèse médicale et dentaire, afin de recenser les signes subjectifs de la pathologie. Une écoute attentive du patient et des questions simples à réponses fermées permettent d'orienter la recherche de la cause de la douleur.

##### 2.4.5.2. Examen clinique :

Le clinicien dispose de plusieurs moyens d'examen et de toute une batterie de tests qui vont lui permettre d'établir un diagnostic positif et différentiel permettant d'identifier la pathologie.

##### 2.4.5.3. Tests de vitalité/Sensibilité :

Ces tests sont pratiqués pour savoir si la pulpe est vivante ou non, cela est souvent d'une importance cruciale. La sensibilité d'une dent peut être testée de diverse façon. En général, on pratique des tests thermiques, au froid et au chaud, et des tests électriques.

##### 2.4.5.4. Examen radiographique :

Une radiographie rétro alvéolaire est une radio réalisée en plaçant à l'intérieur de la bouche au niveau de la dent concernée, elle apporte une vision très précise de la couronne, de la racine, de l'os auteur de la racine ainsi que des traitements déjà réalisés.

Elle est faite avant les soins pour établir un diagnostic et/ou après les soins pour contrôler une dévitalisation par exemple.(31),(32),(33)

## 2.5. CHAPITRE V : RELATION ENTRE LES FOYERS INFECTIEUX BUCCODENTAIRES ET LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

### 2.5.1. INFLUENCE DES FOYERS INFECTIEUX BUCCO-DENTAIRES SUR LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES :

Il existe une double relation entre les infections bucco-dentaires et les maladies cardiovasculaires, d'une part l'infections bucco-dentaires pourrait affecter l'appareil cardiovasculaire, et d'autre part, les MCV peuvent affecter également l'état bucco-dentaire.(34)

#### 2.5.1.1. Facteurs de risque communs entre les maladies parodontales –maladies endodontiques et maladies cardiovasculaires :

La parodontite et les lésions endodontiques partagent avec les pathologies cardiovasculaires de nombreux facteurs de risques, modifiables et non modifiables.

#### 2.5.1.2. Facteurs de risque non modifiables :

Âge – sexe.

#### 2.5.1.3. Facteurs de risque modifiables :

Sédentarité-tabagisme-diabète-stress - indice de masse corporelle -infection virales-  
Consommation de drogues ou d'alcool - infections bactériennes. (35)

#### 2.5.1.4. Influence des maladies parodontales sur les maladies cardiovasculaires :

Une parodontite a des conséquences locales, c'est-à-dire au niveau de la cavité buccale, mais elle exerce également une influence néfaste sur des organes distants comme l'appareil cardiovasculaire, c'est pour cela que le traitement de la parodontite participe au maintien de la santé générale.(36)

#### 2.5.1.4.1. Lien entre maladies parodontales et athérosclérose :

Les maladies parodontales sont des maladies inflammatoires locales qui s'accompagnent d'une inflammation systémique dite de bas grade. Elles sont donc susceptibles de contribuer à l'évolution des maladies athéromateuses.

Les maladies cardiovasculaires constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Leur cause la plus courante est l'athérosclérose, qui correspond à un remaniement pathologique de la paroi interne des artères de gros et moyens calibres. (37)

2.5.1.4.2. Athérosclérose :

- **Définition :**

L'athérosclérose se caractérise par le dépôt d'une plaque composée essentiellement de lipides sur la paroi des artères. A terme, ces plaques peuvent endommager la paroi artérielle (sclérose), entraîner une obstruction vasculaire, voire une rupture, avec des conséquences souvent dramatiques. La recherche est extrêmement axée sur la compréhension des mécanismes qui conduisent à la fragilité et à la rupture des plaques.(38)

- **Physiopathologie de l'Athérosclérose :**

Début par la pénétration et l'accumulation des lipoprotéines dans l'intima artérielle : C'est un phénomène passif. Les lipoprotéines présentes dans la membrane interne vont subir une modification oxydative. Une étape absolument nécessaire dans la formation de la plaque.

Avec l'activation endothéliale avec l'expression à la surface de l'endothélium des molécules d'adhésion pour Monocytes, un certain nombre de monocytes circulants peuvent ainsi adhérer à la surface endothéliale.

Les monocytes circulants recrutés vont se transformer en macrophages puis en cellules spumeuses (gonflées de gouttelettes de graisse).

Les macrophages vont y entretenir une réaction inflammatoire chronique qui jouera un rôle important dans la croissance de la plaque.

Formation de la Plaque Adulte : Formation du centre athéromateux et de la chape fibreuse : les lipides de la plaque se regroupent pour former un amas appelé centre athéromateux.

Puis formation d'une chape fibromusculaire qui isole le centre lipidique de la lumière artérielle.

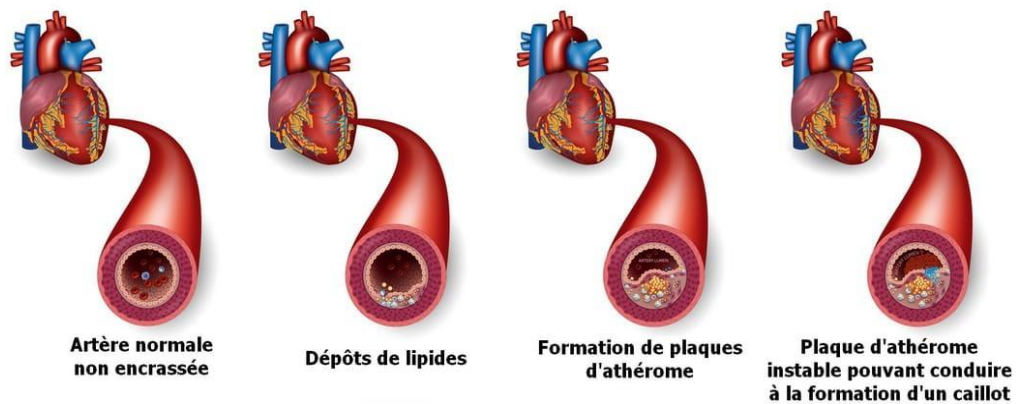
Evolution de la plaque : Elle se déroule sur plusieurs années.

Pour qu'une plaque d'athérosclérose entraîne des manifestations ischémiques, il faut qu'elle soit responsable d'une sténose réduisant la lumière de plus de 50%.

Progression de la plaque. → Remodelage artériel → Évolution anévrysmale → Anomalie de vasomotricité → La régression → Accidents aigus → rupture ; érosion ; thrombose.(39)



## PROGRESSION DE L'ATHEROSCLEROSE DANS L'ARTERE



**Figure N°3** : Schéma de l'athérosclérose qui se développe dans les artères.

Source : <https://www.fedecardio.org/je-m-informe/l-atherosclerose/>

#### 2.5.1.4.3. Association entre l'athérosclérose et les maladies parodontales :

La parodontite et l'athérosclérose sont deux pathologies distinctes avec cependant certaines similitudes(40), Ces deux maladies partagent plusieurs mécanismes inflammatoires systémiques ,y compris l'augmentation des niveaux de médiateurs inflammatoires, des lipides, et de facteurs hémostatiques et thrombotiques ,en outre, elles partagent plusieurs facteurs de risque tels que le tabagisme et la génétique.. Plusieurs études récentes ont mis en évidence preuve d'un lien entre ces maladies .(41)

Deux mécanismes majeurs, immuno-inflammatoire (indirect) et bactérien (direct), sont évoqués et peuvent s'associer.(42)

Une réaction indirecte immuno-inflammatoire qui serait induite par l'augmentation de sécrétion de marqueurs/médiateurs pro-inflammatoires : certaines cytokines Interleukin 1 (IL-1), Interleukin 6(IL-6), Tumor Necrosis Factor(TNF $\alpha$ ),C Reactive Protein (CRP) et de stress oxydant impliqués dans l'athérogenèse. Ces cytokines ont été observées en concentration plus élevée chez les patients souffrant de parodontopathies et en diminution chez les personnes traitées.(43)

La réaction immuno-inflammatoire induite par les maladies parodontales augmente le niveau systématique des médiateurs inflammatoires impliqués dans l'athérogenèse(44)

Les bactéries parodontales, en se greffant directement à une lésion vasculaire localisée ou à l'endothélium activé, pourraient favoriser le recrutement des leucocytes (neutrophiles) et participer directement à l'athérogenèse en impactant l'évolution vers des complications cliniques comme la rupture de la plaque d'athérome.(37)

Les taux d'anticorps circulants les immunoglobulines de type G (IgG) contre *porphyromonas gingivalis*(Pg), *agregati actinomycetemcomitans* (Aac) sont corrélés à la perte d'attache parodontale, et pourraient être utilisés comme biomarqueur de la parodontite et des MCV.(43)

#### 2.5.1.4.4. Influence des foyers endodontiques sur les maladies cardiovasculaires:

Les dents par leurs racines sont en communication directe avec la circulation sanguine générale. Les germes peuvent franchir la barrière et migrer vers les organes distants comme le cœur.

La bactériémie peut être causée par des procédures orales, telles que les extractions dentaires, les traitements parodontaux, le traitement du canal radiculaire, le détartrage et l'implantation des dents.

Les deux pathologies (parodontales et endodontiques) sont similaires tant sur l'étiologie bactérienne que sur les mécanismes pathogéniques inflammatoires impliqués.(3)

Certains agents pathogènes parodontaux, dont Pg, ont été signalés comme ayant un lien avec les MCV. *Porphyromonas endodontalis* (Pe), qui partage environ 87 % d'homologie de séquence avec Pg, se trouve principalement dans les canaux radiculaires infectés. Cependant, des études récentes révèlent que cet agent pathogène réside également dans la plaque dentaire ou la poche parodontale des patients atteints de parodontite. Il a été démontré que Pe envahit les cellules endothéliales des artères coronaires humaines et les cellules musculaires lisses des artères coronaires, et donc peut participer à la progression de l'athérosclérose et des MCV.(45)

### 2.5.2. INFLUENCE DU TRAITEMENT PARODONTAL ET ENDODONTIQUE SUR LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES :

Le traitement parodontal par une réduction consistante et progressive de l'inflammation systémique, aura pour conséquence l'amélioration de la fonction endothéliale.

L'amélioration de la fonction endothéliale peut être observée dès le premier mois après le traitement et se produit en l'absence d'antibiotique systémique(46).

La dysfonction endothéliale, marqueur précoce de progression de l'athérosclérose, est une des variables de substitution utilisées pour évaluer les bénéfices du traitement parodontal sur l'évolution des MCV. L'endothélium activé par les facteurs de risque est rendu perméable et propice au développement des plaques d'athérome, la dysfonction endothéliale est évaluée de façon non invasive par la mesure ultrasonore de la vasorelaxation de l'artère brachiale ou flow-mediated dilation (FMD).

Différentes études ont évalué l'impact du traitement parodontal sur la dysfonction endothéliale.

Tonetti et al ont montré dans une étude clinique randomisée portant sur 121 patients, une amélioration de 2% de la fonction endothéliale à 6 mois avec un traitement parodontal actif (détartrage –surfaçage , avulsions et minocycline en local) en comparaison au détartrage supra gingival seul .une nouvelle modalité de réalisation a été décrite, permettant d'effectuer l'acte dans une période de temps plus courte afin d'éviter la recolonisation des sites traités par les sites non traités ; c'est la « désinfection globale » .Le protocole consiste à réaliser l'acte de l'assainissement parodontal ou détartrage et surfaçage radiculaire (DSR)en une à deux séances sur une période de 24 h et de l'associer à de l'application d'antiseptiques (chlorhexidine) dans les niches orales susceptibles d'abriter des pathogènes .L'objectif est la prévention de la contamination croisée bactérienne .

D'autres facteurs de risque (dyslipidémie ,hypertension ) et variables de substitution cliniques et biologiques comme l'épaisseur intima-média pour intima-media thickness( IMT )des carotides, les facteurs prothrombotique ,le stress oxydant,les cytokines , les métalloprotéases matricielles ( MMP ) ou la pression artérielle ont été étudiés .le traitement des maladies parodontales semble améliorer faiblement la pression .

Enfin ;une mauvaise hygiène orale était associée à un risque augmenté de 70% de survenue d'une maladie cardiovasculaire ,il semble que le traitement parodontal ,bien qu'entraînant à court terme une réaction inflammatoire ,réduise les taux systémiques des

marqueurs inflammatoires et améliore la dysfonction endothéliale , à moyen terme .une récente méta-analyse démontre que le traitement parodontal améliore la fonction endothéliale et diminue le taux des biomarqueurs de la maladies athéromateuse, en particulier chez les sujets souffrant déjà de MCV .nous manquons néanmoins actuellement de données concernant les effets à long terme de traitement parodontal vis-à-vis des MCV.(37)

### 2.5.3. INFLUENCE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES SUR LA CAVITE BUCCALE:

Plusieurs facteurs expliqueraient la présence de troubles bucco-dentaires chez les cardiopathies par rapport aux personnes sains. L'apparition de la maladie à un âge très précoce qui correspond à la période de croissance et la maturation dentaire peut être à l'origine d'un déséquilibre qui va se manifester au niveau de la structure dentaire et orale aussi la présence de problèmes liés à la nutrition durant la première année de vie.

La prise de médicament contenant du saccharose qui augmente le risque carieux ou de diurétique causant ainsi une xérostomie.(34)

#### 2.5.3.1. Manifestations liées à la cardiopathie elle-même :

##### 2.5.3.1.1. Atrophie gingivale :

Dans 75 des cardiopathies congénitales, une atrophie gingivale et alvéolaire, ainsi qu'une récession a été observée. Surtout au niveau de la 1ère incisive inférieure.(46)

##### 2.5.3.1.2. Cyanose:

La cyanose est une coloration bleutée de la peau et des muqueuses qui est une manifestation des cardiopathies congénitales cyanogènes. Elle peut concerner une région localisée (comme les doigts la langue et des lèvres) ou toucher l'organisme entier. Les causes sont variées et inclues notamment les malformations cardiaques. Ce phénomène est le résultat de l'empêchement de la circulation normal du sang à l'intérieur des poumons et du cœur.(47)

##### 2.5.3.1.3. Hypoplasie de l'email (HE):

Une quantité insuffisante d'email pour couvrir la couronne des dents. Elle peut être causée par plusieurs facteurs, tels qu'une mauvaise alimentation prénatale et post-partum, l'hypoxie, l'exposition à des produits chimiques toxiques et diverses maladies héréditaires. Plusieurs études montrent que les enfants cardiaques avaient une mauvaise santé bucco-dentaire, contrairement à leurs homologues en bonne santé..(48)

## 2.5.3.1.4. Carie:

L'Augmentation de l'incidence des caries chez les enfants cardiopathies résultent probablement d'une combinaison de plusieurs facteurs prédisposant qui incluent la sensibilité des dents aux troubles du développement tels que les anomalies de structure.

## 2.5.3.1.5. Fente palatine:

Les Cardiopathies congénitales sont généralement associées à des fentes labiales et des fentes palatines(46).

## 2.5.3.1.6. Activité ostéoclasie :

L'hypertension artérielle agit sur le métabolisme osseux, en favorisant l'activité ostéoclasie, engendrant alors une diminution du taux de minéralisation osseuse, ainsi qu'un retard de cicatrisation. - l'hypertension augmente la prévalence des parodontites apicales.(49)

## 2.5.3.1.7. Douleur :

L'angine de poitrine se manifeste par une douleur qui commence dans la poitrine, et peut se propager à la mâchoire inférieure.(50)

Une crise cardiaque peut parfois ressembler à une douleur qui commence dans la poitrine et se propage à la mâchoire inférieure. Dans d'autres cas, la douleur peut commencer au niveau de la mâchoire le bras ou l'épaule gauche.

## 2.5.3.1.8. Accroissement gingival médicamenteux :

Le terme d'accroissement gingival a remplacé ceux d'hyperplasie gingivale ou encore de gingivite hypertrophique.

Les médicaments en cause :

- L'accroissement gingival médicamenteux (AGM) est un effet indésirable fréquent de certains médicaments dont les plus incriminés sont :
- Les inhibiteurs calciques, en particulier les dihydropyridines utilisés dans le traitement l'angine de poitrine et de l'hypertension artérielle
- Les immunosuppresseurs, en particulier la ciclosporine A utilisés pour prévenir les rejets de greffe d'organes
- Les  $\beta$  bloquants

- Dérivés nitré (trinitrine) (37)

2.5.3.1.9. Hyposialie :

Les diurétiques sont utilisés dans les situations de surcharge hydro-sodée (œdèmes d'origine rénale, cirrhotique ou cardiaque) et dans le traitement de l'hypertension artérielle, entraînent une diminution de la production de salive. (46)

2.5.3.1.10. Gingivorragie :

Le traitement par antiagrégants plaquettaires (AAP) chez les patients coronariens augmente le risque hémorragique des actes invasifs effectués. (51)

## 2.6. CHAPITRE VI : PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

La motivation c'est le chef de fil de réussite de traitement, donc Pour de meilleurs résultats à long terme, il est recommandé d'enseigner aux patients les bonnes techniques d'hygiène :

- Brosser les dents rigoureusement en 2 à 3 fois par jours.

Surveillance régulière systématique par le dentiste, Cette surveillance permet un traitement rapide des caries superficielles et un détartrage régulier pour prévenir les maladies parodontales qui sont une source majeure d'infection. (52)

Amener le patient à maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire nécessite certaines compétences en communication afin d'établir une relation de confiance avec le patient.

Il est nécessaire que le patient comprenne que l'état de ses dents et de son tissu parodontal a des implications sur tout l'organisme. (53)

Les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires ont souvent besoin des consultations en médecine dentaire afin de recevoir des traitements qui peuvent avoir un impact sur leur état de santé général. La prise en charge de ces patients à haut risque nécessite donc une collaboration entre dentistes et cardiologues, pour savoir l'état actuel du malade les traitements en cours et les précautions à prendre, afin de prévenir les risques :

- Infectieux.
- Hémorragique.
- Syncopale.

### 2.6.1. RISQUE INFECTIEUX :

#### 2.6.1.1. Définition :

Le risque infectieux peut se définir ainsi des causes potentielles liées à une altération microbiologique qui peut attirer des conséquences infectieuses. (54)

Celui-ci se résume chez les cardiopathies à risque infectieuse par un l'endocardite infectieuse (EI) qui est une maladie grave plus fréquent et probablement mortelle. (55–57)

## 2.6.1.2. Classification des cardiopathies en fonction du risque infectieux :

**Tableau II:** Classification des cardiopathies en fonction du risque infectieux

Les cardiopathies à haut risque : (Groupe A)	Les cardiopathies à bas risque : (Groupe B)
-Porteurs d'une prothèse valvulaire, qu'elle soit implantée de façon chirurgicale ou percutanée.	-maladie valvulaire : déficience aortique, rétrécissement mitral, déficience mitrale et aortique.
-Les antécédents d'endocardite infectieuse.	- cardiopathie congénitale non cyanogène autre que la communication inter auriculaire (CIA).
- Cardiopathie congénitale cyanotique.	- dysfonctionnement valvulaire acquis (rhumatisme articulaire aigu).
-Cardiopathie congénitale réparée par chirurgie ou mise en place percutanée de matériel prothétique dans les 6 mois suivant la chirurgie, ou réparation à vie en cas de shunt résiduel ou De régurgitation valvulaire.	- prolapsus valvulaire mitral et/ou épaissement valvulaire.
	- cardiomyopathie obstructive.

Source : Little JW, Miller CS, Rhodus NL. Little and Falace's dental management of the medically compromised patient.

Ninth edition. St. Louis, Missouri; 2018. 675 p.



## 2.6.1.3. Classification des différents actes en fonction du risque infectieux :

**Tableau III:** Classification des différents actes en fonction du risque infectieux

Ces actes peuvent être classés en trois catégories : les actes carrément contre-indiqués chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse, les actes invasifs (qui peuvent provoquer une infection locale ou générale), et enfin les actes non invasifs. L'antibiothérapie prophylactique est recommandée pour ces actes-là, chez les patients à haut risque, et déconseillée pour les actes non invasifs, quel que soit le niveau de risque infectieux du patient (Tableau III).

Les actes contres indiqués	Les actes invasifs	Les actes non invasifs
Anesthésie intra-ligamentaire	Toute intervention dentaire impliquant une manipulation gingivale (par exemple un détartrage) ou la zone périé-apicale d'une dent	Actions préventives non sanglantes
Traitement canalaire des dents non vitales, y compris la révision du traitement canalaire	Effraction de la muqueuse buccale (sauf anesthésie locale ou loco-régionale)	Un traitement conservateur
Traitement endodontique répété d'une dent avec pulpe vivante ou sans recours à une zone opératoire (digue)		Soins prothétiques sans effusion de sang
Amputation de la racine		Retrait postopératoire des sutures
Transplantation		Pose de prothèses amovibles

Réimplantation.		Installation ou réglage d'appareils orthodontiques
Chirurgie péri apicale		Prise des radiographies dentaires
Chirurgie parodontale		
Chirurgie implantaire et péri-Implantite		
Mise en place du matériau de Remplissage		
Chirurgie pré-orthodontique des dents incluses ou enclavées		

Source: Little JW, Miller CS, Rhodus NL. Little and Falace's dental management of the medically compromised patient. Ninth edition. St. Louis, Missouri; 2018. 675 p.

Le traitement endodontique des personnes à haut risque d'EI devrait être l'exception. Ils ne peuvent être réalisés en une seule séance sous la digue qu'après vérification de la vitabilité de la dent par des tests appropriés, garantissant l'accessibilité de toutes les cavités canalaires.

Ce traitement doit donc être réservé à une seule dent et, si nécessaire, à la première prémolaire si les deux canaux radiculaires sont accessibles.

La séparation radiculaire est une action à éviter au maximum et n'est autorisée qu'en l'absence de tout dommage parodontal. L'endodontie, les maladies parodontales et les traumatismes nécessitent une extraction dentaire. (55,58)

#### 2.6.1.4. Précaution à prendre face au risque infectieux :

Elle consiste à éviter le risque de bactériémie qui va induire l'endocardite infectieuse.

- La prévention de l'endocardite repose sur des mesures préventives bien précises n'est pas seulement une question de pratique prophylaxie anti-infectieuse, mais aussi Il est important de respecter les mesures d'hygiène visant à limiter le passage de bactéries à travers les barrières cutanéomuqueuses (brossage des dents au moins deux fois par jour) et la faisabilité de certaines actions et clarifier ou confirmer l'état de santé d'un patient.
- Le médecin traitant est hautement souhaitable. (57)

#### 2.6.1.4.1. L'antibioprophylaxie :

Elles se reposent sur l'antibioprophylaxie pour prévenir l'apparition de toute foyer infectieux quel que soit locale, générale. Elle s'articule à l'administration par voie systémique d'une dose unique et bien précise d'antibiotique une heure avant l'acte invasive.

**Tableau IV** : Régimes antibiotiques pour une intervention dentaire régimes : dose unique 30 à 60 minutes avant l'intervention.

Situation	Agent	Adultes	Enfants
Orale	Amoxicilline	2g	50mg/kg
Incapable de prendre des médicaments par voie orale	AmpicillineOU	2gIMorIV	50 mg/kg IMorIV
	Céfazoline OU	1gIMorIV	50 mg/kg IMorIV
	Ceftriaxone		
Allergique à la pénicilline ou à l'ampicilline orale	Céphalexine*†OU	2g	50mg/kg
	Azithromycine	500mg	15mg/kg
	OUclarithromycineO U	100mg	<45 kg,2.2 mg/kg
	Doxycycline		>45 kg,100 Mg
Allergique à la pénicilline ou à l'ampicilline et incapable de prendre des médicaments par voie orale	Céfazolineou ceftriaxone†	1gIMorIV	50 g/kg IMorIV

*Source: Wilson WR, Gewitz M, Lockhart PB, Bolger AF, DeSimone DC, Kazi DS, et al. Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2021;143(20):16.*

- Si plusieurs traitements sont prévus, il doit y avoir au moins 10 à 15 jours entre chaque traitement, et les antibiotiques (amoxicilline ; clindamycine ; pristinamycine) doivent être alternés.
- Application préopératoire d'antiseptiques : rincer avec un bain de bouche à la chlorhexidine avant l'intervention.
- Agir de la manière la moins traumatisante possible. (57–60)

## 2.6.2. RISQUE HEMORRAGIQUE :

### 2.6.2.1. Définition :

Il concerne les patients cardiovasculaires sous anticoagulants (héparine, anti-vitamines K ou anticoagulants oraux directs) et également les patients sous antiagrégants plaquettaires.

- Les anticoagulants :

- Héparine (calciparine®, Lovenox®): administrée par voie intraveineuse ou sous-cutanée, elle a une action anticoagulante immédiate, Sa durée d'action est de 8 à 12 h ;
- Anti-vitamines K (Sintrom®): par voie orale, elle permet un effet anticoagulant prolongé (Sintrom® a une durée d'action de 3j).

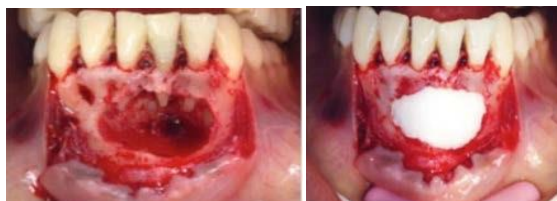
- Anti-agrégants plaquettaires :

Sont essentiellement de 2 types : les dérivés salicylés et le Clopidogrel (Plavix®). Ces deux thérapeutiques ont une durée d'action de plusieurs jours (environ 5j).  
(61), (62)

### 2.6.2.2. Moyens locaux d'hémostase :

#### 2.6.2.2.1. Collagène (Pangen 2) :

Collagène d'origine bovine hémostatique, se présente sous forme de compresse stérile et résorbable. (62)



**Figure N°4:** Mise en place de collagène hémostatique après énucléation d'un kyste radiculo-dentaire.

Source:<http://www.lecourrierdudentiste.com/cas-clinique/kyste-radiculo-dentaire-post-traumatique-a-propos-dun-cas-clinique.html>

## 2.6.2.2.2. Gélatine (Curaspon) :

Produit de dégradation de collagène ayant une action mécanique (pas d'activité pharmacologique sur l'hémostase) par contact sanguin réalisant un bouchon gélatineux en une minute environ. Elle se résorbe intégralement en quelque semaine. (62)



**Figure N°5 :** Éponge gélatineuse, hémostatique et aseptique.

Source : <https://www.plateformeexportmedical.com/pansements-compressifs-et-hemostatiques/4425-curaspon-eponges-hemostatiques-boite-de-2-x-30.html>

## 2.6.2.2.3. Cellulose oxydée régénérée (Surgicel) :

Se présente sous forme de gaze permettant la formation d'hématine qui arrête le saignement par action mécanique. Le potentiel hydrogène (PH) acide entraîne une coagulation des protéines et inhibe la prolifération bactérienne mais augmente le risque de nécrose osseuse. Il convient d'éviter son utilisation directe dans l'alvéole. (62), (63)



**Figure N°6:** Mise en place du surgicel dans un alvéole par une précelle.

Source : surgicel sur un alvéole dentaire - Bing

## 2.6.2.2.4. Acide tranexamique (Exacyl) :

Anti fibrinolytique par fixation réversible sur le résidu lysine du plasminogène. Son action ne permet pas de d'arrêter le saignement mais protéger le caillot des agents fibrinolytiques de la salive. Par conséquent, son utilisation sera complémentaire à un composé permettant l'hémostase. Il existe sous plusieurs formes : ampoule (compresses à imprégner ou de bain de bouche), comprimés. (62), (63)

#### 2.6.2.2.5. Colles biologiques (Tissucol, réservé à l'usage hospitalier) :

Sealant de fibrine imprégnés de pro coagulants dérivés de plasma humain (problème de transmission possible), associés à de l'aprotinine bovine. Elle permet de reproduire la dernière phase de la coagulation et inhibe la fibrinolyse. (62)



**Figure N°7:** Colle biologique.

Source : <https://www.t2s.ma/produit/hystoacryl/>



**Figure N°8:** Colle biologique

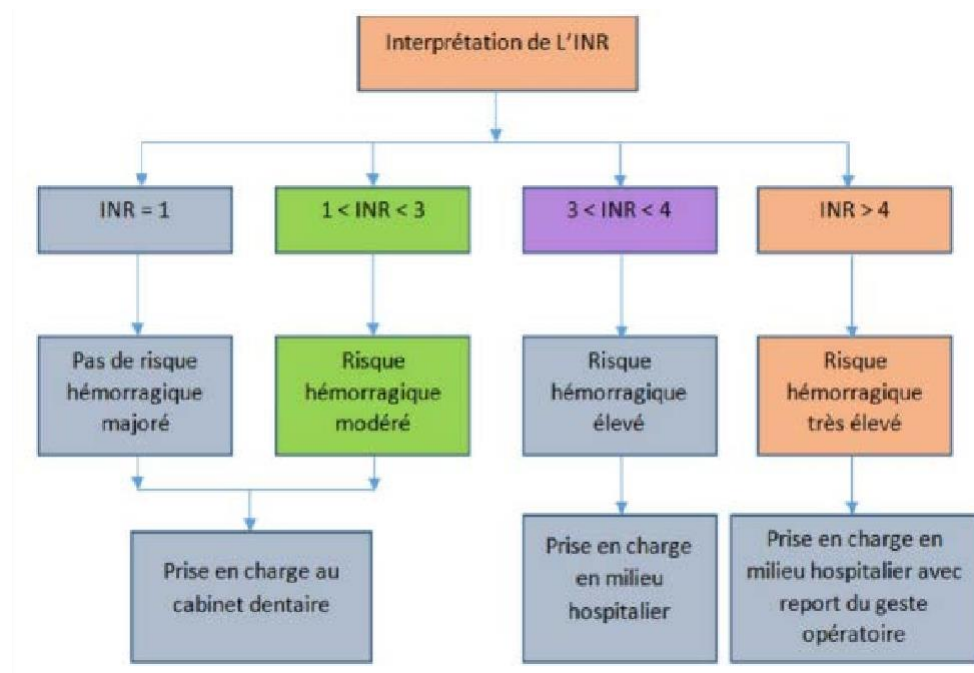
Source : [https://res-3.cloudinary.com/abcdent/image/upload/v1571051205/dossierhisto-fm\\_k0dalv.pdf](https://res-3.cloudinary.com/abcdent/image/upload/v1571051205/dossierhisto-fm_k0dalv.pdf)

#### 2.6.2.3. Conduite à tenir en présence d'un risque hémorragique :

##### 2.6.2.3.1. Prise en charge d'un acte opératoire programmé :

##### 2.6.2.3.1.1. Mesures préopératoire :

- Effectuer un bon interrogatoire, pour dépister les troubles de l'hémostase (prise d'anticoagulant ou antiagrégant plaquettaires) ;
- Prendre un contact avec le médecin traitant pour préciser le type de la MC, la médication en cours et les maladies générales concomitantes et leur traitement ;
- Pour les patients sous anti-vitamine K (AVK) : demander un bilan de coagulabilité pour le jour de l'acte : l'international normalized ratio (INR). (64), (65)



**Figure N°9** : Interprétation de l'INR et décision thérapeutique.

Source : Chirurgie orale 2010 P253

❖ Protocole de relais des AVK par l'héparine non fractionnée (HNF) ou l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) :

Un relais à l'héparine peut être également préconisé par le cardiologue (des injections d'héparine sont effectuées toutes les 12 heures en même temps que la prise des AVK, lorsque l'INR est stabilisé sur un allongement correct, le cardiologue peut supprimer les AVK). Le praticien peut agir alors à la fin de l'action de la dernière injection de l'héparine (environ 12 heures). Les injections pourront être reprises quelques heures après l'intervention en fonction de l'importance de celle-ci.

- Pour les patients sous anti-agrégant plaquettaire (AAP) : l'arrêt des AAP avant des soins dentaires ou une intervention de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire n'est ni justifiée, ni recommandée.
  - Le TS temps de saignement (TS) : est reconnu pathologique quand l'hémorragie se prolonge au-delà de 10 min ;
  - La prescription d'un TS en tant que examen de dépistage du risque hémorragique n'est pas utile. En effet selon les dernières recommandations: un allongement du TS n'est pas forcément associé à



une augmentation du risque hémorragique, à l'inverse un TS normal n'exclue pas la possibilité d'une complication hémorragique ;

- L'évaluation précise du risque hémorragique repose principalement sur l'interrogatoire médical et l'examen clinique. (64), (66), (67)

2.6.2.3.1.2. Mesures per-opératoires :

- Il faut prévoir l'acte au début de la journée et au début de la semaine ;
- L'anesthésie locorégionale à l'épine de spix est formellement contre indiquée (risque d'hématome pharyngé);
- Anesthésie péri-apical est indiquée ;
- Minimiser les traumatismes et l'étendue du site chirurgical ;
- Eliminer les tissus de granulation et les débris osseux ;
- Utiliser les moyens locaux d'hémostase : compression post chirurgicale
- sutures hermétiques, colles chirurgicales, gouttière compressive, éponges hémostatiques. (66)

2.6.2.3.1.3. Mesures postopératoire :

- Le maintien du traitement AVK ou aux AAP.
- Pour les prescriptions médicamenteuses :
  - Eviter la prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour le contrôle de la douleur ;
  - L'antalgique conseillé sera le paracétamol;
  - Les antibiotiques pourront être prescrits dans certains cas en tenant compte des interactions possible ;
  - Les bains de bouches, s'ils sont nécessaires, seront utilisées avec modération et débutés le 2ème jour de l'intervention.
- Donner quelques instructions claires :
  - Une poche de glace doit être appliquée obligatoirement juste après l'acte opératoire;
  - Une alimentation molle voire liquide, froide ou tiède pendant une semaine;
  - Les boissons alcoolisées et le tabac sont à proscrire;
  - Mâcher sur le côté opposé du site opératoire ;

- Une consultation de contrôle à 24-48h ou un simple contact téléphonique sont recommandées afin de vérifier la bonne observance de conseils postopératoires. (66)

#### 2.6.2.4. Prise en charge de l'urgence hémorragique :

- Après avoir mené un interrogatoire orienté et sous antibioprofylaxie si nécessaire :
- Aspirer le caillot formé à l'aide d'une canule chirurgicale;
- Réévaluer l'importance, la localisation et la nature du saignement;
- Tamponner à l'aide d'une compresse stérile afin de localiser de façon précise l'origine du saignement;
- Réaliser une anesthésie locale avec vasoconstricteur 1/100 000 afin de diminuer l'hémorragie;
- Protocole d'hémostase locale;
- Si l'hémorragie cesse : ordonnance, conseils post-opératoire;
- Dans le cas où le saignement persiste malgré la reprise de l'hémostase, le patient doit être hospitalisé. (64), (66), (68)

#### 2.6.3. LE RISQUE SYNCOPAL :

##### 2.6.3.1. Définition :

La syncope est une perte de conscience soudaine, courte (5-22 secondes) avec récupération Spontanée et complète. Elle entraîne souvent des chutes et des blessures.

La prévalence à vie de la syncope dépasse 30%, 1 à 3% des urgences rencontrées en service d'urgence. (69), (70)

##### **2.6.3.1 Les maladies cardiovasculaires prédisposant au risque syncopal :**

- Arythmies:

Bradyarythmie (Sick Sinus Syndrome, bloc atrio-ventriculaire, dysfonction du pacemaker);

Tachyarythmie (tachycardie supraventriculaire, tachycardie ventriculaire).

- Pathologies structurelles:
  - o Cardiogène : valvulopathie obstructive (surtout sténose aortique), cardiomyopathie hypertrophique obstructive, infarctus, péricardite;

- Non cardiogène : embolie pulmonaire, dissection aortique, hypertension artérielle pulmonaire (HTAP). (66), (71), (72)

#### 2.6.3.2. Prévention de la syncope :

- Interrogatoire pour déceler s'il s'agit d'un patient à risque syncopal;
- Préparation sédatrice pour réduire le stress : Hydroxyzine (Atarax®25) ou Diazépam (Valium® 5 mg : 1 comprimé la veille, 1 comprimé 1 heure avant l'acte);
- Pendant l'acte :
  - Température ambiante modérée;
  - Ne pratiquez pas la chirurgie sur des patients fatigués ou à jeun;
  - Le patient doit s'asseoir confortablement et se coucher à plat favoriser la vascularisation cérébrale;
  - Pendant l'anesthésie : utiliser une seringue avec un système d'aspiration, la chaleur épineuse doit être tiède et l'injection doit être lente;
  - Une dose vasoconstrictrice n'excédant pas 0,04 mg (4 cartouches);
  - Éviter de causer de la douleur;
  - Éviter les interventions longues;
  - Surveiller le patient dans la demi-heure suivant l'action. (61), (73), (74)

#### 2.6.3.3. Traitement de la syncope:

Face à une syncope, il faut :

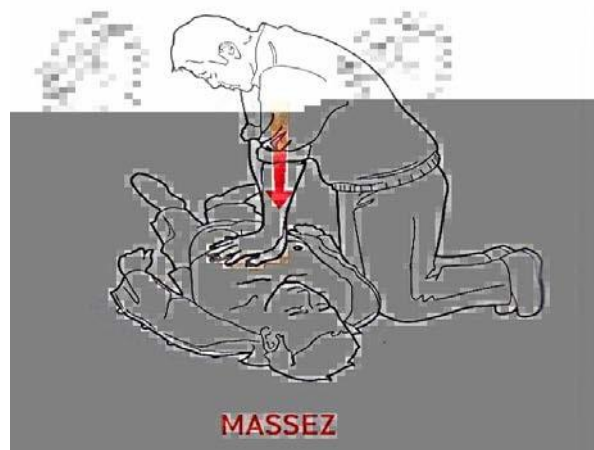
- Arrêter les soins;
- Appeler une équipe médicale ;
- Evaluer les signes vitaux : pression artérielle (PA), pouls, état de conscience;
- Assurer la vacuité de la cavité buccale;
- Mettre le patient en position allongée avec la tête en hyper extension;



**Figure N°10 :** Chaise dentaire en position assise et allongée

Source: The adata practical p 430

Procéder à la percussion thoracique en donnant un coup de point dans la région sternale basse. Si ce geste est inefficace, on procède au massage cardiaque externe qui sera accompagné d'une ventilation artificielle par bouche à bouche ou en utilisant un appareil spécial, ou alors procéder à une injection sous-cutanée d'atropine à raison de 0,5 mg.



**Figure N°11 :** le massage cardiaque

Source : [gestes-qui-sauvent-massez.jpg \(582×600\) \(defibrillateur-france.com\)](#)

# MATÉRIELS / MÉTHODES

### **3. MATÉRIELS / MÉTHODES :**

#### **3.1. TYPE D'ÉTUDE :**

Il s'agit d'une enquête CAP (connaissances, attitudes, pratiques).

##### **3.1.1. CADRE ET DURÉE DE L'ÉTUDE :**

L'enquête a été menée auprès des médecins dentistes de la ville de Tlemcen pendant une durée de quatre mois, allant de février 2022 à mai 2022.

#### **3.2. ggOBJECTIFS D'ÉTUDE :**

##### **3.2.1. OBJECTIF PRINCIPAL :**

Décrire l'état de connaissances, attitudes et pratiques des médecins dentistes face aux MCV.

##### **3.2.2. OBJECTIFS SECONDAIRES :**

Mettre en évidence d'éventuelles failles et proposer les moyens d'y remédier.

#### **3.3. POPULATION D'ÉTUDE :**

L'étude a concerné tous les médecins dentistes exerçant dans la ville de Tlemcen : Omnipraticien, résident, assistant, maître-assistant, maître de conférences ou professeur.

##### **3.3.1. CRITERES D'INCLUSION :**

Tous les médecins dentistes consentant et coopérant à l'étude.

##### **3.3.2. CRITERES DE NON INCLUSION :**

Les médecins dentistes non coopérant à l'étude.

#### **3.4. MATÉRIELS :**

Pour réaliser notre enquête, ont été utilisés

- Un ordinateur ;

## Matériel et méthodes



**Figure N°12** : Ordinateur utilisé.

Source : iconographie personnelle.

- Un auto-questionnaire en format papier (Annexe 1) ;

**Figure N°13**:Auto-questionnaire utilisé.

Source : iconographie personnelle.

- L'échelle Likert cotée d'un à sept a été utilisée pour apprécier les opinions et les attitudes :

1	2	3	4	5	6	7	NSP
Très faciles à gérer	Faciles à gérer	Peudifficiles	Moyennement difficiles	Difficiles	Très difficiles	Incontrôlables	Ne se prononce pas

## **Matériel et méthodes**

---

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>NSP</b>
Pas du tout satisfait	Très peu satisfait	Peu satisfait	Moyennement satisfait	satisfait	Très satisfait	Extrêmement satisfait	Ne se prononce pas

### **3.5. MÉTHODOLOGIE :**

#### **3.5.1. RECEUIL DES DONNÉES :**

Un auto-questionnaire en format papier a été élaboré comprenant 27 questions fermées et 7 questions ouvertes, divisé en trois parties :

1. Collection d'informations sur le sexe, l'âge, le grade, l'ancienneté, l'établissement et l'unité d'exercice du médecin dentiste ;
2. Collection d'informations générales autour des MCV ;
3. Collection d'informations sur la conduite à tenir aux MCV ;

#### **3.5.2. L'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES :**

- 1- Le logiciel SPSS version 21 a été utilisé afin d'analyser les paramètres cliniques rapportés.
- 2- Le logiciel Microsoft Excel a été utilisé pour la configuration des graphes.
- 3- Le test du Khi-2X2 a été utilisé pour comparer entre les variables qualitatives. Une valeur de  $p < 0,05$  a été considérée comme statistiquement significative alors que celle  $< 0,01$  a été considérée comme très significative.

#### **3.5.3. ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE :**

L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été respectés.



# RESULTATS

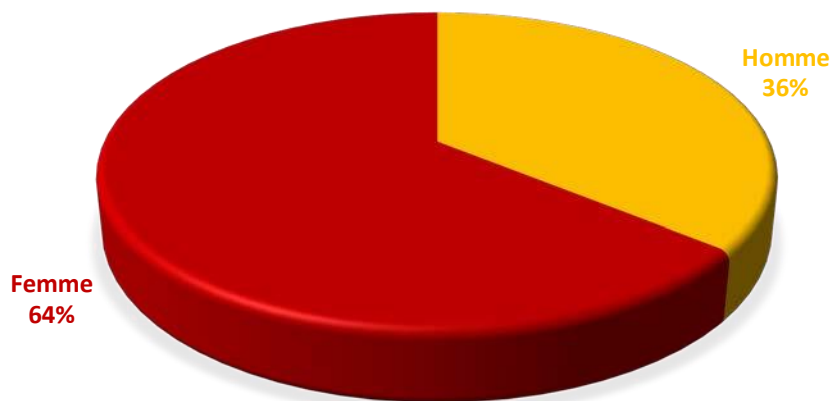
### 4. RESULTATS :

Notre étude a permis le recrutement de 141 médecins dentistes sur 171, constituant la taille de notre échantillon (n=141).

Le taux de participation était de 82,5%.

#### 4.1. REPARTITION DES REPONSES DES MEDECINS DENTISTES SELON :

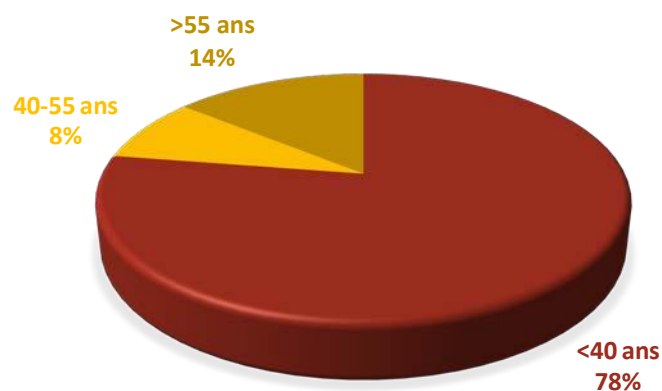
##### 4.1.1. LE SEXE :



**Figure N°14** : Répartition des réponses des médecins dentistes selon le sexe.

Le sexe féminin était plus fréquent 64%, alors que le sexe masculin était de 36%, avec un **sex-ratio** de 0.56 (Figure N°14).

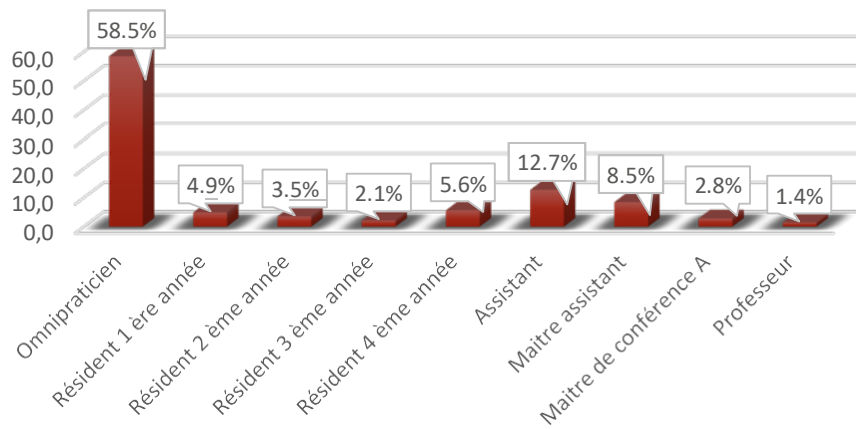
### 4.1.2. L'AGE :



**Figure N°15:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'âge.

La tranche d'âge la plus représentée était celle inférieure à 40 ans (78%) (Figure N°15).

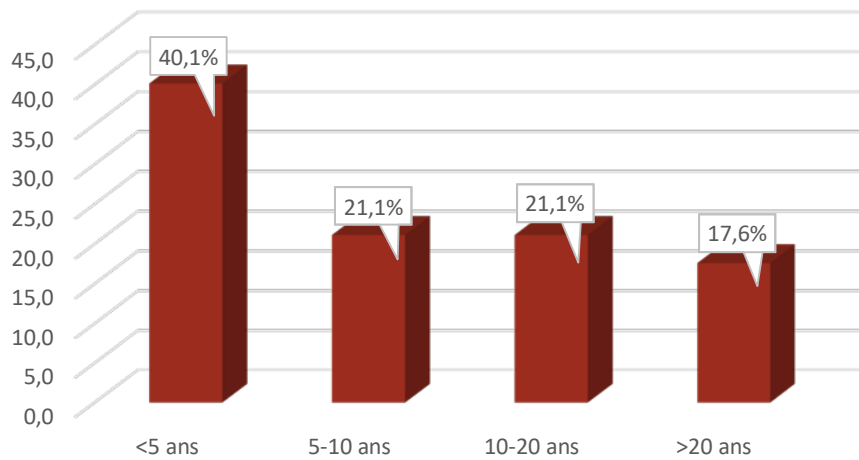
### 4.1.3. Le grade :



**Figure N°16:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon le grade.

58,5% des médecins dentistes étaient omnipraticiens, 12,7% entre eux étaient des assistants et uniquement 8,5% étaient des maîtres assistants (Figure N°16).

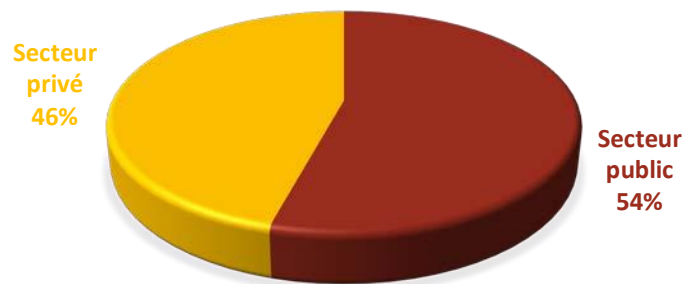
### 4.1.4. L'ANCIENNETE :



**Figure N°17:**Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'ancienneté.

- Pour 40,1% de nos collaborant, une ancienneté inférieure à 5 ans était la plus décrite (40,1%), alors que seulement 17,6% avaient une ancienneté supérieure à 20 ans (figure N°17).

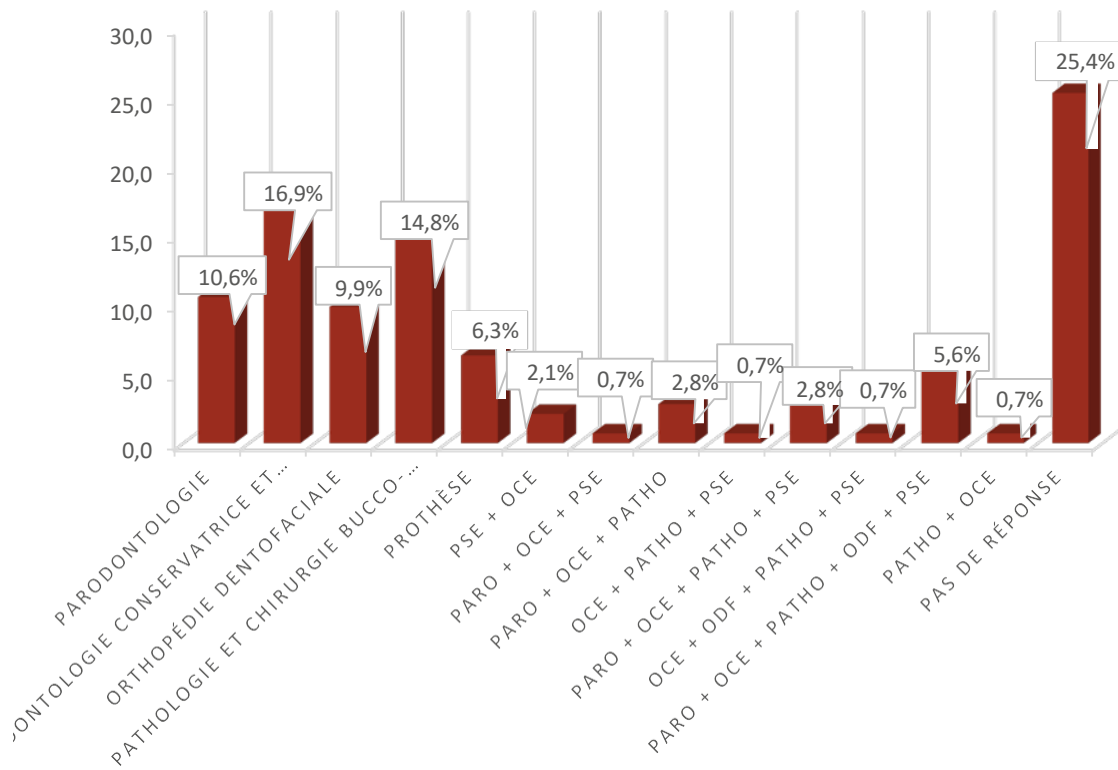
### 4.1.5. LE LIEU D'EXERCISE :



**Figure N°18:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon le lieu d'exercice.

- 54% des médecins dentistes faisaient partie du secteur public, alors que 46% faisaient partie du secteur privé (Figure N°18).

### 4.1.6. L'UNITÉ D'EXERCICE :

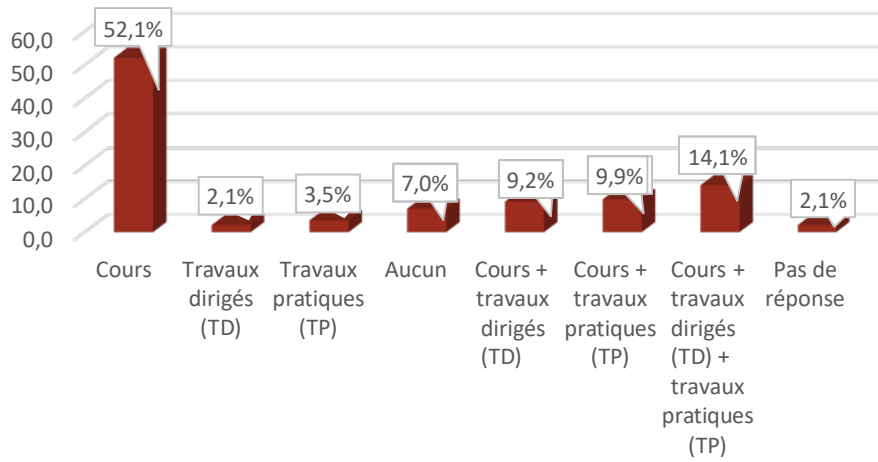


**Figure N°19:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'unité d'exercice.

- 16,9 % de nos participants exerçaient au niveau des unités de l'odontologie conservatrice et endodontie, succédaient celles de la pathologie et chirurgie buccales (14,8%) et la parodontologie (10,6%) (Figure N°19).

## Résultats

### 4.1.7. L'ENSEIGNEMENT REÇU CONCERNANT LES MCV :



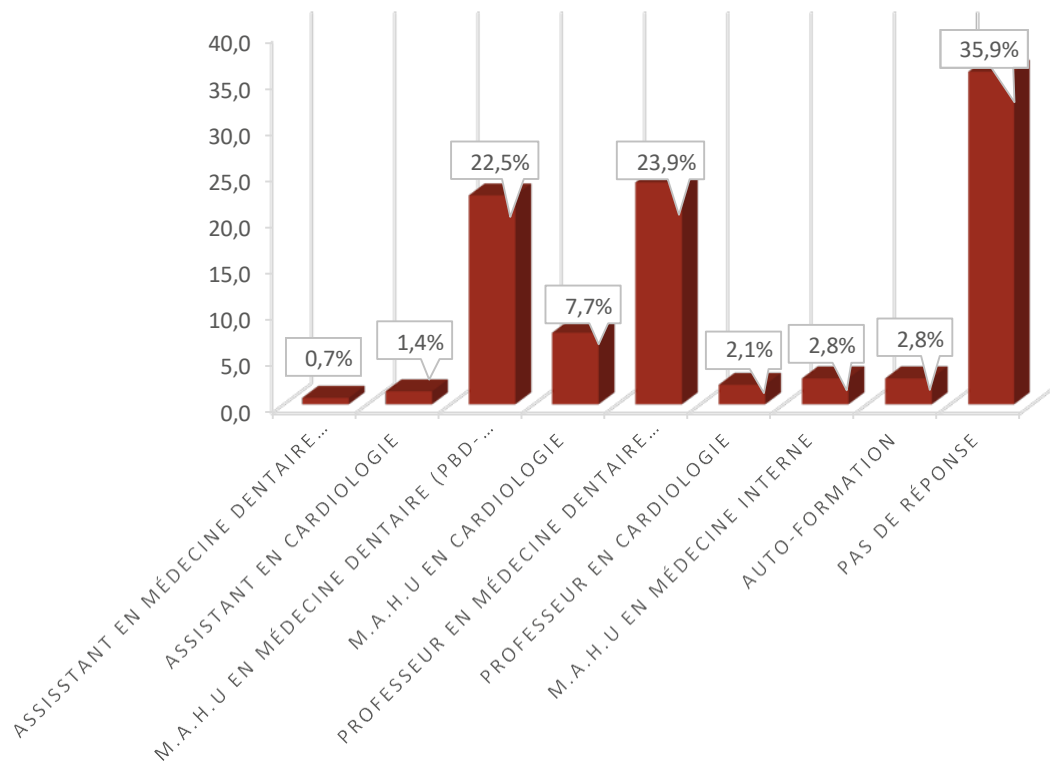
**Figure N°20:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'enseignement reçu concernant les MCV

Presque la moitié de notre échantillon (52,1%) a reçu un enseignement sur les MCV sous forme de cours (Figure N°20).



## Résultats

### 4.1.8. L'ENSEIGNANT AYANT ASSURE LA FORMATION :

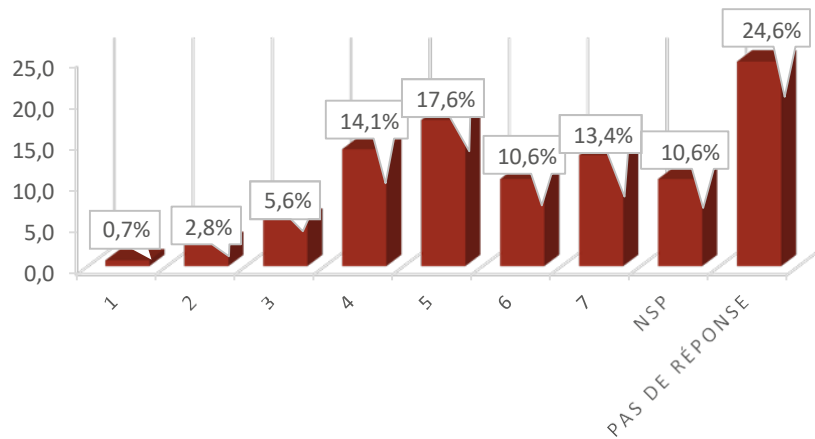


**Figure N°21:**Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'enseignant ayant assuré la formation.

Majoritairement, 23,9 % notre échantillon ont bénéficié d'un enseignement concernant les MCV par un professeur en médecine dentaire (PBD-PARO-OCE), 22,5% par un maître assistant hospitalo-universitaire(M.A.H.U)en médecine dentaire tandis que seulement 7,7 % par un M.A.H.U en cardiologie (Figure N°21).

## Résultats

### 4.1.9. L'ÉVALUATION DE LEUR ACQUIS CONCERNANT LES MCV :



**Figure N°22:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'évaluation de leur acquis concernant les MCV.

A propos des acquis concernant les MCV, 17,6% de nos praticiens les ont évalué à 5 (satisfait), 14,1% à 4 (Satisfait) tandis que 13,4% les ont coté à 7 (Extrêmement satisfait) (Figure N°22).

## Résultats

---

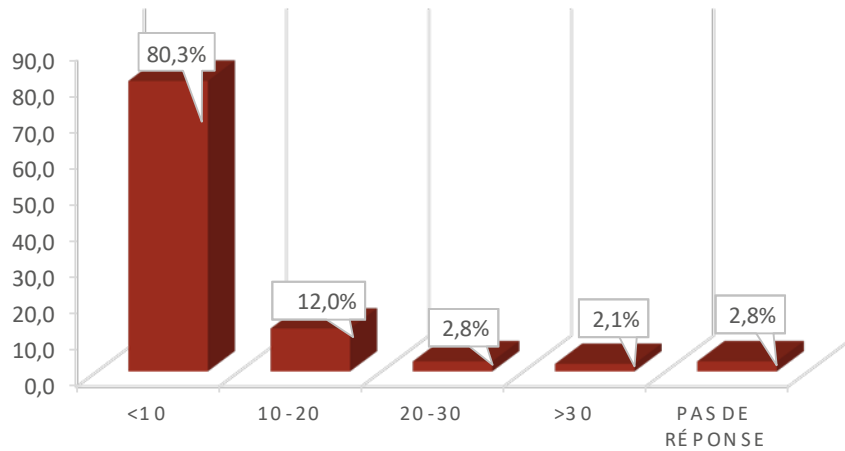
### 4.1.10. L'INFLUENCE DE L'ETAT BUCCO-DENATRE SUR LES MCV :



**Figure N°23:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'influence de l'état bucco-dentaire sur les MCV.

La réponse affirmative quant à l'influence de l'état bucco-dentaire sur les MCV a été la plus retrouvée, presque à l'unanimité (98%) (Figure N°23).

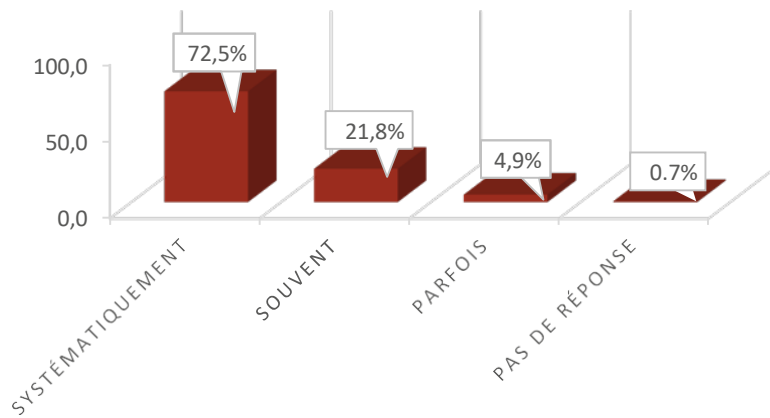
### 4.1.11. LE NOMBRE DE PATIENTS PRESENTANT UNE MCV RECU PAR SEMAINE :



**Figure N°24:**Répartition des réponses des médecins dentistes selon le nombre des patients présentant une MCV reçu par semaine.

La plupart de notre échantillon (80,3%) recevaient moins de 10 patients présentant une MCV par semaine, seulement 2,1% recevaient plus de 30 patients (Figure N°24).

### 4.1.12. L'EXAMEN DETAILLE DE LA CAVITE BUCCALE :



**Figure N°25:**Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'examen détaillé de la cavité buccale.

72,5% des répondants faisaient systématiquement un examen détaillé de la cavité buccale, suivis par 21,8% qui le faisaient souvent et les 4,9% restants le faisaient uniquement de temps en temps (Figure N°25).

## Résultats

---

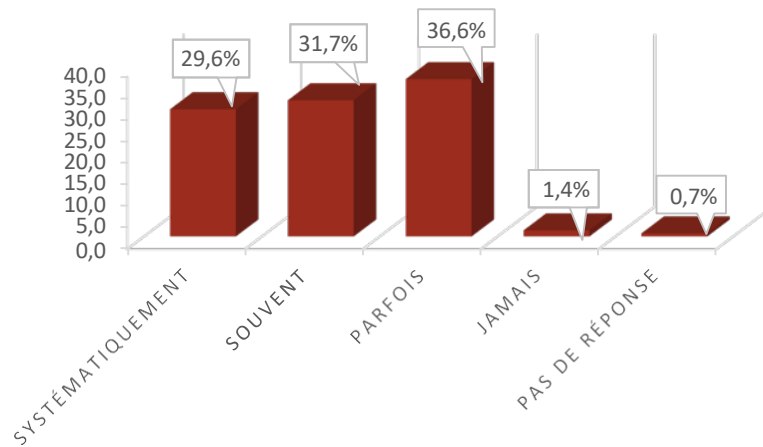
### 4.1.13. LA QUESTION POSEE SUR LA FREQUENCE DE VISITE EN CONSULTATION DENTAIRE:



**Figure N°26 :** Répartition des réponses des médecins dentistes selon la question posée sur la fréquence de visite en consultation dentaire.

64% de notre échantillon demandaient la fréquence de visite chez les médecins dentistes au cours de l'interrogatoire, contre 35% qu'ils ne le faisaient pas (Figure N°26).

### 4.1.14. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRESENTANT UNE MCV :



**Figure N°27:**Répartition des réponses des médecins dentistes selon la prise en charge des patients présentant une MCV.

Seulement 29,6 % de nos répondants ont affirmé assurer systématiquement eux même la prise en charge des patients présentant une MCV (Figure N°27).

## Résultats

### 4.1.15. L'ORIENTATION DES PATIENTS PRESENTANT UNE MCV :

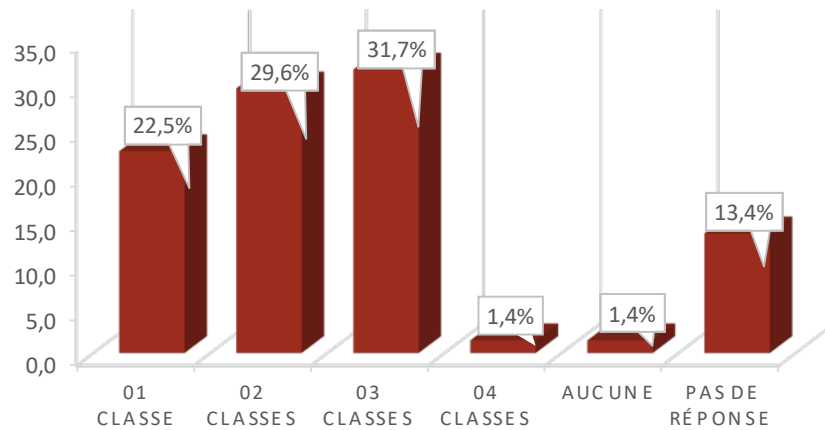
**Tableau V:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'orientation des patients présentant une MCV.

l'orientation des patients présentant une MCV	Pourcentage
Un dentiste généraliste du secteur public	3,5
Un dentiste spécialiste du secteur privé	5,6
Un dentiste spécialiste du secteur public	28,2
Un dentiste généraliste du secteur privé + un dentiste spécialiste du secteur privé	1,4
Un dentiste généraliste du secteur privé + un dentiste spécialiste du secteur public	1,4
Un dentiste généraliste du secteur public + un dentiste spécialiste du secteur public	3,5
Un dentiste généraliste du secteur public + un dentiste spécialiste du secteur privé	0,7
Un dentiste spécialiste du secteur public + un dentiste spécialiste du secteur privé	4,2
Un dentiste généraliste privé + un dentiste spécialiste privé + un dentiste spécialiste public	0,7
Pas de réponse	50,7

28,2% de notre échantillon orientaient leurs patients vers un dentiste spécialiste du secteur public (Tableau N°V).



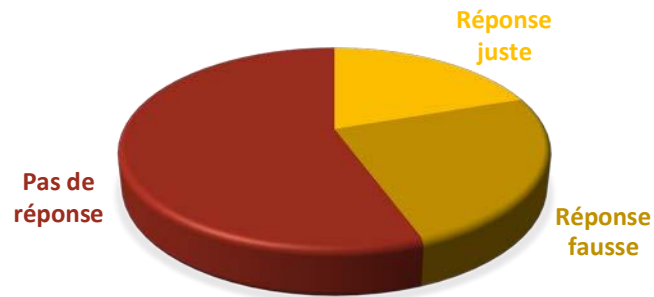
### 4.1.16. LA REPARTITION DES MCV EN FONCTION DU RISQUE INFECTIEUX :



**Figure N°28 :** Répartition des réponses des médecins dentistes selon la répartition des MCV en fonction du risque infectieux.

A propos de la répartition des MCV en fonction du risque infectieux, 31,7% de nos médecins dentistes l'ont fait en 03 classes, 22,5% en une seule classe, et uniquement 29,6% en 02 classes, soit la réponse juste. (Figure N°28).

### 4.1.17. DESCRIPTION DES CLASSES DES MCV EN FONCTION DU RISQUE INFECTIEUX :



**Figure N°29:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon description des classes des MCV en fonction du risque infectieux.

La description correcte des classes des MCV en fonction du risque infectieux à savoir « Groupe A -Haut risque », « Groupe B-Bas risque » n'a été retrouvée qu'à 20%(Figure N°29).

## Résultats

### 4.1.18. LES MCV NECESSITANT UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE :

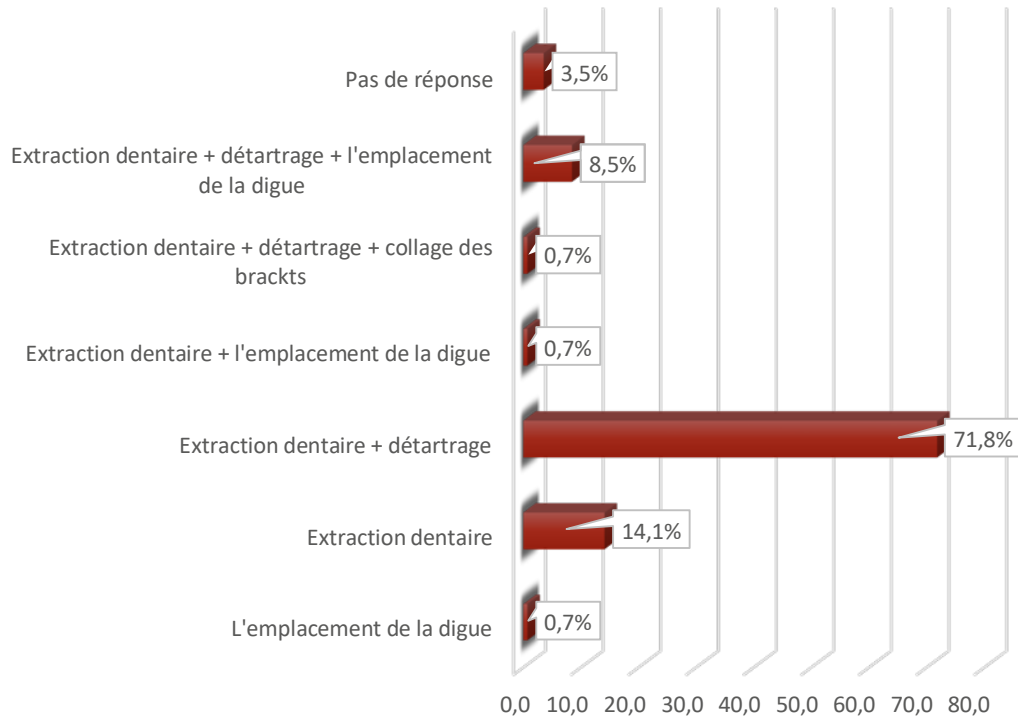
**Tableau VI:** Répartition des réponses des médecins dentistes concernant les MCV nécessitant une antibioprofylaxie.

les MCV nécessitant une antibioprofylaxie.	Pourcentage
Prothèsevalvulaire	32,4
Cardiopathieischémique	1,4
Prothèsevalvulaire + cardiopathies ischémique	14,8
Prothèse valvulaire + cardiopathies congénitale non cyanogène	21,1
Prothèsevalvulaire + hypertension artériel	1,4
Prothèse valvulaire + cardiopathie ischémique + cardiopathies congénitale non cyanogène	12,7
Prothèse valvulaire + cardiopathie ischémique + hypertension artériel	0,7
Prothèse valvulaire + cardiopathie ischémique + cardiopathies congénitale non cyanogène + hypertension artériel	6,3
Pas de réponse	9,2

Quant aux MCV nécessitant une antibioprofylaxie seulement 32,4% de nos participants ont pu fournir la réponse juste à savoir « la prothèse valvulaire » (Tableau N°VI).

## Résultats

### 4.1.19. LES ACTES DENTAIRES NECESSITANT UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE :



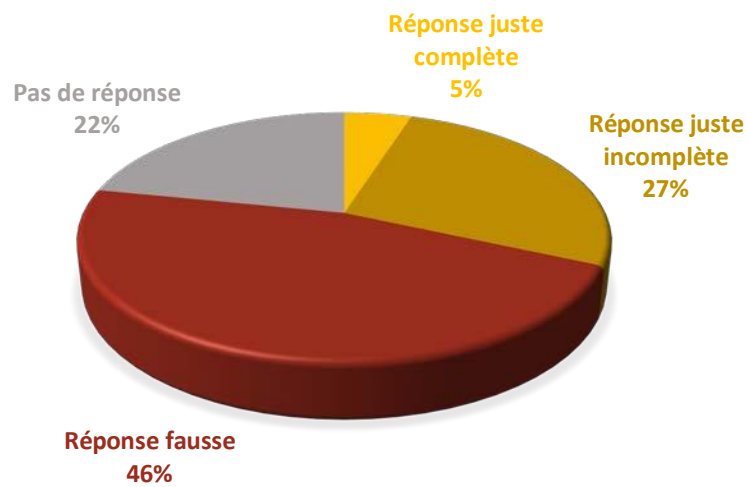
**Figure N°30:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon des actes dentaires nécessitant uneantibioprophylaxie.

A contrario, sur nos propositions, par rapport aux actes dentaires nécessitant une antibioprophyllaxie, la réponse juste a été retrouvée à 71,8% (Figure N°30).

## Résultats

---

### 4.1.20. LE PROTOCOLE D'ANTIBIOPROPHYLAXIE :

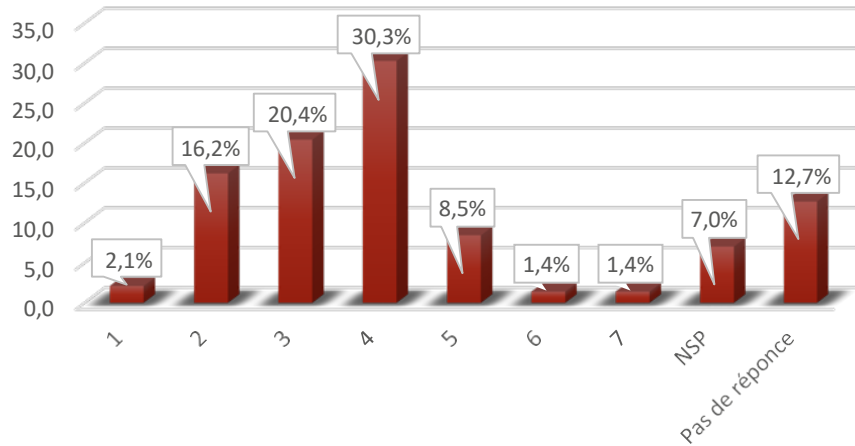


**Figure N°31:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon le protocole d'antibioprophylaxie.

- Uniquement 5% ont pu donner la réponse juste et complète concernant le protocole de l'antibioprophylaxie.
- 27% des réponses étaient correctes mais incomplètes.
- 46% étaient des réponses fausses.
- 22% n'ont pas su répondre (Figure N°31).

## Résultats

### 4.1.21. L'EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE INFECTIEUX :



**Figure N°32:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'évaluation des difficultés rencontrées lors de la prise en charge des MCV présentant un risque infectieux.

30,3% de nos collaborant ont estimé leurs difficultés à gérer le risque infectieux à 4 (moyennement difficiles) , 20,4% ont les évalué à 3 (peu difficiles) et 16,2% qui l'ont évalué carrément à 2 (faciles à gérer) (Figure N°32).

## Résultats

### 4.1.22. Les CAUSES DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE INFECTIEUX :

**Tableau VII :** Répartition des réponses des médecins dentistes selon les causes des difficultés rencontrées lors de la prise en charge des MCV présentant un risque infectieux.

les causes des difficultés rencontrées lors de la prise en charge des MCV présentant un risque infectieux.	Pourcentage
Etat bucco-dentaire défectueux	2,8
Polypathologies	3,5
Non coopération du patient	7,7
Prescription médicamenteuse	0,7
Manque de collaboration interdisciplinaire	2,8
Maîtrise de conduites à tenir	4,9
Manque de moyens	4,9
Réaction du corps face au traitement	0,7
Non coopération du patient + manque de collaboration interdisciplinaire	2,1
Manque de moyens + collaboration interdisciplinaire	1,4
Prescription médicamenteuse + non coopération du patient	2,1
Non coopération du patient + réaction du corps face au traitement	0,7
Manque de formation + manque de moyens	2,1
Polypathologies + non coopération du patient	0,7
Non coopération du patient + maîtrise de conduite à tenir	0,7
Manque de formation + manque de moyens + non coopération du patient	2,1
Non coopération + maîtrise de conduite à tenir + manque de moyens	1,4
Non coopération du patient + état bucco-dentaire défectueux + manque de collaboration interdisciplinaire	1,4
Pas de réponse	57,0

La non coopération des patients, la maîtrise des conduites à tenir, le manque de moyens représentaient respectivement les causes des difficultés les plus rencontrées lors de la prise en charge des MCV présentant un risque infectieux (7,7%, 4,9%, 4,9%) (Tableau N°VII).

### 4.1.23. LEUR CONFRONTATION A L'HEMORRAGIE LORS DE LAPRISE EN CHARGE :



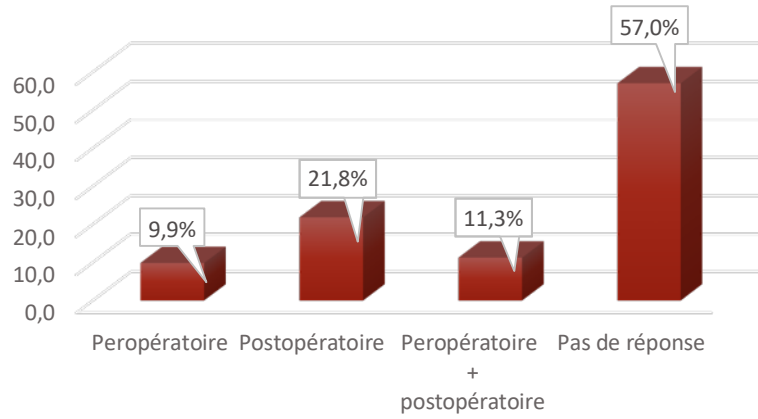
**Figure N°33:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon leur confrontation à l'hémorragie lorsde la prise en charge.

Seulement 44% de notre échantillon ont été confronté à une hémorragie lors de la prise en charge des MCV (Figure N°33).



## Résultats

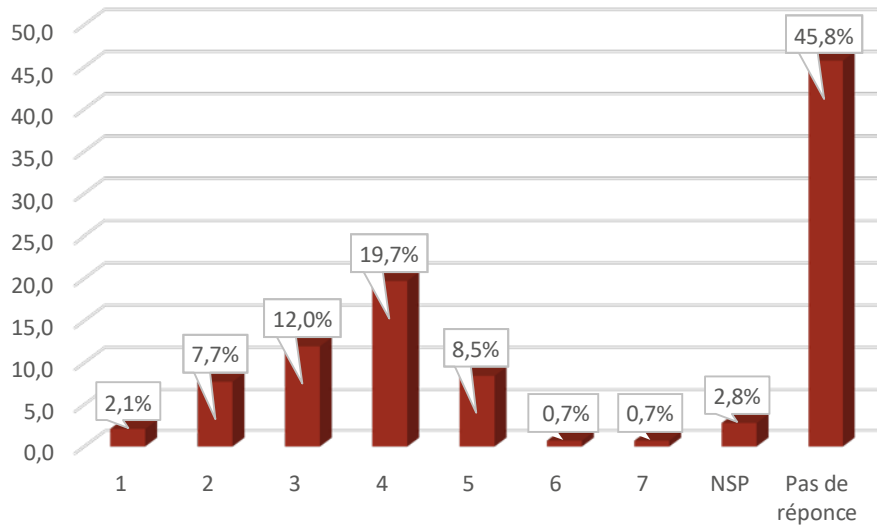
### 4.1.24. LE TYPE D'HEMORRAGIE :



**Figure N°34:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon le type de l'hémorragie confrontée au cours de la prise en charge.

L'hémorragie post-opératoire correspondait à l'hémorragie la plus décrite (21,8%) (Figure N°34).

### 4.1.25. L'ÉVALUATION DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRÉSENTANT UN RISQUE HÉMORRAGIQUE :



**Figure N°35:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'évaluation des difficultés rencontrées lors de la prise en charge des MCV présentant un risque hémorragique.

- 19,7% de nos praticiens ont estimé les difficultés rencontrées face au risque hémorragique à 4 (moyennement difficiles), 12% à 3 (peu des difficiles), 7,7% à 2 (facile à gérer).
- Seulement 8,8% les ont évalués à 5 (difficiles) (Figure N°35).

## Résultats

### 4.1.26. Les CAUSES DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE HEMORRAGIQUE :

**Tableau VIII:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon les causes des difficultés rencontrées lors de la prise en charge des MCV présentant un risque hémorragique.

Les causes des difficultés rencontrées lors de la prise en charge des MCV présentant un risqué hémorragique	Pourcentage
Manque de moyens	9,9
Disponibilité des produits	5,6
Manque de collaboration interdisciplinaire	1,4
Prescription médicamenteuse	1,4
Non coopération du patient	2,1
Maîtrise de conduites à tenir	10,6
disponibilité des produits +prescription médicamenteuse	1,4
Maîtrise de conduites à tenir + états bucco-dentaire défectueux	0,7
Maîtrise de conduites à tenir + non coopération du patient	2,8
Manque de moyens + non coopération du patient	2,1
Manque de moyens + non coopération du patient + manque de collaboration Interdisciplinaire	1,4
Non coopération du patient + manque de collaboration interdisciplinaire + état bucco-dentaire défectueux	0,7
Pas de réponse	59,9

Selon nos répondants, la maîtrise de la conduite à tenir, le manque de moyens, la disponibilité des produits représentaient respectivement les difficultés les plus rencontrées face au risque hémorragique (10,6%, 9,9%, 5,6%) (Tableau N°VIII).

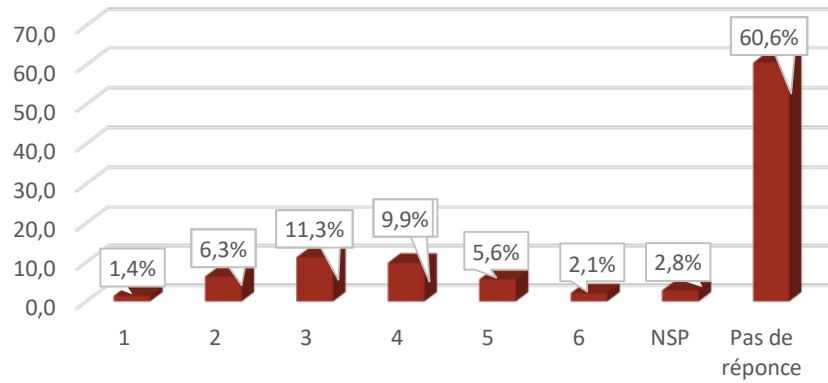
### 4.1.27. LA CONFRONTATION A UNE SYNCOPE LORS DE LA PRIS EN CHARGE DES MCV :



**Figure N°36 :** Répartition des réponses des médecins dentistes selon la confrontation à une syncope lorsde la prise en charge des MCV.

Seulement 23 % des médecins dentistes interrogés ont déjà été confronté à une syncope lors de la prise en charge des MCV (FigureN°36).

### 4.1.28. L'ÉVALUATION DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRÉSENTANT UN RISQUE SYNCOPAL :



**Figure N°37:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'évaluation des difficultés rencontrées lors de la prise en charge des MCV présentant un risque syncopal.

Un score de 3 par rapport aux difficultés rencontrées face au risque syncopal, c'est-à-dire « peu difficile » était le plus retrouvé (11,3%) (Figure N°37°).

## Résultats

### 4.1.29. LES CAUSES DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MCV PRESENTANT UN RISQUE SYNCOPAL :

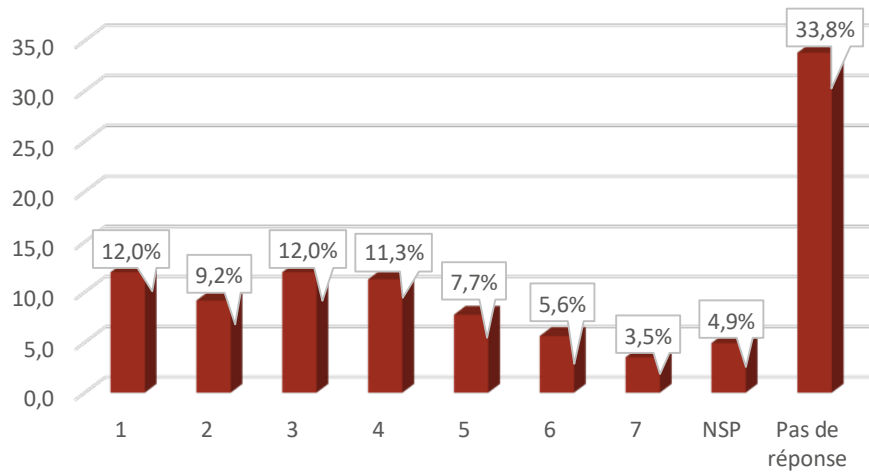
**Tableau IX:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon les causes des difficultés rencontrées lors de la prise en charge des MCV présentant un risque syncopal

les causes des difficultés rencontrées lors de la prise en charge des MCV présentant un risque syncopal	Pourcentage
Non coopération du patient	2,8
Stress	9,2
Manque de moyens	4,2
Maîtrise de conduites à tenir	2,8
Manque de collaboration interdisciplinaire	2,1
Stress + manque de collaboration interdisciplinaire	2,1
Non coopération du patient + stress +Maîtrise de conduites à tenir	1,4
Maîtrise de conduites à tenir + manque de moyen + stress + non coopération du Patient	1,4
Pas de réponse	73,9

En plus des causes des difficultés des autres risques préalablement citées (le manque de moyens, la non coopération du patient, et la maîtrise des conduites à tenir), une autre concernant le risque syncopal a été relatée, représentée par le stress (Tableau N°IX).

## Résultats

### 4.1.30. L'EVALUATION DES MOYENS DISPONIBLE POUR LA PRISE EN CHARGE D'UNE SYNCOPE :



**Figure N°38:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'évaluation des moyens disponibles pour la prise en charge d'une syncope.

12% de nos médecins dentistes ont évalué la disponibilité des moyens nécessaires à la prise en charge d'une syncope à 3(peu satisfait) (FigureN°38).

### 4.1.31. LEUR INTERET POUR UNE FORMATION SUR LES MCV :

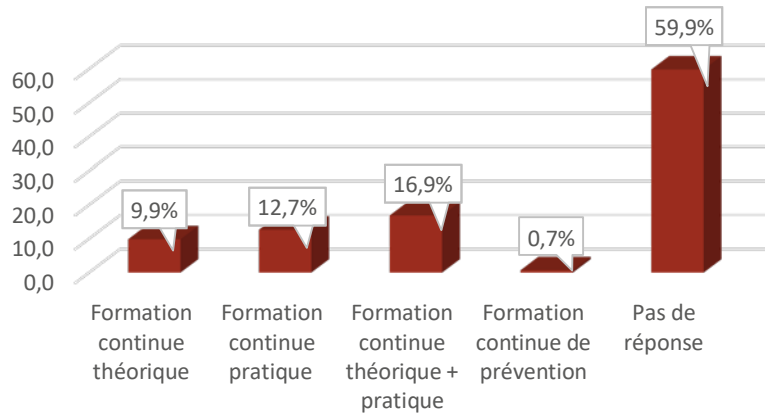


**Figure N°39:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon leur intérêt pour une formation sur les MCV.

La majorité des dentistes (66%) ont manifesté leur intérêt pour une formation sur les MCV (Figure N°39).



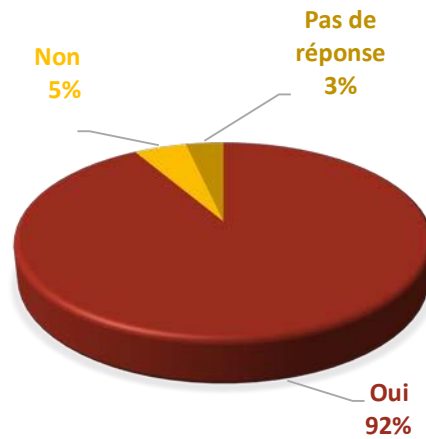
### 4.1.32. LE TYPE DE FORMATION :



**Figure N°40:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon le type de formation.

- 16,9% de notre échantillon ont opté pour une formation continue théorique et pratique.
- 12,7% pour une formation continue uniquement pratique, et 9,9% pour une formation continue uniquement théorique (FigureN°40).

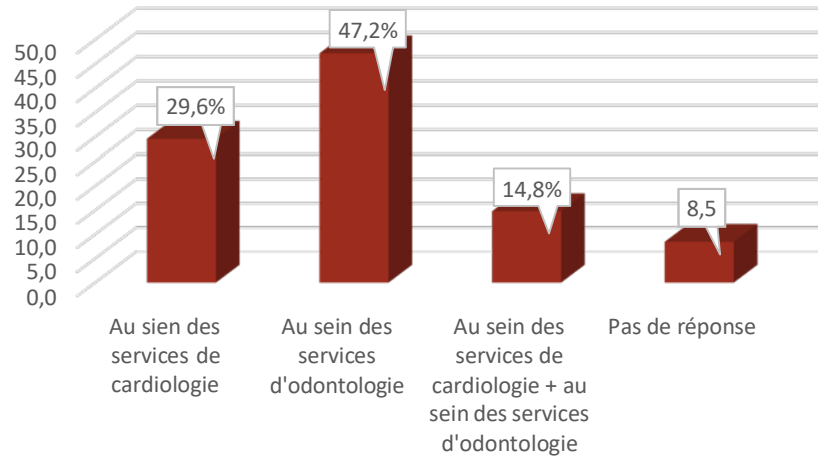
### 4.1.33. L'INTEGRATION D'UNE CONSULTATION DENTAIRE AU PARCOURS DES SOINS HOSPITALIERS :



**Figure N°41:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'intégration d'une consultation dentaire au parcours des soins hospitaliers.

Majoritairement, un accord pour l'intégration d'une consultation dentaire aux soins hospitaliers a été approuvé (92%) (Figure N°41).

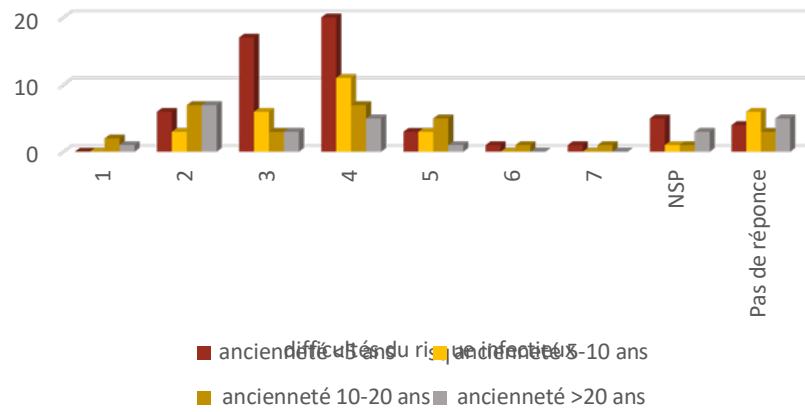
### 4.1.34. LE LIEU D'INTEGRATION DE LA CONSULTATION DENTAIRE AU PARCOURS DES SOINS HOSPITALIERS :



**Figure N°42:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon le lieu d'intégrations de la consultation au parcours des soins hospitaliers.

- La majorité de notre échantillon 47,2% proposer l'intégration de la consultation dentaire au sein des différents services de médecine dentaire, alors que 29,6% étaient plus favorables à l'intégration au niveau des services de cardiologie.
- 14,8% préféreraient les deux (FigureN°42).

### 4.1.35. L'ANCIENNETE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE INFECTIEUX :

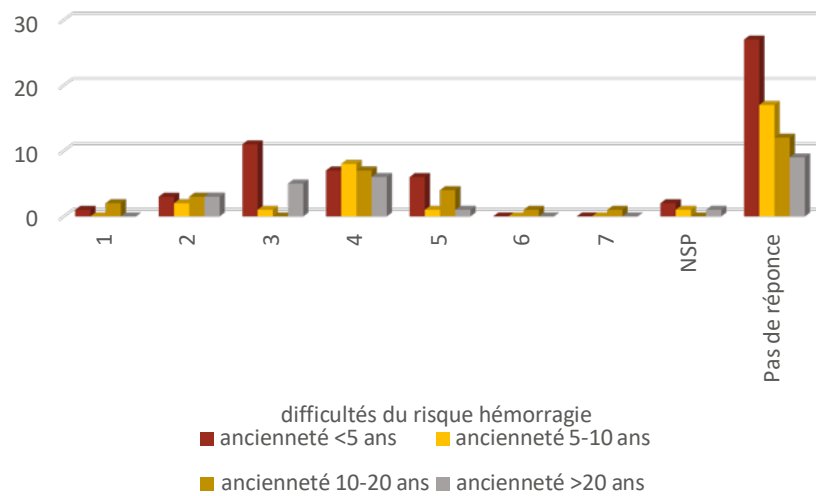


**Figure N°43:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'ancienneté et les difficultés de risque infectieux.

Dans notre étude, les difficultés rencontrées face au risque infectieux ne semblaient pas être influencées par l'ancienneté. La relation était statistiquement non significative, confirmée par le test du  $X^2(p=0,17)$  (Figure N°43).

## Résultats

### 4.1.36. L'ANCIENNETE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE HEMORRAGIQUE :

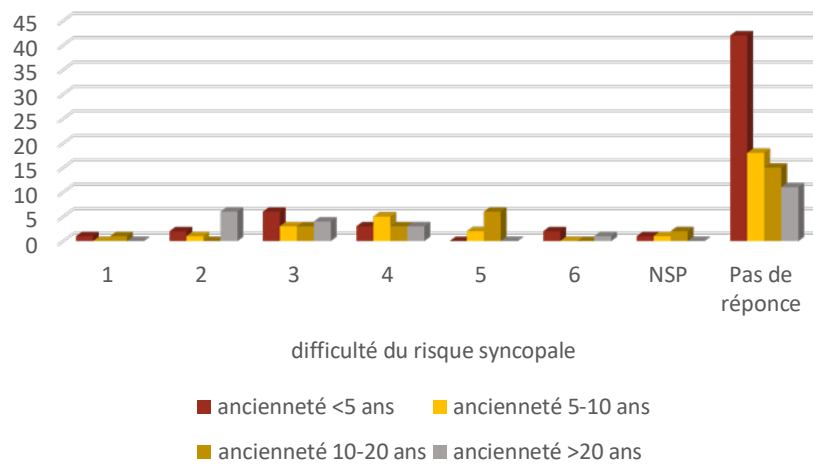


**Figure N°44:**Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'ancienneté et les difficultés face au risque hémorragique.

Idem pour le risque hémorragique, l'ancienneté ne semblait pas influencer les difficultés rencontrées à le gérer. La relation était statistiquement non significative, confirmée par le test du  $\chi^2$  ( $p=0,775$ ) (Figure N°44)

## Résultats

### 4.1.37. L'ANCIENNETE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE SYNCOPAL :

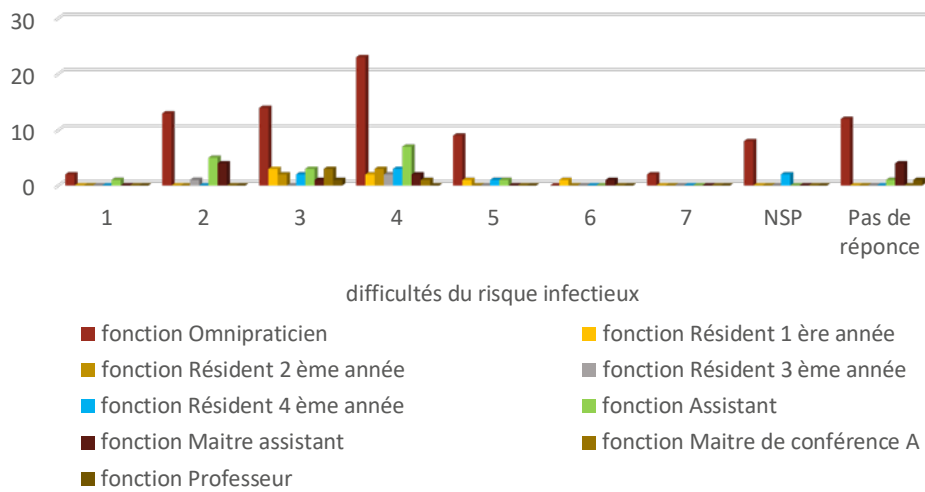


**Figure N°45:**Répartition des réponses des médecins dentistes selon l'ancienneté et les difficultés face au risque syncopal.

A l'opposé des autres risques, l'ancienneté conditionnait les difficultés rencontrées face au risque syncopal. La relation était statistiquement significative, confirmée par le test du  $X^2(p=0.002)$  (Figure N°45).

## Résultats

### 4.1.38. LE GRADE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE INFECTIEUX :

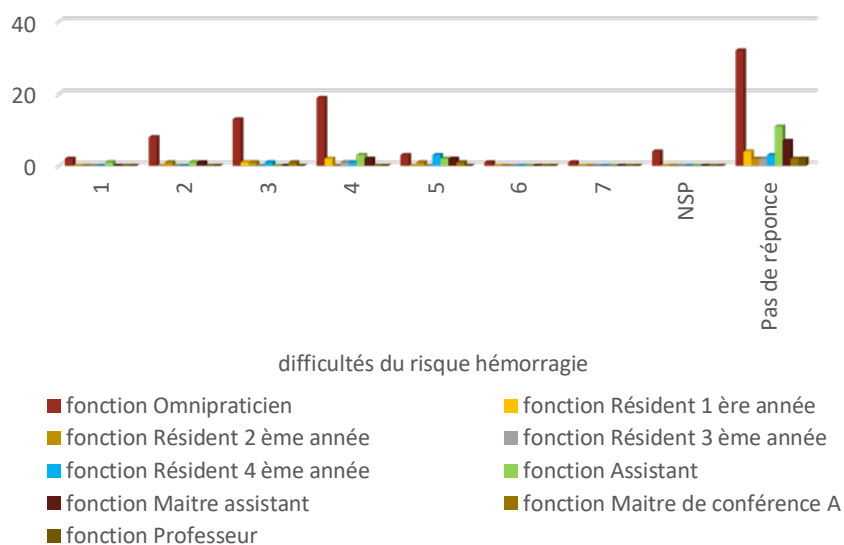


**Figure N°46:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon le grade et les difficultés face au risque infectieux.

A son tour, le grade ne semblait pas influencer les difficultés rencontrées face au risque infectieux. La relation était statistiquement non significative, confirmée par le test du  $X^2(p=0.466)$  (Figure N°46).

## Résultats

### 4.1.39. LE GRADE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE HEMORRAGIQUE :



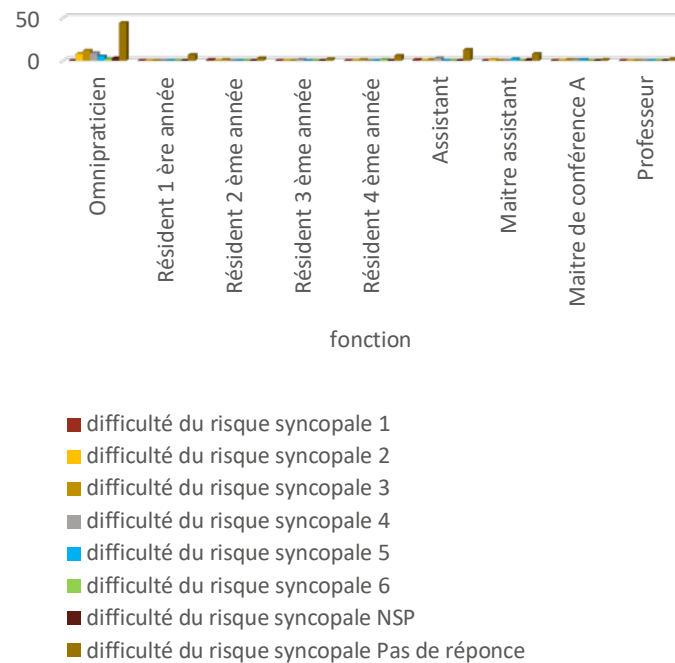
**Figure N°47:**Répartition des réponses des médecins dentistes selon le grade et les difficultés face au risque hémorragique.

De même, le grade ne semblait pas influencer les difficultés face au risque hémorragique. La relation était statistiquement non significative, confirmée par le test du  $\chi^2$  ( $p=0.996$ ) (Figure N°47).



## Résultats

### 4.1.40. LE GRADE ET LES DIFFICULTES FACE DU RISQUE SYNCOPAL :

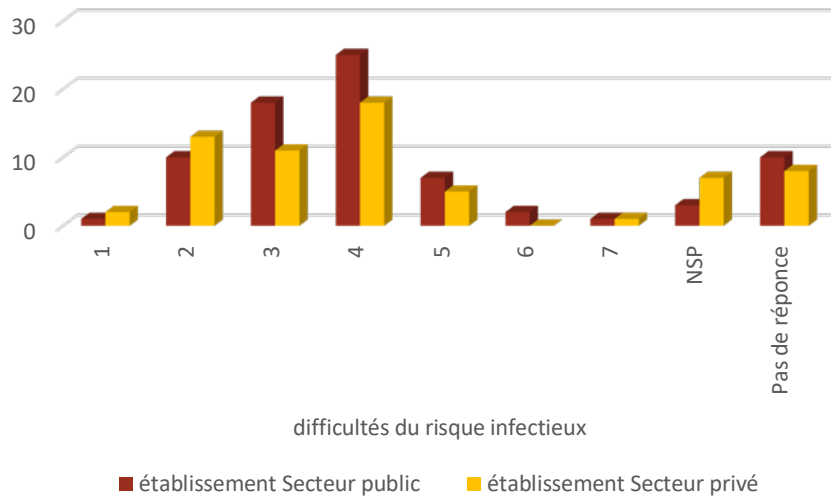


**Figure N°48:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon le grade et les difficultés face durisque syncopal.

Le risque syncopal n'a pas fait exception par rapport aux difficultés rencontrées à sa gestion et l'ancienneté des médecins dentistes. La relation était statistiquement non significative, confirmée par le test du  $X^2(p=0.593)$ (Figure N°48).

## Résultats

### 4.1.41. LE LIEU D'EXERCICE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE INFECTIEUX :

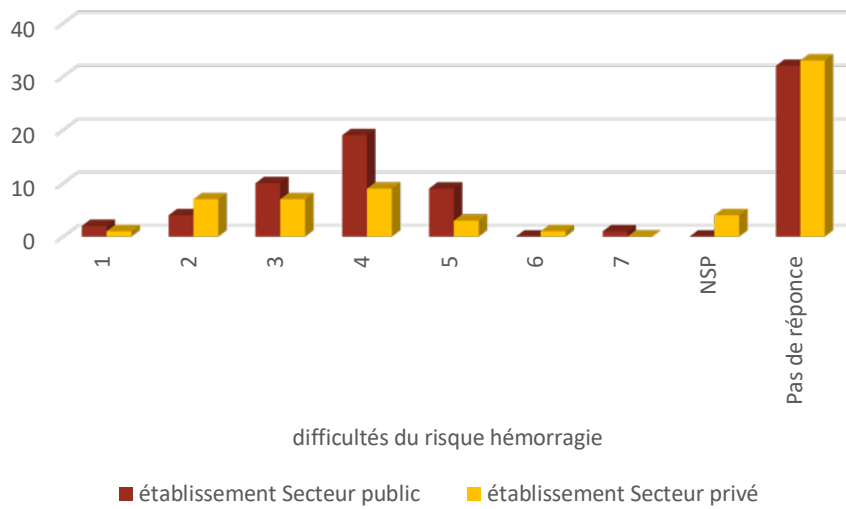


**Figure N°49:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon le lieu d'exercice et les difficultés du risque infectieux.

Le lieu d'exercice entre secteur public et privé n'avait aucune relation avec les difficultés rencontrées face au risque infectieux. La relation était statistiquement non significative, confirmée par le test du  $X^2(p=0.565)$ (Figure N°49).

## Résultats

### 4.1.42. LE LIEU D'EXERCICE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE HEMORRAGIQUE :

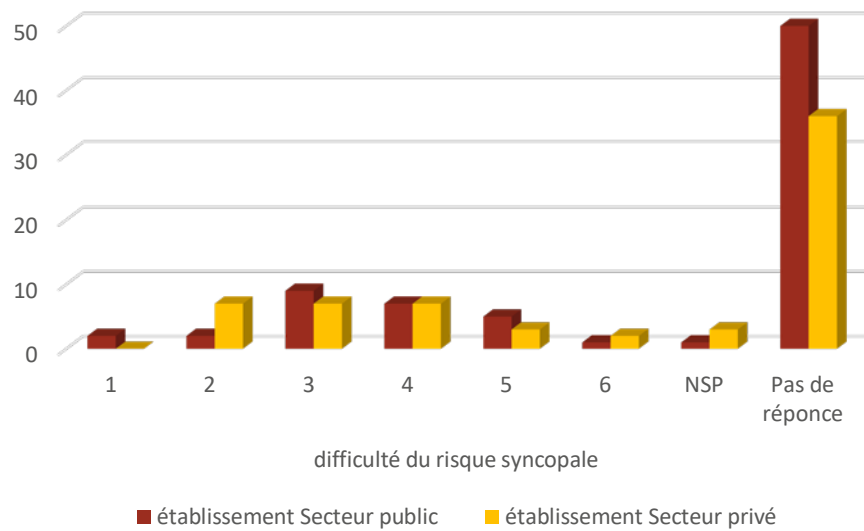


**Figure N°50:**Répartition des réponses des médecins dentistes selon le lieu d'exercice et les difficultés face au risque hémorragique.

La même constatation a été notée en ce qui concerne la relation entre le lieu d'exercice de nos médecins dentistes et les difficultés face au risque hémorragique, la relation était statistiquement non significative  $X^2 (p=0.100)$  (Figure N°50).

## Résultats

### 4.1.43. LE LIEU D'EXERCICE ET LES DIFFICULTES FACE AU RISQUE SYNCOPAL :



**Figure N°51:** Répartition des réponses des médecins dentistes selon le lieu d'exercice les difficultés face au risque syncopal.

La même observation a été constaté par rapport au lieu d'exercice et les difficultés de gestion de risque syncopal, La relation était statistiquement non significative, confirmée par le test du  $\chi^2(p=0,31)$  (Figure N°51).

# DISCUSSION

### 5. DISCUSSION

Notre étude s'est déroulée au niveau de la ville de Tlemcen sur une période de quatre mois, 141 médecins dentistes y ont participé, constituant notre échantillon (n=141), reflétant le taux de participation de 82,5 %.

#### 5.1. LIMITES DE L'ETUDE :

Plusieurs difficultés ont été rencontrées lors de la réalisation de notre étude :

- La non disponibilité des médecins dentistes, ce qui les a beaucoup freinés à répondre à notre questionnaire ;
- La difficulté de trouver les adresses des médecins dentistes, ayant changé d'adresse ;
- L'impossibilité d'avoir les adresses e-mails des médecins dentistes, ce qui nous a contraint à opter pour le format papier au lieu du format numérique, nettement plus simple, et plus pratique.
- Le nombre restreint des études réalisées sur la même thématique, limitant notre discussion.

#### 5.2. DISCUSSION :

Notre échantillon était composé de 64% de femmes et 36% d'hommes, exprimant une sex-ratio de 0.56.

Les femmes dentistes étaient les plus représentées dans notre étude, nos résultats étaient différents de ceux de l'étude menée par **Cloitre.A et collaborateurs (coll)**, en 2014, en France, où l'échantillon était constitué d'autant de femmes que d'hommes, si non des résultats de l'étude menée par **Razban.M**, en 2020, en Suisse, où la gente féminine était représentée à 41.5%, ou encore l'étude réalisée par **David.W et coll**, en 2015, en Caroline du Nord (USA), où les médecins dentistes étaient majoritairement des hommes (76,3%).  
(75),(76),(77)

La tranche d'âge la plus représentée était celle inférieure à 40 ans (78%), donc notre population d'étude était relativement jeune. Nos résultats n'étaient pas en adéquation avec ceux transmis par **Cloitre.A et coll**, et **David.W et coll** où les tranche d'âge les plus représentées étaient respectivement (35 - 50 )ans à 39%, ( 51-59)ans à 28,5%. (75),(77)

## Discussion

---

58,5% des médecins dentistes étaient omnipraticiens, uniquement 12,7% étaient des assistants et 8,5% des maitres assistants. Ceci reflète nettement le manque des spécialistes dans la ville de Tlemcen.

Pour 40,1% de nos collaborateurs, une ancienneté inférieure à 5 ans était la plus retrouvée. Nos résultats étaient nettement inférieurs à ceux de l'étude menée par **Errahmouni.A et Khatour.A**, en 2009 à Marrakech (Maroc), où 79,2 % de l'échantillon exerçaient depuis plus de 5 ans. (78)

54% des médecins dentistes interrogés dans notre étude exerçaient majoritairement au secteur public. Nos résultats étaient supérieurs à ceux décrits par **Cloitre.A** où les médecins dentistes exerçant en cabinet, soit individuel ou en groupe étaient les plus représentés, respectivement à 55%, 44%. Le milieu hospitalier n'a été retrouvé qu'à 4%, ou encore ceux relatés par **David.W et coll** où environ 60 % des répondants s'identifiaient comme des praticiens indépendants. (75),(77)

Les moyens nécessaires et les conditions influençant les démarches d'installation, pourraient certainement expliquer cette divergence de résultats.

16,9 % de nos participants exerçaient au niveau des unités de l'odontologie conservatrice et endodontie, succédaient celles de la pathologie et chirurgie buccales (14,8%) et la parodontologie (10,6%).

Le manque de moyens nécessaires à l'activité des autres unités : la prothèse et l'ODF, plus décrits au secteur public que privé, pourrait probablement en être la cause.

Presque la moitié de notre échantillon (52,1%) a reçu un enseignement sur les MCV sous forme de cours magistraux, seulement 14,1 % sous forme de cours magistraux soutenus par des travaux dirigés(TD), travaux pratiques(TP).

Majoritairement (23,9 %), cet enseignement a été assuré par un professeur en médecine dentaire (PBD-parodontologie -OCE), 22,5 % par un maître assistant hospitalo-universitaire (M.A.H.U) en médecine dentaire tandis que seulement 7,7 % par un M.A.H.U en cardiologie.

A propos des acquis concernant les MCV, 17,6% de nos praticiens les ont évalué à 5(satisfait), 14,1% à 4 (moyennement satisfait) tandis que 13,4% les ont coté à 7 (extrêmement satisfait).

## Discussion

---

La réponse affirmative quant à l'influence de l'état bucco-dentaire sur les MCV a été la plus retrouvée, presque à l'unanimité (98%). Nos résultats convergeaient avec ceux transmis par l'étude de **Malgouryes** (2016-France), menée auprès des médecins cardiovasculaires, où majoritairement, 82% d'entre eux affirmaient aussi la relation entre les maladies parodontales et cardiovasculaires. Par contre, nos résultats divergeaient avec ceux affichés par l'étude menée par **VACHON .C**, réalisée en 2015, en Midi-pyrenees (France) où l'influence de la cavité buccale sur les MCV n'a été constatée que chez 54,5 % de la population d'étude. Cette dernière incluant des médecins généralistes offrirait sans doute l'explication la plus plausible à cette divergence. 71,6 % des médecins généralistes interrogés estimaient par contre, être au courant de cette interrelation entre maladie parodontale et diabète. Cette thématique plus largement évoquée, était donc plus connue. (79),(80)

La plupart de notre échantillon (80,3%) recevaient moins de 10 patients présentant une MCV par semaine, seulement 2,1% recevaient plus de 30 patients.

72,5% des répondants faisaient systématiquement un examen détaillé de la cavité buccale, suivis par 21,8% qui le faisaient souvent et les 4,9% restants le faisaient uniquement de temps en temps. Nos résultats s'opposaient à ceux de **VACHON**, où les 2/3 des médecins généralistes interrogés (65,3 %) n'effectuaient pas un examen de la cavité buccale systématique chez leurs patients présentant une pathologie systémique, entre autre MCV, divergeaient de ceux de **MALGOUYRES.E**, où plus de la moitié des médecins cardiovasculaires n'effectuaient pas d'examen buccal, mais 65% d'entre eux demandaient à leurs patients s'ils présentaient des gingivorragies. Ces derniers plus au courant de la relation entre maladies parodontales et cardiovasculaires pourrait expliquer cette observation. (80),(79)

64% de notre échantillon demandaient la fréquence des visites chez le médecin dentiste au cours de l'interrogatoire. Là encore, nos résultats s'opposaient à ceux de **VACHON**, où ce point n'était relevé que par 16 % des médecins généralistes inclus dans l'étude. (80)

Seulement 29,6 % de nos répondants ont affirmé assurer systématiquement eux même la prise en charge des patients présentant une MCV.

Les adresser à un médecin dentiste spécialiste exerçant au secteur public correspondait à l'orientation la plus décrite (28,2%).



## Discussion

---

A propos de la répartition des MCV en fonction du risque infectieux, les réponses justes n'ont été observées qu'à 29,6%.

La description correcte des classes des MCV en fonction du risque infectieux à savoir « Groupe A -Haut risque », « Groupe B-Bas risque » n'a été retrouvée qu'à 20%.

Nos résultats sont nettement inférieurs à ceux rapportés Cloitre, et Errahmouni où les réponses justes ont été respectivement retrouvées à 93%, 87,5%. (78)

A l'opposé, à propos des actes bucco-dentaires nécessitant l'antibioprophylaxie, les réponses justes ont été retrouvées à 71,8%, exprimant un pourcentage nettement supérieur à celui relaté par Cloitre, où seulement 52 % des médecins généralistes répondants ont classé correctement les actes bucco-dentaires nécessitant une antibioprophylaxie. (75)

Par contre, concernant le protocole, les réponses justes et complètes n'ont été enregistrées qu'à 5%, contre 58% des résultats de Cloitre, Ceci met clairement en évidence la défaillance de la maîtrise et la gestion du risque infectieux. (75)

30,3% de nos collaborant ont estimé les difficultés du risque infectieux à 4 (moyennement difficiles), 20,4% à 3 (peu difficiles), 16,2% à 2 (faciles à gérer) Ceci montre la disproportion entre l'auto-évaluation de nos participants de leurs difficultés à gérer le risque infectieux et leurs connaissances.

La non coopération des patients, la maîtrise des conduites à tenir, le manque de moyens représentaient respectivement les causes des difficultés les plus rencontrées lors de la prise en charge des MCV présentant un risque infectieux (7,7%, 4,9%, 4,9%).

19,7% de nos praticiens ont estimé les difficultés rencontrées face au risque hémorragique à 4 (moyennement difficiles) ,12% à 3 (peu difficiles), 7,7% à 2 (facile à gérer). Seulement 8,8% les ont évalués à 5 (difficiles).

Selon nos répondants, la maîtrise de la conduite à tenir, le manque de moyens, la disponibilité des produits représentaient respectivement les difficultés les plus rencontrées face au risque hémorragique (10,6%, 9,9%, 5,6%).

Un score de 3 par rapport aux difficultés rencontrées face au risque syncopal, c'est-à-dire (peu difficile) était le plus retrouvé (11,3%).

## Discussion

---

En plus des causes des difficultés des autres risques préalablement citées (le manque de moyens, la non coopération du patient, et la maîtrise des conduites à tenir), une autre concernant le risque syncopal a été relatée, représentée par le stress.

Majoritairement, un accord pour l'intégration d'une consultation dentaire aux soins hospitaliers a été approuvé (92%).

La majorité de notre échantillon (47,2%) a proposé l'intégration de la consultation dentaire au sein des différents services de médecine dentaire, alors que 29,6% étaient plus favorables à l'intégration au niveau des services de cardiologie.

14,8% préféraient les deux.

En essayant de mettre en évidence les paramètres pouvant influencer les difficultés de gestion des différents risques, à savoir : l'ancienneté, le grade, et le secteur d'exercice, il a été constaté à travers notre étude que :

- ✚ l'ancienneté n'avait aucune influence sur la gestion du risque hémorragique et infectieux. La relation était statistiquement non significative, confirmée par le test du  $X^2$  respectif ( $p=0,174$ ,  $p=0.175$ ). Par contre, cette dernière pouvait influencer la gestion du risque syncopal. La relation était statistiquement significative, confirmée par le test du  $X^2$  ( $p=0.002$ ).
- ✚ Le grade n'avait aucune influence sur la gestion du risque hémorragique, infectieux et syncopal. La relation était statistiquement non significative, confirmée par le test du  $X^2$  respectif ( $p=0.996$ ,  $p=0.466$ ,  $p=0.593$ ).
- ✚ Entre secteur public ou privé, aucune influence sur la gestion du risque hémorragique, infectieux et syncopal n'a été constatée. La relation était statistiquement non significative, confirmée par le test du  $X^2$  respectif ( $p=0.100$ ,  $p=0.565$ ,  $p=0,317$ ).

A la grande majorité (66%), nos participants ont manifesté leur intérêt pour une formation s'articulant autour des MCV. Nos résultats s'avéraient tout de même inférieurs à ceux transmis par Malgouryès, **Toupin .S** (2018, Canada) où respectivement 85%, 84,9% des populations d'étude, constituées de médecins cardiovasculaires, étudiants en médecine interne, étaient aussi favorables pour une formation au sujet des liens entre les maladies parodontales et les MCV, ou plus globalement les maladies systémiques. (79),(81)

16,9% de notre échantillon ont opté pour une formation continue théorique et pratique.

**CONCLUSION /  
RECOMMENDATIONS**

## **Conclusion / Recommendations**

---

Les MCV constituent l'une des premières causes de mortalité dans le monde.

Selon L'OMS, 17.3 million de mort chacun année, dont 7.3 million par infarctus du myocarde, 6.2 million par AVC.

De plus en plus d'études attestant du lien bidirectionnel entre les MCV et l'état bucco-dentaire, le médecin dentiste fait ainsi partie intégrante de l'équipe médicale.

Grâce à notre étude pionnière, incluant les médecins dentistes exerçant dans la ville de Tlemcen, la défaillance quant à la conduite à tenir face aux MCV a pu être mise en évidence.

À cet effet, nous tenons à transmettre quelques recommandations :

- Prévoir des journées de formation continue, avec au programme des conférences actualisées, se basant sur les dernières recommandations, soutenues par des ateliers pratiques ;
- Prévoir d'autres manifestations scientifiques (journées scientifiques, congrès) pour plus de transmission et de partage ;
- Transmettre les résultats des différentes études afin d'enrichir la base de données concernant cette thématique.

À travers notre mémoire de fin d'études, nous espérons que notre modeste aboutissement servira pour d'autres études, avec plus de résultats et certainement plus de satisfaction.

REFERENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES

## Références Bibliographiques

---

1. OMS. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Organisation Mondiale de la santé. 2017 [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Touz J. Les maladies cardiovasculaires et la transition épidémiologique du monde tropical. *Med Trop*. 6<sup>e</sup> éd. Vol. 67. 2007. 541-542 p.
3. Zeina Abdel Aziz. Traitement endodontique incomplet et risque de maladies cardiovasculaires – L’Information Dentaire [Internet]. *information-dentaire*. 2015. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/traitement-endodontique-incomplet-et-risque-de-maladies-cardiovasculaires/>
4. Houle MA, Grenier D. Maladies parodontales : connaissances actuelles. *Médecine Mal Infect*. 2003;33(7):331-40.
5. Rasorariseheono F, al. relation entre maladies parodontales et maladies générales [thèse]. [Vakinakaratra-madagascar]: Mahavoky Atsimo; 2019.
6. Lacoste-Ferré MH, Hermabessière S, Jézéquel F, Rolland Y. Oral ecosystem in elderly people. *Gérontologie Psychol Neuropsychiatr Vieillesse*. 2013;11(2):144-50.
7. Office québécois de la langue française. Grand dictionnaire terminologique - fluide gingival [Internet]. Québec. 2022 [cité 13 mai 2022]. Disponible sur: [https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=17058067](https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=17058067)
8. Résidents de France. Les infections de la bouche et des dents [Internet]. *ANTIBIO.RESPONSABLE.FR*. 2020 [cité 2 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.antibio-responsable.fr/maladies/infections-bouche>
9. De peretti F. Manuelle d’anatomie générale. ellipses. 2010.
10. Hammoudi S. le coeur d’anatomie. auto-édition. 2004.
11. Guertin J. Impact de la lipoprotéine(a) sur les maladies cardiovasculaires en fonction du sexe [thèse]. [Québec, Canada]: Université LAVAL; 2020.
12. Larousse P. maladies cardiovasculaires - LAROUSSE [Internet]. Larousse. 1997 [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/maladies\\_cardiovasculaires/187720](https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/maladies_cardiovasculaires/187720)

## Références Bibliographiques

---

13. Grégoire R. VII. Maladies de l'appareil circulatoire (390-459) | CépiDc [Internet]. Inserm CépiDc. 2016 [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/cim-9/vii-maladies-de-lappareil-circulatoire-390-459>
14. Berthon M. Maladies cardiovasculaires : le diagnostic [Internet]. deuxiemeavis.fr. 2021 [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.deuxiemeavis.fr/blog/article/370-maladies-cardiovasculaires-le-diagnostic-en-5-etapes>
15. Bellahsen Y. La nouvelle classification des maladies parodontales [Internet]. AOnews le magazine dentaire qui nous rassemble. 2019 [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: <http://www.aonews-lemag.fr/ao-29-la-nouvelle-classification-des-maladies-parodontales-sept-2019/>
16. Mouflette C. Le traitement des maladies parodontales : de la thérapeutique mécanique à la thérapeutique chimique [thèse]. [paris]: Université Paris Descartes; 2018.
17. SALOUM GANDEGA M. LES MALADIES PARODONTALES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'ODONTOSTOMATOLOGIE DE BAMAKO : A PROPOS DE 153 CAS [thèse]. [Mali]: Faculté de médecine et odonto-stomatologie; 2013.
18. Bouchard P. parodontologie dentisterie implantaire. Lavoisier. 2015.
19. MATTOUT C, HOUVENAEGHEL B, RACHLIN G, MATTOUT P. Nouvelle classification des conditions saines et pathologiques des tissus parodontaux et péri-implantaires. J Parodontol D'Implantologie Orale. 2018;37(3):1-10.
20. Taille S. Antibiothérapies des maladies parodontales [thèse]. [Nancy]: UHP - Université Henri Poincaré FACULTE D'ONDONTOLOGIE; 2009.
21. Charon J. parodontite médicale Innovation clinique. 2 édition. 2009.
22. Ziad F. Diagnostic microbiologique des parodontites [thèse]. [Rebat Maroc]: université mohammed V de Rebat faculté de médecine; 2019.
23. RINDEL A. les antécédents stomatologiques de la maladie parodontale [Internet]. Cabinet dentaire de mégnac capeyron. 2018 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/parodontologie/lexamen-clinique-et-radiographique-en-parodontie/>

## Références Bibliographiques

---

24. Guex D. Pathologies d'origine endodontique : manifestations à distance [Internet]. dentaire365. 2021 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.dentaire365.fr/articles/clinique/endodontie/les-manifestations-a-distance-dans-le-corps-humain-des-pathologies-dorigine-endodontique-2/>
25. Société française de chirurgie orale. foyer infectieux dentaire [Internet]. CISMef. 2012 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cismef.org/page/foyer-infectieux-dentaire>
26. OMS. Santé bucco-dentaire [Internet]. Organisation Mondiale de la santé. 2022 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
27. Davril J. Facteurs influençant le succès du traitement endodontique [thèse]. [lorraine]: UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE LORRAINE; 2020.
28. Dagon C. La biopulpotomie camérale comme traitement permanent de la pulpite irréversible [thèse]. [lorraine]: Université de Lorraine faculté d'odontologie; 2018.
29. Zunzarren R. Guide clinique d'odontologie. Elsevier Masson. 2013.
30. Vienne P. Prise en charge des parodontites apicales aiguës en urgence : description des pratiques professionnelles au sein des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Aquitaine [thèse]. [France]: Université de bordeaux; 2019.
31. Romieu G, Bertrand C, Panayotov I, Romieu O, Levallois B. Conduite à tenir face à une urgence endodontique. Actual Odonto-Stomatol. 2012;10(259):231-44.
32. Laudenbach P. Endodontie clinique. Flammarion et C. 1993.
33. Doctolib. Radiographie rétroalvéolaire: les explications simples des dentistes [Internet]. Vertuo. 2022 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.vertuo-sante.com/nos-traitements/radiologie-dentaire/quest-ce-quune-radiographie-alveolaire/>
34. MATTHIEU FREMONT. Relations entre maladies systémiques et maladies parodontales [Internet]. le fil dentaire. 2010 [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/parodontologie/rerelations-entre-maladies-systemiques-et-maladies-parodontales/>



## Références Bibliographiques

---

35. Dr Jacques Allard. Parodontite : les personnes à risque et facteurs de risque [Internet]. PasseportSanté. 2022 [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=parodontite-facteurs-de-risque>
36. dr.ronco. Est ce dangereux d'avoir une parodontite ? [Internet]. dr vincent ronco. 2017 [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://parodontologie-implantologie.paris/parodontologie/parodontite-danger/>
37. Bouchard P. Parodontologie & dentisterie implantaire. Lavoisier-Médecine sciences. Vol. 1. Paris; 2014. 682 p.
38. Domart A, éditeur. Nouveau Larousse médical. Ed. revue et corrigée. Paris; 1990.
39. Sanchez C. Athérosclérose: pathologies associées, prévention et traitements. Life Sci. 2017;114.
40. Guillaume C. Parodontite et athérosclérose: mécanismes biologiques. Nancy Cedex. 14 mars 2018;36(1):101.
41. Zardawi F, Gul S. Association Between Periodontal Disease and Atherosclerotic Cardiovascular Diseases: Revisited. 15 janv 2021;7:625579.
42. Juliette P. Un lien surprenant entre la parodontite et l'hypertension [Internet]. LA NUTRITION. 2021. Disponible sur: <https://www.lanutrition.fr/un-lien-surprenant-entre-la-parodontite-et-lhypertension>
43. Lauriane A. CONNAISSANCES MEDICALES DES DENTISTES LIBERAUX SUR LE LIEN ENTRE LES MALADIES SYSTEMIQUES ET LES MALADIES PARODONTALES [thèse]. [TOULOUSE]: UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE; 2018.
44. Rawen S. Association entre la sévérité de la parodontite et les marqueurs de l'athérosclérose préclinique : une revue systématique de la littérature [thèse]. [BORDEAUX]: Collège des Sciences de la Santé UFR des Sciences Odontologiques; 2017.

## Références Bibliographiques

---

45. Kong HJ, Choi KK. Gene expression of human coronary artery endothelial cells in response to *Porphyromonas endodontalis* invasion. J Korean Acad Conserv Dent. 2009;34:537.
46. Benlebbad K, Guellili H, Majabri R. DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES CLINIQUES DE L'ÉTAT PARODONTAL CHEZ LES PATIENTS PRESENTANT UNE MALADIE CARDIOVASCULAIRE [thèse]. [tlemcen]: université abou bekr belkaid-tlemcen; 2015.
47. Marion Spée. La cyanose : qu'est-ce que c'est ? [Internet]. passeport santé. 2017 [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Symptomes/Fiche.aspx?doc=cyanose-symptome>
48. Cochenec L. Prise en charge dentaire d'un enfant atteint d'une malformation cardiaque congénitale cyanogène complexe: problématiques anesthésiques. 2021;99.
49. Jeanne Davril. Facteurs influençant le succès du traitement endodontique [thèse]. FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE LORRAINE; 2020.
50. BENKHALED, BENAMAR, TAHRAOUI. La prise en charge des patients atteints d'une maladie cardiovasculaire au sein du service de parodontologie du CHU de TLEMEN [these]. [tlemcen]: université abou bekr belkaid-tlemcen; 2017.
51. Garnier J, Truchot F. Antiagrégant plaquettaire et chirurgie buccale: à propos de 218 extractions dentaires. Rev Stomatol Chir Maxillofac. nov 2007;108(5):407-10.
52. PREVENIR L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE : Distrimed : La rubrique Coeur et Sante avec la Federation Francaise de Cardiologie [Internet]. Distrimed. Disponible sur: <https://www.distrimed.com/ffc/ffc14.php>
53. EL OUADNASSI I, KISSA J. Motivation du patient : Étape de taille pour un bon traitement parodontal (1ère Partie) | Dossiers du mois [Internet]. Le courrier du dentiste. 2010. Disponible sur: <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/motivation-du-patient-etape-de-taille-pour-un-bon-traitement-parodontal-1ere-partie.html>
54. Stéphanie C, Chantal L, al. prévention du risque infectieux du savoir à la pratique infirmière [Internet]. médicalistes. 2004. Disponible sur:

## Références Bibliographiques

---

- [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Prevention\\_risque\\_infectieux\\_-\\_cclin\\_sud\\_est.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Prevention_risque_infectieux_-_cclin_sud_est.pdf)
55. Carrel JP, Bernard JP, Samson J. Endocardite infectieuse : l'antibioprophylaxie est-elle encore nécessaire ? Médecine Buccale Chir Buccale. 2010;16(3):143-52.
56. Cloitre A, Duval X, Lesclous P. Antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse, respect des recommandations de bonne pratique, enquête nationale auprès des chirurgiens-dentistes. Médecine Buccale Chir Buccale. 2014;20(3):141-53.
57. Delahaye F, Leport C. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. Presse Med. 1996;25(39):1923-8.
58. Lesclous P. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire: Recommandations Afssaps 2011. Médecine Buccale Chir Buccale. 2011;17(4):334-46.
59. Gilbert H. Endocardite infectieuse à propos des recommandations ESC 2015. 2015;(489).
60. Little JW, Miller CS, Rhodus NL. Little and Falace's dental management of the medically compromised patient. Ninth edition. St. Louis, Missouri; 2018. 675 p.
61. IBOURK A, KISSI L, BEN YAHYA I. La prise en charge des patients atteints de cardiopathies en chirurgie orale : mise au point [Internet]. Le courrier du dentiste. 2018 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/la-prise-en-charge-des-patients-atteints-de-cardiopathies-en-chirurgie-orale-mise-au-point.html>
62. DAVIDO N, YASUKAWA K. Médecine orale et chirurgie orale parodontologie. Maloine. 2014.
63. N. Ait Mouffok, Y. Zitouni, R. Lattafi, M. Bensadok, Nekkhal. L'avulsion dentaire chez l'hémophile Techniques d'hémostase et difficultés. EL HAKIM Rev Médicale Algér. janv 2019;IV(17):62-8.
64. BOUCHER Y, COHEN E. Urgences dentaires et médicales conduites à tenir - prévention chez le patient à risque. wolters kluwer. 2007.
65. Zunzarren R. Guide clinique d'odontologie. ELSEVIER MASSON. 2011.

## Références Bibliographiques

---

66. TARIGHT SS. La prévention en médecine dentaire. office des publications universitaires. 2006.
67. PERRIN D, AHOSSI V, LARRAS P, LAFON A, GERARD E. Manuel de chirurgie orale - Technique de réalisation pratique, maîtrise et exercice raisonné au quotidien. Wolters Kluwer. 2012.
68. DE MELLO G, GANGLOFF P, DJIANE P, GALEAZZI JM, LEFEVRE B, LEPOUSE C, et al. Recommandations pour la prise en charge des patients sous traitement anti-vitamines K en chirurgie bucco-dentaire. SOCIÉTÉ Francoph MÉDECINE BUCCALE Chir BUCCALE. 2006;12(4):188-212.
69. Hürlimann U, Borek G. Syncope: inoffensive ou dangereuse? | [Internet]. Semantic Scholar. 2017 [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Syncope%3A-inoffensive-ou-dangereuse-H%C3%BCrlimann-Borek/6d683c021405ccd0b95ecf29d7049e3a80ed28a9>
70. Dr Bertrand C, Catherine S. Qu'est-ce que la syncope ? [Internet]. <https://www.passeportsante.net/>. 2016 [cité 19 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=Syncope>
71. Pr BAUMELOU A, Pr LECA-COLONNA É, Dr TRÉMOLIÈRES F. Recommandations Syncope [Internet]. VIDAL. 2018 [cité 19 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/syncope-3757.html>
72. BIRRENBACH T, PERRIG M. Investigations rationnelles de la syncope. Forum Med Suisse. 2014;14(47):881-6.
73. Roche Y. Chirurgie dentaire et patients à risque: évaluation et précautions à prendre en pratique quotidienne. Paris: Flammarion médecine-sciences; 1996.
74. LITTLE JW, MILLER CS, RHODUS N, FALACE DA. Dental Management of the Medically Compromised Patient. Mosby 5 th edition. 1997.
75. Cloitre A, Duval X, Lesclous P. Antibio prophylaxie de l'endocardite infectieuse, respect des recommandations de bonne pratique, enquête nationale auprès des chirurgiens-dentistes. Med Buccale Chir Buccale 2014. 2014;20(3):141-53.

## Références Bibliographiques

---

76. Mandana R Maria. Connaissances, attitudes et pratiques des médecins-dentistes en matière de soins bucco-dentaires pendant la grossesse : Une enquête transversale en Suisse [Thèse]. [Suisse]: université de Genève-faculté de médecine; 2021.
77. David W, Paquette. Connaissances et opinions des dentistes sur les relations entre les maladies bucco-systémiques : Pertinence pour les soins et l'éducation des patients. J L'éducation Dent. juin 2015;79(6):626-38.
78. ERRAHMOUNI A, KHATOURI A. Enquête sur la Pratique de l'Antibioprophylaxie de l'Endocardite Infectieuse par les Dentistes de la Ville de Marrakech [Thèse]. [Marrakech]: Faculté de Médecine et de Pharmacie - Marrakech; 2009.
79. MALGOUYRES E. Maladies parodontales et cardio-vasculaires :enquête auprès des médecins cardio-vasculaires et des patients du centre de détection et de prévention de l'athérosclérose du chu de Toulouse. [Thèse]. [TOULOUSE]: Université Toulouse III - Paul Sabatier faculté de chirurgie dentaire; 2016.
80. VACHON C. MALADIES PARODONTALES ET MALADIES SYSTEMIQUES : ENQUETE SUR LES CONNAISSANCES ET LES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE MIDI-PYRENEES EN 2015. [Thèse]. [MIDI-PYRENEES]: UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE; 2015.
81. Toupin S. Relations entre les maladies parodontales et les maladies systémiques : une étude transversale des connaissances des étudiants en médecine interne au Canada [Thèse]. [Québec, Canada]: université Laval; 2018.

# ANNEXES

8 ANEXXE :

8.1 L'AUTO-QUESTIONNAIRE DE L'EVALUATION DES CONNAISSANCE, ATTITUDE ET PRATIQUE DES MEDECINS DENTISTES :



Université Abou Bekr Belkaid - Faculté de médecine de Tlemcen  
Service de parodontologie CHU-Tlemcen



**Questionnaire d'auto-évaluation : Conduite à tenir face aux maladies cardiovasculaires (MCV) au cabinet dentaire**

Internes:

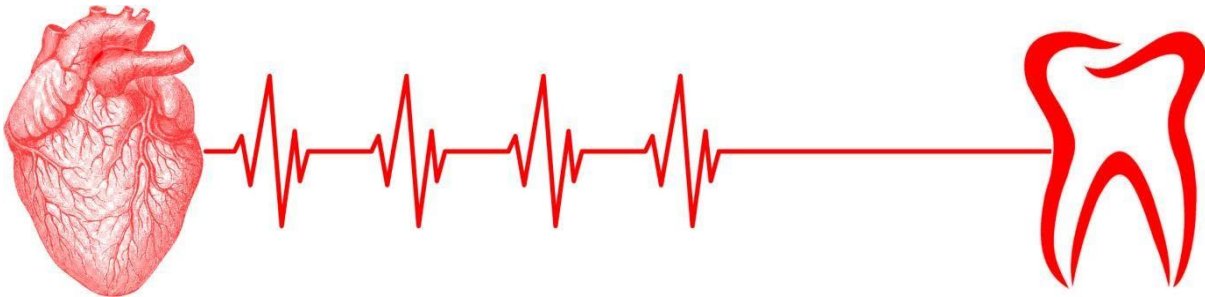
\*Benahmed.A    \*Chadli.A  
\*Nehari.A       \*Zellal.H

- Encadreur : Dr Zouaoui.A

-Co-Encadreur : Pr Chabni.N

*Ce questionnaire est établi dans le cadre de mémoire de fin d'étude en médecine dentaire.*

*IL est bien évidemment anonyme et confidentiel. C'est par vos réponses que sera certainement améliorer la qualité des prestations.*



**1. Vous êtes :**

° Homme

° Femme

**2. Votre âge est :**

° <40 ans

° 40- 55 ans

° > 55 ans

**3. Votre fonction est :**

°Omnipraticien

°Résident

Quel année : 1    2    3    4

## Annexes

- °Assistant   
°Maitre assistant   
°Maitre de conférence  Si oui : A  ou B   
° Professeur

### **4. Votre ancienneté :**

- ° < 5 ans       ° 5-10 ans       ° 10-20 ans       ° > 20 ans

### **5. Etablissement :**

- ° Secteur public       ° Secteur privé

### **6. Unité**

- °Parodontologie       °Pathologie et chirurgie bucco-dentaire   
°Odontologie conservatrice et endodontique       °Prothèse   
° Orthopédie dentofaciale       °Autre (merci de mentionner): .....

### **7. Durant votre cursus avez-vous reçu un enseignement sur les MCV ?**

- °Cours       °Travaux dirigés (TD)       °Travaux pratiques (TP)       °Aucun

**\*si oui, l'enseignement a été assuré par :**

.....  
.

**\* Si oui, sur une échelle de 1-7 quel est le score qui peut refléter ces informations ?**

1	2	3	4	5	6	7	NSP

(NSP : ne se prononce pas)

### **8. A votre avis, l'état buccodentaire peut influencer les MCV ?**

- ° Oui       °Non

### **9. Lors de votre exercice, les patients présentant une MCV reçoivent par semaine sont au nombre de :**

- ° < 10       ° 10-20       ° 20-30       ° > 30



**10. Effectuez-vous un examen détaillé de la cavité buccale ?**

- ° Systématiquement  ° Parfois

°Souvent  °Jamais

**11. Parmi les questions posées à ces patients , est ce que vous demandez la fréquence de visite chez les médecins-dentistes ?**

° Oui  ° Non

**12. Assurez –vous vous même la prise en charge de ces patients ?**

° Systématiquement  ° Parfois   
° Souvent  ° Jamais

***\*Si non, à qui adressez-vous ces patients ?***

°Un dentiste généraliste : \*Secteur privé  \*Secteur public

° Un dentiste spécialiste : \*Secteur privé  \*Secteur public

**13. A votre avis, en fonction du risque infectieux , les MCV sont classées en :**

°01 Classe  °02 Classes  °03 Classes  ° 04 Classes  ° Aucune

***\*si oui, quelles sont ces classes ?***

.....  
.....

**14. Parmi ces MCV, les quelles présentent un risque infectieux nécessitant une antibioprophylaxie ?**

° Prothèse valvulaire  ° Cardiopathie congénitale non cyanogène   
° Cardiopathie ischémique  ° Hyper tension artériel

**15. Selon vous, quelles sont les actes dentaires qui nécessitent l'antibioprophylaxie ?**

° L'emplacement de la digue  ° Détartrage   
° Extraction dentaire  °Collage des brackets

**16. Dans ce cas quel protocole suivez-vous ?**

.....  
.....

## Annexes

***\*Dans ce cas , comment jugez- vous les difficultés trouvées ?***

1 (très faciles à gérer)	2 (faciles à gérer)	3 (peu difficiles)	4 (moyennement difficiles)	5 (difficiles)	6 (Très difficiles)	7 (incontrôlables)	NSP

***\*A votre avis , que peuvent-être les causes de ces difficultés :***

.....  
.....  
.....

**17.Avez-vous déjà été confronter, lors de la prise en charge de ces patients à une hémorragie :**

° Oui                       ° Non

***\* Si Oui :***

° Peropératoire                       ° Postopératoire

***\*Dans ce cas, comment jugez-vous les difficultés trouvées :***

1 (très faciles à gérer)	2 (faciles à gérer)	3 (peu difficiles)	4 (moyennement difficiles)	5 (difficiles)	6 (Très difficiles)	7 (incontrôlables)	NSP

***\*A votre avis , que peuvent-être les causes de ces difficultés ?***

.....  
.....  
.....  
.

**18.Avez-vous déjà été confronter, à une syncope lors de votre exercice ?**

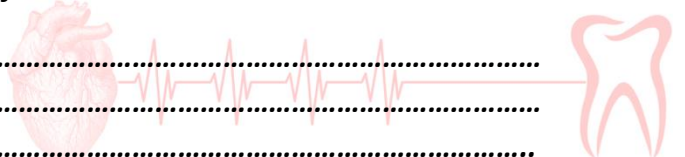
° Oui                       ° Non

**\*Dans ce cas, comment jugez-vous les difficultés trouvées :**

1 (très faciles à gérer)	2 (faciles à gérer)	3 (peu difficiles)	4 (moyennement difficiles)	5 (difficiles)	6 (Très difficiles)	7 (incontrôlables)	NSP

**\*A votre avis, que peuvent-être les causes de ces difficultés ?**

.....  
 .....  
 .....



**19. Lors de cette prise en charge ,les moyens dont vous disposez selon vous sont satisfaisants à :**

1	2	3	4	5	6	7	NSP

**20. Seriez-vous intéressé(e)s par une formation s’articulant autour de MCV ?**

° Oui

° Non

**\*Si oui, veuillez s’il vous plait donner plus de détails :**

.....

**21. Pensez-vous, pour ces patients qu’il serait bénéfique d’intégrer une consultation dentaire au parcours des soins hospitaliers ?**

°Oui

°Non

**22. Si oui, pensez-vous qu’il serait mieux d’intégrer ces consultations ?**

° Au sein des services de cardiologie

° Au sein des services d’odontologie

**Le : .... /...../.....**



**NOUS VOUS REMERCIONS D’AVOIR PRIS LE TEMPS DE REpondre A NOTRE  
 QUETIONNAIRE**

## **Résumé :**

### **Introduction/Problématique :**

Première cause de mortalité mondiale, avec de plus en plus d'études concluant du lien bidirectionnel entre les maladies cardiovasculaires(MCV)et l'état bucco-dentaire, le médecin dentiste fait ainsi partie intégrante de l'équipe médicale. Alors qu'en est-il des connaissances, attitudes et pratiques des médecins dentistes de la ville de Tlemcen de la conduite à tenir face aux MCV ?

C'est pour répondre à cette question, qu'il nous a paru opportun de mener cette étude.

### **Objectif :**

Décrire l'état de connaissances, attitudes, pratiques des médecins dentistes face aux MCV.

### **Matériels/Méthodes :**

Il s'est agi d'une enquête CAP (connaissances, attitudes, pratiques), incluant tous les médecins dentistes exerçant dans la ville de Tlemcen, allant du mois de février 2022 au mois de mai 2022. Un auto-questionnaire a été utilisé.

### **Résultats/Discussion :**

Notre étude a permis l'enrôlement de 141 médecins-dentistes, constituant la taille de notre échantillon (n=141), reflétant un taux de participation de 82,45 %.

Le sexe féminin était le plus prédominant (64%), avec un sex-ratio de 0.56. La tranche d'âge la plus représentée était celle inférieure à 40 ans (78%).

Nos présents résultats ont permis de mettre en évidence la défaillance de la maîtrise et la gestion du risque infectieux, où les réponses justes quant à la répartition des MCV, la description correcte des classes, le protocole de l'antibioprophylaxie n'ont été respectivement retrouvées qu'à : 29,6%,20%,5%.

En essayant de mettre en évidence les paramètres pouvant influencer les difficultés de gestion des différents risques (infectieux, hémorragique, syncopal), à savoir : l'ancienneté, le grade, et le secteur d'exercice, il a été constaté que seulement le risque syncopal était influencé par l'ancienneté, la relation était statistiquement significative, confirmée par le test du  $X^2$  ( $p=0.002$ ).

A la grande majorité (66 %), nos participants ont manifesté leur intérêt pour une formation s'articulant autour des MCV.

### **Conclusion/Recommandations :**

Il en ressort de notre étude la défaillance de la conduite à tenir face aux MCV. Prévoir des journées de formation continue, et d'autres manifestations scientifiques doit prévaloir parmi nos objectifs.

**Mots clés :** MCV, cabinet dentaire, conduit à tenir.

**Abstract:****Introduction/Problem:**

First cause of mortality worldwide, with more and more studies concluding the bidirectional link between cardiovascular diseases (CVD) and oral status, the dentist is thus an integral part of the medical team.

So what about the knowledge, attitudes and practices of dentists in the city of Tlemcen of the conduct to be held against CVD?

It is to answer this question, that it seemed appropriate to us to carry out this study.

**Objective:**

To describe the state of knowledge, attitudes, practices of dentists facing CVD.

**Materials/Methods:**

This was a CAP (knowledge, attitudes, practices) survey, including all dentists practicing in the city of Tlemcen going from February 2022 to May 2022. A self-questionnaire was used.

**Results/Discussion:**

Our study enrolled 141 dentists, constituting our sample size (n=141), reflecting a participation rate of 82.45%.

The female gender was the most predominant (64%), with a sex ratio of 0.56.

The most represented age group was under 40 years (78%).

Our present results have allowed us to highlight the failure of the control and management of the infectious risk, where the correct answers regarding the distribution of CVD, the correct description of the classes, the protocol of antibiotic prophylaxis were respectively found only in: 29,6%,20%,5%.

In trying to highlight the parameters that could influence the difficulties in managing the different risks (infectious, hemorrhagic, syncopal), namely: seniority, grade, and sector of practice, it was found that only the syncopal risk was influenced by seniority, the relationship was statistically significant, confirmed by the X2 test (p=0.002).

The vast majority (66%) of our participants expressed interest in training around CVD.

**Conclusion/Recommendations:**

Our study shows that there is a lack of knowledge about how to deal with CVD.

We must plan continuing education days and other scientific events.

**Key words:** CVD, dental office, conduct.

ملخص :

مقدمة / مشكلة:

السبب الرئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم، مع المزيد والمزيد من الدراسات التي لخصت إلى الارتباط ثنائي الاتجاه بين أمراض القلب والأوعية الدموية وصحة الفم ، فإن طبيب الأسنان هو جزء لا يتجزأ من الفريق الطبي. هل هناك معرفة ومواقف وممارسات لأطباء الأسنان في مدينة تلمسان من السلوك الواجب اتخاذه في مواجهة الأمراض القلبية الوعائية؟ للإجابة على هذا السؤال بدأ من المناسب إجراء هذه الدراسة.

هدف

وصف حالة المعرفة والمواقف والممارسات لأطباء الأسنان في مواجهة الأمراض القلبية الوعائية.

المواد / الطرق

كان هذا مسحا للمعرفة والمواقف والممارسات (المعرفة والمواقف والممارسات)، بما في ذلك جميع أطباء الأسنان. الممارسين في مدينة تلمسان، من فبراير 2022 إلى مايو 2022. تم استخدام استبيان ذاتي

النتائج / المناقشة

سمحت دراستنا بتسجيل 141 طبيب أسنان، يشكلون حجم عينتنا (ن = 141)، مما يعكس نسبة مشاركة تبلغ 82.45%. كان الجنس الأنثوي هو الأكثر انتشاراً (64%)، حيث بلغت نسبة الجنس 0.56، وكانت الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي الفئة (78%) العمرية الأقل من 40 عاماً

جعلت نتائجنا الحالية من الممكن تسليط الضوء على فشل السيطرة وإدارة المخاطر المعدية، حيث لم يتم العثور على الإجابات الصحيحة فيما يتعلق بتوزيع الأمراض القلبية الوعائية، والوصف الصحيح للفئات، وبروتوكول العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية على التوالي. من عند: 29.6%، 20%، 5%

من خلال محاولة تسليط الضوء على العوامل التي يمكن أن تؤثر على صعوبات إدارة المخاطر المختلفة (المعدية، والنزفية، والإغماء)، أي: الأقدمية، والدرجة، وقطاع العمل، وجد أن خطر الإغماء فقط هي التي تأثرت بالأقدمية، (ع = 0.002) X2 والعلاقة كان ذا دلالة إحصائية، وأكد هذا الاختبار.

عبرت الغالبية العظمى (66%) من المشاركين لدينا عن اهتمامهم بالتدريب على أساس الأمراض القلبية الوعائية

الخلاصة / التوصيات

تظهر دراستنا فشل السلوك الواجب اتخاذه في مواجهة الأمراض القلبية الوعائية، ويجب أن يسود بين أهدافنا توفير أيام من التعليم المستمر، وأحداث علمية أخرى

الكلمات الافتتاحية: أمراض القلب والأوعية، البروتوكول الصحي، عيادة الأسنان





## **Résumé :**

### **Introduction/Problématique :**

Première cause de mortalité mondiale, avec de plus en plus d'études concluant du lien bidirectionnel entre les maladies cardiovasculaires(MCV)et l'état bucco-dentaire, le médecin dentiste fait ainsi partie intégrante de l'équipe médicale. Alors qu'en est-il des connaissances, attitudes et pratiques des médecins dentistes de la ville de Tlemcen de la conduite à tenir face aux MCV ? C'est pour répondre à cette question, qu'il nous a paru opportun de mener cette étude.

### **Objectif :**

Décrire l'état de connaissances, attitudes, pratiques des médecins dentistes face aux MCV.

### **Matériels/Méthodes :**

Il s'est agi d'une enquête CAP (connaissances, attitudes, pratiques), incluant tous les médecins dentistes exerçant dans la ville de Tlemcen, allant du mois de février 2022 au mois de mai 2022. Un auto-questionnaire a été utilisé.

### **Résultats/Discussion :**

Notre étude a permis l'enrôlement de 141 médecins-dentistes, constituant la taille de notre échantillon (n=141), reflétant un taux de participation de 82,45 %.

Le sexe féminin était le plus prédominant (64%), avec un sex-ratio de 0.56. La tranche d'âge la plus représentée était celle inférieure à 40 ans (78%).

Nos présents résultats ont permis de mettre en évidence la défaillance de la maîtrise et la gestion du risque infectieux, où les réponses justes quant à la répartition des MCV, la description correcte des classes, le protocole de l'antibioprophylaxie n'ont été respectivement retrouvées qu'à : 29,6%,20%,5%.

En essayant de mettre en évidence les paramètres pouvant influencer les difficultés de gestion des différents risques (infectieux, hémorragique, syncopal), à savoir : l'ancienneté, le grade, et le secteur d'exercice, il a été constaté que seulement le risque syncopal était influencé par l'ancienneté, la relation était statistiquement significative, confirmée par le test du  $X^2$  ( $p=0.002$ ).

A la grande majorité (66 %), nos participants ont manifesté leur intérêt pour une formation s'articulant autour des MCV.

### **Conclusion/Recommandations :**

Il en ressort de notre étude la défaillance de la conduite à tenir face aux MCV. Prévoir des journées de formation continue, et d'autres manifestations scientifiques doit prévaloir parmi nos objectifs.

**Mots clés :** MCV, cabinet dentaire, conduit à tenir.

## **Abstract:**

### **Introduction/Problem:**

First cause of mortality worldwide, with more and more studies concluding the bidirectional link between cardiovascular diseases (CVD) and oral status, the dentist is thus an integral part of the medical team.

So what about the knowledge, attitudes and practices of dentists in the city of Tlemcen of the conduct to be held against CVD?

It is to answer this question, that it seemed appropriate to us to carry out this study.

### **Objective:**

To describe the state of knowledge, attitudes, practices of dentists facing CVD.

### **Materials/Methods:**

This was a CAP (knowledge, attitudes, practices) survey, including all dentists practicing in the city of Tlemcen going from February 2022 to May 2022. A self-questionnaire was used.

### **Results/Discussion:**

Our study enrolled 141 dentists, constituting our sample size (n=141), reflecting a participation rate of 82.45%.

The female gender was the most predominant (64%), with a sex ratio of 0.56.

The most represented age group was under 40 years (78%).

Our present results have allowed us to highlight the failure of the control and management of the infectious risk, where the correct answers regarding the distribution of CVD, the correct description of the classes, the protocol of antibiotic prophylaxis were respectively found only in: 29,6%,20%,5%.

In trying to highlight the parameters that could influence the difficulties in managing the different risks (infectious, hemorrhagic, syncopal), namely: seniority, grade, and sector of practice, it was found that only the syncopal risk was influenced by seniority, the relationship was statistically significant, confirmed by the  $X^2$  test ( $p=0.002$ ).

The vast majority (66%) of our participants expressed interest in training around CVD.

### **Conclusion/Recommendations:**

Our study shows that there is a lack of knowledge about how to deal with CVD.

We must plan continuing education days and other scientific events.

**Key words:** CVD, dental office, conduct