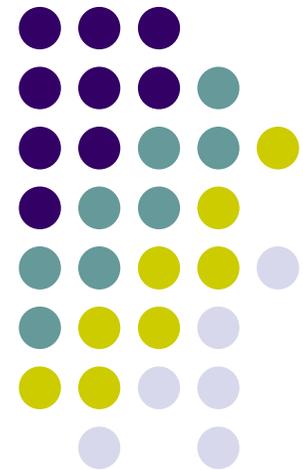


EXAMEN DE LA BOUCHE

ATELIER
INTEGRE
EXTERNAT



LE MATERIEL



- Source de lumière frontale
- Une source de lumière autre
- Des miroirs buccaux
- Des abaisses langues
- Des compresses
- Des gants +/-
- « Des lunettes grossissantes »



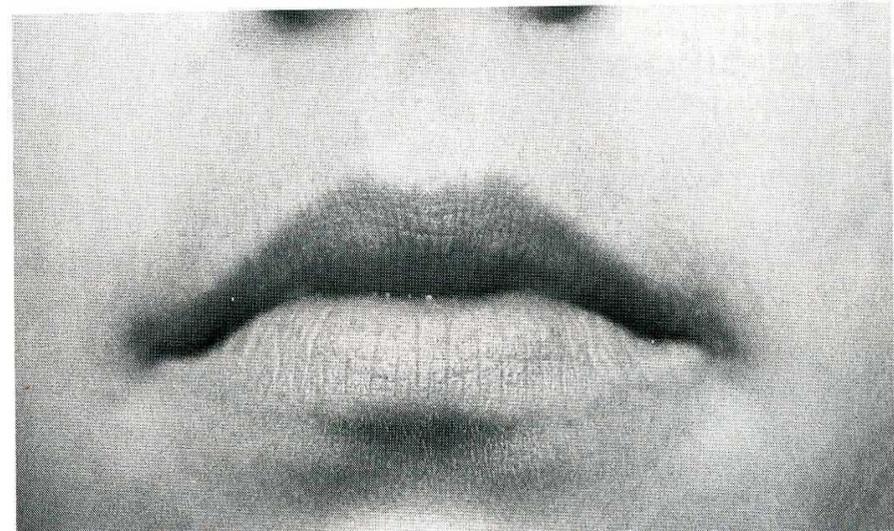
Les points à suivre

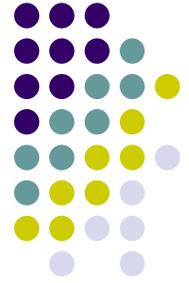
- Les lèvres et aspect du visage, mimique, aspect des téguments.
- Odeur, ou Halitose
- Mobilité du maxillaire, articulation temporo maxillaire, aires ganglionnaires.
- Inspection, palpation des face internes des lèvres, des joues, de la langue, du plancher, des muscles, des gencives et dents (couleur, consistance)
- Les dents et gencives
- Les aires ganglionnaires

LA MOBILITE DU MANDIBULE



- **Faire ouvrir la bouche, le médecin bien en face, lèvres bien ouvertes, mouvements lents**
- **Noter amplitude du mouvement . 45 mm, trois doigts**
- **Déplacement par rapport à l'alignement (utiliser la ligne médiane entre les incisives médianes supérieurs et inférieures): rectiligne, latéro dévié, sinusoidale, différent entre ouverture et fermeture; fixe (évite le même point fixe – obstacle sur le trajet: ressaut.**





Quelques notions

- Les deux Articulations travaillent de façon couplée
- Les Mouvements de la mâchoire sont
 - Rotation : le maxillaire inférieur peut tourner sous le maxillaire supérieur
 - Propulsion avant arrière
 - Diduction mouvement latéral
- Occlusions
 - Myocentrée (dent sup au dessus des dents inférieurs et de convenance (position de repos avec prognatisme ou retro gnatisme)

Palpation de l'articulation temporo maxillaire



- Index devant le tragus de chaque oreille
- Appuyer pendant que le patient ouvre et ferme la bouche
- Craquements, décalage, douleur dans l'oreille
- Auriculaire dans le conduit auditif.

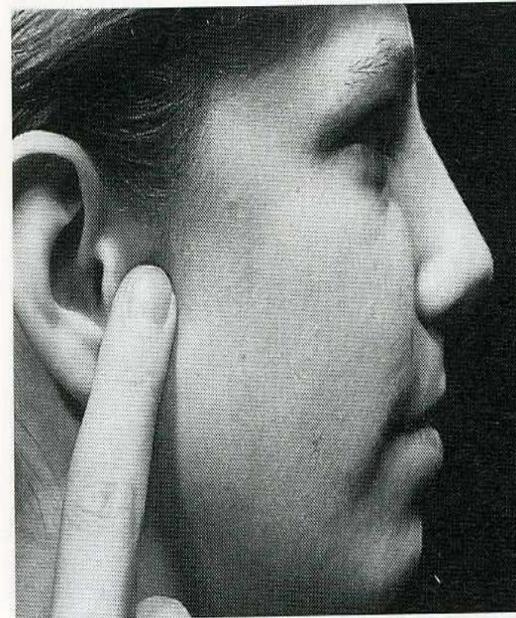


Fig. 4-93

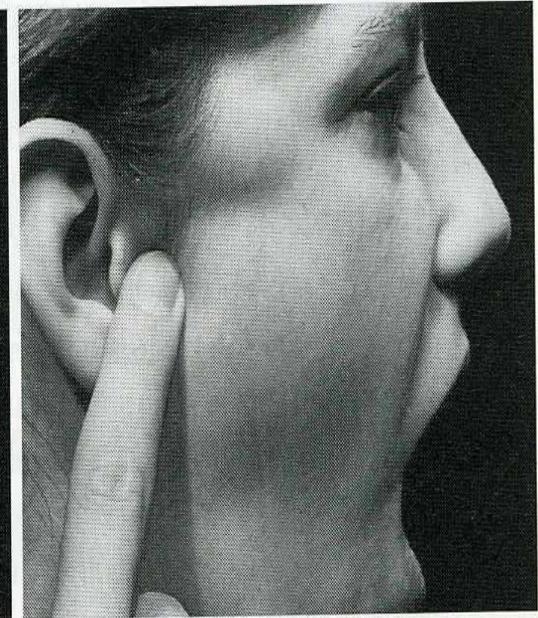


Fig. 4-94

Mobilité du mandibule



- Faire ouvrir la bouche, le médecin bien en face, lèvres bien ouvertes, mouvements lents
 - Noter amplitude du mouvement . 45 mm, deux doigts
 - Déplacement par rapport à l'alignement (utiliser la ligne médiane entre les incisives médianes supérieurs et inférieures): rectiligne, latéro dévié, sinusoïdale, différent entre ouverture et fermeture; fixe (évite le même point fixe – obstacle sur le trajet
- Palpation de l'articulation temporo maxillaire
 - Index devant le tragus de chaque oreille
 - Appuyer pendant que le patient ouvre et ferme la bouche
 - Les signes anormaux ! Craquements, décalage, douleur dans l'oreille (pouvant tromper avec une otalgie)

Pathologies de l'articulation temporo maxillaire



- Le Syndrome algo dystrophique
- Prédilection d'une femme jeune
- Facteurs déclenchants: troubles occlusion dentaire,traumatismes directs ou indirects (minerve), arthropathies, para-fonctions (bruxomanie (grincement de dents)
- 4 grades :
 - 0 = articulation normale
 - 1 ou 2 = claquement et ressaut: luxation réductible
 - 3 ou 4 = pas de claquement, limitation ouverture et latéro-déviatiion

Syndrome algo dystrophique articulation temporo maxillaire



- Douleur, intense au réveil et disparaissant ou progressivement croissante dans la journée, minorée par le repos.
- Localisation à l'articulation ou aux deux
- Localisation aux muscles masseters, temporaux ou ptérygiens qu'il est important de palper (avec des gants)
 - Malposition dentaire
 - Extractions dentaires non compensées (trous dans l'articulé dentaire)
 - Prothèses imparfaites
- Posture en position verticale (raccourcissement d'un membre inférieur)

Prise en charge thérapeutique

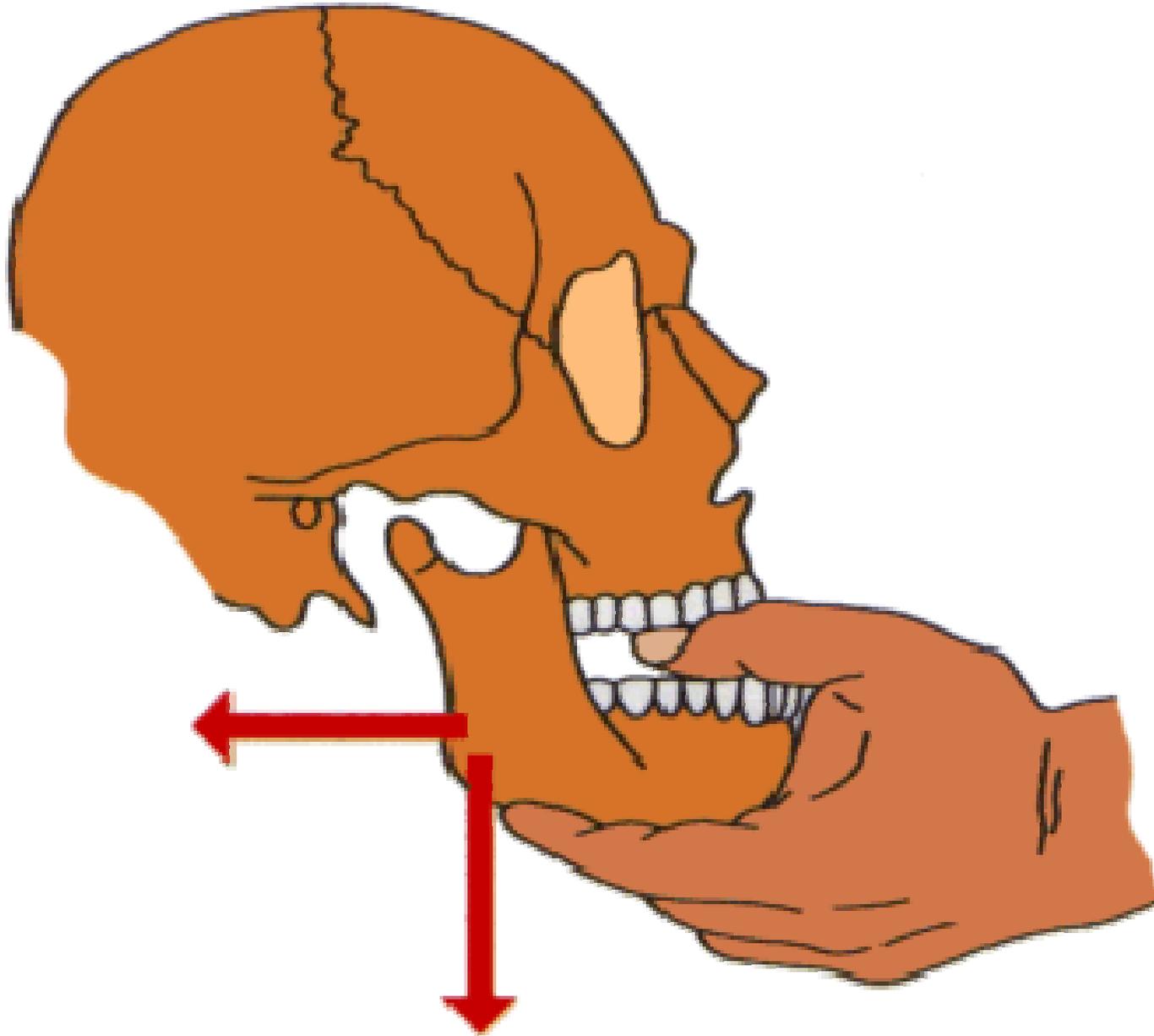


- Rassurer
- Antalgiques
- Décontracturants musculaires
- Envoi chez le somatologue/dentiste
 - Gouttière de libération occlusal
 - Traitement occlusal : meulages sélectifs, prothèse, orthodontie....
 - Parfois de la chirurgie

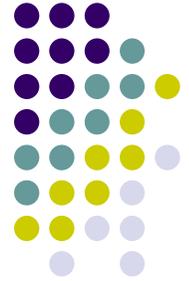
Luxation temporo- mandibulaires



- Le patient ne peut plus fermer la bouche.
- Imagerie suivant le contexte
 - Choc traumatique
 - Bâillement
- Manœuvre de Nelaton
- Attention à ne pas se faire coincer les pouces (les recouvrir de compresses)
- Si impossible une prémédication type hypnovel nécessite l'accès à un service hospitalier



TRISMUS

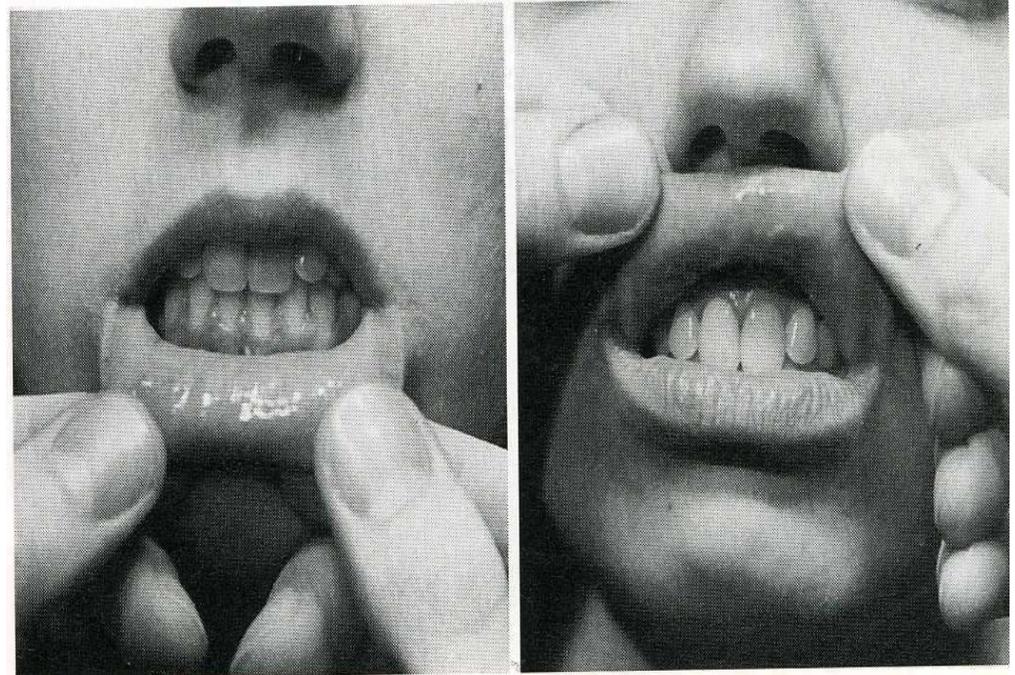


- LOCALES
 - Infectieuses les plus fréquentes
 - Dent de sagesse ++
 - Stomatite, arthrite, phlegmon amygdale
 - Traumatiques
 - Fractures
 - Syndrome algo dystrophique de la mâchoire
 - Tumorales : absence d'amélioration après traitement
- GENERALES (comme tétanos)

EXAMEN DES LEVRES ET GENCIVES



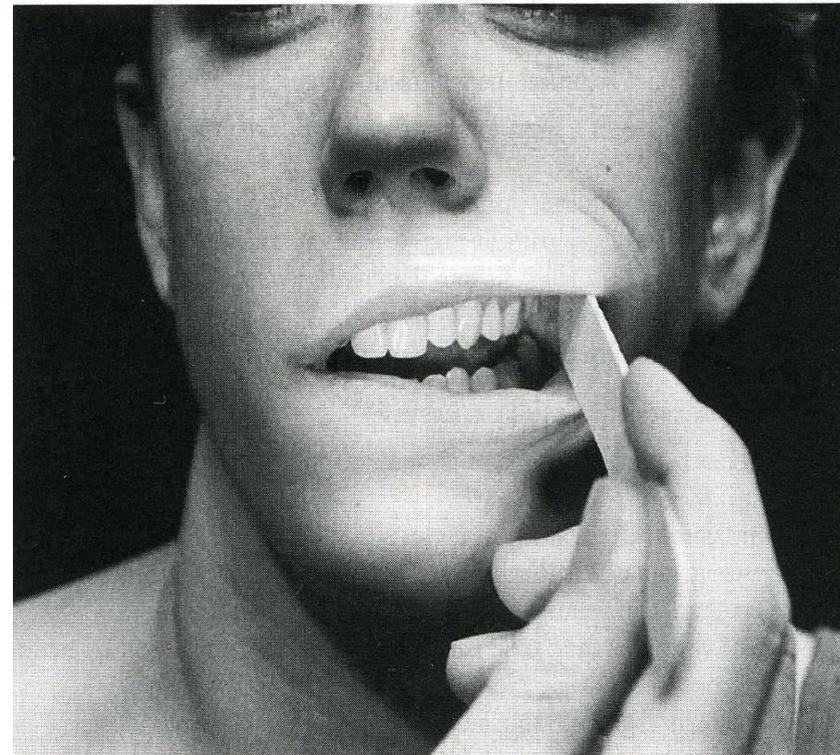
- Faire enlever le dentier
- Couleur et état du revêtement
 - Lèvres, commissures, palper
- Face interne lèvre inférieure en abaissant la lèvre avec les deux mains : couleur, texture, humidité
- Gencive inférieure – normalement rose, il peut y avoir saignement, hypertrophie
- De même examiner la face interne de la lèvre supérieure et gencive supérieure

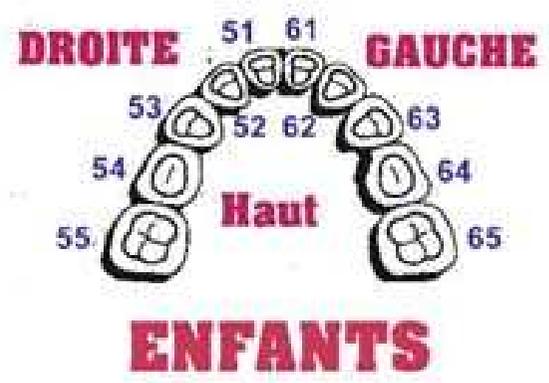
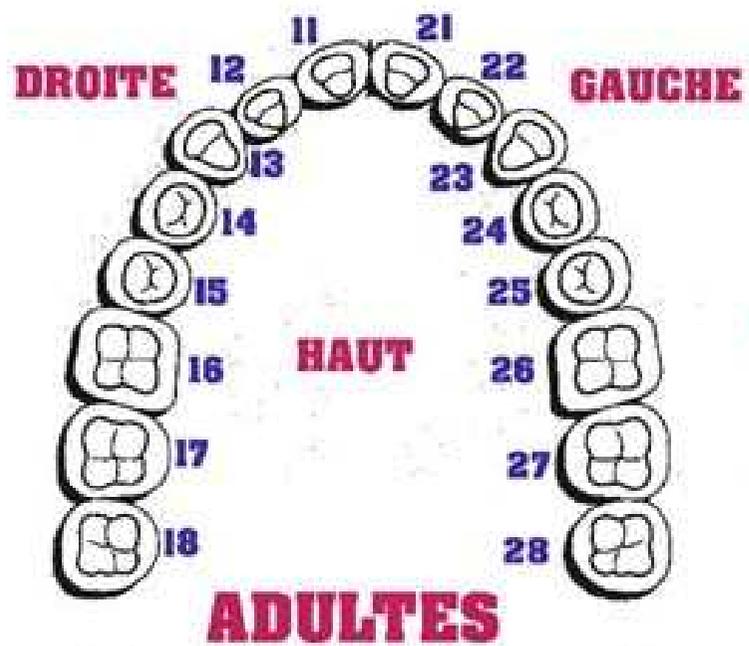
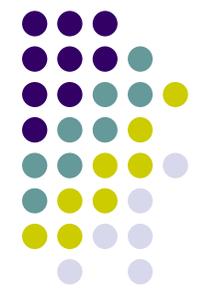


Les dents et le tissu gingival latéral



- **Bouche partiellement ouverte**
- **Écarter la lèvre et la joue avec abaisse langue**
 - Examen des dents de chaque arc dentaire : coloration, érosion, dents cariées
 - Utilisation d'un miroir (ou film salivaire, « trempé avant dans la chaleur ou alcool »)
 - Rechercher un région blanche ou rougie
 - Palpation.
- **Ne dispense pas d'un examen dentaire**

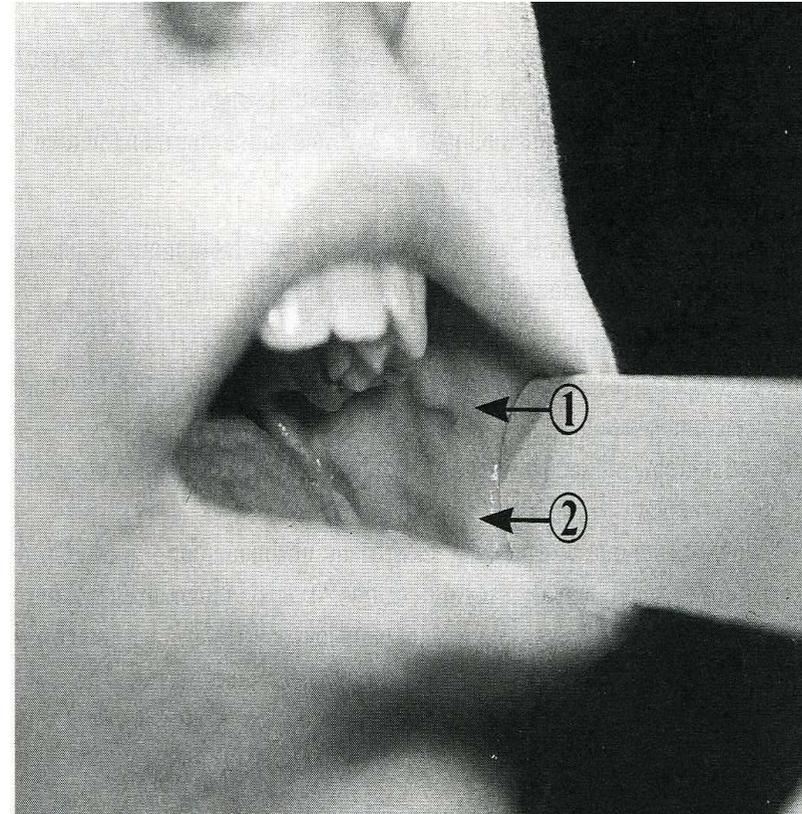


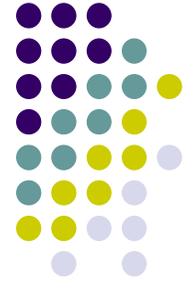
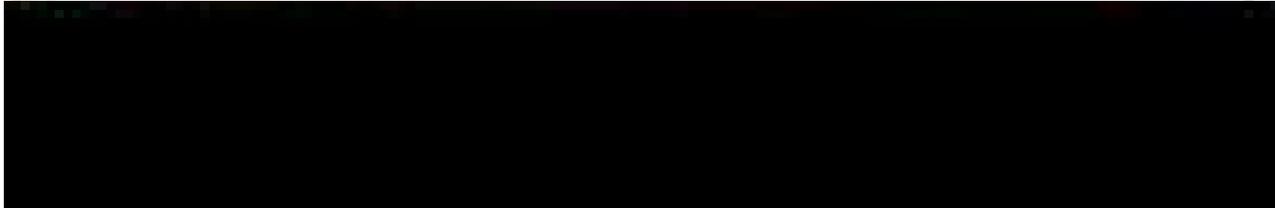
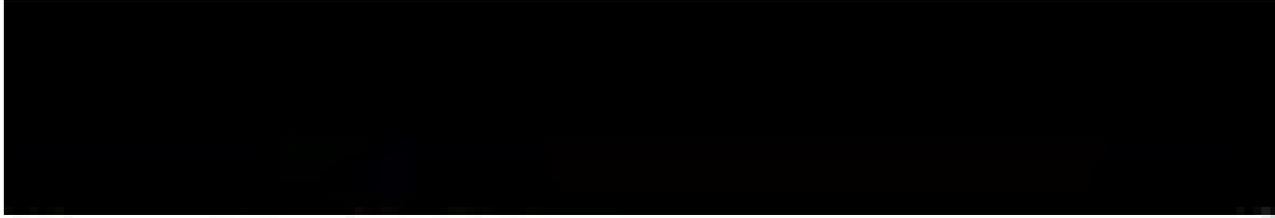


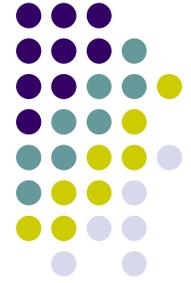
Examen de la muqueuse buccale



- Avec abaisse langue
- Couleur et texture
 - Patients à peau sombre ont des taches pigmentées
 - Existe de fines glandes sébacées sous la surface muqueuse
- Rechercher orifice canal parotide
- Ligne de morsure : ligne blanche épaissie
- Diapneusis s'il manque une dent ou morsure, aspiration de la muqueuse dans le « trou » en regard

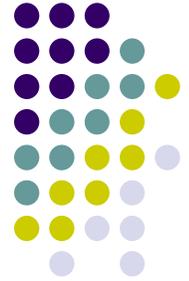






ABCES DENTAIRE

à partir d'une carie



- de loin le plus fréquent
- plus rare: traumatisme, accidents d'éruption, causes parodontales
- absence ou mauvaise hygiène bucco-dentaire: facteur de risque d'infection dentaire

Gingivite



clinique



- douleur dentaire sévère, bien localisée
- devient lancinante, culmine lorsque le pus se forme dans la région apicale
- puis constitution de l'abcès aigu localisé

évacuation du pus

- par le canal pulpaire
- par le ligament parodontal (*la dent est mobile*)
- entraîne la sédation de la douleur

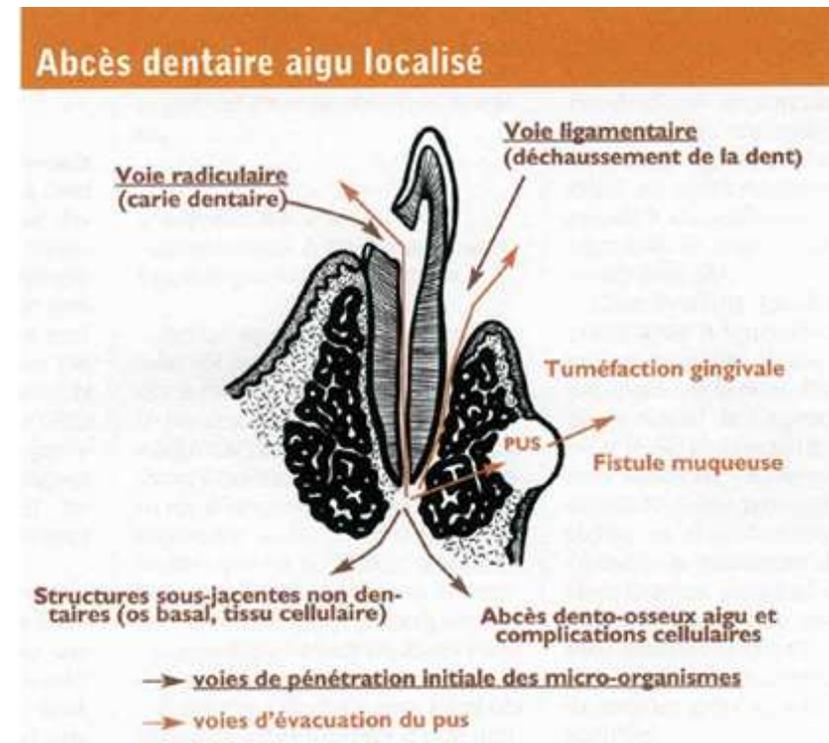


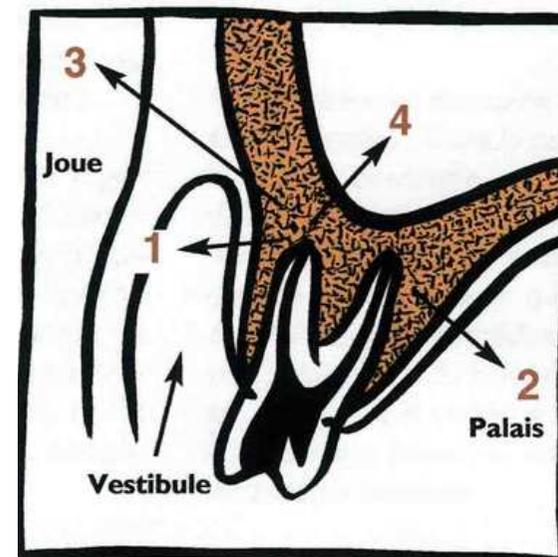


Figure 1. Epulis fissuratum

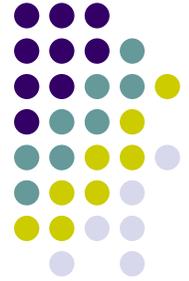
risque d'extension

- complications locales ou de voisinage (*tissu cellulaire, os*)
- abcès dento-osseux

Voies d'extension possibles
d'un abcès d'origine dentaire
(molaire maxillaire)



1. vers la gencive en traversant l'os alvéolaire
2. vers le palais
3. vers la joue et le tissu cellulaire
4. vers le sinus maxillaire



PATHOLOGIE DES GLANDES SALIVAIRES



La problématique

pour le médecin généraliste, la problématique est de différencier la parotidite infectieuse, de la lithiase et de la tumeur afin de savoir quelle prise en charge il va mettre en place



Les éléments de l'entretien

- Antécédents de parotidite virale, radiothérapie, traumatisme, sécheresse de bouche et médicaments
- Douleur, tuméfaction, inflammation
- Récent, brusque ou progressif, uni ou bilatéral
- Évolution lors des repas



Les éléments de l'examen

- Tuméfaction, état de la peau, mimique faciale
- Palpation exobuccale et endo buccale avec aspect de la salive, et aussi des aires ganglionnaires.



PAROTIDITES



- Virales : ourliennes ou autre (coxsackie, myxovirus influenzae, écho virus)
 - Salive claire avec rougeur orifice canal
 - Adénopathies sous maxillaires
- Bactériennes : contexte clinique particulier: hyposialie, diabète, actuellement VIH
 - Douleur, trismus
 - Orifice glande ; pus
 - Sensible aux antibiotiques, exceptionnellement drainé (nerf facial et fistule)
- Chroniques bactériennes pour mémoire
 - Rechercher une lithiase



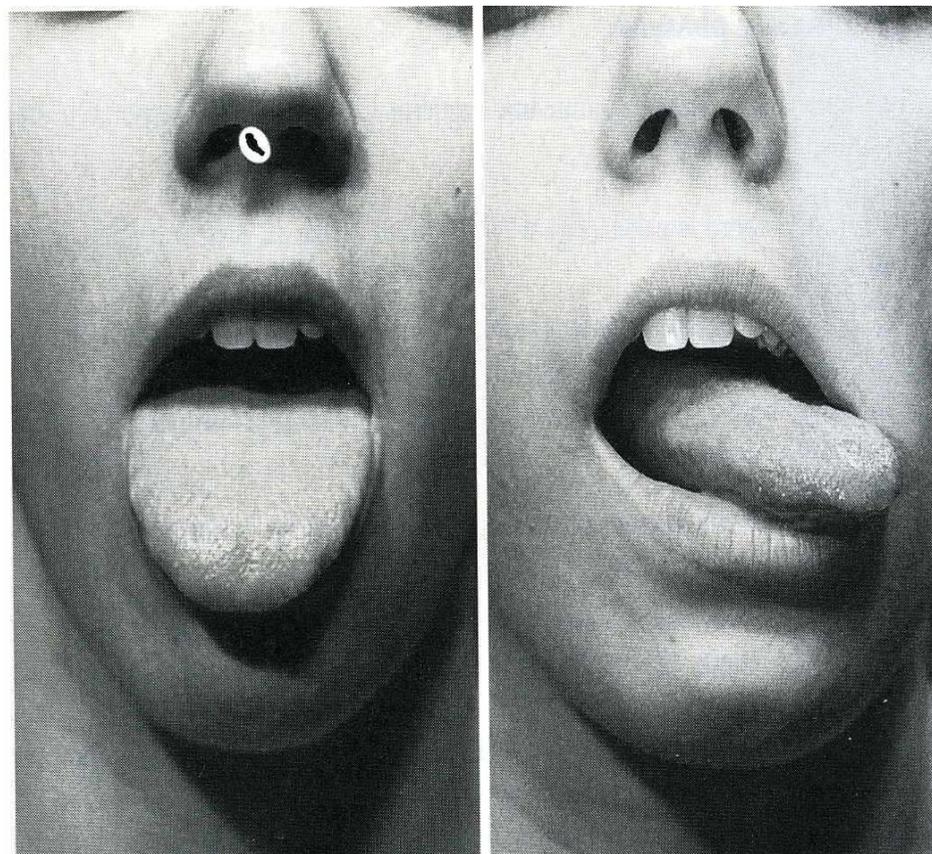
Inspection- examen de la langue

- Couleur et surface normalement veloutée
 - Lisse- papilles du goût filiformes
 - Taches rouges – surtout côté et pointe = papilles fongiformes
 - Papilles circumvallées en V inversé
 - Tremblement, ulcérations, déviation
- Côté et arrière de la langue (fréquence des cancers)
 - Face inférieure est lisse, veines dilatées normales
 - Rechercher taches blanches ou rouges
 - Candidose – exsudat

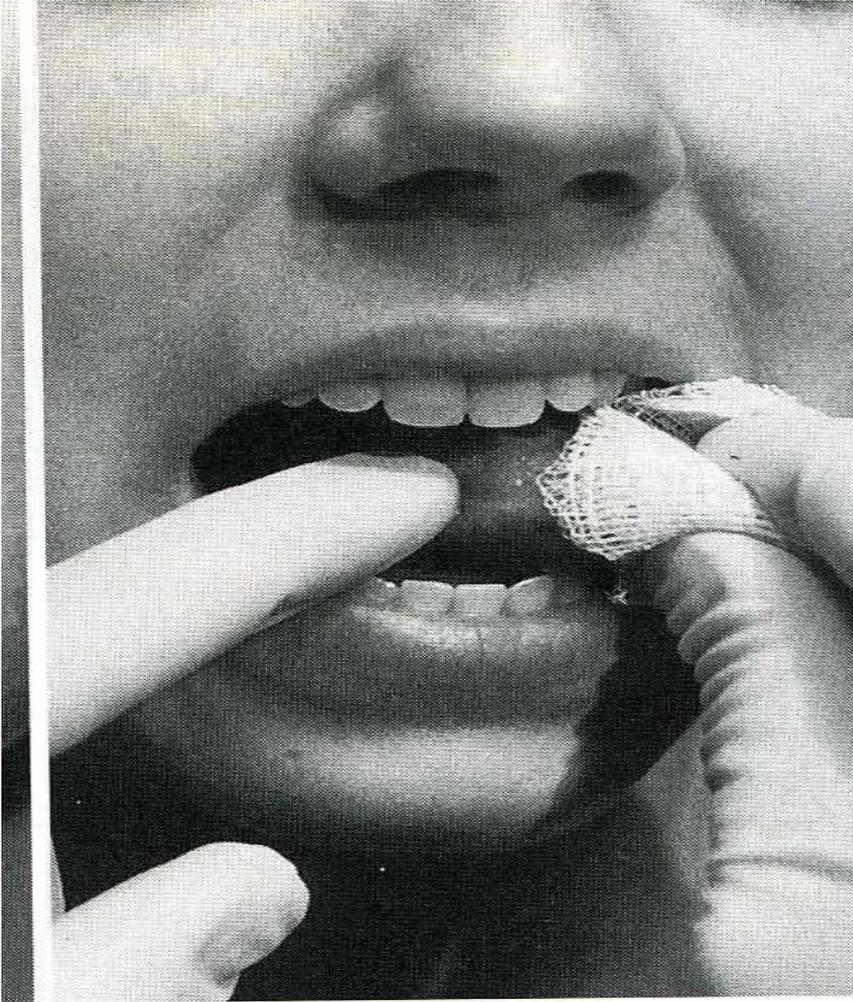
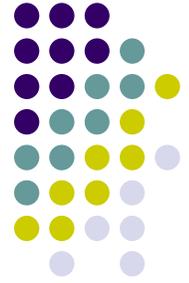


Palpation de la langue

- **Rechercher une induration sur la base de la langue**
- **Associée à une modification de couleur, rechercher les adénopathies satellites dans les ganglions du cou, premier relais.**



Chez le patient à risque , examen de la base de la langue



- Le cancer de la langue est souvent indolore
- Les facteurs de risque sont alcool, tabac et âge
- La palpation se fait avec des gants, une compresse pour tenir la langue et la mettre sur le côté, l'index de l'autre main, palpe soigneusement le bord jusqu'à la base



LES APHTES
ou
ULCERATION BUCCALE parfois
inquiétante

Problématiques en médecine générale



- Étiologies sont multiples
- Du banal au grave
- Les traitements de l'aphtose banale la plus fréquente sont décevants ou alors avec une balance bénéfices/risques défavorable.



Démarche clinique

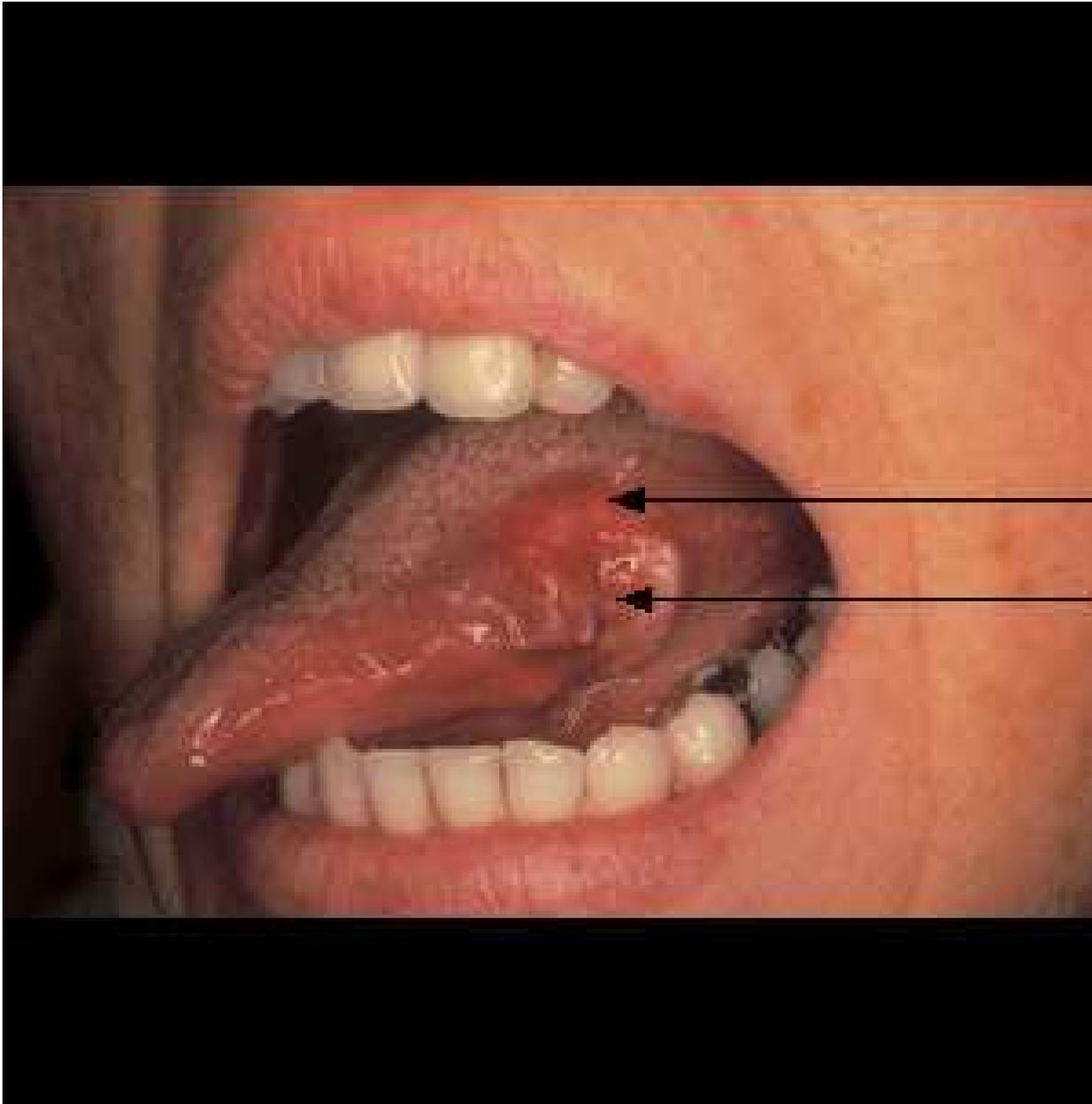


- Varie selon les points suivants
 - unique ou multiple
 - Contexte maladie générale ou prise d'aliments, médicaments, état d'anxiété
 - Critères cliniques de l'ulcération
 - Aide d'examens para cliniques : hémogramme, sérologie HIV , voire biopsie dans les formes ulcérées.

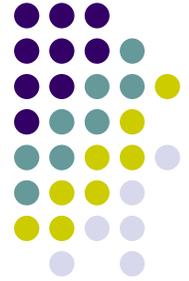
STRATEGIE



- Contexte maladie générale:
Behcet, Crohn, RCH, neutropénies et agranulocytose (iatrogéniques, hémopathies, HIV), anémies par déficit en B&é ou folates => hémogramme
- Ulcération unique :
 - Soit : Ulcération ronde, ovalaire, très douloureuse, bord régulier, fond jaune, halo rouge autour, base souple, sans adénopathie = aphte
 - Soit :
 - Ulcération traumatique
 - Carcinome épidermoïde ou tumeur ulcérée,
 - Syphilis, tuberculose, lymphoréticulose bénigne d'inoculation

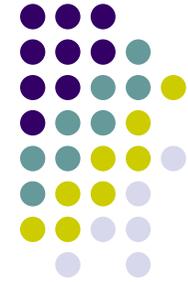


STRATEGIE



- **Ulcération multiples**
 - Soit caractéristiques aphtes ou patient connu
 - Soit
 - Post vésiculeuses : herpès, syndrome main pied bouche, herpangine
 - Post bulleuses (erythème polymorphe, syndrome stevens johnson, Lyell, pemphigus vulgaire...
 - Spécifiques: tuberculose, crohn
 - Non spécifiques : impétigo, gingivite ulcéro nécrotique,

Prise en charge thérapeutique

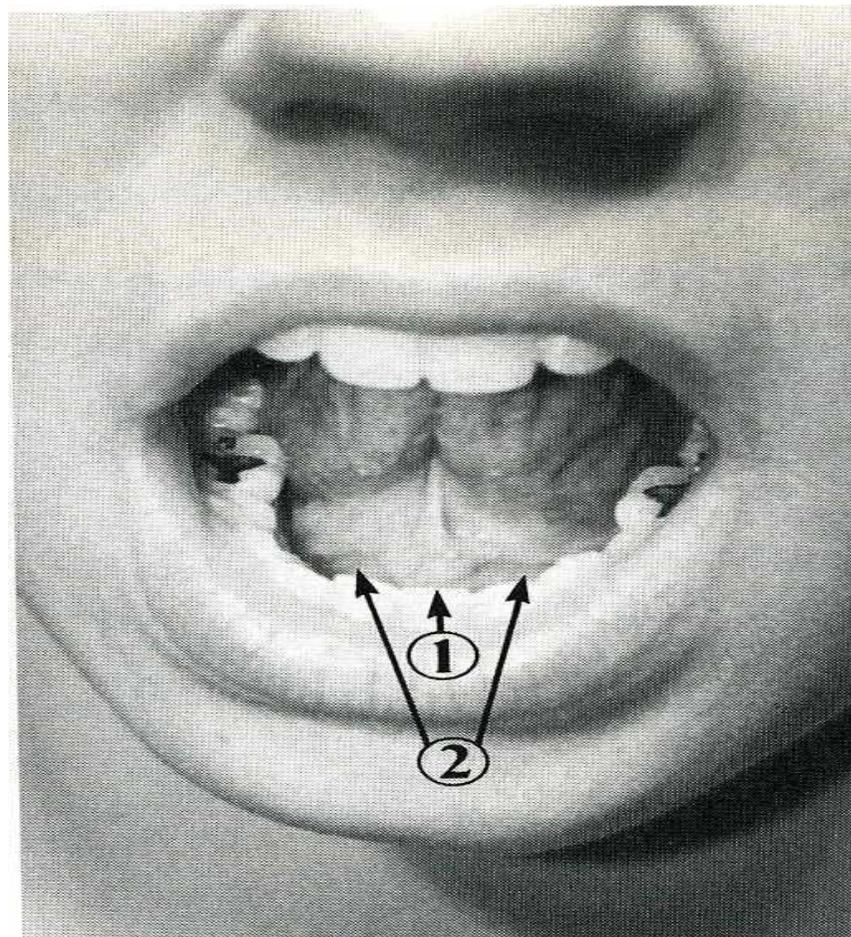


- Selon les éléments de connaissance décrits avec les examens complémentaires
- Suspecte parfois
 - un aliment(noix, gruyère, figes, chocolat, fraises),
 - Une morsure
 - Le stress, fatigue
 - Médicament responsable (nicorandil, acide niflumique, phenindione,piroxicam,phénobarbital, captopril)

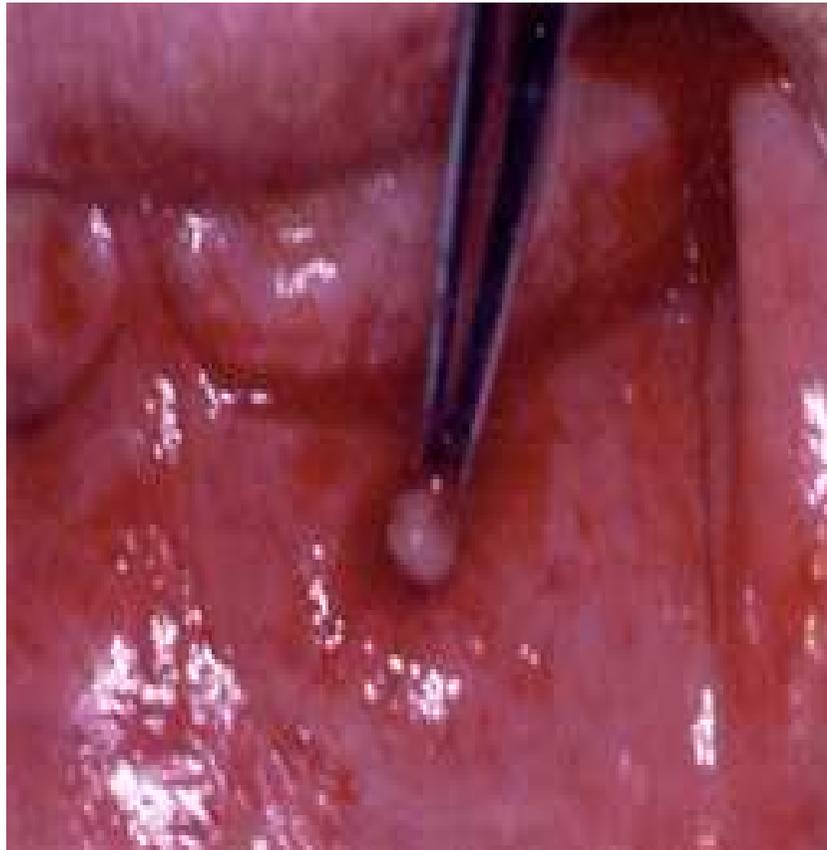
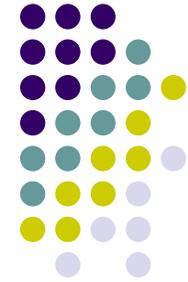


Inspection- examen de la langue

- Trouver et explorer le Plancher de la bouche (haut risque cancer)
 - Le Canal de Wharton de part et d'autre du frein
 - La Glande sub linguale, repli sous forme de crête en V
- L'Odeur de l'haleine - Halitose



La lithiase sous maxillaire



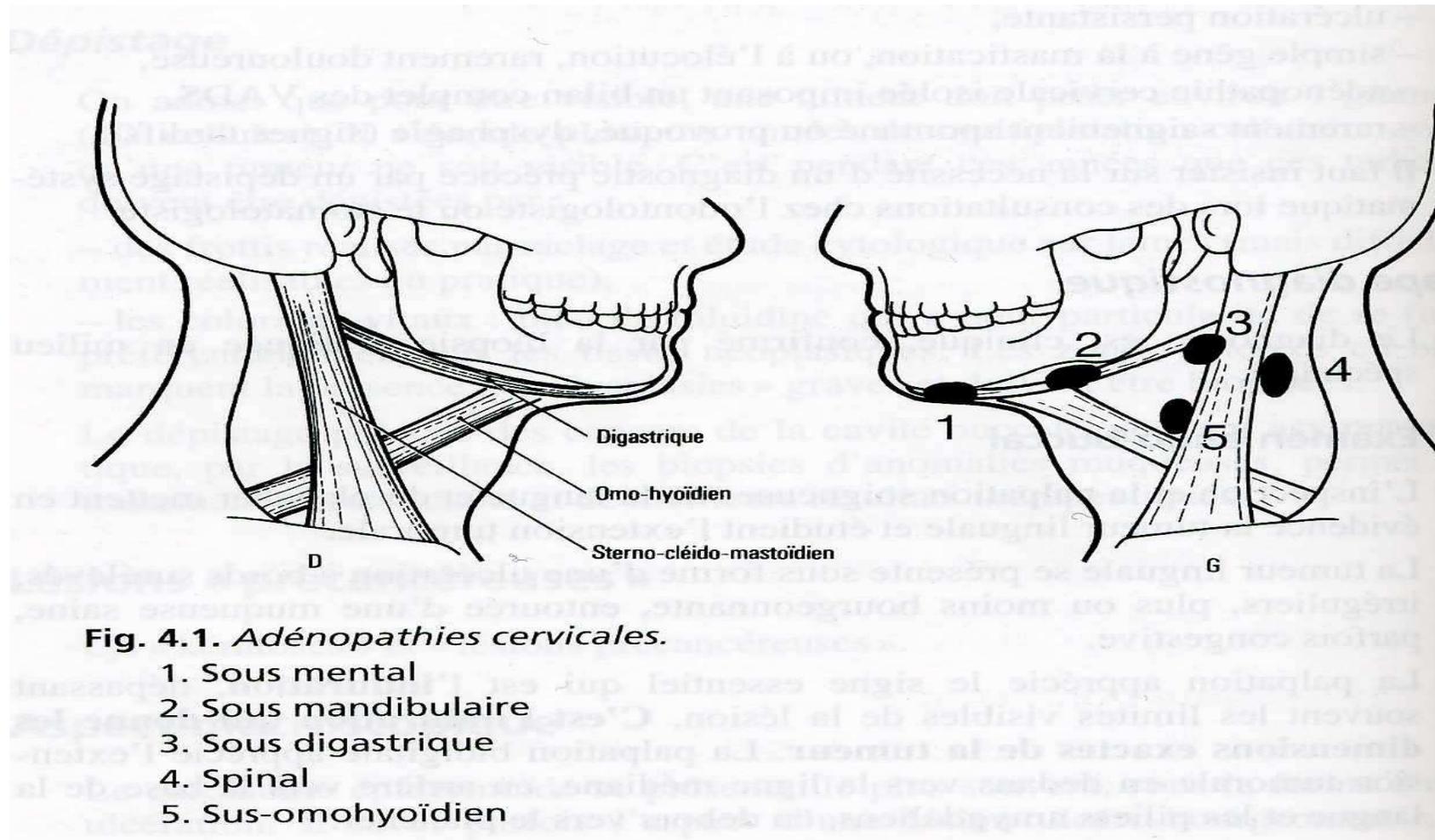
- Identique à la parotide pour les signes cliniques, gonflement lors des repas
- La palpation de la glande et du canal est aisée, bi-manuelle, un doigt sur le plancher, un doigt sous le plancher

Quelques notions pour aider à l'exploration clinique de l'halitose



- Désagrément voir gêne sociale
- Vérifier l'origine buccale (la plus fréquente) d'une origine nasale (sinus) ou autre (pulmonaire , digestive)
 - Faire respirer bouche fermée puis bouche ouverte, l'odeur buccale n'est présente qu'à l'expulsion buccale, pas nasale
- Dans l'origine digestive, les bactéries responsables sont sur la langue (H₂S et basse cour), entre les dents : brossage de langue avec brosse adaptée, brossettes inter dentaires.

Les aires ganglionnaires



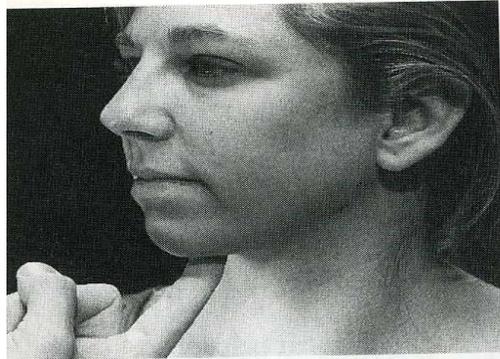


Fig. 4-111

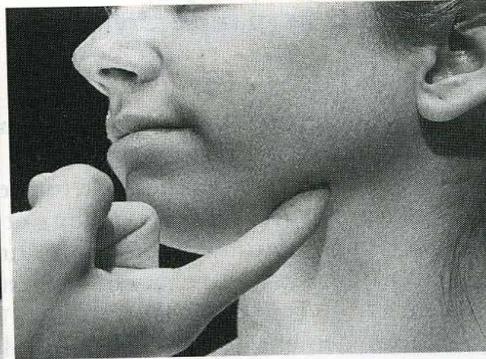


Fig. 4-112

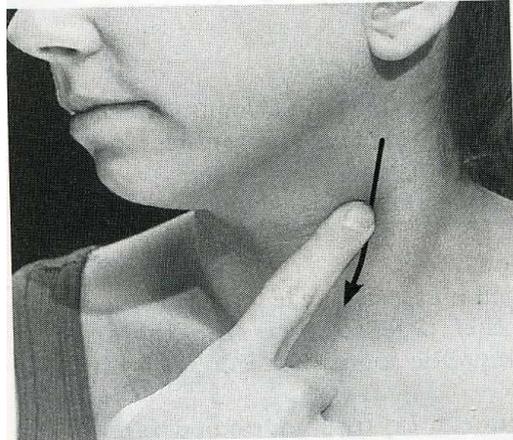


Fig. 4-113

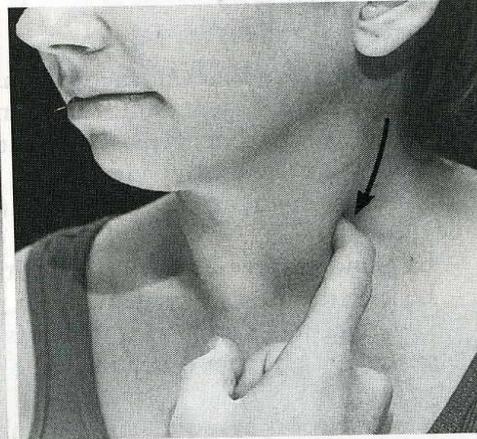


Fig. 4-114

