

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE I : GENERALITES

I - DEFINITIONS.....	2
II – L’ENFANT HANDICAPE	4
III – CLASSIFICATION DES DIFFERENTS HANDICAPS	4
III.1 – Handicap mental.....	5
III.1.1 – Classification selon les possibilités d’éducation	5
III.1.1.1 – Arriération profonde ou idiotisme :	5
III.1.1.2 – Débilité profonde ou imbécillité	6
III.1.1.3 – Débilité moyenne	6
III.1.1.4 – Débilité légère	6
III.1.2 – Classification étiologique	6
III.1.2.1 – Atteintes prénatales	6
III.1.2.2 – Atteintes néonatales.....	7
III.1.2.3 – Atteinte postnatale.....	8
III.2 – Handicaps physiques	8
III.2.1 – Les infirmes moteurs cérébraux	8
III.2.2 – Les encéphalopathies.....	9
III.2.2.1 – Les encéphalopathies métaboliques	9
III.2.2.2 – Les encéphalopathies épileptiques	10
III.3 – Les troubles sensoriels	11
III.3.1 – La surdité.....	11
III.3.2 – La mutité	12
III.3.3 – Cécité et malvoyance	12

CHAPITRE II : HANDICAPS A PATHOLOGIE DENTAIRE SPECIFIQUE

1 – TRISOMIE 21	13
1.1 – Tableau clinique	13
1.2 – Caractéristiques anatomo-physiologiques bucco-faciales.....	15
1.3 – Pathologies bucco-dentaires.....	16

2 – L’INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE (IMC) ou IMOC (INFIRMITE MOTRICE D’ORIGINE CEREBALE).....	17
2.1 – Etiologie	17
2.2 – Pathologies bucco-dentaires associées	18
3 – LES ENCEPHALOPATHIES EPILEPTIQUES	19
3.1 – Pathologies bucco-dentaires	19
4 – PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES	21
4.1 – Psychoses construites chez l’enfant	21
4.1.1 – Tableau clinique	21
4.1.2 – Pathologies bucco-dentaires	21
4.2 – Troubles du caractère et du comportement	21
4.2.1 – Tableau clinique	21
4.2.2 – Pathologies bucco-dentaires	22
5 – LA PYOPATHIE.....	22
5.1 – Tableau clinique	22
5.2 – Pathologies bucco-dentaires	22

CHAPITRE III – PRISE EN CHARGE DE L’ENFANT HANDICAPE

1 – APPROCHE THERAPEUTIQUE	24
1.1 – Problèmes de soins chez l’enfant handicapé	24
2 – APPROCHE PSYCHOLOGIQUE.....	26
2.1 – L’arrivée à la salle d’attente	27
2.2 – Première rencontre avec le praticien	27
2.3 – Rencontre suivante avec la praticien	28
3 – THERAPEUTIQUE PROPREMENT DITE.....	29
3.1 – Soins à l’état vigile	29
3.1.1 – Soins à l’état vigile sans sédatifs.....	30
3.1.2 – Soins à l’état vigile avec sédatifs	31
3.2 – Soins sous anesthésie générale.....	31
3.2.1 – Indications	31
3.2.2 – Matériel et méthode.....	32

CHAPITRE IV – ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE

1 – PRESENTATION DES CENTRES	33
1.1 – Fondation prince Moulay Abdellah pour la protection des enfants handicapés ..	33
1.1.1 – Identité.....	33
1.1.2 – Buts.....	33
1.1.3 – Organisation	34
1.1.4 – Conditions d’admission.....	35
1.1.5 – Activités	35
1.1.5.1 – Processus éducatif	35
1.2 – Centre Al AFAK	37
1.2.1 – Définition	37
1.2.2 - Objectifs.....	38
1.2.3 – Activités de la structures d’accueil.....	38
1.2.4 – Processus éducatif	39
1.2.4.1 – 1 ^{er} niveau (groupe autonomie).....	39
1.2.4.2 – 2 ^{ème} niveau (groupe pré-scolaire)	39
1.2.4.3 – 3 ^{ème} niveau (groupe scolaire).....	39
1.2.4.4 – 4 ^{ème} niveau (groupe adolescents).....	39
2 – REALISATION DE L’ENQUETE	40
2.1 – Objectif de l’étude.....	40
2.2 – Type d’étude.....	40
2.3 – Matériel et méthodes	40
2.4 – Présentation des résultats	41
3 – RESULTATS DE L’ENQUETE	42
3.1 – Présentation de l’échantillon	42
3.1.1 – Répartition de l’échantillon par sexe.....	42
3.1.2 – Selon la tranche d’âge du groupe	42
3.2 – Répartition de l’échantillon selon le type de handicap	43
3.3 – Répartition de l’échantillon par niveau socio-économique.....	43
3.4 – Répartition de l’échantillon selon l’existence de handicap mental dans la famille	44
3.5 – Répartition de l’échantillon en fonction des troubles associés	45
3.6 – Répartition des sujets en fonction de l’état carieux.....	45
3.7 – Indice CAO	45
3.7.1 – Indice CAO mixte du groupe	45

3.7.2 – Indice CAO mixe en fonction de la tranche d’âge	46
3.7.3 – Indice CAO selon le handicap.....	47
3.7.4 – Indice CAO selon le niveau socio-économique	47
3.8 – Etat parodontal	48
3.9 – Hygiène buccale	49
3.9.1 – Selon le groupe d’âge	49
3.9.2 – En fonction du type de handicap	49
3.10 – Les anomalies dentaires selon le handicap.....	50

DISCUSSION

RECOMMANDATION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

INTRODUCTION

Selon l’OMS, les pathologies carieuses et parodontales constituent un problème majeur de santé publique dans le monde en ce début du vingt et unième siècle

Elles peuvent avoir des conséquences dramatiques lorsqu’elles interviennent chez un sujet présentant certaines pathologies générales ou un handicap majeur. Chez ce dernier, une bonne santé bucco-dentaire contribue largement à l’amélioration de la qualité de la vie. Par contre, l’absence de soins et de suivi dentaires peut avoir des conséquences locales, générales et comportementales néfastes pour tout individu et particulièrement un handicapé.

Etant donné l’existence de pathologies et/ou d’anomalies bucco-dentaires spécifiques à certaines variétés d’handicaps, nous avons entrepris cette étude dont l’objectif général est de contribuer à une meilleure connaissance de l’état de santé bucco-dentaire du handicapé marocain. Il s’agit d’une enquête épidémiologique qui a :

- pour cadre deux centres de rééducation psycho-pédagogique, la Fondation Prince Moulay Abdallah et AL AFAK ;
- pour objectif spécifiques :
 - o l’évaluation de l’état bucco-dentaire du handicapé marocains ;
 - o l’évaluation de ses besoins en soins et traitements dentaires

Elle comporte les chapitres ci-dessous :

- généralités sur le handicap
- handicap à pathologies dentaires spécifiques
- prise en charge des enfants handicapés
- enquête épidémiologique

Recommandations

CHAPITRE I :

GENERALITES

I - DEFINITIONS

L'étymologie du mot handicap est « hand in cap » issu de la langue anglaise et qui signifie la « main dans le chapeau ».

Ce terme apparaît au 18ème siècle, dans le monde hippique britannique, où les commissaires de course veillaient à égaliser les chances de tous les concurrents au départ de la compétition en contraignant certains à porter une charge plus lourde nommée le « handicap ». Par la suite, la notion d'égalité devrait dominer, mais c'est celle de désavantage qui l'emporté.

Il est difficile de dater la période d'apparition du mot « handicap » signifiant une limitation des capacités humaines, physiques ou mentales. Le terme « handicap physique » a fait son apparition dans le dictionnaire ROBERT en 1940 (Dictionnaire des anglicismes, p.376-377, dictionnaire le Robert, 1984).

La définition de LAFON pour qui sont des « handicapés » : tous les sujets ayant besoin de mesures éducatives, sociales, médico-psychologiques et médicales différentes de celles que l'organisation actuelle de la nation prévoit pour le plus grand nombre de ses habitants.

HAUGER selon qui c'est : « l'enfant ou l'adolescent que l'insuffisance de ses aptitudes, ou les troubles de son caractère et de son comportement, et quelques fois l'association des deux causes d'origine héréditaire ou acquise, mettent en difficulté prolongée les exigences conformes à son âge et à son milieu ».

+ La classification internationale des handicaps (C.I.H.) proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) décrit le handicap à travers :

- l'atteinte du corps à laquelle correspond la déficience,
- l'altération des gestes et actes élémentaires de la vie ordinaire : l'incapacité,

- la limitation du libre exercice des rôles sociaux auxquels est associé le désavantage social.

La C.I.H. comporte les trois composantes suivantes :

Déficiência ➡ incapacité ➡ désavantage

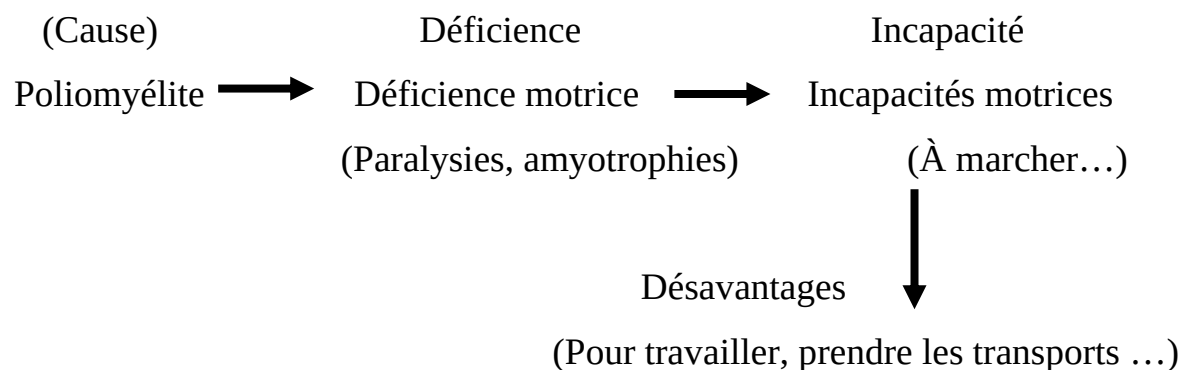
Elles sont ainsi définies (34) :

- **Déficiência** : la déficiência correspond à toute perte ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique, ou anatomique.
- **Incapacité** : l'incapacité correspond à une réduction (résultant d'une déficiência) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme normales par un être humain.
- **Désavantage** : le désavantage résulte d'une déficiência ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).

Cette classification, selon le handicap (déficiência, incapacité, désavantage) est un modèle linéaire.

On propose d'introduire une 4^e notion : l'environnement. Si le handicap est relié à la société, à l'environnement, les aides doivent intervenir sur ce domaine (accessibilité...) et non sur les personnes. Cette différence d'approche pose un problème de société.

Exemple :



III.1 - Handicap mental

La classification des différentes formes de déficit mental se fait :

- soit selon les possibilités d'éducabilité
- soit selon l'étiologie.

III.1.1 - Classification selon les possibilités d'éducabilité (7)

C'est une classification de commodité à l'aide de différents tests déterminant le quotient intellectuel en vue des programmes éducatifs.

On appelle quotient intellectuel (QI), le rapport de l'âge mental (déterminé par une échelle psychologique) à l'âge réel chronologique.

$$QI = \frac{A.Mental}{A.Réel} \times 100$$

Le quotient intellectuel normal est donc de 100 ; au dessus il signifie que le sujet considéré a une intelligence supérieure à la moyenne des sujets de son âge ; le contraire s'il est inférieur à 100.

L'âge mental est calculé par les réussites aux épreuves étalonnées pour l'âge réel, et par les échecs ou les réussites dans les épreuves d'âge supérieur ou inférieur.

On distingue :

III.1.1.1- Arriération profonde ou idiotisme : (QI <30)

Elle s'associe souvent à des lésions graves du système nerveux central. Les enfants ne peuvent acquérir le langage. Une partie d'entre eux (dits semi-éducables) sont capables de quelques acquisitions (alimentations, contrôle sphinctérien), mais leur autonomie reste limitée et ils nécessitent une assistance permanente.

III.1.1.2 - Débilité profonde ou imbécillité : (QI entre 30 et 50)

Les enfants acquièrent le langage, mais leur compréhension reste limitée à des consignes simples, leur mémoire par contre peut être bonne. Certains pourront apprendre une tâche manuelle simple dans le cadre d'un atelier protégé.

III.1.1.3 - Débilité moyenne : (QI entre 50 et 70)

Une scolarité spécialisée permet d'obtenir une autonomie partielle et l'apprentissage d'une activité manuelle simple, n'impliquant pas d'initiatives.

III.1.1.4 - Débilité légère (QI entre 70 et 85)

N'entrave théoriquement que la scolarité. Une pédagogie adaptée à orientation concrète (du type classe de perfectionnement) doit permettre l'insertion professionnelle, il faut cependant remarquer que les exigences de la vie sociale actuelle la rendent de plus en plus difficile à se réaliser.

III.1.2 - classification étiologique

Elle porte sur les atteintes prénatales, néonatales et postnatales.

III.1.2.1 - Atteintes prénatales

A - Aberration chromosomique

Trisomie 21 : présence d'un chromosome en triple exemplaire de la paire 21.

Trisomie 13 : son extrême gravité entraîne la mort de l'enfant dans les premiers mois de la vie.

Trisomie 18 : 1 à 2 %. seulement des enfants survivent entre la naissance et 10 ans.

La maladie du cri du chat : Elle a pour origine une délétion partielle du bras court du chromosome 5. Elle se rapproche de la trisomie 21 par la possibilité d'une survie assez longue.

Syndrome de Turner chez la femme : Dans l'espèce humaine, le sexe male est hétérogamétique XY et le sexe femelle est homogamétique XX. Le syndrome de Turner est une aberration des chromosomes sexuels, il se présente sous la forme XO.

Syndrome de Klinefelter chez l'homme : La diversité des anomalies est extrême, et plusieurs caryotypes sont connus : XXY, XXXY, XXXXY, XXYY, XYY. L'arriération mentale est variable et est d'autant plus que le nombre d'X est grand.

B – Embryofetopathies (41)

- **Toxoplasmose** : maladie parasitaire due au toxoplasme gondi, elle est génératrice de séquelles psychomotrices importantes (hydrocéphalie, convulsions).
- **Rubéole** : une rubéole survenant chez la mère pendant le premier trimestre de la gestation donne chez l'enfant des malformations dans 40% Des cas.
- **Les radiations** : elles peuvent entraîner des embryofetopathies.

III.1.2.2 - Atteintes néonatales (4)

A - La prématurité

C'est une des causes parmi celles déjà citées de déficience mentale ; ainsi tout prématuré doit subir une surveillance stricte en milieu hospitalier, notamment une surveillance cardio-vasculaire continue.

En effet, le traitement correct des apnées est un élément essentiel de la prévention des séquelles cérébrales chez le nouveau-né.

B - Ictère nucléaire

Le pronostic est évidemment fonction de la qualité du traitement, et pour ne considérer que les séquelles de l'ictère nucléaire, celles-ci sont plus des manifestations de type athétosiques et des surdités de perception que des arriérations mentales.

III.1.2.3 - Atteinte postnatale

Les infections telles que la méningite purulente, les traumatismes crâniens, certaines causes métaboliques toxiques et médicamenteuses sont à l'origine d'atteintes cérébrales. Toutefois, il faut savoir que toute déficience mentale n'a pas une origine connue et bien définie mais dérive au contraire d'étiologies imprécises.

III.2 - Handicaps physiques

L'aspect que peut prendre ces types de handicaps est très varié, suivant les différents troubles associés. On distingue :

III.2.1 - Les infirmes moteurs cérébraux (IMC) (40)

Dans la catégorie des I.M.C, l'infirmité motrice d'origine cérébrale (I.M.O.C) occupe une place bien spécifique et on la différencie des autres handicaps moteurs, qui sont soit congénitaux, soit acquis.

L'I.M.O.C. est une affection non évolutive affectant les parties du cerveau qui contrôlent les mouvements et les postures. Elle est acquise au cours du développement du cerveau dans la période péri et postnatale, atteignant des centres incomplètement différenciés.

Les différents troubles moteurs :

- **la spasticité** : c'est une raideur musculaire due essentiellement à l'exagération du réflexe d'étirement,
- **l'athétose** : agitation incessante des muscles, liée à des troubles d'intervention se manifeste par des mouvements parasites ou saccadés et par des troubles de la parole,
- **la rigidité** : provient de l'activité concurrente des contractions de certains muscles et leurs antagonistes ce qui provoque une forte diminution de la motricité,
- **L'ataxie** : trouble de l'équilibre postural et une incoordination de l'activité musculaire (difficulté d'attraper les objets, de se tenir droit dans la position assise,
- **L'atonie (ou l'hypotonie)** : absence de tension musculaire normale. Des muscles mous, flasques et faibles,
- **les tremblements** : des mouvements involontaires des muscles, les fléchisseurs et les extenseurs se contractent alternativement,
- **Les cas mixtes** : plus d'un type de troubles moteurs se présentent,
- **Troubles visuels et auditifs** : un 1/5 des patients I.M.C. présentent des troubles visuels significatifs, beaucoup ont des troubles de l'audition (spécialement les athétosiques).

III.2.2 - Les encéphalopathies

III.2.2.1 - Les encéphalopathies métaboliques

A - la phénylcétonurie : c'est une maladie héréditaire transmise selon le mode récessif, ou se manifestant par des signes neurologiques (hypertonie musculaire, épilepsie, mouvements athétosiques) et un défaut de pigmentation des phanères.

B - La leucinose : maladie héréditaire transmise selon le mode récessif autosomique, elle se traduit dès les premiers jours de la vie par des troubles de la déglutition, de la respiration, du tonus avec parfois des convulsions et évolue en quelques mois vers la mort.

C - la galactosémie : transmise elle aussi selon le mode récessif, elle est caractérisée chez le nouveau né par une cirrhose ascétique grave, une dénutrition rapide, des troubles psychomoteurs.

D - L'hypothyroïdie (mixoedème) : traitée à temps, elle ne doit plus donner lieu à une déficience mentale profonde.

III.2.2.2 - Les encéphalopathies épileptiques (11)

A - Classification clinique

A1 - crises généralisées : on distingue :

- les tonico-cloniques : contraction tonique généralisée à prédominance axiale faisant tomber l'enfant en même temps qu'il perde connaissance : on assiste ensuite à des secousses généralisées rapides puis de fréquence décroissante et s'interrompant brusquement ;
- les toniques : hypertonie diffuse à prédominance axiale, durant quelques secondes, avec révolutions oculaires ;
- les cloniques : clonies diffuses de fréquence d'abord rapide puis décroissante et cessant brusquement ;
- les myocloniques : secousses diffuses en éclair prédominant aux membres supérieurs et pouvant faire tomber l'enfant ;
- les atoniques : interruption brusque du tonus à prédominance axiale, responsable d'une chute de la tête ou d'un effondrement ;
- les absences : interruption brusque du contact durant une à quelques dizaines de secondes, elle peut être simple ou complexe associée à des phénomènes toniques, atoniques ou myocloniques.

A2 - Les crises hémicorporelles : les crises toniques, cloniques et tonico-cloniques peuvent n'intéresser que la moitié du corps mais ceci est plus rare chez l'enfant.

A3 - Les crises partielles : elles sont dites à « sémiologie élémentaire » si elles mettent en jeu des aires de représentation primaire motrices, sensibles ou sensorielles, ou à « sémiologie élaborée » si elles mettent en jeu des aires associatives ou responsables des activités supérieures telles que le langage, les gnosies.

B - Classification étiologique

On peut citer une méningite bactérienne, une encéphalopathie herpétique néonatale, un traumatisme obstétrical, une malformation cérébrale, une hypoglycémie, une maladie métabolique (phénylcétonurie).

Malgré cette longue liste de causes connues ; bon nombre de crises restent inexplicables.

III.3 - Les troubles sensoriels

III.3.1 - la surdité

On peut la définir comme étant une diminution, voire même une suppression, de la capacité d'entendre des sons. La surdité n'est pas une maladie, mais bien un handicap à vie.

17% de la population mondiale est affectée par la surdité à des degrés divers, sans tenir compte des personnes âgées de plus de 65 ans (16).

Il existe deux types de surdité :

La surdité de transmission qui touche l'oreille externe et/ ou l'oreille moyenne (Le conduit auditif, le tympan, et les osselets)

La surdité de perception qui touche l'oreille interne (la cochlée et le nerf auditif)

III.3.2 - la mutité

C'est l'impossibilité de parler, due à une lésion organique (consécutive à la surdité ou à une lésion du larynx)

III.3.3 - Cécité et malvoyance

Le terme cécité vient du mot latin « caecus », qui veut dire aveugle. La cécité est donc <l'état d'une personne aveugle>. L'aveugle, au sens strict, est celui qui est privé de ses yeux (aboculis), celui qui est privé de la vue.

Par ailleurs, l'OMS (18) définit le malvoyant comme étant une personne présentant une déficience visuelle même après traitement et/ou meilleure correction optique dont l'acuité visuelle est comprise entre 6/8 (0.3) et la perception de la lumière, ou dont le champ visuel est inférieur à 10 autour d'un point de fixation, mais qui utilise –ou est potentiellement capable d'utiliser- sa vue pour planifier et / ou exécuter une tâche.

CHAPITRE II

HANDICAPS A PATHOLOGIE DENTAIRE SPECIFIQUE

La plupart des handicaps s'accompagnent de pathologies bucco-dentaires qui peuvent être liées ou spécifiques à la variété handicap lui même, ou être une conséquence de ce handicap. Aussi allons-nous consacrer ce chapitre à l'étude des handicaps à pathologie dentaire spécifique.

I - TRISOMIE 21

1.1- Tableau clinique

La trisomie 21 est due dans la plupart des cas à la présence d'un chromosome en triple exemplaire de la paire 21 (36).

Le tableau clinique illustre le cas de l'enfant handicapé « classé » déficient mental parce que, bien que d'importance variable, la déficience mentale est constante et semble représenter l'handicap majeur chez ces enfants (43).

Cet handicap est cependant loin d'être isolé et le phénotype particulier du trisomique 21 est bien connu.

Mais à ces stigmates apparents, sont souvent associées des malformations organiques et plus particulièrement, des anomalies cardiaques et cardio-vasculaires.

Selon HOLOWAY et SWALLOW, environ 10% des enfants trisomiques seraient porteurs d'une cardiopathie congénitale sans pour autant que leurs parents en soient informés. Une autre manifestation de cette anomalie chromosomique est la leucopénie. Elle semble être liée à la production excessive de certains enzymes empêchant la maturation normale des polynucléaires neutrophiles.

L'association d'une cardiopathie congénitale et d'une leucopénie, lorsqu'elles existent, font de l'enfant trisomique un enfant à haut risque et sa prise en charge doit être alors pluridisciplinaire.

Les enfants trisomiques 21 présentent un syndrome bucco-facial caractéristique.

En l'absence de soins adaptés, des pathologies dentaires aggravent les problèmes systémiques (troubles cardiaques, immunologiques, psychomoteurs et comportementaux) que présentent ces personnes.

Conditions systémiques

La trisomie 21 induit des perturbations importantes au niveau de nombreux systèmes (tableau I).

Tableau I : Troubles systémiques et conséquences sur la santé bucco-dentaire de la trisomie 21 (38).

Système concernés	Conditions observées	Conséquences sur la santé ou les soins dentaires
Cardiovasculaire	- anomalies des septa-ventriculaires - communication auriculo-ventriculaire - persistance du canal arterioventriculaire - prolapsus mitral	- risque d'endocardite pour tout acte saignant
Hématopoïétique	- déficit immunitaire - taux plaquettaire diminué - risque accru de leucémie	- développement des foyers infectieux d'origine parodontale ou dentaire
Nerveux	- retard d'acquisition des fonctions motrices, coordination perturbée - risque de démence sénile identique à la maladie d'Alzheimer - retard dans l'acquisition du langage et la phonation	- persistance du réflexe nauséux - stratégie de succion - déglutition persistante - micro fausses routes et ingestion d'air au cours des repas - hygiène personnelle inefficace - retard ou inadéquation dans l'expression de la douleur
Comportement	2 situations possibles : - spontanéité, patience, gentillesse, tolérance, cordialité, docilité - anxiété et insubordination	- prise en charge personnalisée nécessaire

1.2 - Caractéristiques anatomo-physiologiques bucco-faciales

Le syndrome bucco facial associé à la trisomie 21 concerne :

➤ Les structures osseuses

on note :

- au niveau crânien une brachycéphalie avec un occiput plat
- au niveau maxillaire : une endognathie, une respiration buccale, un sinus hypodéveloppé
- un étage moyen de la face sous développé
- au niveau mandibulaire :
 - une hypertrophie donnant en général un pseudoprognathisme lié à l'arrêt de la croissance maxillaire
 - un articulé en classe III d'Angle

➤ Les tissus mous

on note

- . Les amygdales et les végétations adénoïdes sont très volumineuses.
- . La langue est plicaturée, flasque, hypotonique souvent étalée entre les arcades, résultat de l'existence d'une macroglossie, exoglossie. Les lèvres sont souvent desséchées, les commissures tombantes et présentant des perlèches. L'orbiculaire et le zygomatique sont hypotoniques et la bouche est souvent entrouverte.

- **Les dents** : les dents présentent des anomalies de nombre, de structure, d'éruption et de position. Les agénésies des incisives latérales, des 2èmes prémolaires permanentes et des dents de sagesse sont les plus fréquentes en denture permanente (35).

Conséquences fonctionnelles

Les différentes fonctions sont perturbées et on enregistre chez ces sujets :

- une respiration buccale
- des troubles de la phonation
- des difficultés de succion-déglutition
- des difficultés de mastication

Ces dysfonctionnements sont principalement dus à l'hypotonie qui affecte certains groupes musculaires et s'expriment en particulier au niveau de la langue, des lèvres et de certains muscles masticateurs.

1.3 - Pathologies bucco-dentaires

Pour les enfants atteints de trisomie 21, le développement des maladies bucco-dentaires décrites pour la population générale, est aggravé du fait de l'existence de grands troubles systémiques. D'une part les troubles immunologiques ne permettent pas d'établir un équilibre biologique stable au niveau buccal.

D'autre part, la stase alimentaire, favorable au développement bactérien est très largement avantagée par les malpositions dentaires et par une faible motricité buccale, qui n'autorise pas les mouvements spontanés d'autonettoyage par la langue et les lèvres.

La parodontite : peut être décrite comme une dégénérescence osseuse précoce associée à une inflammation gingivale chronique, et à des foyers infectieux localisés. Elle est due principalement à l'immunodéficiences et est aggravée par une mastication inefficace, le manque d'autonettoyage et les malpositions dentaires. Cette pathologie est spécifique à la trisomie 21. Elle peut concerner les enfants et les adultes.

Cette maladie est évolutive selon un mode chronique, ponctué de phases aiguës ; elle provoque une mobilité dentaire et conduit inévitablement à la chute prématurée des dents.

Malgré les conditions défavorables, la prévalence de **la carie**, comparée à celle des sujets non trisomiques, reste faible chez les enfants et adolescents trisomiques. Ces enfants sont généralement suivis par des nutritionnistes.

Les conséquences des pathologies buccales décrites peuvent être graves s'il existe une cardiopathie associée. D'où l'importance d'un suivi régulier de ces enfants.

L'expression de la douleur : les personnes trisomiques auraient un seuil de sensibilité plus élevé et plus de difficultés à localiser le stimulus douloureux que les personnes non atteintes par cette maladie. Comme pour toutes les formes de handicap mental, cette apparente insensibilité semblerait davantage due à des difficultés d'expression de la douleur qu'à une baisse de la sensibilité ou de la conduction nerveuse.

Les parents ont donc plus de difficultés à déceler si leur enfant a mal et où il a mal. En conséquence, les consultations chez le dentiste interviennent tardivement (24).

2 - L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE (IMC) OU I.M.O.C. (INFIRMITE MOTRICE D'ORIGINE CEREBRALE)

2.1- Etiologie

Plusieurs causes sont évoquées dans la genèse de l'Infirmité Motrice cérébrale et parmi celles-ci ont été citées fréquemment :

- une prématurité
- une réanimation néonatale
- une post maturité
- une incompatibilité fœto-maternelle

2.2 - Pathologies bucco-dentaires associées

- La vulnérabilité à la carie dentaire n'est pas plus marquée chez les I.M.C. que chez les enfants normaux (23, 25). Par contre, on note chez les I.M.C. :
 - o un bruxisme important lié aux contractions, accompagné souvent de fractures cuspidiennes ;
 - o des fêlures, des fractures, et une usure dentaire entraînent une perte de la dimension verticale ainsi que des troubles de l'ATM ;
 - o une hypoplasie de l'émail, une amélogénèse imparfaite, des encoches semi-lunaires souvent présentes sur les incisives centrales supérieures ;
 - o des troubles de l'occlusion liés aux perturbations musculaires : Classe II d'Angle avec over bite, un over jet ou un open bite.

On note deux types principaux de malocclusion selon le type d'I.M.C (26) :

- dans le type spastique avec hypertonie musculaire nous avons une Classe II d'Angle division 2, un encombrement dentaire, une rétroalvéolie supérieure et inférieure ;
- dans le type athétosique avec hypotonie musculaire (souvent accompagné d'incontinence salivaire) on observe une Classe II, division 1 d'Angle, un palais ogival, une béance antérieure, une protrusion incisive (risque traumatique majeur)

Nous avons aussi une respiration buccale.

Troubles parodontaux

On note souvent :

- un défaut d'hygiène ajouté à une alimentation déséquilibrée (trop de sucre), un taux de caries plus élevé et des problèmes parodontaux ;
- des tissus gingivaux perturbés par une incontinence salivaire et une hypotonie musculaire ou un bavage ;

- une hyperplasie gingivale induite par la médication (44)
- des traumatismes : l'activité musculaire perturbée et mal coordonnée, la stabilité posturale difficile, la marche déséquilibrée, font que les chutes sont fréquentes avec pour conséquences des fractures ou luxations des incisives.

3 - LES ENCEPHALOPATHIES EPILEPTIQUES

Elles intéressent les chirurgiens dentistes pour diverses raisons :

- par les complications propres de la maladie épileptique (apathie, obnubilation, troubles du caractère) qui rendent les soins difficiles ;
- Par les complications des crises elles mêmes au niveau de la bouche (fractures des dents, etc....) qui ont fait de véritables urgences ;
- Par les complications du traitement, très difficile à équilibrer et non dénué d'inconvénients, rendent difficile la prise en charge bucco-dentaire.

3.1- Pathologies bucco-dentaires (6)

✓ La carie dentaire

ces malades présentent souvent une hygiène insuffisante et une alimentation trop riche en hydrates de carbone, ce qui est responsable de la carie.

✓ Les traumatismes

sont en rapport direct avec leurs handicaps et touchent en général les dents (fractures et luxations), mais peuvent aussi intéresser les parties molles (plaies des lèvres ou des gencives, et le squelette surtout la partie alvéolaire, parfois mandibulaire, plus rarement maxillaire).

✓ L'hyperplasie gingivale

rencontrée chez les enfants épileptiques et en rapport avec le traitement médicamenteux qu'ils subissent, et plus précisément les hydantoïnes qui sont des dérivés barbituriques.

Les hydantoïnes ont une structure chimique proche de celle du phénobarbital, elles provoquent une dépression du système nerveux central. Elles ont peu d'effets secondaires sinon qu'elles induisent des troubles gastriques, des nausées et une hyperplasie gingivale caractéristique.

La majorité des auteurs pense qu'il existe une relation entre une mauvaise hygiène bucco-dentaire et l'hyperplasie gingivale due aux hydantoïnes (39).

* l'aspect clinique

La lésion initiale se traduit généralement par un léger épaissement indolore de la gencive libre et des papilles interproximales, compliquée d'une inflammation secondaire, le tissu est ferme et rose et ne saigne pas facilement.

Si le processus hyperplasique progresse, toute la gencive libre sera atteinte, et les papilles interproximales feront saillie hors de l'espace interproximal. Au stade plus avancé, les couronnes sont complètement recouvertes d'un tissu élastique et dur.

Le tableau clinique de l'hyperplasie gingivale peut être modifié par une inflammation (due à une mauvaise hygiène). Cette hyperplasie débute sur les dents antérieures, ce qui fait que dans une même bouche, on peut rencontrer à la fois des zones pathologiques et de zones saines (9).



Figure 1 : Hyperplasie gingivale causée par le diphénylhydantoïne de soude.

Noter la présence de plaque

4 - PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES (28)

4.1 - Psychoses construites chez l'enfant

4.1.1 - Tableau clinique

Exemple : la schizophrénie infantile. Elle se traduit par :

- des contacts affectifs difficiles ;
- des hallucinations ;
- des expériences délirantes ;
- des expressions de l'autisme.

4.1.2 - Pathologies bucco-dentaires

Les pathologies bucco-dentaires découlent souvent des comportements et /ou des thérapeutiques instaurées par leur handicap, certaines médications psychotropes parfois utilisées peuvent à la longue entraîner une hyposialie qui n'est pas sans avoir des répercussions sur l'évolution des caries.

4.2 - Troubles du caractère et du comportement

4.2.1 - Tableau clinique

Il est caractéristique avec :

- * une irritabilité ;
- * une instabilité ;
- * des peurs injustifiées ;
- * un esprit de contradiction ;
- * la succion du pouce ou d'un objet de substitution dans la majorité des cas.

4.2.2 - Pathologies bucco-dentaires

Nous avons :

- * les phobies aboutissant à des troubles de la déglutition ;
- * des automutilations buccales ou linguales ;
- * des douleurs psychalgiques ;
- * des troubles liés aux traitements psychotropes et neuroleptiques :

Sécheresse buccale → caries à répétition → édentements → difficultés prothétiques.

5 - LA MYOPATHIE

5.1 - Tableau clinique

C'est une affection musculaire dégénérative, débutant le plus souvent dans l'enfance, caractérisée par une diminution de la force des muscles. L'atteinte est bilatérale et systémique. Il existe plusieurs formes cliniques dont la plus fréquente est la maladie de Duchenne de Boulogne (70% des cas) décrite ci-dessous (32).

Evolution générale se présente avec

- un début insidieux (diagnostic = -2 ans),
- des atteintes musculaires progressives de bas en haut,
- un stade grabataire,
- une espérance de vie = - 25 ans ,

5.2 - Pathologies bucco-dentaires

Ils se présentent sous forme :

- d'atonie labiale ;
- de glossoptose et de macroglossie : une ptose linguale entraînant une expansion mandibulaire transversale considérable ;
- de stase salivaire (liée à l'atonie musculaire et à la glossoptose) ;

- de tartre
- de perte progressive d'articulé donc apparition de parafunctions entraînant des parodontopathies ;

de fatigabilité rapide de la sangle masséter/ptérygoïdien interne en position bouche ouverte empêchant d'effectuer des soins de longue durée.

CHAPITRE III

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT HANDICAPE

CAO moyen mixte est le CAO moyen des dents temporaires et des dents permanentes.

C = cariée

A = Absentes

O = Obturée

Tableau II : CAO moyen mixte des enfants

	FPMA	AL AFAK	TOTAL
C	158	165	323
A	74	56	130
O	7	1	8
CAO	239	222	461

Le CAO moyen mixte est de 6,77. La composante C domine et est importante et représente 70 % du CAO. La composante O du CAO est très faible (1,73 %).

3.7.2 – Indice CAO mixte en fonction de la tranche d'âge

Tableau III : Répartition du CAO moyen mixte en fonction de la tranche d'âge

Age	cao	Nombre	Moyenne
6-11ans		28	6,8929
12-16 ans		31	6,0323
17-21 ans		9	8.62
Total		68	6,7794

On note que l'indice CAO est plus important dans la tranche d'âge 17-21 ans.

3.8 - Etat parodontal

Sur les 68 enfants examinés, 28 enfants présentent un parodonte sain, environ 41 % (ne présentent ni plaque, ni tartre, ni saignement). Sur les 68 enfants qui ont pu être examinés, 40 présentaient une gingivite avec présence de plaque et tartre, ce qui constitue 59 % des enfants. Les 28 autres enfants restant (41% l'échantillon) ne présentaient ni saignement, ni tartre.

En fonction du handicap, le tableau ci-dessous donne la répartition de la gingivite.

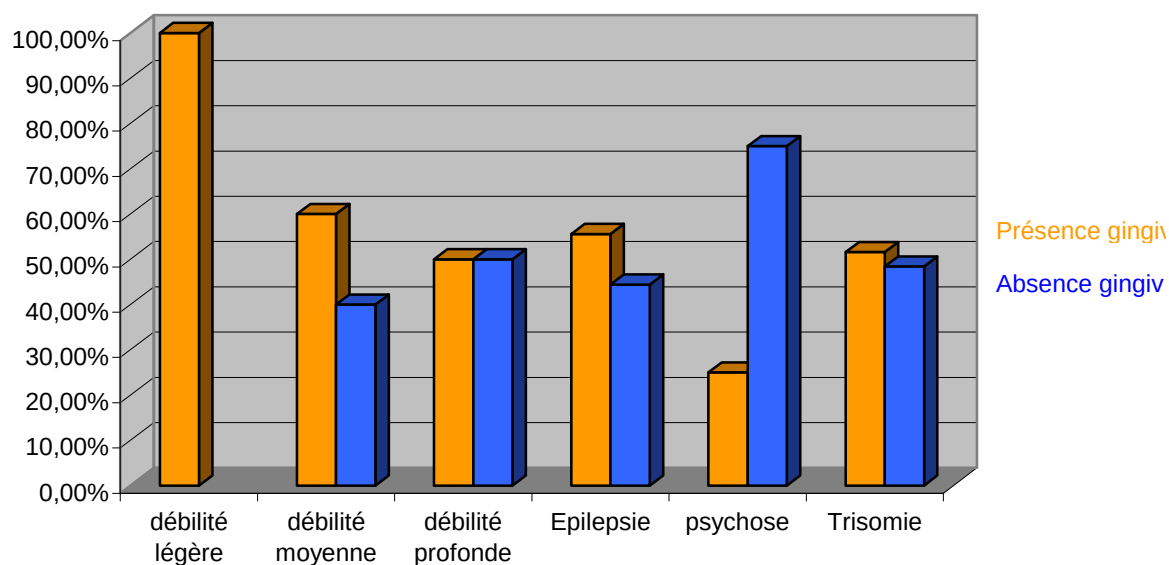


Figure 11 : Répartition des gingivites selon le handicap.

Tous les enfants présentant une débilité légère ont une gingivite.

Bibliographie

1 - AMEZIAN ABDELLEAH 1991

Soins et prévention bucco-dentaire.

Thèse chir. Dent., Rabat, N° 52

2 - ASSOCIATION DES PARENTS ET AMIS DES ENFANTS AL AFAK, 2003

3 – BELHADJ M.J. et CO

Etude de la santé bucco-dentaire au Maroc

Bulletin épidémiologique, 2000, N° 41-42

4 - BENABDERHMANE M.

Etat bucco-dentaire des handicapés de Rabat

thèse chir. dent. Rabat 1977, N° 86

5 – BERENHLOC C.

La pathologie buccodentaire du handicapé pédodontie française

Pédod. Fr. 1976, 10 : 171-176

6 - BERT E.

Les soins aux enfants handicapés.

Tonus dent. 1989, 155 : 27-32

7 - BONNEFOY (S)

Infirmité motrice d'origine cérébrale pédiatrie

Pédiatrie-neuro-psychiatrie, 1984, 3 : 614-618

8 – CELESTE B., LAURA B.

Le jeune enfant porteur de la trisomie 21.

Edition Nathan. Paris 2000, 2^{ème} édition.

9 - CHAUVEAU M.O.

Soins dentaires sur enfants handicapés moteurs.

Thèse chir.dent.Nantes 1985, N° 1446, 79p

10 - DELCEY M.

Stratégie soignante : la nouvelle classification internationale des handicaps: le soignant, le handicapé moteur et la qualité de vie.

Périodique Association des paralysés de France, paris.