

Diagnostic et prise en charge de la stomatite sous-prothétique : à propos d'une série des cas

Diagnosis and treatment of denture stomatitis: case series

Auteurs:

Mabrouk Yosra 1 , Oussema ben Younes 2 , Mohamed ben Yalaa 1 , Sana Bekri 3 , Sameh Rzigui 1 , Lamia Mansour 4

1. Assistant hospitalo-universitaire, service de prothèse partielle amovible, Clinique hospitalo-universitaire de médecine dentaire, Monastir, Tunisie

2. Résident, service de prothèse partielle amovible, Clinique hospitalo-universitaire de médecine dentaire, Monastir, Tunisie

3. Professeur Agrégé, service de prothèse partielle amovible, Clinique hospitalo-universitaire de médecine dentaire, Monastir, Tunisie

4. Professeur, service de prothèse partielle amovible, Clinique hospitalo-universitaire de médecine dentaire, Monastir, Tunisie

Correspondance : Mabrouk Yosra : mabroukyosra2021@gmail.com

Résumé :

Le port d'une prothèse mal adaptée ou mal entretenue peut causer des lésions multiples au niveau de la muqueuse parfois très invalidante telle que la stomatite sous prothétique qui constitue une part importante de la pathologie buccale.

L'étiologie de la stomatite sous prothétique est multifactorielle. Elle est principalement causée par la mauvaise hygiène, le mauvais entretien de la prothèse ainsi que le traumatisme occlusal

Le rôle du médecin dentiste est de veiller à ce que cette prothèse s'intègre dans le contexte buccal du patient en préservant l'intégrité des tissus de soutien et de dépister toute lésion buccale pour pouvoir indiquer le traitement précoce nécessaire.

La mise en place des règles d'hygiènes, ainsi que l'entretien quotidien du patient de sa prothèse, sont les éléments permettant d'assurer la pérennité de la restauration prothétique et l'équilibre de l'écosystème buccal.

Mots clés: Stomatite sous prothétique – Diagnostic- prise en charge- série des cas

Abstract

Wearing an ill-fitting or poorly maintained prosthesis can cause multiple mucosal lesions. These lesions can lead to denture stomatitis, which is an important entity of oral pathology.

The denture stomatitis etiology is multifactorial, it is essentially caused by poor hygiene, badly maintained prosthesis, and occlusal trauma.

The role of the dentist is to ensure that this prosthesis is well integrated in the patient's oral condition by detecting any oral lesions and preserving the supporting tissues and indicating the necessary early treatment.

The implementation of hygiene rules and the maintaining of daily patient's prosthesis maintenance are the main elements ensuring the balance of the oral ecosystem and the durability of the prosthetic restoration.

Keywords: denture stomatitis- diagnosis- treatment- case series

Introduction :

La stomatite sous-prothétique se présente parmi les altérations tissulaires en relation avec le port d'une prothèse amovible. Elle se manifeste au niveau des tissus de soutien par une inflammation des tissus de revêtement au niveau de la muqueuse recouvrant les surfaces d'appui. [1] Lors du port d'une prothèse amovible, la muqueuse est soumise à des pressions auxquelles elles s'adaptent par des modifications régionales de ses structures. Au-delà d'un certain seuil de tolérance, des changements irréversibles et des réactions tissulaires peuvent apparaître. [2] Elle peut être aussi dépendante à d'autres facteurs comme l'accumulation de plaque bactérienne, la porosité de la résine et une mauvaise hygiène buccodentaire.

Cette lésion touche environ 65 % des porteurs de prothèses totales. Elle est principalement observée dans la muqueuse palatine. Pour la majorité des cas, elle est asymptomatique, néanmoins elle peut se manifester la présence d'érythème et d'œdème sur la muqueuse palatine et les gencives couvertes par la base de la prothèse. Dans certains cas, une association avec la candidose doit être évoquée pour confirmer le diagnostic. [2]

Le chirurgien-dentiste doit être vigilant en face cette pathologie et ses étiologies multiples, afin de prévenir des conséquences et des complications rarement prises au sérieux par les patients.

Dans ce travail on se propose de présenter une série des cas clinique illustrant la stomatite sous-prothétique dans tous ses volets et mettre l'accent sur certains facteurs prédisposant, la pathogénie et ainsi la prise en charge de ces lésions.

Observations clinique :

Situation clinique n°1 :

Patient âgé de 51 ans, diabétique équilibré, consulte pour des douleurs diffuses au niveau de la muqueuse maxillaire et mandibulaire

L'interrogatoire révèle que le patient est appareillé depuis 6 mois et que ses sensations sont apparues depuis 2 semaines. Le patient ne dépose pas sa prothèse la nuit.



Figure 1: Le patient à la consultation avec une hygiène insuffisante

L'examen endobuccal témoigne une hygiène buccale insuffisante, avec la présence des dépôts de plaque qui reflète une insuffisance de brossage des dents. Le palais présente une muqueuse inflammatoire rouge qui dessine la limite de la prothèse amovible à châssis métallique. (Figure 1)

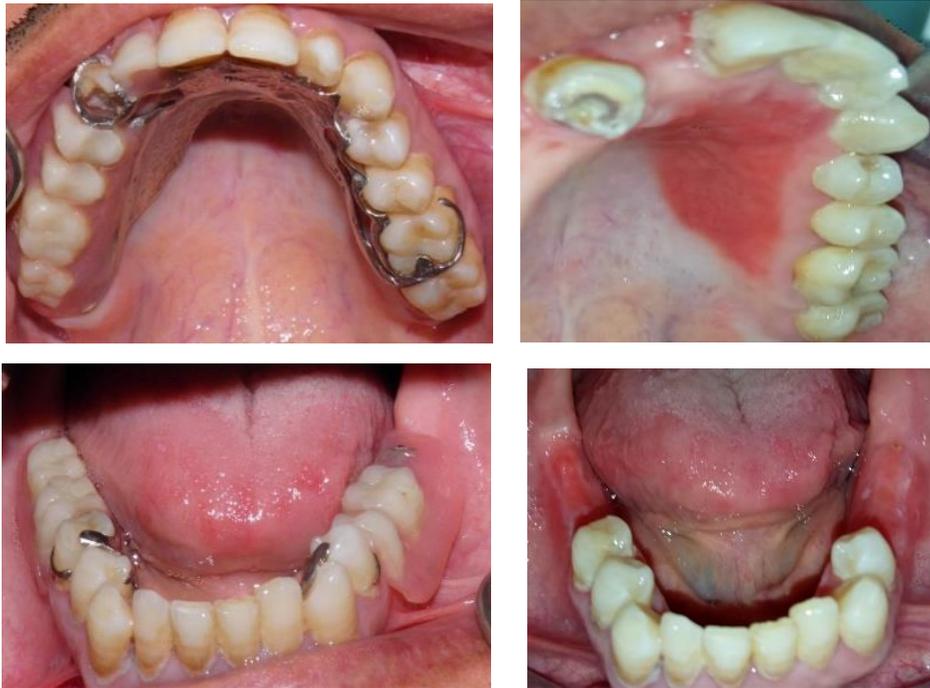


Figure 2: Erythème de la muqueuse qui trace la limite de la prothèse

L'examen des prothèses existantes révèle une occlusion correcte, un rendu esthétique acceptable, avec la présence d'un bord en sur extension du côté mandibulaire gauche. L'entretien des prothèses était insuffisant avec la présence des dépôts de plaque au niveau l'intrados prothétique.



Figure 3 : Occlusion correcte des prothèses

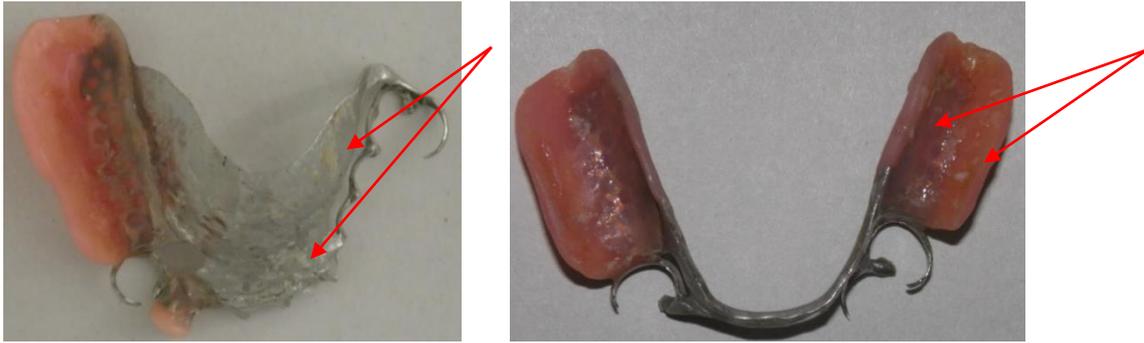


Figure 4: Mauvaise hygiène prothétique

Diagnostic: stomatite sous prothétique classe II de Newton en rapport avec une hygiène buccale insuffisante et un port nocturne de la prothèse amovible.

Traitement envisagé :

- Motivation à l'hygiène et enseignement d'une bonne méthode de brossage
- Polissage de la prothèse au laboratoire
- Prescription d'un antiseptique à base de Chlorhexidine
- Recommandations sur l'entretien de la prothèse :
 - La prothèse est retirée la nuit
 - Elle doit être conservée dans une solution antiseptique à base de Chlorhexidine pendant un mois
 - Une fois la stomatite disparaît, elle doit être conservée à sec

Evolution :

Après ce traitement initial de 2 mois, on a noté une amélioration des signes cliniques avec une diminution de l'aspect rouge de la lésion mais celle-ci persiste toujours. Un examen mycologique par écouvillonnage était nécessaire pour affiner le diagnostic

Ecouvillonnage :

Le prélèvement a été fait au niveau de 3 sites : la muqueuse, la résine et le métal du châssis, les résultats sont les suivants :

Prélèvement orale : 10^6 UFC *Candida albicans* ; 10^2 UFC *Candida glabrata*

Prélèvement métal : 10^4 UFC Candida albicans ; 10^3 UFC Candida glabrata

Prélèvement résine : 8 UFC Candida albicans ; 15UFC Candida glabrata

Traitement adjuvant : Prescription des antifongiques pendant 3 semaines

L'évolution était favorable avec la disparition de l'inflammation et de symptomatologie clinique.

Situation clinique n°2 :

Patiente âgée de 52 ans, en bonne état de santé générale consulte pour une instabilité de la prothèse mandibulaire

L'interrogatoire révèle que la patiente est appareillée depuis 4 ans et qu'elle est satisfaite du rendu prothétique, néanmoins elle rapporte une instabilité qui s'est déclenchée depuis une semaine et qui a provoqué une instabilité au niveau de la prothèse maxillaire. Aucune symptomatologie n'a été rapportée par la patiente.

L'examen clinique révèle un édentement total bi maxillaire avec la présence de 3 implants maxillaires et 2 implants mandibulaires menus des attachements Locator®. Au niveau maxillaire, on note la présence d'une plage érythémateuse au niveau de la partie antérieure du palais et des crêtes édentés. La muqueuse mandibulaire est indemne de toute pathologie (figure5).

On note une exposition des spires au niveau des implants mandibulaires avec une usure des parties males de l'attachement (figure6).

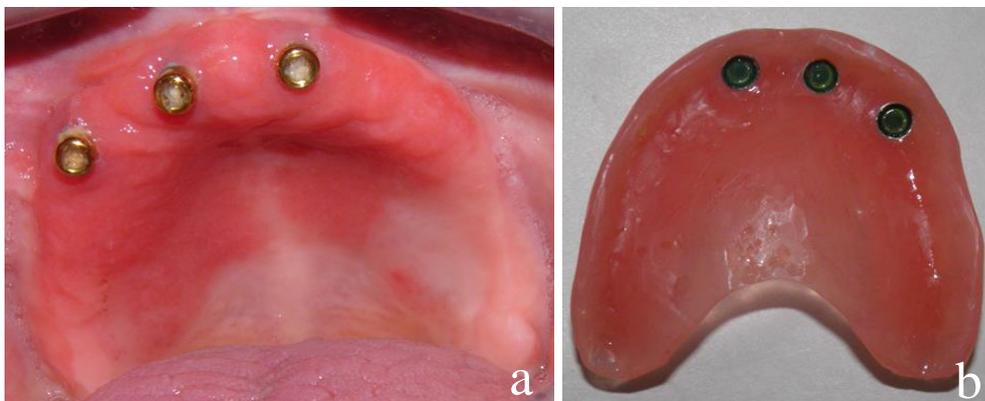


Figure 5: a: Erythème maxillaire au niveau de la partie antérieure du palais et de la crête; b: Prothèse mandibulaire

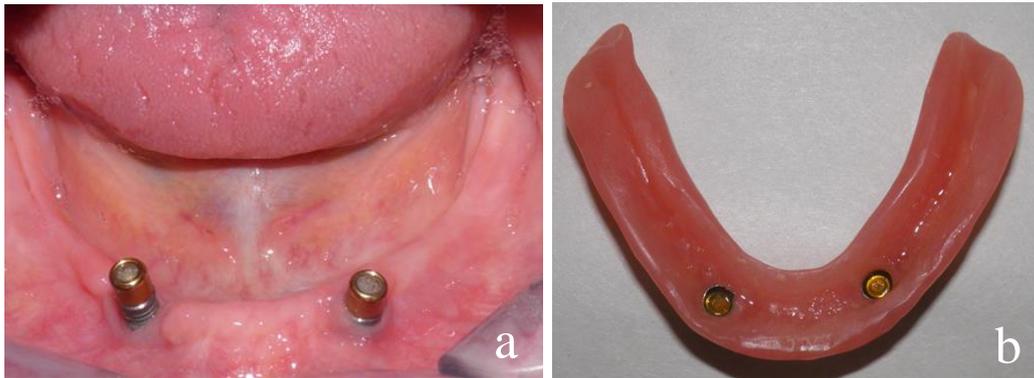


Figure 6: a: Absence de toute pathologie muqueuse ai niveau mandibulaire ; b : Usure des parties males

L'examen des prothèses montre une occlusion statique avec respect du concept occlusal (occlusion équilibrée) (figure7). L'examen fonctionnel montre une déstabilisation de la prothèse maxillaire par contact avec la prothèse mandibulaire instable.



Figure7 : Les prothèses en occlusion

Ecouvillonnage :

Le prélèvement au sein de la muqueuse orale révèle 10^7 UFC Candida albicans alors qu'au niveau de la résine 10^4 UFC Candida albicans



Figure 8 : Prélèvement mycologique au niveau de la muqueuse et de l'intrados de la prothèse

Diagnostic : stomatite sous prothétique en rapport avec un traumatisme occlusal occasionné par la prothèse mandibulaire avec la présence du *Candida albicans*.

Traitement envisagé :

- Motivation à l'hygiène et assainissement péri-implantaire
- Nettoyage de la prothèse
- Equilibration occlusale secondaire
- Prescription des antiseptiques et des antifongiques
- Remplacement des gaines des deux attachements mandibulaires.

Discussion :

Prévalence

Le mot stomatite a été décrit pour la première fois dans la littérature médicale en 1936 par Cahn sous le nom de « denture sore mouth ». [3] Elle peut se présenter sous une forme atrophique ou hyperplasique (figure 5) et peut couvrir une partie ou l'ensemble des tissus en contact avec la prothèse. [4]

La prévalence de la stomatite prothétique varie dans la littérature en fonction des critères diagnostiques utilisés et de la démographie du groupe de patients choisis. Webb et al. ont trouvé une prévalence de 37,3% pour la stomatite prothétique chez des patients porteurs de prothèses amovibles. [5] Une autre étude menée au Québec (Barbeau et coll. 2003) montre une prévalence plus élevée, soit 71%. [6]

Les femmes seraient plus touchées par cette lésion selon certains auteurs .Ceci peut être expliqué par l'influence des hormones sur la muqueuse orale ainsi que la tendance à porter leur prothèse plus longtemps dans la journée (situation clinique n°1). [7] L'âge des patients, dans ce série des cas, semble avoir une influence sur l'apparition des stomatites. En effet, un travail mené par Dos Santos et al. a montré que la fréquence de la stomatite augmente avec l'âge. [8]

Sémiologie clinique :

Dans la majorité de ces cas, la stomatite prothétique est le plus souvent asymptomatique et la découverte est fortuite lors d'un examen de routine. [9] Néanmoins, elle peut être accompagnée, pour certains patients, par une sensation de brûlure au palais et à la langue, d'halitose, de xérostomie, dysgueusie (altérations du goût), saignements de la muqueuse et, plus rarement de dysphagie. Selon une enquête menée en Québec en 2010, il n'existe pas de corrélation entre l'intensité de l'érythème et la présence de symptômes. [10]

Facteurs prédisposant :

Les échantillons prélevés des surfaces de la prothèse témoignent une spécificité microscopique augmentant le risque de stomatite.

Ainsi, les patients diabétiques prédisposent à une stomatite prothétique fréquente. Ceci est dû au faite que les diverses espèces des Candida sont plus fréquemment isolées dans la cavité buccale des sujets diabétiques que des sujets sains, le portage de Candida buccal atteignant 77% chez les diabétiques insulino-dépendants. [12] Une carence en protéines, en vitamines A et B ou en fer semblent aussi réduire la résistance des muqueuses à l'infection et à l'irritation mécanique et donc favorise l'apparition de stomatite. [11]

A ceci s'ajoute la présence des porosités de surface prothétique qui constitue un véritable abri pour les micro-organismes contre l'action mécanique ou chimique des agents nettoyants. [13] [14]

Un autre facteur local important est le port continu de prothèses dentaires. Le fait de placer une prothèse peut empêcher l'effet nettoyant de la langue et l'effet antibactérien de la salive sur le palais. Le retrait des prothèses pendant une période de temps peut traiter la stomatite. [15]

Olivier et al. ont approuvé que le facteur tabac rencontré chez le patient augmente le risque de la stomatite prothétique en favorisant la croissance des levures dans la salive. [1]

Etiologies :

Les prothèses qui sont en extension, traumatisantes et mal entretenues ont été considérées comme les causes les plus fréquentes de stomatite prothétique [16].

Ainsi l'instabilité d'origine occlusale (situation clinique n°2) est favorisée par des déficiences fonctionnelles des prothèses dentaires telles que : l'altération de l'occlusion, l'altération de la dimension verticale, le défaut de rétention et l'instabilité prothétique [17].

Le manque d'hygiène buccale est un facteur très impliqué dans l'apparition des stomatites prothétiques. La stomatite prothétique est présente au plus faible stade dans une population pratiquant l'hygiène à 63% et au stade le plus sévère au sein d'une population appliquant le minimum d'hygiène à 33%. [8]

Les résultats des écouvillonnages en relation avec la stomatite prothétique et une infection bactérienne et fongique, notamment à *Candida Albicans*, a été rapportée dans la littérature aussi et a longtemps été considérée comme le facteur étiologique principal. [18] D'autres levures sont aussi identifiées à savoir le *Candida glabrata*, et le *Candida tropicalis* [19].

Traitement de la stomatite

La désinfection des prothèses est primordiale car les levures infiltrent les couches superficielles et profondes de la résine. Si elles ne sont pas éliminées, elles seront une perpétuelle source de réinfection. Les surfaces des prothèses donc sont traitées mécaniquement (brosse à dents spéciale, pâtes abrasives) et chimiquement

(Chlorhexidine, hypochlorite de sodium). L'incorporation d'antifongique dans la poudre du produit a été suggérée. Shneid a démontré que l'administration de quatre agents antifongiques chlorhexidine, clotrimazole, fluconazole et nystatine dans le conditionneur, inhibe significativement le *Candida albicans* malgré le durcissement du matériau que cela induit [23]

Certains auteurs recommandent de désinfecter les prothèses par brossage à la Chlorhexidine à 40% qui élimine le film salivaire à la surface des prothèses. Ce dernier protège les germes de l'action des antiseptiques et antifongiques. [20]

Le recours à la mise en condition tissulaire est l'un des procédés destinés à améliorer tous les tissus supports. Le conditionneur tissulaire est une résine à prise retardée qui, grâce à ses propriétés, permet de retrouver un état de santé tissulaire proche de la normalité. [21] [22] Par la suite un rebasage sera indiqué, d'après Sangiuolo [24], la réfection totale consiste à refaire intégralement la base de la prothèse au laboratoire en utilisant une résine acrylique thermopolymérisable. Ceci après vérification de l'occlusion du patient.

Les prescriptions au niveau de la phase du traitement ont été indiquées selon des recommandations de la littérature. En effet, les antiseptiques sont prescrits en complément du traitement étiologique. Ils sont utilisés afin d'éliminer les microorganismes de la plaque. Ce traitement doit être prolongé sur quatre semaines pour un meilleur contrôle de la plaque [7].

Ainsi, un traitement par un antifongique doit être entrepris après la confirmation par un examen microbiologique de la présence du *Candida albicans*.

Les antifongiques topiques comprennent les polyènes comme le Nystatine et amphotéricine B (utilisés comme des losanges ou des suspensions) et des dérivés d'imidazoles comme le miconazole (utilisé sous forme de gel). Les dérivés de triazole comme le fluconazole et l'itraconazole peuvent être prescrits sous forme de comprimés ou de gélules à usage systémique. Des récurrences de stomatites ont été rapportées lors des traitements à l'itraconazole [25]

Par contre les anti inflammatoires sont utilisés comme un complément à l'antifongique pour remédier à la composante inflammatoire de la lésion. Il permet d'optimiser la guérison du site pathologique. Il est utilisé en application topique. [26]

Certains auteurs préconisent, dans les cas des lésions palatine granulaire irréversibles étendues et des hyperplasies volumineuses résistantes à tout traitement conservateur, une éradication par différentes techniques dont l'excision chirurgicale, l'électrochirurgie avec ou sans mise en condition, ou le laser peut être indiquée. [27]

Conclusion :

Bien que le port d'une prothèse amovible apporte une amélioration indéniable de la qualité de vie du patient, le port d'une prothèse mal adaptée peut causer des lésions multiples au niveau de la muqueuse parfois très invalidantes telle que la stomatite sous prothétique qui constitue une part importante de la pathologie buccale.

L'étiologie multifactorielle et la forme clinique asymptomatique rendent cette pathologie très redoutée. En effet, en absence de signes cliniques alarmants, le patient devient inconscient de sa présence dans sa cavité buccale.

La mise en place de règles d'hygiènes quotidiennes, un suivi régulier au fauteuil, ainsi qu'une identification des sujets à risques, sont les éléments permettant d'assurer la pérennité de la reconstitution prothétique et l'équilibre de l'écosystème buccal.

Références :

1. Salerno C, Pascale M, Contaldo M, Esposito V, Busciolano M, Milillo L, Guida A et al. Candida-associated denture stomatitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011;16(2):139-43.
2. Moskona D, Kaplan I. Oral lesions in elderly denture wearers. *Clin Prev Dent* 1992;14(5):11-4.
3. Budtz- Jorgensen E. La flore microbienne sous prothétique. *Cah Prothèse* 1992;78:139-43.
4. Iacopino AM, Wathen WF. Oral candidal infection and denture stomatitis: A comprehensive review. *J Am Dent Assoc* 1992;123(1):46-51.
5. Webb BC, Thomas CJ, Whittle T. A 2-year study of Candida-associated denture stomatitis treatment in aged care subjects. *Gerodontology* 2005;22(3):168-76.
6. Barbeau J, Séguin J, Goulet JP, de Koninck L, Avon SL, Lalonde B, Rompré Pet al. Reassessing the presence of Candida albicans in denture-related stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;95(1):51-9.
7. Evren BA, Uludamar A, Iseri U, Ozkan YK. The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes. *Arch Gerontol Geriat* 2011;53(3):252-7.
8. Dos Santos CM, Hilgert JB, Padilha DM, Hugo FN. Denture stomatitis and its risk indicators in south Brazilian older adults. *Gerodontology* 2010;27(2):134-40.
9. Shulman JD, Rivera-Hidalgo F , Beach, MM . Risk factors associated with denture stomatitis in theUnited States. *J Oral Pathol Med* 2005; 34 (6) : 340-6.

10. Camirand H , Berneche F, Cazale L , Dufour R , Baulne J. L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. *Institut de la statistique du Québec; 2010.*
11. Le Bars P, Giumelli B. Traitements de la stomatite prothétique. *Cah Prothèse 1994; 86: 61-5.*
12. Dorocka-Bobkowska B, Budtz-Jørgensen E, Włoch S. Non-insulin-dependent diabetes mellitus as a risk factor for denture stomatitis. *J Oral Pathol Med 1996;25(8):411-5*
13. Tosello A, Chevaux JM. Réfection des bases prothétiques. *EMC-Odontologie 2001 [Article 23-325-H-10].*
14. Budtz-Jørgensen E. La flore microbienne sous prothétique. *Cah Prothèse 1992;78:139-43.*
15. Regragui A, Abdedine A, Merzoug N. Espace biofonctionnel et mise en condition tissulaire : Quelles perspectives en prothèse amovible complète ?. *Actual Odontostomatol 2011;255:197-206.*
16. Webb BC, Thomas CJ, Willcox MD, Harty DW, Knox KW. Candida associated denture stomatitis. Aetiology and management: A review. Part 3. Treatment of oral candidosis. *Aust Dental J 1998;43:244-9.*
17. Hannah VE, O'Donnell L, Robertson D, Ramage G. Denture stomatitis: Causes, cures and prevention. *Prim Dent J 2017;6(4):46-51.*
18. De Oliveira CE., Gasparoto TH., Dionisio TJ , Porto VC., Vieira NA, Santos CF., Lara VS. Candida albicans and denture stomatitis: evaluation of its presence in the lesion, prosthesis, and blood. *Int J Prosthodont 2010; 23 (2) : 158-9),*
19. Pires FR., Santos EB., Bonan PR., De Almeida OP., Lopes MA. Denture stomatitis and salivary Candida in Brazilian edentulous patients. *J Oral Rehabil 2002; 29 (11) : 1115-9.*

20.S. BELLEMKHANNATE, I. BENYAHYA .Les stomatites sous prothétiques. Le Courier du dentiste 15 mars 2002

21.Budtz-Jorgensen E, Clavel R. La prothèse totale : Théorie, pratique et aspects médicaux. *Paris : Elsevier Masson, 1995.*