

Table ronde

Odonto-stomatologie et sport

Premier intervenant :

Henri LAMENDIN, docteur en chirurgie dentaire, membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

“ Urgences dentaires de terrain ”

I - Les fractures dentaires :

Elles constituent 89,30 % des lésions dentaires dans le sport.

Conduite à tenir

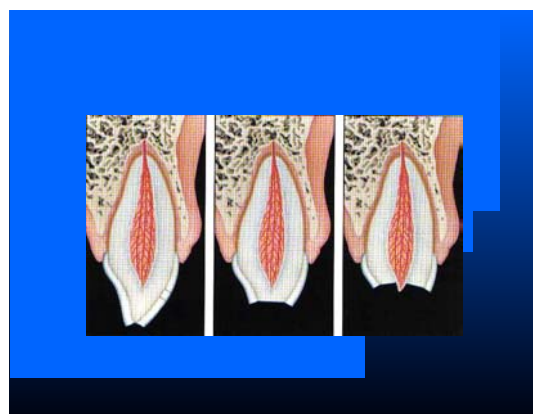
Récupérer tout fragment dentaire

Il est indispensable de savoir qu'il faut toujours récupérer tout fragment dentaire. En effet, dans un certain nombre de cas, grâce à un « collage », il permettra une reconstitution.

Le fragment doit être conservé dans un emballage propre (papier par exemple), Cependant, s'il est couvert de terre, en particulier, il est bon de le laver, auparavant, avec de l'eau.

Protéger la surface de fracture

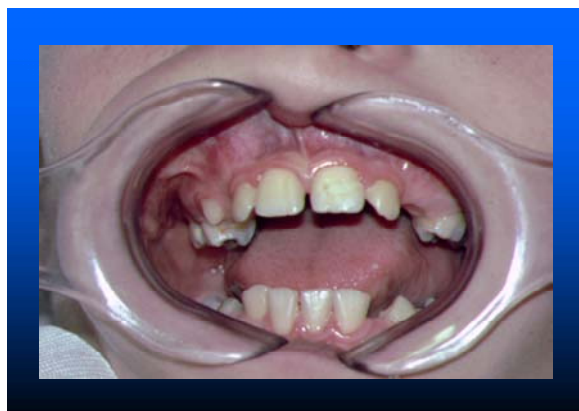
La deuxième attitude concerne l'aspect protecteur de la surface présentée par la dent fracturée, surtout si la pulpe est atteinte ou près de l'être (aspect "rosé" facilement visualisable). Il suffit pour cela d'utiliser une gomme à mâcher (préalablement un peu mastiquée par l'intéressé) que l'on place, « sans comprimer la partie centrale » (surtout si la pulpe est ouverte ou visible) mais en l'appliquant sur le pourtour



Fractures dentaires



Fracture d'une incisive supérieure



Aspect de la dent après collage



Contrôle radiographique

Outre le confort qu'il apporte de suite, ce geste simple peut être très important pour le devenir physiologique de l'organe lésé. De plus, il évite que la langue (ou la lèvre) vienne se frotter sur des bords de fracture généralement très coupants, pouvant entraîner une irritation, voire une blessure (toujours sensible, surtout pour la langue) qu'il est bien inutile d'ajouter à la lésion déjà subie

Evacuer rapidement

Bien entendu, il y a lieu d'évacuer le sportif (avec le ou les fragments dentaires récupérés) « le plus rapidement possible » sur un praticien spécialisé (stomatologiste ou odontologiste) ou en milieu hospitalier (car la sauvegarde de vitalité dentaire en dépend souvent).

Dans le cas où cela ne peut se faire, d'autres traumatismes associés étant plus prioritaires, ne pas oublier, cependant, de signaler la, ou les, lésion(s) dentaire(s) (cela arrive, hélas trop souvent) et d'en faire mention sur le certificat d'accident.

II - Luxations dentaires complètes

Tout d'abord, à ce sujet, il est bon de savoir que plus les accidentés sont jeunes, plus il a risque de luxations dentaires plutôt que de fractures et que, plus on avance en âge, plus les fréquences s'inversent.

Conduite à tenir

Ramasser la dent en la prenant par la couronne (ne pas toucher du tout à la racine, c'est-à-dire la partie non visible lorsque la dent était à sa place). La placer dans la bouche de l'intéressé et l'inviter à la laver dans son milieu salivaire en faisant bien attention de ne pas léser les fragments ligamentaires et cémentaires demeurés sur la racine (donc éviter les contacts avec les dents), ou mieux, si possible, effectuer le lavage dans du sérum physiologique, car la salive est septique.

Réimplanter immédiatement et évacuer

La réimplanter, c'est-à-dire tout simplement la remettre en place. Il faut le faire lentement afin de permettre l'effusion du sang; ce n'est pas douloureux.

Par pression digitale (pouce) d'une main, puis de l'autre, inviter l'intéressé à maintenir sa dent en place, sans trop appuyer et l'évacuer sur un praticien, une clinique ou une service hospitalier, dans les plus brefs délais.

Ceci est le scénario le plus favorable, quand le témoin de l'accident étant médecin, ou chirurgien-dentiste, peut procéder à la réimplantation immédiate. A noter que cela ne peut être fait un secouriste ou un cadre sportif, mais l'intéressé peut s'en charger lui-même ; cela s'est vu.

Si la réimplantation n'a pu être effectuée sur place (et que le temps d'évacuation est supérieur à 15 mn, ou qu'il y a perte de connaissance), la dent doit être placée dans du sérum physiologique isotonique (mieux pénicilliné), ou, tout simplement dans du lait.

Pour les médecins ou chirurgiens-dentistes, ne pas omettre de prescrire une antibiothérapie et, afin d'éviter un œdème possible, un anti-inflammatoire et/ou des applications de glace. Si besoin, une injection de sérum antitétanique devra aussi être effectuée.

Quels pronostics ?

Sous réserve que la réimplantation puisse être faite dans les 20/30 minutes qui suivent l'accident, le pronostic sera toujours très favorable, car il s'agira encore d'une « réimplantation immédiate ».

Si celle-ci ne peut être faite rapidement, elle devient donc médiate et l'avenir de la dent sera plus aléatoire. Cependant, même tardive, il faut toujours penser à une réimplantation, mais celle-ci doit, alors, être faite impérativement en milieu spécialisé, car, il ne s'agit plus, alors, d'une simple remise en place. Des réimplantations, plusieurs jours après l'avulsion, sont réalisables avec toujours un certain pourcentage de succès grâce à des techniques appropriées.



Luxation dentaire complète

“Microtraumatismes dentaires répétés”

En matière d'accidents dentaires de sport, très généralement on ne constate et ne déclare aux assurances que les fractures et luxations dentaires.

Pourtant, ces fractures et luxations ne constituent, si l'on peut dire, que la partie émergée d'un « iceberg », dont l'immergée concernerait les micro-traumatismes répétés (qui sont beaucoup plus nombreux, mais que l'on ne voit pas).

Les micro-traumatismes répétés sont, en fait, des sub-luxations sans signe clinique évident, ou bien seulement avec une *légère mobilité, un léger saignement du rebord gingival, une petite sensibilité à la pression et/ou à la percussion, une gêne à l'occlusion ou, au contraire, un faible enfoncement, une petite douleur à la palpation gingivale vestibulaire vers l'apex de la dent.*

Ces signes sont généralement ignorés ou ne sont pas recherchés, pourtant, il faudrait le faire.

Diagnostiquer les micro-traumatismes dentaires

Ces micro-traumatismes, surtout s'ils sont *répétés*, risquent d'entraîner des mortifications pulpaire (comme dans ce qu'on nommait le *symptôme de la couturière*, lorsqu'elle cassait habituellement le fil entre ses dents). A noter qu'un unique trauma peut déjà entraîner la rupture du paquet vasculo-nerveux et donc la mortification dentaire.

Les mortifications dentaires peuvent être à l'origine d'abcès intempestifs (déclenchés, souvent lors de variations d'altitude ou un simple vol aérien, et en plongée évidemment), ou bien des dégâts périapicaux, développés silencieusement, pouvant entraîner la perte des organes dentaires (il s'agit en général d'incisives supérieures avec toutes les conséquences que cela entraîne, tant fonctionnelles qu'esthétiques et financières).

En outre, elles peuvent constituer, aussi, *des foyers initiaux* d'infections ou affections focales. Cela s'est vu (parfois de façon dramatique), mais continue d'être trop méconnu.

Les déclarer comme traumatismes (ou ébranlements) dentaires

Les conséquences des micro-traumatismes dentaires étant médiatees ou tardives, sans signe d'appel et, faute de déclaration d'accident il est difficile de défendre les intérêts des sportifs concernés, lors d'expertises.

Après tout trauma dentaire, de penser à faire faire un contrôle (notamment de vitalité) par un praticien spécialisé, est prudent.

Et quand il y a risque, le mieux serait d'éviter les micro-traumatismes dentaires (comme évidemment les fractures et luxations) par le port d'une bonne protection dento-maxillaire personnelle, réalisée par un médecin-stomatologiste ou un chirurgien-dentiste. La prévention étant le meilleur traitement d'accidents qui ne sont pas produits !

“Radiographies panoramiques maxillo-faciales”

Assurances « gros risques »

Les radiographies panoramiques constituent des « assurances gros risques ». Car elles permettent de visualiser :

- les caries dentaires, l'état des traitements endodontiques ...
- les lésions péri-apicales (pouvant entraîner des infections ou affections focales) ;
- les kystes, parfois, très importants et silencieux ;
- les dents de sagesse inférieures incluses ou enclavées en malposition, qui peuvent, outre des poussées douloureuses intempestives ... (cela s'est vu chez des sportifs de « haut niveau »), être aussi à l'origine de fractures d'angle de la mandibule, qu'elles fragilisent ;
- les gressions excessives ou versions de dents, faute de remplacement des antagonistes ou voisines, extraites ; gressions ou versions pouvant entraîner une mobilité aboutissant à la perte de ces dents et sources de parodontopathies, etc...

Elles permettent, aussi, de suspecter des déséquilibres de l'occlusion dentaire, en relation, ou non, avec ce qui précède.

Documents de référence

Par ailleurs, les clichés panoramiques constituent des documents de « référence » de l'état bucco-dentaire des sportifs (à un temps donné, ou mieux "initial", si faits avant pratique sportive). Ils seront particulièrement précieux lors d'expertises, en cas d'accidents. De tels clichés devraient toujours être réalisés (demandés) systématiquement dès la consultation pour aptitude à la pratique sportive et à certains temps "repères", en fonction de l'évolution de l'âge, notamment.

A cet égard, les radiographies panoramiques permettent d'apprécier, non seulement "l'âge dentaire" des enfants (notamment en fonction de la chronologie des éruptions) mais aussi "l'âge alvéolaire" des adultes (après 25 ans et hors parodontopathies importantes) en attirant l'attention sur la résorption horizontale des bords alvéolaires, ce qui permet de mesurer le niveau d'alvéolyse, qui peut être, plus ou moins, précoce, comme cela a été observé chez des sportifs de haut niveau.



Dents de sagesse inférieure en malposition



Dent de sagesse en extrusion

Germectomies

Les radiographies panoramiques permettent de visualiser très tôt la position des germes de dents de sagesse inférieures ainsi que la place osseuse disponible. Et s'il s'avère que ces dernières poseront problème, il est alors possible de procéder à des « germectomies », beaucoup plus bénignes et moins dégradantes que l'extraction de dents formées, en évitant, préventivement, les inconvénients énumérés, précédemment.

L'indication des « germectomies » de dents de sagesse se situe autour de 14 ans, ces dents devenant matures vers 20 ans. De jeunes sportifs, auxquels il avait été signalé les dangers des dents de sagesse inférieures incluses, ont été, eux-mêmes, demandeurs de « germectomies » (quand nécessaire, évidemment), comme « libératrices » (de risques encourus).

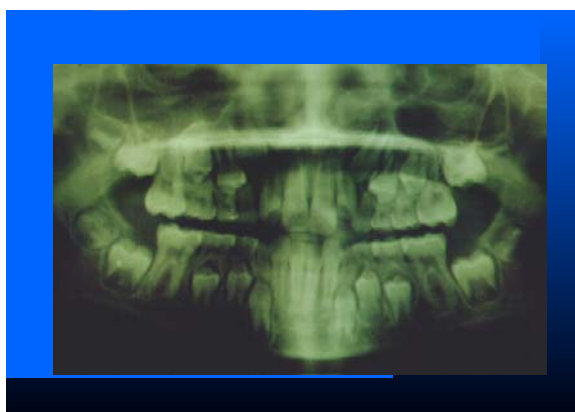
Il est nécessaire, pour les jeunes sportifs plus spécialement, que des radiographies panoramiques soient réalisées périodiquement, afin de suivre, entre autres, l'évolution du positionnement de leurs dents de sagesse inférieures.



Fractures bilatérales au niveau des dents de sagesse



Infection péri-apicale en bas à gauche, dents de sagesse mal positionnées, molaires en égression



Dents de sagesse déjà visualisables chez un enfant de 8 ans

Deuxième intervenant :

**Christian PIREL, professeur d'Enseignement et de recherche dentaire de Lyon-
Université Lyon I**

“Occlusion dentaire, posture et performances”

Je vais débiter par une anecdote me concernant. Après avoir réalisé le diaporama de mon intervention, j'ai lu la presse de cette fin de semaine. Le journal "Le FIGARO" annonçait un dossier sur les dents saines et le sourire éclatant. M'attendant à y trouver principalement des sottises, j'ai surtout trouvé un chapitre intitulé « *un mauvais contact entre les dents peut déséquilibrer la posture physique* » et provoquer des troubles apparemment très divers : maux de tête, migraine, acouphène, douleurs cervicales et lombaires, dépression, etc. Il s'agit précisément du thème que je dois traiter aujourd'hui. Il était écrit dans cet article que des dents inégales incitent l'individu à déplacer dès le plus jeune âge sa mandibule pour faciliter l'engrainement dentaire. Ce petit déséquilibre peut se répercuter sur toute sa posture. Un grand nombre d'athlètes américains de haut niveau portent pour cette raison des appareils dentaires, qui optimisent leur équilibre postural donc leurs performances sportives. Mon exposé va permettre d'étayer ce qu'a écrit, de façon très juste, le journaliste Charles MULLER

J'enseigne à l'hospice civil de Lyon, dont la section odontologie du sport reçoit environ 125 patients par an. Je salue d'ailleurs mon prédécesseur, le professeur Georges PERDRIX qui s'est déjà intéressé au sujet que je traite aujourd'hui. Pour vous présenter des observations cliniques, je vais m'appuyer sur des mémoires de thèses réalisées sur le thème de l'occlusion dentaire par des étudiants de la faculté, dans différents sports.

1. L'intérêt d'une occlusion dentaire équilibrée chez le handballeur de haut niveau

Mathieu TIJARDOVIC a réalisé une thèse sur l'intérêt d'une occlusion dentaire équilibrée chez le handballeur de haut niveau. Des tests sportifs ont été réalisés avec et sans gouttière occlusale. La conclusion en était que 5 joueurs sur 9 connaissent une amélioration de leur performance sportive grâce à une équilibration de leur système manducateur. Pour certains joueurs, le déséquilibre volontaire de leur occlusion entraîne une baisse de la performance sportive. L'équilibration du système manducateur augmente la puissance musculaire, la résistance à l'épuisement et permet une meilleure récupération post-compétition.

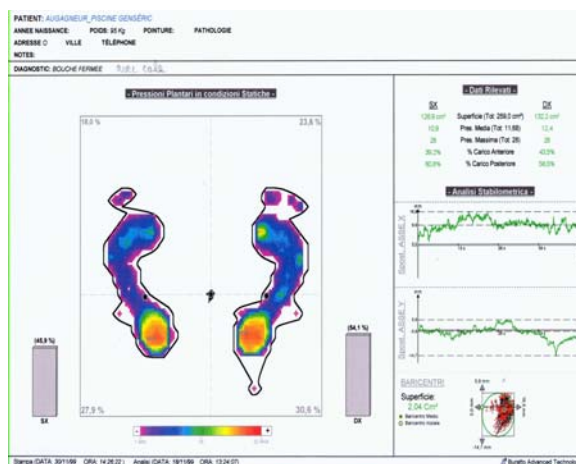
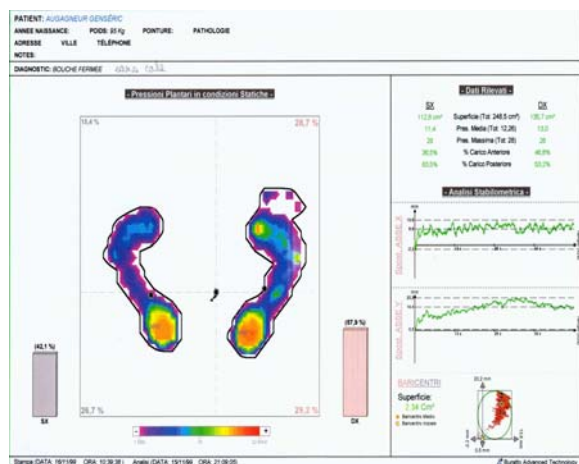
2. L'intérêt d'une occlusion dentaire équilibrée chez le nageur de haut niveau

Jérôme FAROUZE s'est intéressé à l'incidence d'une modification de l'occlusion sur la performance des nageurs de haut niveau. Il a déséquilibré l'occlusion en installant une petite cale dans l'appui podal, dévié de 4 millimètres à droite.

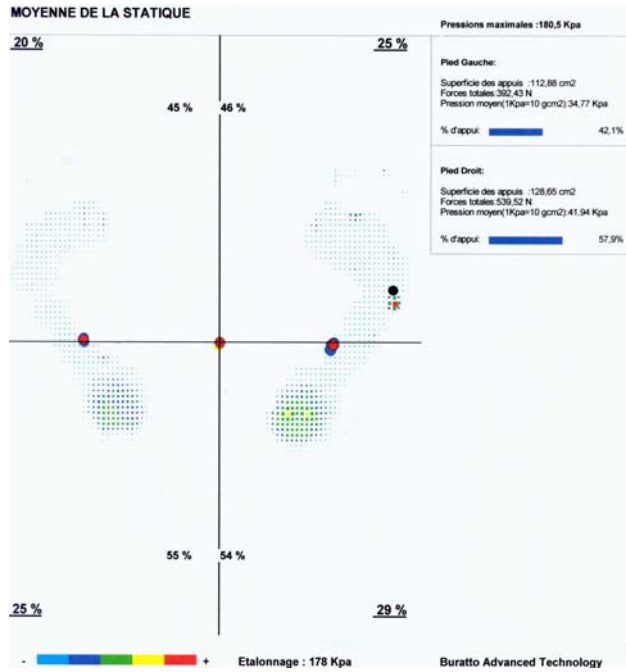
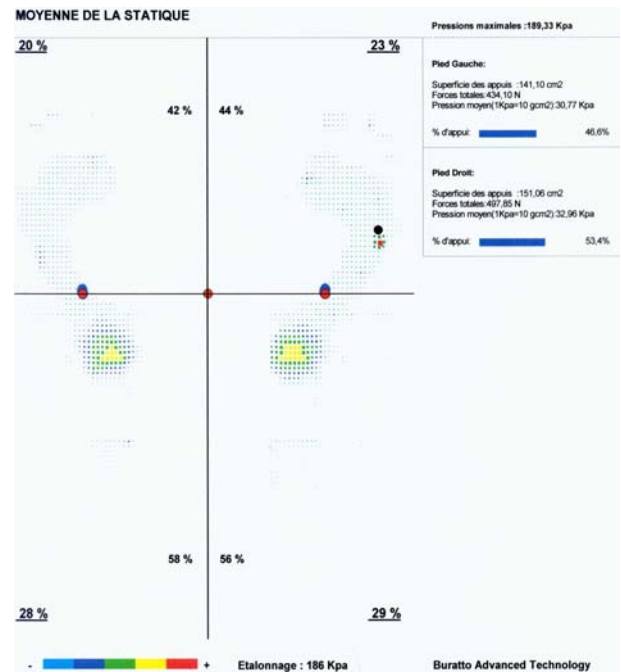
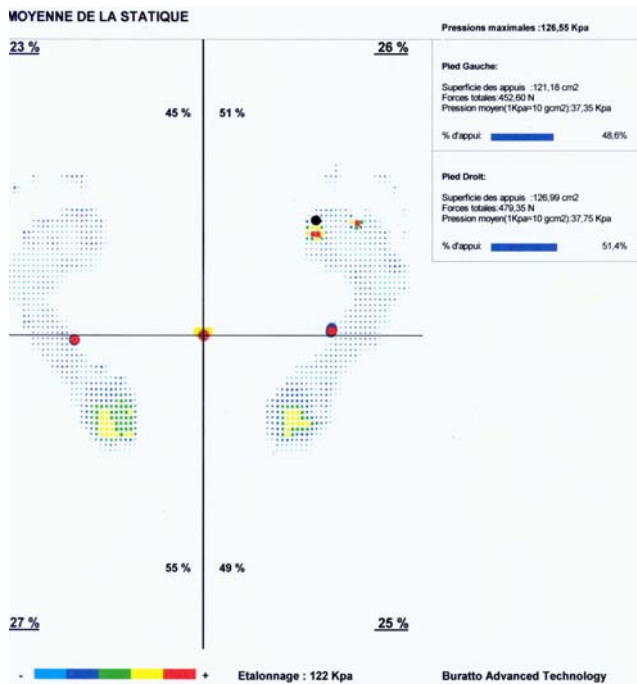
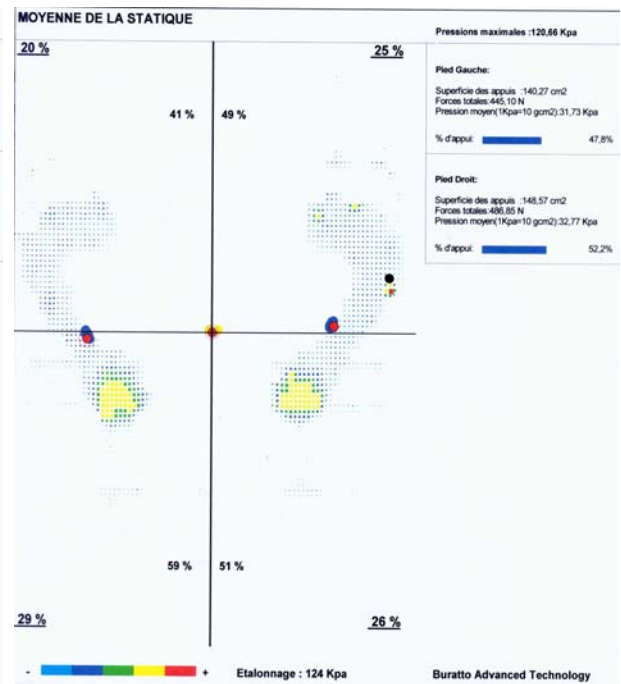


Mise en place de l'occlusion avec l'installation d'une petite cale

Les nageurs ainsi munis ont dû effectuer des séries de 50 mètres en crawl, avec un temps diminué d'une seconde à chaque 50 mètres, jusqu'à ce que le nageur ne puisse plus suivre le rythme imposé. Les résultats comparatifs (avec ou sans la cale, bouche fermée ou bouche ouverte) montrent que dans 5 cas sur 6, un déséquilibre occlusal engendré par la cale provoque une aggravation du système postural, alors qu'un déséquilibre occlusal corrigé par la cale provoque une amélioration du système postural.



85 % des enregistrements podaux effectués par deux logiciels montrent qu'il existe une relation évidente entre l'occlusion et l'appareil podal. La déviation volontaire de la mandibule à droite latéralise les appuis podaux dans le même sens. Les tests réalisés en piscine ont montré pour cinq nageurs sur six que les résultats sont en accord avec le nouvel équilibre engendré par la cale. Ceci tant à démontrer qu'il existe une relation entre l'occlusion et la performance.

Bouche fermée sans caleBouche fermée avec caleBouche ouverte sans caleBouche ouverte avec cale

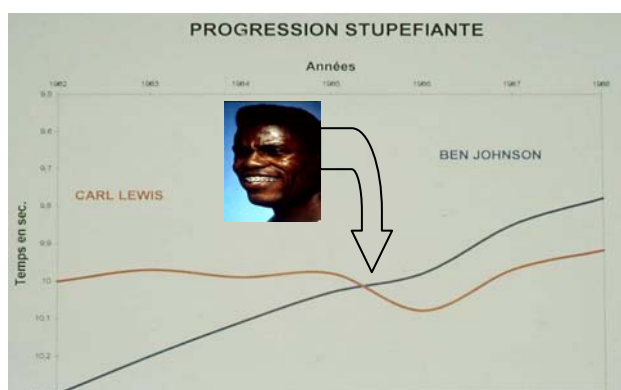
S'agissant des nageurs de haut niveau, il semblerait se confirmer une corrélation entre l'occlusion, la posture, l'appui podal et la performance sportive. Il s'avère indispensable pour le nageur souhaitant s'adonner à ce sport de manière intensive de s'orienter le plus tôt possible vers une consultation pluridisciplinaire.

3. L'intérêt d'une occlusion dentaire équilibrée chez les haltérophiles

Denis FILHOL a mené une étude sur les haltérophiles. Les tests ont été menés sur le mouvement du développé-couché à partir d'un pourcentage du maximum individuel, avec et sans gouttière de repositionnement mandibulaire. Pour deux cas, la force explosive et l'endurance n'ont pas été améliorées par le port de la gouttière, mais il est à noter que ces deux cas présentaient une occlusion presque parfaite. Les résultats les plus probants sont en revanche obtenus chez les athlètes présentant les occlusions les plus perturbées. Denis FILHOL en conclut que la gouttière occlusale permet pour 6 cas sur 8 une amélioration des performances statistiquement significative en force explosive et/ou en endurance.

4. Autres exemples

En comparant les diagrammes des performances de Carl LEWIS et Ben JOHNSON (certes dopé), on observe une chute de performance de Carl LEWIS durant la période pendant laquelle il a subi un traitement orthodontique de redressement des dents. Durant cette période, ses rapports occlusaux étaient perturbés.



Diagrammes de performance de Carl LEWIS

J'attends avec impatience les prochains résultats de la nageuse Laure MANAUDOU, car j'ai appris par la presse qu'elle avait décidé de débiter un traitement d'orthodontie.

Pour terminer, je souhaite vous présenter l'exemple d'un coureur de marathon, qui a échoué à 4 présélections aux Jeux Olympiques. La cinquième fois, il a réussi trois épreuves mais il a échoué à la quatrième. Il a déclaré après-coup avoir complètement perdu ses forces pendant deux minutes après avoir bu en courant lors d'un ravitaillement. Nous avons constaté lors d'un test de déglutition que tous ses muscles étaient énergo-négatifs. Le test devenait positif si on obstruait les espaces entre certaines dents de ce coureur. Nous lui avons créé une gouttière de repositionnement mandibulaire qui, bouche fermée et particulièrement lors de la déglutition, obstrue les espaces. Ses problèmes ont disparu, malheureusement il avait dépassé l'âge lui permettant d'être à nouveau sélectionné.



Gouttière de repositionnement mandibulaire et d'équilibre neuro-musculaire.

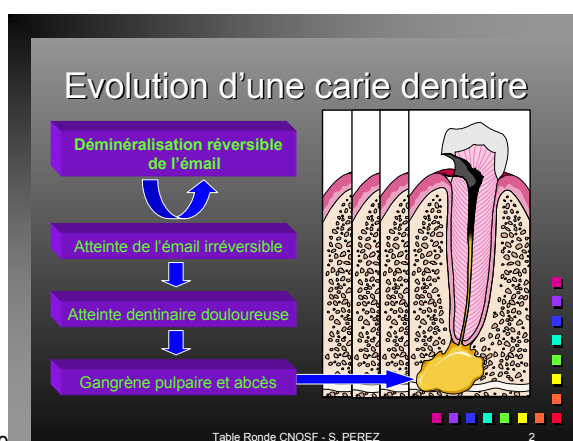
Troisième intervenant :

Stéphane PEREZ, docteur en chirurgie dentaire, en charge des bilans dentaires de la FFT et responsable des tournois de Roland-Garros et de Bercy, ancien Assistant des Universités, Paris V

"Dents et pratiques alimentaires chez les sportifs"

1. Les différentes phases d'atteinte carieuse

Il existe différentes phases d'atteinte carieuse, lesquelles peuvent compromettre les performances des athlètes. La première phase de la carie est une déminéralisation de la surface de l'émail, qui ressemble à une tâche blanche. Cette lésion initiale s'observe principalement autour des appareils d'orthodontie lorsque l'hygiène est absente. Elle est généralement réversible grâce à des produits de reminéralisation. Les autres atteintes de l'émail sont plus profondes et nécessitent pour leur part une obturation. Le signe d'appel est donné lorsque des aliments restent coincés entre les dents. Le diagnostic ne peut être porté que par la radiographie rétroalvéolaire. A ce stade, la dent est douloureuse au froid et au sucre. Puis le plafond de la carie s'effondre, et le trou est béant. A ce stade, la rage de dent a provoqué une douleur violente de deux à trois jours, et un abcès peut éliminer toute chance de performance du sportif.



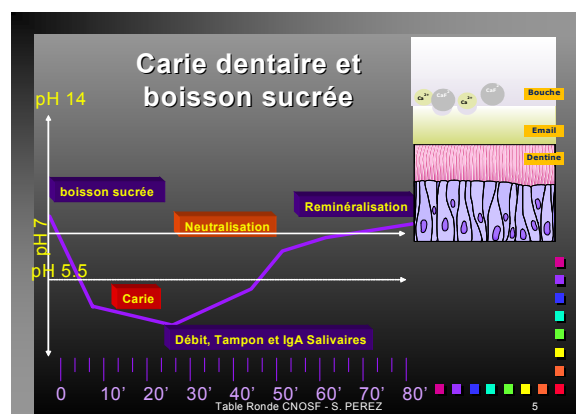
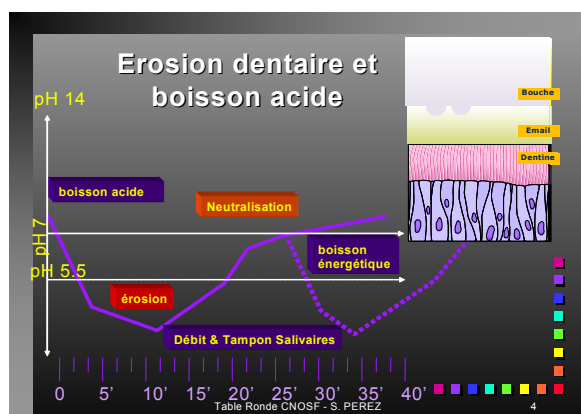
2. Aspects chimiques et biologiques des lésions carieuses

Les déminéralisations de tissus calcifiés sont causées par deux phénomènes :

- **L'érosion due aux acides présents dans la bouche**
L'érosion atteindra toutes les surfaces dentaires.
- **La carie liée à l'activité bactérienne de la plaque dentaire**
La carie se fera dans les zones où se multiplient les bactéries.

Ces deux activités vont provoquer une déminéralisation de la surface de la dent, selon une cinématique différente et selon des localisations différentes. L'érosion dentaire débute dans la minute qui suit la prise d'une boisson acide. La déminéralisation débute quand le pH dans la bouche atteint 5,5 à la surface de la dent. Les boissons énergétiques ont souvent un PH inférieur à 3. L'érosion de la dent commence avec la perte des ions calcium à la surface ; cette destruction chimique de la dent se poursuivra pendant une quinzaine de minutes selon le pouvoir tampon et le débit de la salive. Un brossage intempestif survenant à ce moment pourrait même ôter les ions calcium qui sont mal fixés à la surface de la dent. A trente minutes de la prise de boisson, tout rentre dans l'ordre et le phénomène plus lent de la recalcification pourrait débiter. Malheureusement, c'est aussi généralement le moment où les réserves de sucre de l'athlète s'épuisent, le conduisant à en consommer à nouveau. Le cycle recommence alors.

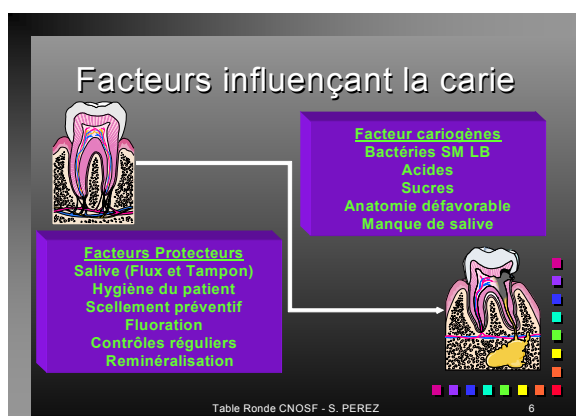
Le sucre agit par l'intermédiaire de la plaque dentaire pendant environ 90 minutes. Après la prise de sucre, les bactéries vont métaboliser des acides qui resteront longtemps en contact avec la surface de l'émail. L'acidité sera moins intense, mais la neutralisation de l'acide prendra plus de temps. De nombreux paramètres régulent l'activité bactérienne ; la salive joue un rôle primordial dans sa reminéralisation. Certains sucres énergétiques ne sont pas cariogènes (tels que le Xilicol). Les ions calcium et les fluorures de calcium provoquent à terme une reminéralisation de la surface, mais la carie progresse toujours à échelle microscopique. Lorsque la carie atteint les couches profondes de l'émail, la lésion est irréversible ; il faut la reboucher.



3. Préconisations

Pour éviter qu'un sportif soit handicapé par une maladie carieuse, il faut agir sur tous les paramètres possibles, sachant que les principaux facteurs cariogènes sont les bactéries streptocoques mutans et les lactobacilles, les produits acides et les sucres assimilés par les microbes, l'anatomie défavorable (sillons anfractueux, malposition dentaire) et enfin le manque de salive dû à l'effort sportif.

Les facteurs protecteurs sont la salivation, la motivation à l'hygiène du patient, une stratégie préventive du dentiste alliant le scellement des sillons, la fluoruration et des contrôles réguliers. Enfin, l'encadrement du sportif pourrait lui permettre de disposer de produits reminéralisants aussi facilement que de produits énergétiques.

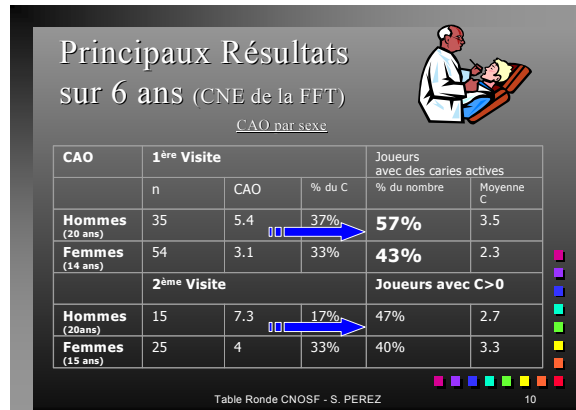


Concernant l'alimentation du sportif, nous devons faire face à trois problèmes.

Tout d'abord, les sucres sont indispensables à l'effort physique. Ils sont donc consommés sous toutes les formes afin d'être métabolisés au mieux par l'organisme. Ensuite, cette stratégie de fréquence d'ingestion est incompatible avec la capacité de la bouche à éliminer le risque carieux. Enfin, pendant et après l'effort, les apports de glucides rapides sont aussi des plus nuisibles (sodas, pâtes de fruits, barres à mastiquer, etc.).

Les joueurs de tennis constituent un cas particulier. Pendant le tournoi, ne sachant pas exactement à quelle heure ils joueront ni combien de temps durera leur match, ces sportifs se chargent en sucre dès 10 heures du matin et se maintiennent ainsi jusqu'au match, puis consomment du sucre à chaque changement de côté après les trente premières minutes.

Le bilan d'entrée au CNE de Roland-Garros est éloquent. En cinq ans (de 2001 à 2005) j'ai reçu 35 hommes et 54 femmes. Lors de la première visite, 50 % présentaient des caries actives. Le taux montait même à 57 % chez les hommes. En seconde visite, le taux de caries actives avait diminué car les joueurs commencent à se faire soigner, mais leur indice CAO (dents Cariées, Absentes, Obturées) était très élevé. Il correspond aux franges les plus basses, au niveau sanitaire et social, de la population française. Ce profil carieux ne correspondant pas au profil sociologique des joueurs de tennis, il convient de s'interroger sur la responsabilité occupée par le sport.



La littérature scientifique a tiré les conclusions expérimentales suivantes :

- Le pH importe moins que la concentration des acides.
- Toutes les boissons de pH inférieur à 5,5 sont érosives.
- Le sucre est cariogène.
- Les apports en calcium, phosphate et fluorures réduisent le potentiel érosif des boissons énergétiques. Un produit est préconisé par les dentistes du sport : il s'agit de RECALDENT. Ce produit recalcifant provient de la caséine du lait.

En raison du risque particulier attaché aux joueurs de tennis, j'ai mis au point une stratégie appliquée au CNE. Un examen dentaire complet annuel est effectué, même si le joueur a déjà un dentiste personnel ayant signé rapidement un certificat de non contre-indication.

Une évaluation et une réétanchification des obturations anciennes sont effectuées, ainsi qu'un suivi radiologique annuel des zones dentaires à risque. La radiographie panoramique ne suffit pas, il faut plutôt effectuer des examens rétro-alvéolaires. Une fluoruration est demandée en cas de traitement d'orthodontie. Enfin, je propose l'utilisation systématique de RECALDENT et je demande aux joueurs de tennis de se rincer la bouche après avoir pris un produit énergétique.

A propos du CPP-ACP
(Phospho-Péptide de Caséine
« Recaldent »)

- Tooth Mousse
 - Application topique
 - Reminéralise l'émail
 - Stimule le flux salivaire
 - Agit rapidement (2-5 minutes)
 - Restaure l'équilibre minéral
- Disponible en France depuis 2005




Table Ronde CNOSF - S. PEREZ 12

Pour conclure, nous pouvons affirmer que l'odontologie du sport ne se résume plus à la traumatologie. Les sportifs de haut niveau présentent désormais un risque carieux majeur.

Pour s'en convaincre, il suffit de regarder les dernières statistiques du centre de soins dentaires ouvert à Athènes pendant les Jeux Olympiques de 2004. Ce centre a reçu en un mois 278 athlètes (sans compter l'encadrement) et a procédé à 358 obturations de caries actives, 144 traitements de rages de dent, et 49 extractions.

Questions-réponses avec l'amphithéâtre

Eric JOUSSELIN

Les statistiques de visite du centre médical olympique n'ont guère de significations étant donné que beaucoup d'athlètes venant des pays en voie de développement attendent les Jeux Olympiques pour consulter. Au demeurant, votre exposé apporte de l'eau à notre moulin quant à la limitation de la consommation de produits énergétiques.

S'agissant des sportifs américains, il faudrait disposer de davantage de cas pour en tirer une conclusion définitive. Tous ont, à un moment donné, été porteurs d'orthodontie. Je ne suis pas sûr que ce port soit uniquement destiné à gérer les problèmes d'occlusion dentaire. Je me demande s'il ne s'agit pas plutôt d'un stratagème pour masquer la modification de la mâchoire inférieure liée à l'usage de l'hormone de croissance. Par ailleurs, il semble que Carl LEWIS et Ben JOHNSON aient été tous les deux dopés.

Christian PIREL

Avant les JO de Séoul, toute l'équipe d'athlétisme américaine avait été envoyée à la clinique de Côme chez Jean-Pierre MERSMANN, un posturologue de renommée internationale. L'équipe a subi des tests musculaires, avant et après équilibration de l'occlusion. On a observé une amélioration des performances musculaires de 10 à 15 % pour chaque athlète.

L'équilibration de l'occlusion ne va pas apporter la solution à tous nos maux, mais il est vrai que beaucoup de tendinites et de dorsalgies sont reliées à des problèmes d'occlusion. Je confirme qu'il existe bien une relation entre occlusion et posture.

Philippe POISSON, Chirurgien-dentiste de la FF de boxe

Nous avons réalisé avec la Fédération de boxe et l'INSEP des travaux sur les protections intrabuccales. Le sport est l'une des principales causes de traumatologie dentaire, néanmoins on sous-évalue l'impact des lésions mineures. Il serait intéressant de mener des études sur les incidences cumulées. La protection intrabuccale est un moyen efficace de prévention des traumatismes buccodentaires. Cette protection a un rôle de limitation des commotions cérébrales et de prévention des traumatismes du rachis cervical. Une série de tests que nous avons réalisés à Bordeaux a montré que mâchoire serrée, avec protection en place, on augmentait l'activité et l'amplitude de la chaîne eïdienne.

Il semble important d'intervenir pour mettre en place un examen buccodentaire du sportif, afin de déceler les pathologies et d'éviter les urgences pendant la compétition. Un tel examen représenterait un moyen d'apporter au sportif un message sur l'importance de la santé buccodentaire, et de limiter les facteurs de traumatologie.

Henri LAMENDIN

On avait déjà constaté, à Mexico, que la plupart des athlètes venant consulter au centre médical provenaient des pays en voie de développement.

Je signale que l'hormone de croissance provoque une hypermandibulie mais que celle-ci ne peut pas être réglée par de l'orthopédie faciale.

Bruno SESBOUE, médecin du sport, responsable de l'AMPD de Caen

Toutes les orthodonties ont-elles le même impact négatif sur la performance que les orthodonties buccales et labiales ?

Henri LAMENDIN

On devrait toujours réaliser des bilans de posture dynamique. Il peut arriver en effet que les traitements dérèglent une posture. J'insiste pour qu'on développe les bilans posturaux chez les orthopédistes dentofaciaux.

Christian PIREL

Le trouble occlusal ne peut pas être pris seul. Il y aura chez chaque sujet une réponse différente. Pour certains, un traitement orthodontique sera perturbateur par l'environnement de stress alors engendré.

Jean-Pierre CERVETTI

Si je suis convaincu par la relation existant entre l'occlusion dentaire et les problèmes de posture, je n'ai pas réellement compris la démonstration faite sur les nageurs, attendu que dans l'eau ils ne se trouvent pas en appui podal et que leur bouche est ouverte afin de pouvoir respirer. Serait-il possible de nous communiquer l'étude complète consacrée aux nageurs ? Les tests réalisés dans le cadre de cette étude semblent peu probants.

Henri LAMENDIN

Nous avons réalisé une expérimentation sur des nageurs avec palme, à l'aide d'embouts de plongée adaptés aux besoins de chacun. Des résultats de performance ont été constatés par les entraîneurs. Il s'agissait bien d'une relation d'ordre occlusal, même si les nageurs étaient dans l'eau.

Jean-Pierre CERVETTI

Concernant les compléments alimentaires, je ne partage pas l'avis d'Eric JOUSSELLIN. Effectivement, l'apport de sucre chez les sportifs est cariogène. Le produit RECALDENT contient des protéines. Les boissons sont d'autant plus efficaces qu'elles associent un sucre et une protéine. Peut-être cela diminue-t-il le pH ?

Stéphane PEREZ

Le produit RECALDENT n'est pas avalé ; il s'agit d'une pâte qui se place sur les dents.

Henri LAMENDIN

Une telle association ne provoquerait pas une baisse de pH. Je vous signale que pour mes 80 ans, c'est-à-dire dans deux ans, je vais soutenir une thèse d'université qui s'intitulera « Boissons des sportifs et incidences buccodentaires ». Si cela vous intéresse, je vous la ferai suivre.

Philippe DUCAMP, médecin de la FFCF

Avez-vous en outre étudié l'intérêt des corrections des troubles occlusaux dans l'amélioration de l'adresse et de la coordination motrice ? Préconisez-vous des corrections chez les jeunes enfants, et à partir de quel âge ?

Christian PIREL

Parmi les thèses de nos élèves, certaines ont porté sur les athlètes du triathlon et sur les sportifs de tir à l'arc. En cas de trouble occlusal, la précision est nettement améliorée par le port d'une gouttière de repositionnement et des corrections d'anomalies occlusales. Ces troubles sont à corriger le plus tôt possible, car il n'est pas possible de produire un effort - soit physique, soit de concentration - sans un appui dentaire. Soulever une pierre sans serrer les dents est impossible. Lorsqu'il existe une anomalie de contact (parfois très difficile à déceler), le patient – par un processus d'évitement – modifiera la position de sa mandibule.

Patrick MAGALOFF

S'agissant de l'aspect cariogène des compléments nutritionnels, nous sommes en relation avec les laboratoires PIERRE FABRE à qui nous avons demandé, dans le cadre de leur communication vers les médecins et les pharmaciens sur la gamme CLIPTOL de les informer sur ce problème. Sur notre pression amicale mais forte, cette entreprise du médicament va prendre en compte notre demande.

